



N° 301

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUATORZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 17 octobre 2012.

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 2013* (n° 287),

PAR Mme Valérie RABAULT,

Députée.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	7
PREMIÈRE PARTIE : RECETTES ET ÉQUILIBRE GÉNÉRAL	11
I.– UN RÉÉQUILIBRAGE SIGNIFICATIF DES COMPTES AU COURS DE L'ANNÉE 2012	11
A.– UNE SITUATION ENCORE FRAGILE MALGRÉ UNE RÉSORPTION DES DÉFICITS EN 2012 GRÂCE AUX MESURES PRISES DURANT L'ÉTÉ	11
1.– Un déficit du régime général ramené à 13,1 milliards d'euros en 2012	11
<i>a) Les mesures de la seconde loi de finances rectificative</i>	12
<i>b) La situation plus fragile du fonds de solidarité vieillesse</i>	12
2.– Une dégradation prévisible de l'équilibre en 2013 sans effort engagé	13
B.– LA GESTION DE LA TRÉSORERIE ET DE LA DETTE	15
1.– La stabilisation de la trésorerie de l'ACOSS	15
2.– Les reprises de dettes par la CADES	16
II.– LA PRÉSERVATION DURABLE D'UN SYSTÈME DE SÉCURITÉ SOCIALE JUSTE ET PROTECTEUR	19
A.– UNE CLARIFICATION DES RELATIONS ENTRE L'ÉTAT ET LA SÉCURITÉ SOCIALE	19
1.– Les dispositions du PLF	19
2.– Les dispositions du PLFSS	20
3.– Un impact financier globalement neutre	21
B.– LA CONSOLIDATION DU RÉGIME DE PROTECTION SOCIALE AVEC DES PRÉLÈVEMENTS PLUS JUSTES	22
1.– Des mesures d'équité	23
<i>a) La modernisation de régimes spécifiques</i>	24
<i>b) Les droits sociaux des salariés à domicile</i>	26
<i>c) Les autres mesures</i>	28
2.– La solidarité entre générations	30
<i>a) Le financement de la dépendance</i>	30
<i>b) Le financement des régimes spécifiques</i>	31
3.– Le renforcement de la fiscalité comportementale	32
<i>a) La taxe sur les bières</i>	32
<i>b) Les droits à consommation sur les tabacs</i>	33
C.– UN EFFORT DE CORRECTION DU DÉFICIT EN 2013	35

D.– LA TRÉSORERIE ET LA GESTION DE LA DETTE EN 2013	36
1.– L'adaptation de la gestion de deux régimes spécifiques	37
a) <i>La gestion administrative des régimes agricoles</i>	37
b) <i>La trésorerie de la caisse autonome des mines</i>	37
2.– Les besoins de financement en 2013	38
SECONDE PARTIE : LES DÉPENSES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2013	41
I.– LA BRANCHE MALADIE	42
A.– L'ÉVOLUTION DE L'ONDAM ET DES COMPTES DE LA BRANCHE MALADIE.....	44
1.– Vers trois années consécutives de respect de l'ONDAM.....	44
2.– Le déficit de l'assurance maladie : une amélioration qui se poursuit en 2013.....	48
B.– LES DÉPENSES DE SOINS DE VILLE	50
1.– L'évolution des dépenses de soins de ville.....	50
2.– Les mesures nouvelles du PLFSS 2013	51
C.– LES DÉPENSES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	53
1.– L'évolution des dépenses hospitalières.....	53
2.– Les mesures nouvelles du PLFSS 2013	54
II.– LES DÉPENSES MÉDICO-SOCIALES	57
A.– LES COMPTES DE LA CNSA.....	57
B.– L'ÉVOLUTION DE L'OBJECTIF GLOBAL DE DÉPENSES (OGD).....	58
C.– L'ÉVOLUTION DES CONCOURS VERSÉS AUX DÉPARTEMENTS	59
D.– LES MESURES NOUVELLES DU PLFSS 2013.....	59
III.– LA BRANCHE VIEILLESSE	60
A.– LE DÉFICIT DE LA BRANCHE : UNE TENDANCE VERTUEUSE QUI SE CONFIRME.....	60
B.– LE FSV : UN DÉFICIT EN REcul, MAIS TOUJOURS PRÉOCCUPANT	62
C.– LES MESURES NOUVELLES DU PLFSS 2013.....	63
IV.– LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES	65
A.– UN RETOUR À L'EXCÉDENT DE LA BRANCHE AT-MP EN 2013	65
B.– LES MESURES NOUVELLES DU PLFSS 2013.....	66
V.– LA BRANCHE FAMILLE	68
A.– UN NIVEAU DE DÉFICIT CONTENU POUR LE RÉGIME GÉNÉRAL DE LA BRANCHE FAMILLE	68
B.– LES MESURES NOUVELLES DU PLFSS 2013.....	69

VI.- LES AUTRES MESURES DU PLFSS 2013	70
A.- LES MESURES RELATIVES À LA GESTION INTERNE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DES ORGANISMES CONCOURANT À LEUR FINANCEMENT	70
B.- LES MESURES RELATIVES AU CONTRÔLE ET À LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE	70
EXAMEN EN COMMISSION	71
AMENDEMENTS EXAMINÉS PAR LA COMMISSION	97
ANNEXE : LISTE DES AUDITIONS ET CONTRIBUTIONS	99

INTRODUCTION

Avec son premier projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), le Gouvernement affirme d'emblée son triple objectif : maintenir le haut niveau de protection sociale des Français, redresser nos comptes publics et améliorer dans la justice notre système de santé.

Comme pour le projet de loi de finances, le redressement des comptes passe par un effort à la fois sur les dépenses (2,1 milliards d'euros de réduction) et sur les recettes (3,4 milliards d'euros de recettes nouvelles), prenant en considération les capacités contributives de chacun avec une attention particulière pour les plus fragiles. L'amélioration globale est ainsi portée à 5,5 milliards d'euros pour le régime général. L'effort de redressement des comptes de la sécurité sociale a été initié dès le projet de loi de finances rectificatif de juillet qui a contribué à ramener le déficit du régime général 2012 à 13,1 milliards d'euros, soit 4,3 milliards de mieux qu'en 2011. Pour le fonds de solidarité vieillesse, il n'a été possible que de limiter la dégradation du solde qui baisse de 600 millions pour atteindre 4 milliards d'euros.

En tendancier, les dépenses d'assurance maladie devraient progresser de 4,1 % en 2013 - soit une hausse prévisible du déficit de 3,2 milliards d'euros – si rien n'était mis en œuvre. Le Gouvernement a choisi de contenir cette évolution à un niveau supportable pour les finances sociales en ramenant la hausse à 2,7 %, conformément à la trajectoire de la loi de programmation. L'année 2013 marquera ainsi la première étape d'un retour progressif à l'équilibre de l'ensemble de nos finances publiques.

Le texte procède à plusieurs clarifications importantes, notamment en ce qui concerne les relations entre l'État et la sécurité sociale : désormais seule la TVA sera partagée entre l'État et la sécurité sociale, mettant fin à la myriade de taxes partiellement affectées, ce qui rendait le dispositif illisible. L'opération sera financièrement neutre pour la sphère étatique et pour la sphère sociale.

En termes de recettes, trois grands principes structurent le texte : l'équité, la solidarité intergénérationnelle et la santé publique. Le PLFSS procède tout d'abord à une modernisation du régime des travailleurs indépendants, en supprimant le plafond existant et en divisant par deux le montant forfaitaire qui frappait les revenus les moins importants. Le PLFSS améliore également le régime des élus locaux et les droits sociaux des employés à domicile. Les particuliers employeurs cotiseront désormais sur le salaire réel et non plus sur une base forfaitaire. C'est un progrès pour les salariés concernés qui n'avaient souvent pas le choix de l'assiette des cotisations et qui renonçaient à des gains futurs dans l'espoir d'une amélioration immédiate de leur paye (ainsi, un salarié rémunéré à 1,1 SMIC et dont l'employeur aurait cotisé 20 ans au forfait, perd 135 euros par mois sur sa retraite). En matière de santé publique, le PLFSS procède à une augmentation des droits à consommation sur les tabacs et des taxes sur les bières

afin de rendre plus difficile l'accès à ces produits, notamment pour les plus jeunes. Le projet de loi s'inscrit également dans une perspective de plus long terme en ouvrant le débat sur le financement de la dépendance. L'effort est donc équitablement réparti et rééquilibré la structure des prélèvements en améliorant leur caractère redistributif.

Pour les dépenses, il faut se réjouir du fait que l'ONDAM a été respecté en 2010 et 2011, et devrait l'être à nouveau en 2012. En tendancier, c'est à dire hors mesures nouvelles, l'ONDAM augmenterait de 4,1 % en 2013. Le Gouvernement a choisi de présenter un ONDAM en progression de 2,7 %, soit un montant de 175,4 milliards d'euros représentant une progression de 4,7 milliards d'euros des dépenses prises en charge par l'assurance maladie. Un tel objectif est à la fois responsable et juste. Responsable car il se situe largement en deçà de l'évolution tendancielle que l'on constaterait sans mesure de régulation. De fait, l'atteinte d'un objectif de 2,7 % suppose de dégager des économies sur les dépenses à hauteur de 2,4 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes.

Le principe de solidarité nationale qui sous-tend l'existence même de notre régime de sécurité sociale constitue un élément fondamental du pacte social. En garantissant la pérennité et en permettant le renforcement suppose nécessairement des efforts de maîtrise de la dépense afin de soigner aussi bien voire mieux mais, autant que possible, à moindre coût. Pour atteindre cet objectif, seront prises des mesures d'économies sur les médicaments ce qui contribuera au pouvoir d'achat, des baisses tarifaires pour certaines spécialités médicales, des efforts de renforcement de l'efficacité interne des établissements de santé, ainsi que des mesures de lutte contre la fraude.

Ces mesures doivent permettre une amélioration de la performance de l'ensemble du système de santé, tout en maintenant un niveau de soin et de prise en charge optimal de nos concitoyens. En témoignent la prise en charge à 100 % frais liés à l'interruption volontaire de grossesse (IVG), l'expérimentation d'un nouveau dispositif de « praticien territorial de médecine générale » afin de lutter contre les déserts médicaux, ou l'extension du champ de la couverture sociale bénéficiant aux non-salariés agricoles, permettant à ceux d'entre eux qui auraient dû interrompre leur activité pour cause de maladie ou d'accident de la vie privée de bénéficier d'indemnités journalières. Par ailleurs, il sera mis un terme au processus de convergence tarifaire entre les établissements publics et privés de santé qui s'était traduite par une mise sous tension inutile de l'hôpital public, alors que les contraintes spécifiques qui pèsent sur lui n'avaient pas été prises en compte, ou très imparfaitement.

Le souci de justice est également présent en ce qui concerne le champ médico-social. En progression de 4 %, l'ONDAM médico-social témoigne de son caractère prioritaire et de la nécessité d'apporter un soutien fort à nos concitoyens les plus fragiles.

Si les évolutions majeures de la branche vieillesse doivent faire l'objet d'une concertation avec les partenaires sociaux courant 2013, le présent PLFSS comporte d'ores et déjà un certain nombre de mesures correctrices visant à renforcer l'équité entre assurés sociaux. L'entrée en vigueur concrète du dispositif consacré par le décret du 2 juillet 2012 permettra par exemple à quelque 64 000 personnes de partir en retraite de manière anticipée en 2013.

La branche accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) renouera avec l'excédent en 2013, à hauteur de 300 millions d'euros environ, ce qui est un motif de satisfaction.

Quant à la branche famille, son déficit sera contenu en 2013 à un niveau équivalent à celui de l'année antérieure soit 2,6 milliards d'euros pour le régime général contre 2,5 milliards d'euros en 2012.

PREMIÈRE PARTIE : RECETTES ET ÉQUILIBRE GÉNÉRAL

I.– UN RÉÉQUILIBRAGE SIGNIFICATIF DES COMPTES AU COURS DE L'ANNÉE 2012

L'année 2011 s'était caractérisée par des réformes d'ampleur avec notamment un important transfert de dette à la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES). L'année 2012 s'est inscrite dans cette continuité avec un plan anti-déficit conséquent. Pour autant, les objectifs initiaux n'ont pu être atteints que grâce aux mesures prises dans la seconde loi de finances rectificative et grâce à une gestion optimisée des crédits. Si les déficits se réduisent, la situation reste encore fragile et doit faire l'objet d'une vigilance constante.

A.– UNE SITUATION ENCORE FRAGILE MALGRÉ UNE RÉSORPTION DES DÉFICITS EN 2012 GRÂCE AUX MESURES PRISES DURANT L'ÉTÉ

1.– Un déficit du régime général ramené à 13,1 milliards d'euros en 2012

La commission des comptes de la sécurité sociale estime que le déficit du régime général devrait se réduire de 3,3 milliards d'euros en 2012. Cette baisse très positive ne permet cependant pas de repasser sous la barre des 10 milliards d'euros de déficit. Comme le montre le tableau ci-après, 2012 s'inscrit dans un retour progressif à la normale après une très forte dégradation du solde en 2010.

ÉVOLUTION DU SOLDE DES RÉGIMES DE BASE ET DU FSV DEPUIS 2009

(en milliards d'euros)

	2009	2010	2011	2012 (p)
Régime général	- 20,3	- 23,9	- 17,4	- 13,1
Autres régimes de base	- 1,3	- 1,6	- 1,7	- 2,1
Ensemble des régimes de base	- 21,7	- 25,5	- 19,1	- 15,3
FSV	- 3,2	- 4,1	- 3,4	- 4,1
Ensemble des régimes de base et fonds	- 24,9	- 29,6	- 22,6	- 19,3

(p) : prévisions

Source : commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2011 et octobre 2012.

Les évolutions positives de 2011 et 2012 sont dues à des apports de recettes et à une moindre progression des dépenses. En 2011, la masse salariale a progressé de 3,6 % ; cette tendance ne s'est pas confirmée en 2012, ce qui explique la plus faible réduction des déficits. Les recettes progressent ainsi de 4,5 % tandis que la masse salariale n'augmente que de 2,5 %.

a) Les mesures de la seconde loi de finances rectificative

La première loi de finances rectificative avait augmenté de deux points le prélèvement social sur les revenus du capital et les produits de placement, avec un rendement espéré de 800 millions d'euros ⁽¹⁾.

La seconde loi de finances rectificative (LFR) pour 2012 ⁽²⁾ et les mesures prises par le Gouvernement durant l'été 2012 ont prolongé cet effort avec cinq mesures de recettes ou de réductions des niches :

– la hausse du forfait social avec un rendement espéré de 550 millions d'euros affectés au régime général et au FSV (article 33 de la seconde LFR) ;

– l'augmentation du taux des cotisations d'assurance vieillesse (décret du 2 juillet 2012 ⁽³⁾) ;

– la hausse du prélèvement social sur les stocks options et les attributions gratuites d'actions, augmentant les ressources de l'assurance maladie de 80 millions d'euros (article 31 de la seconde LFR) ;

– l'abaissement du plafond au-delà duquel les indemnités de rupture sont assujetties à la contribution sociale généralisée (CSG), à la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) et aux cotisations sociales pour un rendement partagé entre le régime général et le fonds de solidarité vieillesse (FSV) de 10 millions d'euros en 2012 (article 30 de la seconde LFR) ;

– l'extension aux non-résidents des prélèvements sociaux sur les revenus immobiliers de source française avec un gain de 50 millions d'euros pour l'assurance maladie (article 29 de la seconde LFR).

Au total, pour le régime général, les niches sociales sont réduites de 400 millions d'euros tandis que 990 millions d'euros supplémentaires proviennent soit de prélèvements nouveaux soit de la hausse des taux existants. Pour le FSV, le gain de 280 millions d'euros est le résultat d'une réduction de niches sociales.

b) La situation plus fragile du fonds de solidarité vieillesse

En 2012 le déficit du fonds de solidarité vieillesse passe de 3,4 à 4,1 milliards d'euros. La hausse de la prise en charge de cotisations et un recul simultané du produit de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) attribué au FSV expliquent la dégradation de 2010. Grâce à la stabilisation du chômage et à l'affectation de nouvelles recettes, notamment une fraction de la

(1) Loi n° 2012-354 du 14 mars 2012 de finances rectificative pour 2012.

(2) Loi n° 2012-958 du 16 août 2012 de finances rectificative pour 2012.

(3) Décret n° 2012-847 du 2 juillet 2012 relatif à l'âge d'ouverture du droit à pension de vieillesse.

redevance au titre de l'utilisation des fréquences (licence UMTS) auparavant destinée au fonds de réserve des retraites, le solde s'est amélioré de 620 millions d'euros en 2011.

En 2012, les charges du FSV devraient s'accroître avec une hausse prévisible de la prise en charge de cotisations chômage de 5,8 %. Parallèlement la réforme des retraites de 2011 ayant élargi les prises en charge de prestations au minimum contributif, les dépenses de prestation progresseraient de 11,4 % en 2012. Les recettes associées devraient rester dynamiques en 2012 à l'exception de la CSSS dont le rendement ne serait que de 233 millions d'euros contre 617,4 millions d'euros en 2011.

Le tableau ci-après présente l'évolution des charges et des produits du FSV depuis 2010.

COMPTES DU FSV

(en millions d'euros)

		2010	2011	Évolution	2012	Évolution
Charges	Prise en charge de cotisations	10 096,4	10 786,9	6,8 %	11 371,7	5,4 %
	Prise en charge de prestations	3 630,9	6 590,5	81,5 %	7 215,6	9,5 %
	Diverses charges	118,7	118,9	0,2 %	31,0	- 73,9 %
	Total	13 846,0	17 496,3	26,4 %	18 618,3	6,4 %
Produits	CSG nette	9 280,4	9 630,8	3,8 %	9 995,4	3,8 %
	CSSS nette	300,0	617,4	105,8 %	233,5	- 62,2 %
	Contribution additionnelle à la CSSS nette	0,0	1 001,1	nc	1 042,9	4,2 %
	Licence UMTS	0,0	137,7	nc	- 18,0	- 113,1 %
	Forfait social	0,0	458,0	nc	818,4	78,7 %
	Taxe sur les salaires	0,0	1 957,8	nc	1 987,6	1,5 %
	Autres taxes	192,2	220,7	14,8 %	492,0	122,9 %
	Autres	3,6	23,2	544,4 %	0,1	- 99,6 %
	Total	9 776,2	14 046,7	43,7 %	14 551,9	3,6 %
Solde		- 4 069,8	- 3 449,6	- 15,2 %	- 4 066,4	17,9 %

Source : commission des comptes de la sécurité sociale, octobre 2012.

2.- Une dégradation prévisible de l'équilibre en 2013 sans effort engagé

Comme le souligne la commission des comptes de la sécurité sociale, les « hypothèses [macroéconomiques] présentées pour 2013 sont entourées d'une grande incertitude », plusieurs organismes révisant même leurs prévisions à la baisse. Toutes choses égales par ailleurs, les dépenses d'assurance maladie progresseraient de 4,1 %, induisant une hausse du déficit du régime général de 3 milliards d'euros. Le tableau suivant détaille cette évolution par branche.

**ÉVOLUTION DU SOLDE DES RÉGIMES DE BASE
(HORS IMPACT DES MESURES DU PLFSS POUR 2013)**

(en milliards d'euros)

		2012	2013	Évolution
Régime général	Maladie	- 5,5	- 8,7	58,2 %
	Accidents du travail	- 0,1	- 0,2	100,0 %
	Retraite	- 5,0	- 4,0	- 20,0 %
	Famille	- 2,5	- 3,3	32,0 %
	Total	- 13,1	- 16,2	23,7 %
Autres régimes de base		- 2,1	- 2,5	19,0 %
Ensemble des régimes de base		- 15,2	- 18,7	23,0 %
FSV		- 4,1	- 3,6	-12,2 %
Ensemble des régimes de base et fonds		- 19,3	- 22,3	15,5 %

Source : commission des comptes de la sécurité sociale, octobre 2012.

La dégradation est particulièrement marquée pour la branche maladie en raison de l'anticipation d'une forte hausse des prestations nettes qui devraient augmenter de plus de moitié par rapport aux années précédentes. Pour la branche retraite, le ministère prévoit 100 000 départs anticipés supplémentaires, soit une croissance de 0,5 % des droits propres. Comme le montre le tableau suivant, cette dynamique n'est pas contrebalancée par une croissance des recettes des branches.

ÉVOLUTION DES RECETTES ET DES DÉPENSES DES BRANCHES DU RÉGIME GÉNÉRAL ET DU FSV

(en millions d'euros et en % par an)

	2011		2012 (p)		2013 (t)	
	Recettes	Dépenses	Recettes	Dépenses	Recettes	Dépenses
Maladie	148 044	156 641	155 030	160 484	158 440	167 134
	4,40 %	2,10 %	4,70 %	2,50 %	2,20 %	4,30 %
At/mp	11 339	11 560	11 751	11 889	11 917	12 071
	7,90 %	2,90 %	3,60 %	2,80 %	1,40 %	1,50 %
Vieillesse	100 457	106 474	105 369	110 417	111 314	115 280
	7,50 %	4,00 %	4,90 %	3,70 %	4,40 %	4,80 %
Famille	52 249	54 839	53 900	56 404	54 793	58 074
	4,10 %	1,50 %	3,20 %	2,90 %	1,70 %	2,30 %
Régime général	302 826	320 251	316 553	32 697	326 704	342 800
	5,30 %	2,80 %	4,50 %	2,90%	3,20 %	4,00 %
FSV	14 047	17 496	14 552	18 618	15 649	19 283
	43,7 %	26,4 %	3,6 %	6,4 %	7,5 %	3,6 %

(p) : prévisions (t) : tendanciel

Source : commission des comptes de la sécurité sociale, octobre 2012.

Les mesures de la seconde LFR pour 2012 ont un effet direct sur le solde du FSV dont les recettes devraient progresser de 7,5 % en 2013 alors que les dépenses n'évoluent que de 3,6 %.

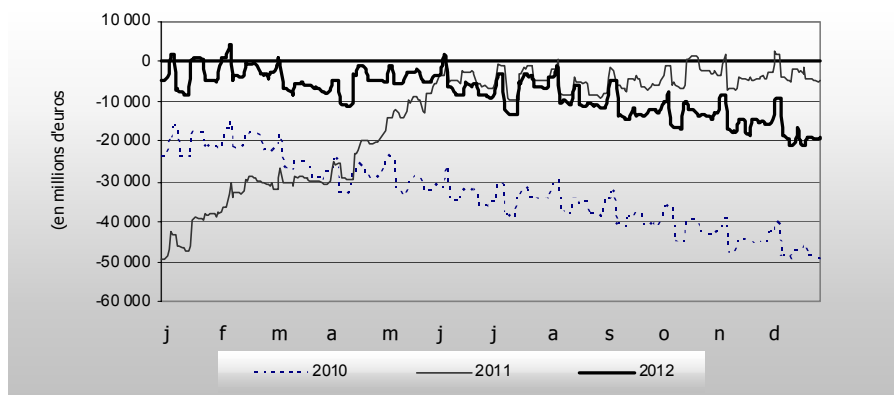
B.– LA GESTION DE LA TRÉSORERIE ET DE LA DETTE

Depuis 2010 la gestion de la trésorerie et de la dette sociale se caractérise par un recours accru aux marchés financiers, aussi bien pour la dette de long terme que pour les besoins infra-annuels de trésorerie.

1.– La stabilisation de la trésorerie de l'ACOSS

Au 31 décembre 2012, le solde prévisionnel du compte de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) devrait s'établir à –19 milliards d'euros grâce aux versements effectués par la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) entre mars et mai pour un montant de 6,65 milliards d'euros⁽¹⁾. Les encaissements de l'agence devraient passer de 6,2 % en 2011 à 3,9 % en 2012, cette baisse s'expliquant par la moindre progression de la masse salariale. Avec les mesures de la seconde loi de finances rectificative pour 2012, les encaissements restent toutefois dynamiques et devraient atteindre 438,4 milliards d'euros en fin d'année. Le graphique suivant présente les profils de trésorerie de l'ACOSS de 2010 à 2012.

COMPARATIF DES PROFILS DE TRÉSORERIE DE L'ACOSS DE 2010 À 2012



Source : ACOSS.

Pour couvrir son besoin moyen de financement d'environ 8,3 milliards d'euros, l'ACOSS a fait une large place aux instruments de marché, sans pour autant écarter le recours à la Caisse des dépôts et consignations (CDC). Le volume moyen d'emprunt est plus élevé que le besoin moyen en raison de la politique de gestion des risques. Afin d'optimiser la gestion de ses excédents ponctuels, l'ACOSS est autorisée à effectuer des placements de court terme en prenant en pension des valeurs de l'État ou des titres de la CADES. Le point haut

(1) La loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 prévoyait un transfert des déficits 2011 de la CNAV et du FSV dans la limite de 10 milliards d'euros.

de sa trésorerie est intervenu le 7 février dernier avec un solde positif de 4,1 milliards d'euros.

En termes d'outils de financement, l'agence a diversifié son portefeuille. Conformément à la convention 2011-2014, elle continue néanmoins de recourir à la caisse des dépôts et consignations par l'intermédiaire de trois outils :

- des prêts fermes de moyen terme (3 à 6 mois) limités à 33 % du plafond de trésorerie fixé par la loi de financement et, en tout état de cause, à 10 milliards d'euros ;
- des prêts fermes de court terme à échéance de 6 jours pour un montant de 3,5 milliards d'euros, utilisés chaque mois pour faire face au versement des retraites ;
- des avances de trésorerie d'un montant maximal d'un milliard d'euros destinées à couvrir les aléas de trésorerie.

En 2012, l'agence n'a fait appel à la CDC qu'à hauteur de 900 millions d'euros, ce qui représente 9 % de son financement global.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 encadre la pratique du recours aux titres de créance négociables, billets de trésorerie (BT) et *euro commercial papers* (ECP). L'ACOSS est soumise aux mêmes obligations que tous les émetteurs de titres de créance négociables. Ses émissions sont aujourd'hui reconnues comme quasi équivalentes à celles de l'État ou de la CADES, les écarts de taux entre les billets de trésorerie de l'ACOSS et ceux du Trésor étant compris entre 5 et 10 points de base. Les BT et les ECP constituent les premières sources de financement avec des encours moyens respectifs de 1,4 milliard d'euros (14 % du financement) et de 4,1 milliards d'euros (45 % du financement).

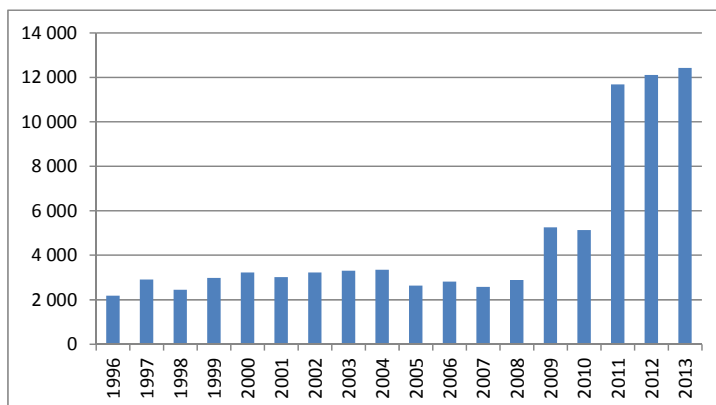
Les émissions d'ECP ont été privilégiées en raison de la liquidité du marché et de leur prix d'émission favorable, le taux moyen étant de 0,11 % depuis le début de l'année 2012 pour une maturité moyenne de 74 jours. Le taux moyen des BT à taux fixe s'est quant à lui établi à 0,2 % alors qu'il était de 0,7 % en 2011. Les BT à taux variable sont émis avec un taux moyen de 0,16 % (0,88 % en 2011). La faiblesse des taux permet de limiter les charges financières à 20 millions d'euros.

2.– Les reprises de dettes par la CADES

● Entre 1996 et 2012, la CADES a repris à sa charge 209 milliards d'euros avec un amortissement cumulé de 71,7 milliards d'euros. Après une reprise de dette particulièrement importante en 2011, la CADES ne s'est vu transférer que 6,6 milliards d'euros en 2012 correspondant au déficit 2011 de la branche vieillesse et du FSV. Le graphique suivant détaille le niveau annuel d'amortissement de la dette depuis 1996.

AMORTISSEMENT ANNUEL DE LA DETTE SOCIALE

(en millions d'euros)



Source : Annexe 8 du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

L'année 2011 marque une rupture avec la reprise progressive de 130 milliards d'euros. Conformément aux principes organiques, de nouvelles recettes ont été affectées à la caisse. L'article 9 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 dispose ainsi que les ressources de la CADES sont constituées :

- de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) ;
- de 0,48 % de la CSG sur les revenus d'activité et sur les revenus de remplacement ainsi que sur les revenus du patrimoine et les produits de placement ;
- de 0,28 % de la CSG sur les sommes engagées ou produits réalisés à l'occasion des jeux ;
- de 1,3 % des prélèvements sur les revenus du patrimoine et les produits de placement ;
- des versements du fonds de réserve pour les retraites (FRR).

En 2011, ces recettes représentent un total de 15,5 milliards d'euros, la CRDS représentant 40,3 % du total, la CSG 36 %, le versement du FRR 13,8 % et le prélèvement sur les revenus du capital 9,9 %. Lors de son audition, le président de la CADES a considéré qu'un regroupement des ressources contribuerait à améliorer la lisibilité du dispositif, d'autant plus que la CRDS a été spécifiquement conçue pour financer la caisse, contrairement aux autres taxes.

En 2012 et en 2013, la caisse devrait augmenter sa capacité d'amortissement grâce au bon rendement de ses recettes mais aussi grâce au maintien de la charge des intérêts qui n'a cessé de diminuer depuis 2008, comme le montre le tableau ci-après.

ÉVOLUTION DU COÛT DU REFINANCEMENT DE LA CADES

(en pourcentage)

	2008	2009	2010	2011	2012
Taux variable	3,68	0,72	1,41	1,41	1,07
Taux fixe	3,87	3,75	3,70	3,64	3,50
Taux indexé	4,28	4,34	4,23	4,08	3,93
Taux global de refinancement	3,89	3,38	3,56	2,84	2,84

Source : Annexe 8 du PLFSS.

La rapporteure pour avis salue les effets positifs de la gestion par la CADES de ses coûts de refinancement. Pour autant elle rappelle que l'existence de taux très bas, voire de taux négatifs, ne saurait perdurer sur le long terme ; la faiblesse des taux ne saurait donc justifier une quelconque réduction des ressources de la caisse.

II.— LA PRÉSERVATION DURABLE D'UN SYSTÈME DE SÉCURITÉ SOCIALE JUSTE ET PROTECTEUR

Le projet de loi de financement de 2013 s'articule autour d'un double objectif de redressement et de justice. Soucieux de préserver notre système de sécurité sociale, il en pérennise les financements et répartit l'effort de façon équitable, chacun contribuant en fonction de ses moyens. Les publics les plus fragiles font l'objet d'une attention marquée et ce d'autant plus qu'ils sont les premières victimes de la crise économique. Le texte améliore par ailleurs la lisibilité des échanges financiers, que ce soit entre l'État et la sécurité sociale ou entre les différents régimes. Il ouvre enfin des chantiers majeurs comme celui du financement de la dépendance, prélude à une réflexion plus vaste sur l'accompagnement et la gestion de la fin de vie.

A.— UNE CLARIFICATION DES RELATIONS ENTRE L'ÉTAT ET LA SÉCURITÉ SOCIALE

Le projet de loi de finances (PLF) et le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) clarifient les relations financières entre l'État et la sécurité sociale de façon à ce que la TVA devienne l'unique recette partagée entre l'État et la sécurité sociale.

1.— Les dispositions du PLF

L'article 38 du PLF recrée un compte de concours de financiers intitulé « Avance aux organismes de sécurité sociale » qui retrace les versements à l'ACOSS et les remboursements des avances sur le montant des recettes affectées aux caisses et régimes de sécurité sociale. Les recettes sont constituées d'une part de 0,33 % de TVA nette au titre de la compensation des exonérations de charges patronales maintenues par la seconde loi de finances rectificative pour 2012 et, d'autre part, de 5,88 % de TVA nette.

Par ailleurs la part des droits de consommation sur les tabacs affectée à certaines branches (maladie, maternité, invalidité et décès) passe de 58,1 % à 63,47 %, la part affectée à la compensation des exonérations sur les heures supplémentaires et celle destinée au fonds national d'aide au logement étant supprimées. Le tableau ci-après présente l'évolution de la répartition du produit des droits à consommation sur les tabacs.

RÉPARTITION DU PRODUIT DES DROITS DE CONSOMMATION SUR LES TABACS

(en pourcentage)

	LFSS 2012		PLF 2013
	2012	2013	2013
CNAMTS	52,33	58,10	63,47
CCMSA exploitants agricoles (maladie)	15,44	15,44	15,44
CCMSA salariés agricoles (tous risques)	11,17	7,86	7,86
CNAF	10,00	9,18	9,18
CCMSA RCO	1,89	1,89	1,89
Heures supplémentaires	3,89	3,89	0
FNAL	1,48	1,48	0
Autres	3,80	2,16	2,16

Source : étude d'impact du PLFSS 2013.

Le PLF modifie également le financement du fonds CMU. L'actuel article L. 862-3 du code de la sécurité sociale dispose que les recettes du fonds sont constituées de la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance afférentes aux garanties de protection complémentaire (prévue par l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale) ainsi que d'une dotation budgétaire de l'État destinée à équilibrer le fonds. Cette dotation est, en réalité, insuffisante puisque l'assurance maladie enregistre un reste à charge qui, si la dynamique actuelle se poursuit, atteindrait 500 millions d'euros en 2016. Une hausse des ressources du fonds CMU permettrait ainsi d'augmenter le forfait sur la base duquel les organismes de sécurité sociale sont remboursés. Partant de ce constat, le PLF affecte l'intégralité de la taxe sur les boissons sucrées et les édulcorants au fonds, ce qui représente un surplus de l'ordre de 367 millions d'euros. Il supprime en conséquence la dotation d'équilibre de l'État, les taxes affectées suffisant à couvrir les besoins du fonds.

L'article 38 du PLF réduit donc les recettes de l'État et du fonds national d'aide au logement (FNAL) de l'ordre d'un milliard d'euros, à charge pour le PLFSS d'organiser les mouvements inverses pour équilibrer l'opération.

2.– Les dispositions du PLFSS

L'article 3 du PLFSS diminue le taux des prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine et les produits de placement de 0,8 %, supprimant l'affectation de 0,2 % au FRR. Les taux affectés à la CNAV et à la CNAMTS passent respectivement de 2,9 % à 2,75 % et de 0,6 % à 0,15 %. Il diminue la part de CSG sur les revenus du patrimoine affectée à la CNAV, le taux passant de 2,2 à 1,85 %.

En contrepartie de ces baisses, il renforce les ressources du fonds national des solidarités actives (FNSA) et du fonds national d'aide au logement (FNAL). Le premier se voit ainsi attribuer 0,35 % de CSG en lieu et place de la CNAV. Le projet de loi de financement crée par ailleurs un prélèvement de solidarité sur les revenus du patrimoine et les produits de placement dont le taux est fixé à 1,9 %. Son produit est affecté à hauteur de 1,45 points au FNSA et à hauteur de 0,15 point au FNAL. Une part de ce prélèvement est affectée à la caisse

nationale d'allocations familiales (CNAF) en lieu et place d'une part supplémentaire de CSG. De ce fait, le montant des prélèvements sur les revenus du patrimoine et les produits de placement est identique, seule change l'affectation de la ressource.

En outre le FNSA bénéficiera de 145 millions d'euros supplémentaires en 2012 afin d'honorer le versement des primes de Noël qui ne sont pas budgétées jusqu'à présent. Cette somme sera prélevée sur les 800 millions d'euros de recettes tirés de la hausse de deux points du prélèvement social sur le capital.

L'article 21 du PLFSS augmente le montant des versements du fonds CMU aux organismes de sécurité sociale sur la base d'un forfait dont le montant est fixé par décret. Depuis 2009, il était fixé à 370 euros par bénéficiaire. Le PLFSS prévoit sa hausse à 400 euros. En application du nouvel article L. 862-2 du code de la sécurité sociale, cette somme sera désormais revalorisée au 1^{er} janvier de chaque année « *au niveau de l'hypothèse d'inflation retenue dans [...] la loi de finances* ».

Comme le montre le tableau suivant, cette hausse permettra de rattraper partiellement le décrochage existant entre le montant du forfait et la dépense moyenne constatée dans les différents régimes.

ÉVOLUTION DES DÉPENSES ANNUELLES MOYENNES DES BÉNÉFICIAIRES DE LA CMU

(en euros)

Dépenses moyennes annuelles par bénéficiaire	2009	2010	2011	2012*	2013*
CNAMTS	417	430	445	458	472
CCMSA	370	366	380	391	403
RSI	334	314	330	340	350

* prévisions

Source : étude d'impact du PLFSS 2013.

L'article 21 prévoit en outre une majoration du versement à la caisse nationale d'assurance maladie de façon à ce que le fonds affiche un résultat nul tant que la CNAMTS enregistre un reste à charge au titre de la gestion du dispositif CMU.

3.– Un impact financier globalement neutre

Le tableau ci-après synthétise les modifications opérées par les deux textes et leur impact financier pour chaque organisme.

IMPACT DES MESURES DU PLF ET DU PLFSS

(en millions d'euros)

	État	FNAL	FNSA	Total sphère État	CNAV	CNAM	Fonds CMU	Total régime général et fonds CMU
Taxe boissons à sucre ajouté	- 153			- 153		- 153	306	153
Taxe boissons à édulcorant	- 61			- 61			61	61
TVA nette	- 189			- 189		189		189
Droits tabac		- 619		- 619		619		619
Bilan PLF 2013	- 403	- 619	0	- 1 022	0	655	367	1 022
Prélèvement solidarité (FNAL)		619		619	0			0
Prélèvement solidarité (FNSA)			480	480				0
Prélèvement social capital RG					- 480	- 619		- 1 099
Prélèvement social capital Mise en réserve FSV					275			275
Bilan PLFSS 2013	0	619	480	1 099	- 205	- 619	0	- 824
Bilan global	- 403	0	480	77	- 205	36	367	198

Source : étude d'impact du PLFSS 2013.

Une première lecture pourrait laisser croire que cette simplification induit une perte de recettes pour l'État ainsi que pour la caisse nationale d'allocation vieillesse. Si l'État perçoit moins de taxes, les structures qui dépendent de lui, à savoir le FNAL et le FNSA reçoivent des financements qui pourront dès lors être revus à la baisse, ce qui neutralise la perte pour l'État. Les crédits affectés au FNAL baissent ainsi de 594,3 millions d'euros en 2013. Pour la CNAV, il convient d'ajouter aux sommes figurant dans le tableau le prélèvement partiel des ressources de la section de mise en réserve du FSV. Au total, les opérations de transfert sont globalement équilibrées pour la sphère sociale comme pour la sphère de l'État.

B.- LA CONSOLIDATION DU RÉGIME DE PROTECTION SOCIALE AVEC DES PRÉLÈVEMENTS PLUS JUSTES

L'objectif de redressement des comptes sociaux affiché par le Gouvernement amène à un nouvel effort en termes de financement. Pour préserver la logique redistributive au fondement du pacte social, le Gouvernement a introduit dans le projet de loi de financement des mesures de rééquilibrage de façon à préserver les capacités contributives de chacun avec une attention particulière à la situation des personnes les plus fragiles.

Le tableau ci-après détaille l'intégralité des mesures du PLFSS augmentant les recettes des organismes de sécurité sociale et des structures qui relèvent du champ des lois de financement.

LES MESURES DE RECETTES DU PLFSS 2013

(en millions d'euros)

Objectifs	Mesures	Régime général et FSV	Autres organismes champ LFSS	Autres hors LFSS (État, Unédic, régimes complémentaires de retraite)	Total
Équité	Prélèvements sociaux des indépendants	945		115	1 060
	Réduction de la cotisation minimale maladie des indépendants	- 90			- 90
	Cotisations des auto-entrepreneurs			150	150
	Païement des cotisations sur salaire réel pour les emplois à domicile	340		135	475
	Forfait social sur les indemnités de rupture conventionnelle	330			330
	Réforme de la taxe sur les salaires	470			470
	Hausse de cotisations accidents de travail / maladies professionnelles	200			200
	Statut des élus locaux	140			140
	Alignement du régime social des <i>carried interests</i>	80			80
	Harmonisation de la C3S du secteur des assurances	55			55
Solidarité entre générations	Contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie sur les retraites	350			350
Santé publique	Hausse des droits sur le tabac	125			125
	Hausse des droits sur la bière	330	150		480
Régimes de retraite	Contribution tarifaire d'acheminement		160		160
	CNRACL (fonction publique hospitalière et territoriale)		630		630
	CNAVPL (professions libérales)		200		170
Suppression de l'abattement sur les plus-values sur les terrains constructibles (sur PLF) – impact sur les prélèvements sociaux)		150	35	15	200
Total		3 425	1 170	415	5 015

Source : dossier de presse du PLFSS 2013.

1.– Des mesures d'équité

Le Gouvernement a choisi de revoir la structure des contributions entre les différents régimes mais également au sein des régimes. Il a aussi réduit plusieurs niches fiscales et revu certaines exonérations. Au total, ces mesures d'équité représentent un gain de 2,87 milliards d'euros, dont la moitié pour la seule réforme du régime des travailleurs indépendants.

a) La modernisation de régimes spécifiques

i. Le régime des travailleurs indépendants non agricoles

• Les cotisations maladie des travailleurs indépendants ont actuellement un caractère dégressif en raison de l'existence d'une assiette minimale de 14 549 euros et d'un plafonnement de la cotisation. Le taux de cotisation baisse de 6,5 % à 5,9 % pour les revenus dépassant le plafond annuel de la sécurité sociale, soit 36 372 euros, étant entendu qu'aucune cotisation n'est due sur les revenus dépassant 181 860 euros. De surcroît, les travailleurs indépendants peuvent opérer deux fois des déductions au titre des frais professionnels : ils peuvent à la fois les déduire du résultat de leur entreprise et bénéficier de mécanismes de réduction d'assiette des cotisations (abattement de 10 % ou déduction des frais réels).

L'article 11 du PLFSS revient sur ces spécificités en modifiant les modalités de calcul des cotisations et en élargissant l'assiette de référence.

Le I de l'article prévoit que l'ensemble des revenus d'activité est soumis à cotisation avec un taux et un niveau minimal de cotisation fixés par décret. En pratique, l'essentiel des revenus seront soumis à un taux de 6,5 %, ce qui représente une recette supplémentaire de 410 millions d'euros (tous régimes). Le déplafonnement ne s'appliquera pas aux cotisations d'indemnité journalière des artisans-commerçants ni à la cotisation maladie des praticiens et auxiliaires médicaux. Le projet de loi instaure par ailleurs un mécanisme de réduction dégressive de la cotisation minimale maladie-maternité pour les plus faibles revenus. Cette mesure de justice permet d'éviter les effets de seuils et préserve les catégories les plus modestes. Elle représente une perte de recettes d'environ 90 millions d'euros (tous régimes).

En matière d'assiette, le texte réintègre dans l'assiette sociale la déduction fiscale au titre des frais professionnels. Cette disposition est applicable aux cotisations dues à partir du 1^{er} janvier 2013 qui sont calculées sur les revenus 2011 déclarés en tenant compte de la déduction pour frais professionnels. Pour donner un effet immédiat à la mesure, le projet de loi crée donc un mécanisme transitoire qui majore le revenu de référence de 11 %. Cette majoration ne saurait toutefois être supérieure à la limite de déduction qui était applicable en 2011 soit 14 157 euros. La majoration s'applique à raison au revenu et non aux cotisations : certaines cotisations étant calculées dans la limite d'un plafond de revenu, la majoration des cotisations aurait pu conduire à ce que leur montant dépasse celui qui aurait été calculé avec l'assiette maximale.

Le texte élargit enfin le dispositif d'assujettissement des revenus distribués perçus par les travailleurs indépendants travaillant au sein des sociétés d'exercice libéral à l'ensemble des sociétés qui procèdent à la distribution de revenus. Cette mesure devrait générer 75 millions d'euros de rendement (tous régimes).

● **Le régime des auto-entrepreneurs** est également adapté pour rétablir l'équité contributive entre les auto-entrepreneurs et les travailleurs indépendants ordinaires tout en conservant les avantages de simplicité qui constituent l'intérêt réel du régime de l'auto-entrepreneuriat. Les taux de cotisations des auto-entrepreneurs seront relevés par décret de la façon suivante :

– de 12 à 14 % pour les commerçants ayant un chiffre d'affaires inférieur à 81 500 euros hors taxes ;

– de 21,3 % à 24,6 % pour les artisans dont le chiffre d'affaires ne dépasse pas 32 600 euros hors taxes ;

– de 18,3 % à 21,3 % pour les professionnels libéraux relevant de la caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse (CIPAV) dont les recettes sont inférieures à 32 600 euros hors taxes.

Malgré ces hausses, le régime restera attractif pour des raisons financières (avec l'exonération de fait des cotisations minimales) et pour des raisons de gestion :

– possibilité d'acquitter en même temps les cotisations et l'impôt sur le revenu issu de cette activité sous la forme d'un prélèvement libératoire ;

– déclaration et paiement au fil de l'eau de l'ensemble des contributions et cotisations sociales auprès d'un interlocuteur unique.

● Avec cette réforme, quelque 486 000 travailleurs indépendants verraient leurs cotisations annuelles baisser de 167 euros en moyenne tandis qu'elles augmenteraient pour 827 000 autres avec un montant moyen de 1 105 euros. Le tableau suivant détaille l'impact de ces mesures par tranche de revenu.

IMPACT DE LA RÉFORME DU RÉGIME DES INDÉPENDANTS

tranches de revenu (en €)	gagnants		perdants		situation inchangée
	effectifs	montant moyen (€)	effectifs	montant moyen (€)	
Inférieur à 4 788 €	310 000	227			84 000
Entre 4 788 € et 7 000 €	42 000	108	17 000	59	13 000
Entre 7 000 € et 10 000 €	73 000	66	56 000	201	22 000
Entre 10 000 € et 14 549 €	61 000	23	54 000	393	41 000
Entre 14 549 € et 36 372 €			207 000	791	339 000
Entre 36 372 € et 181 860 €			460 000	786	
Supérieur à 181 860€			33 000	10 769	
Ensemble	486 000	166,9	827 000	1 105,4	499 000

Source : étude d'impact du PLFSS 2013.

Les travailleurs les plus modestes bénéficient donc de la réforme et seuls les professionnels ayant un revenu annuel supérieur à 181 860 euros voient leurs cotisations fortement augmenter. La rapporteure pour avis ne peut qu'approuver ce rééquilibrage qui apparaît plus juste qu'une hausse des taux qui aurait pénalisé plus fortement les travailleurs les plus pauvres.

Pour les auto-entrepreneurs, la hausse de cotisations concernerait environ 400 000 personnes ⁽¹⁾ avec un impact relativement limité. Les cotisations d'un auto-entrepreneur déclarant 15 000 euros de recettes annuelles n'augmenteront par exemple que de 37 euros par mois.

ii. Les cotisations sociales des élus locaux

L'article 17 du PLFSS harmonise la couverture sociale des élus locaux. Aujourd'hui seules les indemnités versées aux maires et adjoints des villes de plus de 20 000 habitants, aux présidents et vice-présidents des conseils généraux et des EPCI sont assujetties aux cotisations maladie et vieillesse, à condition que ces élus n'exercent pas d'activité professionnelle. Le projet de loi prévoit que les élus seront désormais affiliés au régime général pour l'ensemble des risques. Pour ne pas attirer dans ce dispositif les élus faiblement indemnisés, un décret fixera un montant minimal d'indemnité qui devrait atteindre 1 516 euros par mois. Concrètement, les maires des communes de moins de 1 000 habitants, les adjoints de villes de moins de 50 000 habitants seront exclus du dispositif. En revanche tous les conseillers généraux et régionaux seront concernés.

La charge de la mesure est estimée à 140 millions d'euros, somme répartie entre les élus qui assumeront la part « salariale » et les collectivités qui prendront à leur charge la part « patronale » représentant 4/5^e du total. Cette dépense sera partiellement compensée, pour les finances locales, par la moindre dépense associée au transfert à la sécurité sociale des dépenses aujourd'hui prises en charge par les collectivités en cas d'arrêt de travail. L'étude d'impact estime cette économie à 20 millions d'euros.

Plus fondamentalement, cette réforme vise à donner aux élus qui n'exercent pas d'activité professionnelle les avantages d'une protection sociale : ils s'ouvriront ainsi des droits à la retraite et bénéficieront d'une protection au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles. Cette mesure semble donc équilibrée et normalise la situation des élus locaux, rien ne justifiant qu'ils soient encore soumis à un régime dérogatoire en matière de sécurité sociale.

b) Les droits sociaux des salariés à domicile

Créée en 1968, l'assiette forfaitaire de cotisation des particuliers employeurs n'a été consacrée par la loi qu'en 2003. Il s'agissait alors d'inciter les employeurs à respecter leurs obligations déclaratives et à garantir les droits

(1) Un peu plus de la moitié des auto-entrepreneurs ne déclarent aucun chiffre d'affaires et ne paient donc aucune cotisation.

sociaux des salariés. Pour améliorer le taux de cotisation, et donc les droits des salariés, l'ordonnance 2003-1213 du 18 décembre 2003 ⁽¹⁾ a ouvert la possibilité de cotiser sur l'ensemble des rémunérations versées. La loi du 26 juillet 2005 ⁽²⁾ a voulu favoriser ce choix en créant un abattement de 15 points des cotisations patronales pour les particuliers employeurs cotisant sur l'assiette réelle. La loi de finances pour 2011 ⁽³⁾ a supprimé cet abattement dans un double souci de suppression des niches sociales et d'économie budgétaire. La législation actuelle favorise donc les nouvelles embauches sur la base de l'assiette forfaitaire.

Le choix de l'assiette de cotisation doit normalement être le fruit d'un accord entre salarié et employeur. En pratique, l'employeur est le seul à décider, le salarié n'ayant qu'un faible pouvoir de négociation. Par ailleurs, on peut légitimement se demander si le salarié mesure en toute connaissance de cause les implications futures d'un arbitrage entre un éventuel gain immédiat de rémunération et une majoration des prestations sociales associées au niveau de cotisation. Le choix de l'assiette forfaitaire est particulièrement préjudiciable aux salariés payés au-dessus du SMIC. Pour la seule assurance retraite, une personne ayant cotisé 20 ans au forfait (sur les 42 années de cotisation) va perdre mensuellement 135 euros pour un salaire de 1,1 SMIC et 459 euros pour un salaire de deux SMIC.

L'article 15 supprime l'assiette forfaitaire pour les particuliers employeurs : ils cotiseront désormais sur l'intégralité du salaire versé à leur salarié. Cette mesure ne concerne pas les publics fragiles, c'est-à-dire les personnes de plus de 70 ans, les invalides, les personnes handicapées..., qui continuent à bénéficier d'exonérations spécifiques pour l'aide à domicile. Le changement d'assiette représente une hausse du coût pour l'employeur de 2,08 euros pour un salaire horaire de 10,5 euros nets (1,45 SMIC). L'effet économique de cette mesure devrait être limité, l'aide principale à l'emploi à domicile restant le crédit d'impôt de 50 %.

Le bénéfice attendu de cette mesure est de 500 millions d'euros. La hausse du coût pour les employeurs viendra mécaniquement augmenter le crédit d'impôt, ce qui devrait entraîner une perte de recettes pour l'État de l'ordre de 200 millions d'euros à compter de 2014. Le gain net du dispositif serait donc de l'ordre de 300 millions d'euros, affectés principalement au régime général.

La rapporteure pour avis se réjouit du bénéfice que les salariés tireront de cette mesure. Elle souligne toutefois qu'il convient d'éviter que la hausse du coût pour les employeurs n'induisse une augmentation du travail non déclaré. Pour limiter ces dérives, elle propose de réintroduire un mécanisme d'abattement mais de l'assortir d'un abaissement du plafond du crédit d'impôt. Ce dispositif permettrait de préserver les ménages les plus modestes de la hausse des cotisations

(1) Ordonnance n° 2003-1213 du 18 décembre 2003 relative aux mesures de simplification des formalités concernant les entreprises, les travailleurs indépendants, les associations et les particuliers employeurs.

(2) Loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale.

(3) Loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011.

tout en préservant les droits des salariés. Sur un plan financier la mesure serait équilibrée, y compris en 2013, le rapporteur général ayant proposé à la commission des finances, qui l'a adopté, un amendement au PLF couvrant le coût de trésorerie de cet abattement.

c) Les autres mesures

- La contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) assujettit l'ensemble des ressources provenant de l'activité professionnelle des entreprises en fonction de leur poids relatif dans l'économie. L'assiette pour les établissements de crédit a été revue en 2012 : le chiffre d'affaires retenu comme assiette fait explicitement référence au chiffre d'affaires utilisé pour calculer la cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises (CVAE). Cet ajustement n'avait en revanche pas concerné le secteur assurantiel. L'affectation de la C3S apparaît en outre peu lisible. Par ailleurs le bénéficiaire du produit des placements de C3S (20 millions d'euros en 2011) n'a pas été précisé et fait donc l'objet d'une affectation en trésorerie par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

L'article 12 du projet de loi propose de clarifier l'assiette pour le secteur assurantiel, y attrayant par exemple l'assurance à capital variable ou les commissions reçues des réassureurs. Il aligne également l'assiette des mutuelles et des institutions de prévoyance sur celle des entreprises d'assurance. En ce qui concerne l'affectation, le projet de loi retient le FSV, étant entendu que le fonds est déjà bénéficiaire du solde du produit après affectation de fractions au régime agricole et au régime des indépendants.

Cette mesure devrait générer 55 millions d'euros de recettes supplémentaires pour le FSV.

- Aujourd'hui l'assiette de la taxe sur les salaires est alignée sur celle des cotisations de sécurité sociale. De ce fait, l'intéressement, la participation et la prévoyance complémentaire sont exonérés de la taxe sur les salaires. L'inspection générale des finances critiquait l'existence de cette exonération, considérant qu'elle induit un effet d'aubaine important, notamment dans le secteur financier où ces dispositifs sont très fréquents. **L'article 13** supprime cette exemption et aligne l'assiette de la taxe sur les salaires sur celle de la CSG. Il crée en outre une tranche additionnelle pour les très hautes rémunérations afin de renforcer le caractère progressif de la taxe.

Ces mesures ne devraient pas avoir d'effet significatif sur l'intéressement, la participation ou la prévoyance, ces dispositifs conservant un régime fiscal et social attractif. De même, la tranche additionnelle ne concernera que les rémunérations supérieures à 150 000 euros, ce qui exclut du champ les employeurs sociaux (hôpitaux, établissements médico-sociaux, associations et organismes à but non lucratif) où les rémunérations sont très généralement inférieures à ce seuil et où les dispositifs d'intéressement sont par ailleurs peu développés.

Le rendement est estimé à 470 millions d'euros en année pleine, affectés à la caisse nationale d'allocations familiales.

- Les *carried interests* sont des dispositifs d'intéressement des gestionnaires de portefeuille aux performances des sociétés cibles gérées. Ils permettent de créer des incitations financières liées à la performance des salariés des fonds communs de placement à risque et des sociétés de capital. Ils sont assujettis aux prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine au taux global de 15,5 % depuis le 1^{er} janvier 2012. Les *carried interests* qui ne respectent pas des conditions relatives notamment au montant minimal que doit investir le gestionnaire sont soumis à un prélèvement forfaitaire au taux de 30 %. Dans la pratique, la majorité des *carried interests* bénéficient d'un régime fiscal et social favorable. L'assujettissement à la contribution libératoire de 30 % n'est appliqué qu'à titre exceptionnel.

L'article 14 soumet les *carried interests* à la CSG et à la CRDS, aux taux applicables aux revenus d'activité, et au forfait social qui assujettit précisément les sommes qui figurent dans les assiettes de la CSG et de la CRDS mais pas dans celles des cotisations sociales. Pour assurer le recouvrement de la CSG et de la CRDS, le paiement des sommes est adossé au paiement de l'impôt sur le revenu. Le paiement du forfait social sera quant à lui acquitté par la société ou le fonds qui procède à la distribution des *carried interests*.

Le rendement de cette mesure devrait être de 80 millions d'euros au titre du forfait social à compter de 2013 et de 32 millions d'euros au titre de la CSG activité à compter de 2014 en raison du décalage de l'établissement de l'impôt sur le revenu. Ces sommes viendront abonder l'ensemble des régimes et organismes attributaires de forfait social et de CSG.

Le comportement des employeurs ne devrait pas être affecté par ce changement. En tout état de cause, une diminution du recours à ces dispositifs se traduirait par un report sur la masse salariale ordinaire, ce qui serait donc sans effet sur les recettes des organismes de sécurité sociale.

- **L'article 20** modifie le régime social de l'indemnité spécifique versée à l'occasion d'une rupture conventionnelle homologuée. L'indemnité est exonérée de toute CSG et impôt à condition que le bénéficiaire de l'indemnité ne liquide pas de pension de retraite et que le montant de l'indemnité soit inférieur au seuil conventionnel. Au-delà du seuil conventionnel, le régime d'imposition est progressif. La CSG s'applique immédiatement tandis que les cotisations sociales ne commencent qu'au-delà de deux fois le montant du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS), soit 72 744 euros, et ce n'est qu'au-delà de 6 PASS que s'appliquent les impôts.

Le projet de loi supprime l'absence totale de contributions sociales à la charge de l'employeur en soumettant les indemnités de rupture conventionnelle au forfait social. Cette hausse sera exclusivement à la charge de l'entreprise. Elle ne devrait pas conduire à une baisse du montant des indemnités qui sont souvent

proches du minimum de celui de l'accord national interprofessionnel (ANI). Par ailleurs, cette mesure devrait amener les entreprises à internaliser les externalités négatives engendrées par les licenciements par rupture conventionnelle, les incitant davantage à maintenir leurs salariés dans l'emploi.

Cette mesure devrait générer 330 millions d'euros de recettes supplémentaires qui seront affectés à la caisse nationale d'assurance maladie.

• **L'article 24** tire fiscalement les conséquences de l'adoption de la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament ⁽¹⁾. Il précise que la taxe sur les premières ventes de médicaments est due par l'entreprise assurant l'exploitation, ce qui exclut explicitement les sous-traitants ou les grossistes. Par ailleurs, il crée un droit d'enregistrement pour les demandes d'autorisations préalables formulées auprès de l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Il harmonise enfin les modalités de recouvrement des taxes pharmaceutiques recouvrées par les URSSAF. Le gain total de ces mesures est estimé à 10,7 millions d'euros qui seront affectés à la caisse nationale d'assurance maladie.

• **L'article 25** concerne l'assiette de la contribution à charge des entreprises exploitant des médicaments remboursables. Dès lors que ces entreprises ont signé une convention avec le comité économique des produits de santé (CEPS) par laquelle elles acceptent certaines baisses de prix et des remises quantitatives, elles sont exonérées de cette contribution. Dans le cas contraire, la contribution est calculée sur la part du chiffre d'affaires des médicaments remboursables en ville qui dépasse un certain seuil calculé en fonction d'un taux de croissance par rapport à l'année précédente. Ce taux était fixé à 1 % en 2010 et à 0,5 % en 2012. L'article 25 l'établit à 0,4 % pour 2013. Ce dispositif devrait générer 10 millions d'euros de recettes affectés à la caisse nationale d'assurance maladie.

2.— La solidarité entre générations

a) *Le financement de la dépendance*

Dans son rapport sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale de 2012, la Cour des comptes notait que pour « *contribuer au financement des besoins sociaux accrus qui se font jour en certains domaines, qu'il s'agisse de l'insertion sociale et professionnelle des jeunes ou de la prise en charge de la perte d'autonomie des plus âgés* », l'effort pourrait « *notamment passer par l'alignement du taux de CSG, pour les pensions les plus élevées, sur celui de l'ensemble des actifs* » ⁽²⁾. Dans ce contexte, il convient de rappeler que la caisse nationale de solidarité autonomie ne dispose actuellement que de recettes assises sur les revenus salariaux et les revenus du capital, c'est-à-dire excluant explicitement les pensions de retraite.

(1) Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé.

(2) Rapport 2012 de la Cour des comptes sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale, p. 9.

L'article 16 du projet de loi crée une contribution additionnelle de solidarité au taux de 0,3 % sur les pensions de retraite et d'invalidité ainsi que sur les préretraites. Pour l'année 2013, le taux est ramené, à titre transitoire, à 0,15 %. Cette mesure ne concernera pas les plus faibles revenus puisque le texte prévoit d'en exonérer les personnes dont le revenu fiscal de référence est inférieur au seuil d'assujettissement à la taxe d'habitation.

Cette mesure portant sur une masse de 23 milliards d'euros, elle devrait rapporter 350 millions d'euros en 2013 et 700 millions d'euros à compter de 2014.

Le produit de cette taxe sera affecté « *au financement des mesures qui seront prises pour améliorer la prise en charge des personnes âgées privées d'autonomie* »⁽¹⁾. Toutefois, de façon dérogatoire et compte tenu de son déficit, ce produit sera versé au fonds de solidarité vieillesse en 2013.

La rapporteure pour avis se félicite de cette avancée qui permet d'ouvrir le débat sur la dépendance en prévoyant une source de financement relativement conséquente qui permettra d'envisager dans les meilleures conditions la réflexion plus générale sur la dépendance annoncée par le Gouvernement.

b) Le financement des régimes spécifiques

● **L'article 18** corrige une erreur intervenue dans la loi de financement pour 2012 : dans le cadre de l'intégration progressive au régime général du régime spécial d'assurance maladie du personnel de la chambre de commerce et d'industrie de Paris, il est prévu que les personnels ne supportent plus de cotisation salariale d'assurance maladie destinée à couvrir les prestations en espèces, ces dernières restant à la charge de l'employeur. Cette exonération nécessite toutefois une base légale qui ne figure pas dans la loi de financement de 2012. En son absence, les salariés seraient assujettis au taux de cotisation applicable au régime général de 0,75 %. En d'autres termes, sans cette mesure, les prestations en espèces seraient financées deux fois : par l'employeur et par les salariés. L'impact financier de la mesure sera nul puisque le régime général ne perçoit pas cette cotisation aujourd'hui.

● Créée par la loi n° 2004-803 du 9 août 2004, la contribution tarifaire d'acheminement (CTA) sert à financer une partie des droits spécifiques du régime de retraite des industries électriques et gazières ainsi qu'une partie du coût de l'adossement financier de ce régime spécial aux régimes de droit commun. En 2010, le Gouvernement a fait le choix de ne pas relever les quatre taux de la CTA en raison d'un reversement exceptionnel de l'AGIRC et de l'ARRCO à la caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG). Cet abondement ne permet cependant d'équilibrer la caisse que jusqu'en 2012. À compter de 2013, il est indispensable de relever les taux pour conserver l'équilibre du régime. Si

(1) *Alinéa 8 de l'article 16 du PLFSS pour 2013.*

cette mesure n'était pas prise, cela conduirait à reporter la charge sur le régime général alors même que la loi du 9 août 2004 garantit l'autonomie financière du régime et la neutralité financière de son adossement au régime général ⁽¹⁾.

Pour éviter ce déséquilibre, **l'article 19** du PLFSS relève les taux de la CTA qui seront désormais compris entre 15 et 25 %. Pour le CNIEG, cette hausse apportera 45 millions d'euros de recettes supplémentaires en 2013. La CTA ne bénéficiant qu'en partie au CNIEG, le régime général bénéficiera également de ce relèvement à hauteur de 160,5 millions d'euros en 2012, montant qui augmentera chaque année pour atteindre 165 millions d'euros en 2016. L'impact économique de la mesure restera limité : pour un foyer de cinq personnes dans une maison de 120 m², la hausse sera de 2,45 euros par an pour un équipement exclusivement au gaz et de 3,28 euros par an pour un équipement électrique.

3.– Le renforcement de la fiscalité comportementale

Le tabac et l'alcool étant respectivement les première et deuxième causes de mortalité, le Gouvernement a fixé la réduction des excès de consommation comme une priorité de sa politique de santé publique. Les actions de prévention occupent une place déterminante dans la conduite de cette politique mais elles doivent être complétées par des mesures sur les prix des produits de façon à en rendre l'accès plus difficile. Le projet de loi de financement prévoit donc un relèvement de la fiscalité sur les bières et des droits de consommation sur les tabacs.

a) La taxe sur les bières

L'alcool est responsable de 17 % des décès masculins et de 6 % des décès féminins survenus entre 15 et 34 ans. La bière représente 16 % de la consommation totale d'alcool en France mais ne pèse pourtant que très marginalement dans la structure des prix. En dehors de l'indexation sur l'inflation intervenue en 2008, les taxes sur les bières n'ont pas été revues depuis 15 ans. Cette faible imposition explique que le litre de bière standard est commercialisé à moins de deux euros. La France se distingue en cela de ses voisins européens : le droit d'accise sur la bière à 4,5 degrés atteint par exemple presque 1 euro par litre au Royaume-Uni ou 3,75 euros en Hollande alors qu'il est inférieur à 20 centimes en France.

Cette situation semble peu cohérente avec d'une part la hausse des prix sur les autres boissons alcooliques et, d'autre part, avec la volonté de réduire la consommation d'alcool chez les jeunes.

L'article 23 du projet de loi corrige cette situation en augmentant les taxes sur les bières : les taux augmentent avec le degré alcoolique. Le tableau suivant détaille l'impact de ces relèvements sur les différentes catégories.

(1) Article 19 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières.

ÉVOLUTION DES TAXES SUR LES BIÈRES

(en euros par degré alcoolique)

		2012	2013	évolution
Droit commun	moins de 2,8°	1,38	3,6	160,9 %
	autres bières	2,75	7,2	161,8 %
Petites brasseries pour les bières de plus de 2,8°	production de moins de 10 000 hectolitres	1,38	3,6	160,9 %
	production entre 10 000 et 50 000 hectolitres	1,64	4,32	163,4 %
	production entre 50 000 et 200 000 hectolitres	2,07	5,4	160,9 %

Source : PLFSS pour 2013.

En pratique, cette hausse renchérit la taxe de 20 centimes pour un litre de bière à 4,5 °; pour un « demi » de 25 cl, l'impact sera de 5 centimes.

Ces relèvements devraient rapporter 480 millions d'euros dont 330 millions affectés à la caisse nationale d'assurance maladie. La caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) exploitants-vieillesse bénéficiera quant à elle d'un versement de 150 millions d'euros, ce qui permettra d'améliorer son solde.

b) Les droits à consommation sur les tabacs

Les cigarettes sont soumises à un taux normal de 64,25 % qui se décompose en une part fixe, appelée taux spécifique à hauteur de 12 %, et une part proportionnelle équivalant à la différence entre le taux normal et le taux spécifique. Les autres produits sont soumis à un droit proportionnel. Par ailleurs l'ensemble des produits est soumis à un *minimum* de perception actuellement fixé à 183 euros pour 1 000 cigarettes.

La modification du régime fiscal des tabacs poursuit un objectif de santé publique mais doit également veiller à contenir les achats effectués en dehors du réseau des buralistes. De même, la hausse des prix ne doit pas provoquer un report des achats de tabac vers des sources d'approvisionnement bon marché, diminuant d'autant l'assiette de la taxe. Il convient enfin de veiller au report des consommateurs vers les marchés légaux mais hors du réseau français ou vers le marché illicite. En 2011, environ 20 % de la consommation aurait ainsi échappé au marché national ⁽¹⁾.

(1) « 80 % des achats seraient réalisés dans le réseau légal ; 15 % des achats seraient légaux mais hors réseau (*duty free*, franchises légales, achats transfrontaliers légaux) ; 5 % seraient illégaux (contrebande, contrefaçon, achats sur Internet) », in *rapport d'information n° 3786 de MM. Jean-Marie Binetruy, Jean-Louis Dumont et Thierry Lazaro, 5 octobre 2011.*

L'article 22 respecte ces objectifs en procédant d'une part à une réforme de la structure des droits et, d'autre part, à un relèvement des droits.

- Il met fin au régime dérogatoire applicable notamment au tabac à rouler qui se voit notamment imposer un taux spécifique de 30 %. Cette mesure est déterminante car elle crée une barrière à l'entrée sur le marché, notamment à destination des plus jeunes qui pourraient être tentés de commencer à consommer du tabac à rouler. Elle limite également significativement les effets de report des consommateurs de cigarettes vers ce type de produit. Elle aligne enfin le taux spécifique sur le taux applicable dans la plupart des pays européens.

La rapporteure pour avis se félicite de cette disposition qui invite à une réflexion plus globale sur la structure des droits et notamment sur la part relative des droits spécifiques. Comme le montre le tableau ci-après, la France se caractérise par l'importance des droits proportionnels alors que nombre de ses partenaires européens ont fait le choix d'une accise spécifique élevée qui atteint par exemple 57,31 % du prix moyen pondéré aux Pays-Bas.

STRUCTURE DE LA FISCALITÉ DES DROITS À TABAC EN EUROPE (JUILLET 2011)

	Accise spécifique			Accise <i>ad valorem</i> en % du prix de détail TTC
	Euros	En % du prix moyen pondéré	En % de l'ensemble des taxes	
Allemagne	90,80	39,51	51,04	21,94
Autriche	34	17,95	23,43	42
Belgique	15,93	7,04	9,16	52,41
Bulgarie	51,64	45,91	53,64	23
Chypre	40	24,46	31,55	40
Danemark	90,58	38,99	48,36	21,65
Espagne	12,70	7,63	9,55	57
Estonie	38,35	34,78	41,19	33
Finlande	17,50	8,10	10,28	52
France	19,59	7,26	9	56,99
Grèce	19,66	12,55	15	52,45
Hongrie	35,60	32,20	39,95	28,40
Irlande	183,42	42,90	54,65	18,25
Italie	7,67	3,74	4,99	54,57
Lettonie	35,22	31,85	37,97	34
Lituanie	38,23	35,39	45,52	25
Luxembourg	16,89	9,38	13,35	47,84
Malte	28	14,89	19,31	47
Pays-Bas	135,66	57,31	70	8,59
Pologne	40,22	34,66	40,89	31,41
Portugal	69,07	35,42	45,93	23
Roumanie	51,49	38,20	48,63	21
Royaume-Uni	178,60	56,97	63,20	16,50
Suède	137,77	55,49	72,54	1
Slovaquie	55,70	41,95	51,40	23
Slovénie	20,40	15,45	20	45,15
Rép. Tchèque	43,82	31,54	41,39	28

Source : Commission européenne, juillet 2011, cité par rapport d'information n° 3786 de MM. Jean-Marie Binetruy, Jean-Louis Dumont et Thierry Lazaro, 5 octobre 2011.

Indépendamment du montant total des accises spécifiques, deux stratégies différentes apparaissent en ce qui concerne la structuration desdites taxes :

– une taxation principalement adossée à la part spécifique, c’est-à-dire indépendante du prix du tabac. Elle induit un coût d’entrée sur le marché plus important, y compris pour les produits bas de gamme. Les Pays-Bas, le Royaume-Uni, la Suède, l’Irlande ou la Bulgarie ont fait ce choix ;

– une taxation qui dépend principalement du prix du tabac, c’est-à-dire de la part proportionnelle. Ce système facilite l’accès au marché puisque les produits d’entrée de gamme sont peu taxés. Cette situation a cours en France ou en Italie.

• Le texte augmente par ailleurs le minimum de perception qui passe de 183 euros à 195 euros pour 1 000 cigarettes. Il relève également l’ensemble des taux à compter du 1^{er} janvier 2013, étant entendu que les droits sur les cigarettes et sur le tabac à rouler augmenteront de nouveau au 1^{er} juillet 2013. Le tableau ci-après détaille l’évolution des droits à consommation.

ÉVOLUTION DES TAUX DES DROITS SUR LES TABACS

(en pourcentage)

Groupe de produits	1 ^{er} octobre 2012		1 ^{er} janvier 2013		1 ^{er} juillet 2013	
	taux normal	taux spécifique	taux normal	taux spécifique	taux normal	taux spécifique
Cigarettes	64,25	9,00	64,25	12,50	64,70	15,00
Cigares et cigarillos	27,57	0,00	28,00	5,00	28,00	5,00
Tabac fine coupe destinés à rouler les cigarettes	58,57	0,00	60,00	30,00	62,00	30,00
Autres tabacs à fumer	54,42	0,00	55,00	10,00	55,00	10,00
Tabacs à priser	45,57	0,00	50,00	0,00	50,00	0,00
Tabacs à mâcher	32,17	0,00	35,00	0,00	35,00	0,00

Source : PLFSS pour 2013.

La hausse programmée des taux devrait faire pression à la hausse sur les prix. Compte tenu de la baisse des volumes, le gain de ces mesures serait de 220 millions d’euros en année pleine. En 2013 avec l’entrée en vigueur différée au 1^{er} juillet, le rendement ne serait que de 100 millions d’euros. Cette ressource sera principalement affectée à la branche maladie (102 millions d’euros), les branches famille et vieillesse recevant respectivement 13 et 5 millions d’euros.

C.– UN EFFORT DE CORRECTION DU DÉFICIT EN 2013

La tendance naturelle d’évolution des dépenses en 2013 risque de dégrader le solde des différents régimes. Les mesures prises dans le PLFSS, tant en ce qui concerne les recettes que la maîtrise des dépenses, permettent de contenir ce phénomène comme le montre le tableau suivant.

IMPACT DU PLFSS SUR LE SOLDE DES RÉGIMES DE BASE EN 2013

(en milliards d'euros)

		Hors PLFSS	Avec PLFSS	Évolution
Régime général	Maladie	- 8,7	- 5,11	+ 3,59
	Accidents du travail	- 0,2	0,31	+ 0,51
	Retraite	- 4,0	- 3,95	+ 0,05
	Famille	- 3,3	- 2,61	+ 0,69
	Total	- 16,2	- 11,37	+ 4,83
Autres régimes de base		- 2,5	- 1,38	+ 1,12
Ensemble des régimes de base		- 18,7	- 12,75	+ 5,95
FSV		- 3,6	- 2,56	+ 1,04
Ensemble des régimes de base et fonds		- 22,3	- 15,31	+ 6,99

Source : commission des comptes de la sécurité sociale, octobre 2012 et PLFSS pour 2013.

Le solde de l'ensemble des régimes et du FSV sera donc réduit de près de 7 milliards d'euros en 2013, améliorant même les résultats de l'année dernière.

D.- LA TRÉSORERIE ET LA GESTION DE LA DETTE EN 2013

L'article 28 détermine l'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, l'article 29 fixant celui du régime général et l'article 30 traitant de celui du FSV. Comme le montre le tableau suivant, le solde total est déficitaire à hauteur de 12,7 milliards d'euros pour les régimes obligatoires et de 2,6 milliards d'euros pour le FSV.

ÉQUILIBRE DES BRANCHES EN 2013

(en milliards d'euros)

	Régimes obligatoires			Régime général		
	Prévisions de recettes	Prévisions de dépenses	Solde	Prévisions de recettes	Prévisions de dépenses	Solde
Maladie	185,0	190,1	- 5,1	159,9	165,0	- 5,1
Vieillesse	213,2	218,6	- 5,4	111,3	115,3	- 4
Famille	55,9	58,6	- 2,7	55,5	58,1	- 2,6
Accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP)	13,7	13,3	0,4	12,2	11,9	0,3
Total	457,1	469,8	- 12,7	329	340,4	- 11,4
FSV	16,7	19,3	- 2,6	nc	nc	Nc

Source : PLFSS pour 2013.

Les soldes s'améliorent tous par rapport à 2012 ; pour autant ils ne seront pas encore équilibrés, à l'exception de la branche AT-MP, ce qui impose de maintenir les dispositions relatives à la gestion de la trésorerie et de la dette sociale.

1.– L'adaptation de la gestion de deux régimes spécifiques

a) La gestion administrative des régimes agricoles

Le fonctionnement actuel des caisses du régime agricole repose sur une logique forte de déconcentration. Jusqu'en 1999, les caisses locales pouvaient moduler les cotisations qu'elles appelaient. Depuis 1999, la totalité des cotisations complémentaires est centralisée à la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) pour être ensuite redistribuée aux caisses locales sous forme de dotations de gestion. Ce système ne permet cependant pas une gestion optimale des fonds : il déconnecte l'évolution des recettes de celle des dépenses de gestion et s'accompagne de la constitution de réserves financières dans les caisses locales, induisant une hausse mécanique des besoins de trésorerie de la caisse centrale dans un contexte de resserrement de l'accès au crédit. En outre le financement de la branche AT-MP repose sur un principe de compensation du régime agricole par le régime général. Défini dans les années 1970, ce mécanisme repose sur des règles de calcul complexes et peu efficaces.

L'article 33 propose d'aligner les modalités de financement de la gestion administrative, du contrôle médical et de l'action sociale des régimes agricoles sur celui des autres régimes. La trésorerie sera totalement centralisée, les caisses locales bénéficiant d'un droit de tirage. Les réserves locales seront toutes « remontées » au niveau national. En conséquence, les caisses abandonneront le principe du financement à l'émission qui consistait à remonter le montant des cotisations émises et non des cotisations effectivement recouvrées.

Ainsi modernisée, la CCMSA sera en mesure d'optimiser sa gestion grâce aux effets de masse. En outre, elle gagnera en solvabilité sur le marché puisqu'elle gèrera tous les fonds de réserve.

Compte tenu de l'importance de ces changements, la nouvelle organisation n'interviendra qu'au 1^{er} janvier 2014, laissant le temps aux caisses de modifier leurs structures. La réforme supprime par ailleurs le fonds de solidarité des crises agricoles (FSCA) qui permettait d'établir des plans de paiement en cas de difficulté. La perte de cet outil nécessite des adaptations de gouvernance assez importantes.

Le mécanisme de compensation pour les accidents du travail sera en revanche rationalisé dès l'exercice 2012. Il permettra de réduire l'écart de taux de cotisations entre le régime des salariés agricoles et le régime général.

b) La trésorerie de la caisse autonome des mines

La caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM) est aujourd'hui dans une situation extrêmement délicate, son plafond d'emprunt ayant augmenté de 700 millions d'euros depuis 2007. La caisse enregistre en effet des déficits récurrents avec un solde prévisionnel de - 72 millions d'euros en 2012. La situation apparaît critique pour 2013, le besoin

atteignant 800 millions d'euros, soit 150 millions d'euros de plus que les concours octroyés par la caisse des dépôts et consignations. Depuis la loi de financement pour 2012, l'ACOSS peut intervenir pour consentir, à titre exceptionnel et contre rémunération, des avances d'une durée inférieure à un mois à certains fonds de sécurité sociale. **L'article 34** autorise en conséquence l'ACOSS à consentir à la CANSSM des avances d'un montant maximal de 250 millions d'euros en 2013, sous réserve de la signature d'une convention entre l'agence et la caisse, ladite convention devant être approuvée par les ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

Ce mécanisme ne saurait toutefois représenter qu'une solution temporaire qui induit d'ailleurs une majoration à due concurrence des ressources non permanentes de l'ACOSS (*cf. infra*). L'année 2013 doit être l'occasion d'engager une réflexion structurelle, avec tous les partenaires concernés, sur le financement de cette caisse.

L'article 34 supprime par ailleurs l'article L. 255-2 du code de la sécurité sociale qui dispose que « *les montants encaissés par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale sur leurs comptes spéciaux d'encaissement sont obligatoirement transférés par virement pour l'alimentation du compte unique de disponibilités courantes* » de l'ACOSS. En effet, dans le cadre de la rationalisation des circuits de gestion de trésorerie, la remontée des fonds est déjà prévue au niveau réglementaire.

2.– Les besoins de financement en 2013

• **L'article 36** habilite huit organismes à recourir à des ressources non permanentes pour leurs besoins de trésorerie. En 2013, l'ACOSS sera ainsi autorisée à lever 29,5 milliards d'euros de fonds. Ce plafond tient compte d'une reprise de dette de 8,1 milliards d'euros par la CADES, conformément à la LFSS pour 2011. L'ACOSS estime que le solde moyen devrait s'établir en 2013 à – 22 milliards d'euros avec un point haut en février à – 9,4 milliards d'euros et un point bas fin décembre à – 27,6 milliards d'euros. Toutefois, si la reprise de la CADES n'intervient qu'en une fois et au mois de juin, le profil de trésorerie se dégraderait mécaniquement au cours du premier semestre avec un point bas mi-avril qui pourrait atteindre - 27,8 milliards d'euros. Pour éviter cet effet, il serait plus pertinent que la reprise s'opère en deux temps. Il convient par ailleurs de noter que le plafond tient compte de la politique de gestion des risques financiers de l'agence. S'il convient de se réjouir de la bonne gestion des fonds par l'ACOSS, il importe de conserver une marge de manœuvre suffisante pour faire face à d'éventuels changements de la structure des marchés.

La caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) peut quant à elle emprunter à hauteur de 4 milliards d'euros. À la différence de l'ACOSS, elle n'est cependant pas autorisée à émettre des bons de trésorerie ; elle ne peut donc

que procéder par appels d'offres. Si la certification de ses comptes en 2011 constitue un signal très positif, il convient d'être attentif au durcissement de l'accès au crédit.

● **L'article 31** fixe l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la CADES à 12,4 milliards d'euros. Ce plafond est en hausse par rapport à 2012 mais reste conforme aux capacités de la caisse et s'inscrit dans la trajectoire d'apurement de la dette sociale définie en 2011.

SECONDE PARTIE : LES DÉPENSES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2013

L'équilibre financier et les mesures nouvelles pour chacune des quatre branches de la sécurité sociale seront présentés en suivant leur ordre de présentation dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 (PLFSS 2013). En outre, un développement particulier sera consacré aux dépenses médico-sociales.

Le tableau ci-dessous retrace l'évolution des dépenses 2013 en tendanciel (d'après les données présentées par la commission des comptes de la sécurité sociale le 1^{er} octobre 2012), et après application des mesures nouvelles, notamment inscrites en PLF et PLFSS pour 2013.

IMPACT DES MESURES NOUVELLES SUR LE TENDANCIEL 2013

(en milliards d'euros)

	Régime général					Tous régimes	FSV
	Maladie	AT-MP	Vieillesse	Famille	Toutes branches	Toutes branches	
Soldes tendanciels	- 8,69	- 0,15	- 3,97	- 3,28	- 16,10	- 18,97	- 3,63
Mesures sur les dépenses d'assurance maladie	2	0,02			2,02	2,38	
Mesures sur les dépenses famille				- 0,01	- 0,01	- 0,01	
Mesures sur les dépenses AT-MP		0,19			0,19	0,19	
Mesures sur les dépenses vieillesse							
Mesures sur les recettes	1,20	0,24	0,22	0,68	2,31	3,52	1,07
Autres mesures (transferts, frais financiers)	0,38	0,01	- 0,20		0,20	0,14	
Soldes PLFSS 2013	- 5,11	0,31	- 3,95	- 2,61	- 11,37	- 12,75	- 2,56

Source : PLFSS 2013, annexe 9.

Avec un effort global – en recettes et en dépenses – de l'ordre de 5,5 milliards d'euros dans le périmètre du régime général et du FSV, le PLFSS 2013 marque une étape volontariste en faveur du nécessaire redressement des comptes sociaux. Toutefois, la prise en charge des assurés sociaux, et notamment des plus fragiles d'entre eux, n'est pas pour autant sacrifiée sur l'autel de la maîtrise de la dépense. Les mesures présentées s'efforcent ainsi de concilier deux impératifs d'égale importance : la bonne gestion de notre système de solidarité nationale, et le maintien voire l'amélioration du service rendu à la population. En présentant un déficit du régime général et du FSV en recul

à 13,9 milliards d'euros, contre 19,7 milliards d'euros hors mesures de redressement, le PLFSS 2013 démontre qu'il est non seulement possible, mais indispensable, d'associer efficacité, bonne gestion, justice et équité.

ÉVOLUTION DES COMPTES DU RÉGIME GÉNÉRAL 2010-2017 (TOUTES BRANCHES)

(en milliards d'euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Recettes	287,5	302,8	316,4	329	340,4	352,6	365,3	377,5
Dépenses	311,5	320,3	329,7	340,4	351,1	362,1	373,2	383,9
Solde	-23,9	-17,44	-13,3	-11,4	-10,7	-9,5	-7,9	-6,4

Source : PLFSS 2013, annexe B.

ÉVOLUTION DES COMPTES DE L'ENSEMBLE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE 2010-2017 (TOUTES BRANCHES)

(en milliards d'euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Recettes	401,7	421,7	439,5	457,1	472,7	488,4	504,7	521,8
Dépenses	427,2	440,8	454,7	469,8	484,6	499,6	514,8	530,9
Solde	-25,5	-19,1	-15,2	-12,7	-11,9	-11,1	-10,1	-9,1

Source : PLFSS 2013, annexe B.

I.- LA BRANCHE MALADIE

Rappelons à titre liminaire que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) n'agrège pas l'intégralité des dépenses de santé. Son périmètre est celui des remboursements effectués par la sécurité sociale. Structurellement, l'ONDAM représente plus de 75 % de la consommation de soins et des biens médicaux (CSBM). La CSBM intègre les dépenses acquittées par les financeurs du système de santé : la sécurité sociale, l'État, les collectivités territoriales, les organismes de protection complémentaire (mutuelles, sociétés d'assurance et institutions de prévoyance) et, bien entendu, les ménages. En 2011, la CSBM était évaluée à 180 milliards d'euros, soit 9 % du PIB.

Le principe de solidarité nationale qui sous-tend l'existence même de notre régime de sécurité sociale constitue un élément fondamental du pacte social. En garantir la pérennité et en permettre le renforcement suppose nécessairement des efforts de maîtrise de la dépense afin de soigner aussi bien voire mieux mais, autant que possible, à moindre coût.

Ces mesures d'efficacité doivent permettre une amélioration de la performance de l'ensemble du système de santé tout en maintenant un niveau de soin et de prise en charge optimal de nos concitoyens. De fait, le PLFSS pour 2013 concilie ces deux impératifs de bonne gestion et d'un haut niveau de service en proposant des mesures de maîtrise raisonnée de la dépense qui ne soient pas préjudiciables aux assurés sociaux.

LE PASSAGE DE LA CSBM À L'ONDAM EN 2011

(en milliards d'euros)

CSBM	180
Part de la CSBM financée par la sécurité sociale	135,8
+ prestations diverses	0,1
+ IJ maladie et accidents du travail (hors IJ maternité)	10,3
+ soins aux personnes âgées en établissement et SSAD	8,5
+ ONDAM personnes handicapées	8,3
+ prise en charge de cotisations des professionnels de santé	2,2
+ dotations à différents fonds	0,6
+ autres prises en charge	1,2
+ ajustements divers	- 0,3
ONDAM	166,6

Source : PLFSS 2013, annexe 7.

La répartition du financement des dépenses de santé entre les différents acteurs concernés évolue relativement peu sur moyenne période. Le tableau suivant retrace la structure de financement de la CSBM depuis 2000. Notamment, *modulo* quelques évolutions, le reste à charge des ménages en 2011 demeure à un niveau équivalent à ce qu'il était dix ans plus tôt.

ÉVOLUTION DE LA STRUCTURE DE FINANCEMENT DE LA CSBM 2000-2011

(en pourcentage)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sécurité sociale de base (a)	76,7	76,7	76,8	77	77	76,8	76,3	76,3	75,7	75,8	75,8	75,5
État et CMU-C organismes de base	1,2	1,3	1,4	1,3	1,3	1,2	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2	1,3
Organismes complémentaires (b)	12,4	12,3	12,6	12,7	12,9	13	13	13,1	13,3	13,4	13,5	13,7
<i>Mutuelles</i>	7,6	7,4	7,4	7,5	7,5	7,5	7,6	7,6	7,6	7,6	7,5	7,4
<i>Sociétés d'assurance</i>	2,6	2,6	2,7	2,8	3	3	3	3,1	3,3	3,4	3,6	3,7
<i>Institutions de prévoyance</i>	2,1	2,3	2,5	2,5	2,5	2,3	2,3	2,4	2,4	2,4	2,4	2,5
Ménages	9,7	9,7	9,3	8,9	8,8	9	9,4	9,3	9,7	9,6	9,6	9,6
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

(a) y compris déficit des hôpitaux publics

(b) y compris prestations CMU-C versées par ces organismes

Source : PLFSS 2013, annexe 7.

A.– L'ÉVOLUTION DE L'ONDAM ET DES COMPTES DE LA BRANCHE MALADIE

1.– Vers trois années consécutives de respect de l'ONDAM

Rappelons que le projet de loi de programmation des finances publiques (LPFP) pour les années 2012 à 2017 actuellement en discussion au Parlement fixe, pour chaque année de cette période, les montants de l'ONDAM aux niveaux retracés dans le tableau suivant.

ÉVOLUTION DE L'ONDAM 2012-2017 (LPFP)

(en milliards d'euros)

2012	2013	2014	2015	2016	2017
170,8	175,4	180	184,5	189,1	193,8
–	+ 2,7 %	+ 2,6 %	+ 2,5 %	+ 2,5 %	+ 2,5 %

Source : projet de LPFP 2012-2017.

En 2010, l'ONDAM avait été sous-exécuté à hauteur de 640 millions d'euros. Pour la première fois depuis 1997, l'objectif voté par le Parlement était respecté. Les années 2011 et 2012 confirment cette tendance vertueuse.

La LFSS 2011 avait fixé l'ONDAM à 167,1 milliards d'euros. D'après les dernières données disponibles, il s'avère que l'ONDAM 2011 s'établit à 166,4 milliards d'euros, soit une sous-exécution de 780 millions d'euros par rapport à l'objectif voté. Au total, la croissance des dépenses atteindrait alors 2,7 % par rapport à 2010.

En 2012, l'ONDAM devrait également atteindre un niveau inférieur au montant voté par le Parlement. En effet, alors que les prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale rendues publiques en juillet faisaient état d'un léger dépassement de l'ONDAM 2012 (+ 0,1 milliard d'euros), les données présentées à l'occasion du rapport d'octobre tendraient à indiquer une sous-consommation de l'ordre de 350 millions d'euros de l'ONDAM voté en LFSS 2012. Ainsi, la dépense s'élèverait à 170,8 milliards d'euros, témoignant d'une croissance de 2,6 % par rapport à l'année précédente, alors qu'une progression de 2,8 % avait été anticipée. Cette sous-exécution est imputable à une consommation de soins de ville plus faible que prévue (avec, notamment, une moindre croissance des indemnités journalières et de la consommation de produits de santé). Par ailleurs, elle intègre la sous-exécution déjà constatée en 2011.

RÉALISATION PRÉVISIONNELLE DE L'ONDAM 2012

(en milliards d'euros)

	Base de référence	Prévision 2012	Taux d'évolution	Objectifs 2012 arrêtés	Écart
Soins de ville	76,7	78,5	2,4 %	78,9	- 0,35
Établissements de santé	72,7	14,6	2,5 %	74,6	0,0
Établissements et services sociaux et médico-sociaux	15,8	16,5	4,1 %	16,5	0,0
<i>Établissements et services pour personnes âgées</i>	7,6	8,0	6,1 %	8,0	0,0
<i>Établissements et services pour personnes handicapées</i>	8,2	8,4	2,4 %	8,4	0,0
Autres prises en charge	1,2	1,2	1,1 %	1,2	0,0
ONDAM	166,4	170,8	2,6 %	171,1	- 0,35

Source : PLFSS 2013, annexe 7.

En tendancier, hors mesures nouvelles, l'ONDAM 2013 augmenterait de 4,1 % en 2013. Une telle progression intègre l'évolution prévisible des prestations remboursées à la lumière de la prévision d'exécution de l'ONDAM 2012, les tendances de moyen terme à l'œuvre dans le champ des dépenses ONDAM, les mesures nouvelles de dépenses pour 2013, ainsi que les effets report de certaines mesures mises en œuvre en 2012.

Le Gouvernement a présenté un ONDAM en progression de 2,7 % pour 2013, à champ constant, soit un montant de 175,4 milliards d'euros représentant une progression de 4,7 milliards d'euros des dépenses prises en charge par l'assurance maladie (rappelons que l'ONDAM avait été fixé successivement à 2,9 % en 2011 et 2,8 % en 2012). L'analyse par sous-objectifs montre que la progression des ONDAM « soins de ville » et « hospitalier » serait la même, à 2,6 %, tandis qu'un effort substantiel serait réalisé sur un ONDAM médico-social en croissance de 4 %, témoignant du caractère prioritaire des dépenses afférentes.

MONTANTS ET TAUX D'ÉVOLUTION DE L'ONDAM 2013

(en milliards d'euros)

Sous-objectifs	Base	PLFSS 2013	Taux d'évolution
Soins de ville	78,5	80,5	2,6 %
Établissements de santé	74,6	76,5	2,6 %
Établissements et services sociaux et médico-sociaux	16,5	17,1	4,0 %
<i>Établissements et services pour personnes âgées</i>	8,0	8,4	4,7 %
<i>Établissements et services pour personnes handicapées</i>	8,4	8,7	3,3 %
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	1,2	1,3	5,9 %
ONDAM	170,8	175,4	2,7 %

Source : PLFSS 2013, annexe 7.

Contenir l'objectif global à 2,7 % suppose de dégager des économies à hauteur de 2,4 milliards d'euros. De fait le Gouvernement prévoit un effort global de 5,5 milliards d'euros en recettes et en dépenses dans le seul périmètre régime général et FSV. Les mesures de recettes doivent permettre une augmentation des ressources de 3,4 milliards d'euros au bénéfice du régime général et du FSV (cf. *supra* partie I). Les économies, d'un montant de 2,4 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes, seraient réalisées au niveau du régime général à hauteur de 2,1 milliards d'euros.

Les efforts en dépenses s'élèveraient à 1,75 milliard d'euros sur les soins de ville, et à 657 millions d'euros sur l'hôpital.

● Pour les soins de ville, elles consisteraient en :

– des mesures d'économies sur les produits de santé (baisse des prix des médicaments princeps et génériques ; baisse des prix des dispositifs médicaux ; optimisation de la tarification des génériques etc.) : 876 millions d'euros ;

– des mesures d'efficacité dans la prescription (maîtrise médicalisée des médicaments, dispositifs médicaux et autres prescriptions notamment) : 605 millions d'euros ;

– des mesures d'efficacité pour les professionnels de l'offre de soins ambulatoires (baisse tarifaire pour certaines spécialités médicales et les biologistes, amélioration de l'efficacité des dépenses de transport) : 225 millions d'euros ;

– des mesures de lutte contre la fraude : 50 millions d'euros.

● Pour les soins hospitaliers, les économies seraient portées par :

– un renforcement de l'efficacité interne des établissements de santé (rationalisation des achats notamment) : 314 millions d'euros ;

– une amélioration de la gestion du risque et des prises en charge (efficacité de la prise en charge, pertinence des actes etc.) : 193 millions d'euros ;

– des mesures d'efficacité sur les produits de santé à l'hôpital (baisse de prix pour certains médicaments et produits de santé de la liste en sus⁽¹⁾ notamment) : 150 millions d'euros.

(1) *Au cours d'un séjour hospitalier, les médicaments administrés sont, par principe, financés dans le cadre des tarifs des prestations d'hospitalisation qui sont des tarifs forfaitaires censés couvrir l'ensemble des charges supportées par l'établissement de santé pour la prise en charge du patient. Cependant, un certain nombre de produits particulièrement onéreux, dont l'introduction au sein des tarifs forfaitaires n'est pas adaptée, sont facturables en sus des prestations d'hospitalisation et peuvent faire l'objet d'une prise en charge. Ces produits sont inscrits sur la « liste en sus ».*

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES MESURES D'ÉCONOMIES RELATIVES À L'ONDAM 2013

(en millions d'euros)

	Mesures	Économie espérée
SOINS DE VILLE	Mesures d'efficacités relatives aux professionnels de l'offre de soins ambulatoires	225
	Baisses tarifaires médecins et biologistes	155
	Amélioration de l'efficacité des prescriptions de transports et harmonisation des remises	70
	Mesures d'économies sur les produits de santé	876
	Baisses de prix des médicaments princeps, baisses de prix des génériques	530
	Baisses de prix des dispositifs médicaux	75
	Mise en cohérence des prix des médicaments perdant leur brevet mais non substituables	50
	Évaluation du service médical rendu de certaines spécialités	26
	Optimisation de la tarification des génériques	100
	Mesures de convergence de prix par classe thérapeutique	95
	Mesures d'efficacité des prescriptions	605
	Maîtrise médicalisée des médicaments, dispositifs médicaux et autres prescriptions	550
	Efficacité de la prescription des médicaments d'exception	15
	Lutte contre la iatrogénie médicamenteuse des personnes âgées	15
	Actions de gestion du risque des ARS (prescriptions hospitalières exécutées en ville, imagerie)	25
	Lutte contre les fraudes	50
TOTAL SOINS DE VILLE	1 756	
SECTEUR HOSPITALIER	Renforcement de l'efficacité interne des établissements de santé	314
	Rationalisation des achats hospitaliers	250
	Amélioration de l'organisation des pharmacies à usage intérieur	64
	Actions de gestion du risque et qualité des prises en charge	193
	Amélioration de l'efficacité des prises en charges (chirurgie ambulatoire, adéquation des durées moyennes de séjour etc.)	126
	Renforcement de la pertinence des actes et prises en charge	60
	Amélioration de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique	10
	Efficacité des produits de santé à l'hôpital	150
	Baisses de prix sur les médicaments de la liste en sus	50
	Baisse des prix des dispositifs médicaux de la liste en sus	40
	Adaptation des indications de la liste en sus	60
	TOTAL SECTEUR HOSPITALIER	657
TOTAL GÉNÉRAL		2 413

Source : PLFSS 2013, annexe 9.

Le tableau ci-dessous présente l'impact financier des mesures nouvelles pour le seul régime général de la branche maladie.

IMPACT FINANCIER DES MESURES NOUVELLES DU PLFSS 2013 SUR LES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE (RÉGIME GÉNÉRAL)

(en milliards d'euros)

Mesures d'économies intégrées à l'ONDAM 2013	2,03
Autres mesures	- 0,03
Majoration de la dotation à l'ONIAM	- 0,03
Création d'IJ pour les exploitants agricoles financée par une cotisation forfaitaire (pas d'impact en 2013)	0
Total des mesures sur les dépenses d'assurance maladie (économie)	2

Source : PLFSS 2013, annexe 9.

2.- Le déficit de l'assurance maladie : une amélioration qui se poursuit en 2013

L'évolution des comptes de l'assurance maladie en tendanciel – c'est-à-dire hors mesures nouvelles – est présentée dans les développements qui suivent.

Les tableaux ci-dessous retracent l'évolution des comptes de la branche maladie (régime général et tous régimes obligatoires de base) compte tenu des mesures nouvelles du PLFSS 2013.

ÉVOLUTION DES COMPTES DE LA BRANCHE MALADIE DU RÉGIME GÉNÉRAL 2010-2017

(en milliards d'euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Recettes	141,8	148	155	159,9	165,1	170,9	176,8	182,7
Dépenses	153,4	156,6	160,5	165	169,6	174,3	179,1	184
Solde	- 11,6	- 8,6	- 5,5	- 5,1	- 4,5	- 3,4	- 2,2	- 1,4

Source : PLFSS 2013, annexe B.

**ÉVOLUTION DES COMPTES DE LA BRANCHE MALADIE
DE L'ENSEMBLE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE 2010-2017**

(en milliards d'euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Recettes	164,9	171,8	179,4	185	191	197,4	204	210,5
Dépenses	176,3	180,3	184,9	190,1	195,3	200,6	206	211,6
Solde	- 11,4	- 8,5	- 5,5	- 5,1	- 4,3	- 3,2	- 2	- 1,1

Source : PLFSS 2013, annexe B.

Si les comptes de la CNAM se sont améliorés en 2011, avec un déficit réduit de près de 3 milliards d'euros, le solde est resté négatif à hauteur de 8,5 milliards d'euros. De fait, les charges de la branche auront progressé moins vite que ses recettes (2,7 % contre 4,4 %). La décélération des charges - 2,7 % contre 2,9 % en 2010 - ont ainsi permis de respecter l'ONDAM fixé en 2011. Les soins de ville auront ainsi crû de 2,5 % seulement par rapport à 2010, tandis que les prestations hors ONDAM nettes n'auront crû que de 0,7 % (contre + 1,6 % de hausse en 2010), ce qui s'explique notamment par la diminution substantielle des prestations médico-sociales restant à la charge de la CNSA (- 29,5 %) et la baisse de 0,2 % des indemnités journalière (IJ) maternité et paternité. Les autres charges techniques ont également diminué de 10,7 % en 2011, du fait notamment de la baisse de transferts effectués au bénéfice des autres régimes de base. Sur le volet recettes, il convient de souligner que les cotisations nettes (qui représentent 48 % des produits nets de la branche) ont progressé de 4 %. Une telle amélioration résulte notamment de l'évolution de la masse salariale. Les impôts et taxes affectés auront crû de 16 %, tandis que les produits nets de CSG attribués à la CNAM auront progressé de 4,5 %.

En 2012, la CNAM présenterait une amélioration de son déficit de quelque 3 milliards d'euros, celui-ci s'établissant à 5,5 milliards d'euros *in fine*. Cette résorption du déficit serait due à une croissance des ressources supérieure à celle des charges de la branche (+ 4,7 % contre + 2,5 %). Un tel résultat s'explique par une progression contenue des prestations nettes relevant du champ de l'ONDAM (+ 2,5 %), attribuable notamment à une augmentation beaucoup plus faible des prestations de soins de ville (+ 1,8 %). Les prestations maladie-maternité présenteraient une progression en diminution de 4 points par rapport à l'année antérieure. Les prestations hors ONDAM témoigneraient d'une dynamique toujours soutenue des prestations d'invalidité (+ 6,6 %), lesquelles comptent pour 0,2 point des 2,5 % de croissance des charges nettes totales. En matière de recettes, la croissance de 4,7 % des produits nets est notamment due à l'augmentation substantielle des recettes fiscales affectées à la branche. Les cotisations croîtraient de 2,8 %, soit 5 points de moins qu'en 2011, ceci s'expliquant logiquement par la progression moins soutenue de la masse salariale (+ 2,5 % en 2012 contre + 3,6 % en 2011). La CSG, quant à elle, serait en augmentation de + 4,2 % et contribuerait à hauteur de 1,5 point à la hausse des produits nets de la branche (soit plus de la moitié des 2,5 % de croissance de ceux-ci).

Pour 2013, avec un ONDAM tendanciel – c’est-à-dire en l’absence de mesures nouvelles – en progression de 4,1 %, la CNAM présenterait un déficit qui se creuserait à hauteur de 3,2 milliards d’euros par rapport à l’année antérieure : il s’établirait ainsi à 8,7 milliards d’euros. Dans ce cas, les prestations nettes servies par la CNAM dans le champ de l’ONDAM augmenteraient de 4,4 %. Toutefois, comme rappelé précédemment, compte tenu d’une progression de l’ONDAM de 2,7 % en 2013 et d’un effort global (recettes et dépenses) porté par les mesures nouvelles du PLFSS de 5,5 milliards d’euros, la branche maladie du régime général améliorerait son solde de 0,4 milliard d’euros et son déficit s’établirait alors à 5,1 milliards d’euros.

B.– LES DÉPENSES DE SOINS DE VILLE

1.– L’évolution des dépenses de soins de ville

ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE SOINS DE VILLE DU RÉGIME GÉNÉRAL

(en millions d’euros)

	2010	2011	Évolution 2011/2010	Prévision 2012/2011
Honoraires libéraux	28 073	29 028	3,4 %	3,1 %
Honoraires privés	15 899	16 393	3,1 %	1,4 %
<i>généralistes</i>	4 919	5 197	5,7 %	-0,2 %
<i>spécialistes</i>	8 294	8 476	2,2 %	2,3 %
<i>sages-femmes</i>	129	139	7,4 %	9,8 %
<i>dentistes</i>	2 558	2 582	1,0 %	1,2 %
Honoraires paramédicaux	6 591	6 905	4,8 %	7,6 %
<i>infirmières</i>	3 639	3 858	6,0 %	9,9 %
<i>kinésithérapeutes</i>	2 461	2 531	2,8 %	4,7 %
<i>orthophonistes</i>	443	465	5,1 %	4,4 %
<i>orthoptistes</i>	48	50	4,4 %	4,3 %
Laboratoires de biologie	2 797	2 858	2,2 %	-0,7 %
Transports de malades	2 786	2 871	3,1 %	5,6 %
Produits de santé	22 288	22 654	1,6 %	0,5 %
Médicaments	18 417	18 621	1,1 %	0,1 %
Dispositifs médicaux	3 871	4 033	4,2 %	2,3 %
Indemnités journalières	8 682	8 874	2,2 %	0,1 %
TOTAL	60 325	61 844	2,5 %	1,7 %

Source : CCSS, rapport d’octobre 2012.

En 2011, les dépenses de soins de ville se sont révélées inférieures de 0,6 milliard d’euros au sous-objectif voté en LFSS. Notamment, les dépenses de produits de santé et d’IJ se sont avérées moins importantes que prévu, grâce aux bons résultats obtenus en matière de maîtrise médicalisée des dépenses. En outre, les dépenses de soins paramédicaux et de transport auront progressé moins rapidement que ce qui était anticipé. Au total, les dépenses de soins de ville auront donc atteint 76,7 milliards d’euros, en augmentation de 2,5 % par rapport à l’année antérieure.

Pour 2012, une sous-consommation de 0,35 milliard d'euros devrait également être constatée sur l'enveloppe soins de ville. Cette prévision s'appuie notamment sur le constat d'un infléchissement des principaux postes de dépenses (produits de santé, IJ), ce qui conduirait à une moindre dépense de 0,25 milliard d'euros. Par ailleurs, la sous-consommation enregistrée en 2011 conduit à réviser le niveau de dépenses 2012. En fin d'exercice, le sous-objectif soins de ville s'établirait alors à 78,5 milliards d'euros (+ 2,4 %).

2.- Les mesures nouvelles du PLFSS 2013

L'article 37 comporte deux objets. D'une part il procède à la prolongation, jusqu'au 1^{er} janvier 2016, de l'expérimentation relative à la permanence des soins ambulatoires (PDSA). Celle-ci avait été consacrée par la LFSS pour 2008 pour une durée de cinq ans, jusqu'au 1^{er} janvier 2013. S'il est encore trop tôt pour se prononcer sur l'efficacité de telles expérimentations en termes d'économies générées, le Gouvernement estime que les premiers bilans sont suffisamment satisfaisants pour reconduire l'expérience, les médecins libéraux ayant bien participé à celle-ci et les crédits attribués aux ARS dans cette optique ayant été respectés. D'autre part l'article ouvre la PDSA aux médecins salariés en centre de santé ou ayant conservé une pratique clinique. Une telle mesure doit permettre aux ARS d'élargir leur vivier de recrutement pour la PDSA, certaines éprouvant des difficultés à recruter des médecins libéraux pour y participer. La prolongation des expérimentations sur trois années pleines, de 2013 à 2015, se traduirait par un coût annuel de 18,7 millions d'euros.

L'article 38 vise à améliorer l'efficacité dans l'organisation et le financement des transports de patients. Elle permet ainsi aux ARS, aux CPAM ou aux établissements de santé de mener des expérimentations en ce sens, et pour une durée de trois ans. L'objet de la mesure est de développer une approche territoriale de la commande de transport, la fragmentation des acteurs étant facteur d'augmentation de la dépense, ainsi que l'a notamment relevé la Cour des comptes dans son rapport 2012 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale⁽¹⁾. L'économie annuelle attendue est de 1,5 million d'euros, soit 4,5 millions d'euros à l'issue de l'expérimentation (sous l'hypothèse d'une diminution de 5 % des dépenses afférentes, sur trois territoires de santé).

L'article 39 entend promouvoir les nouvelles modalités d'organisation des soins, lesquelles ne sont pas suffisamment incitatives, financièrement en particulier, pour pousser les professionnels à travailler en équipe (notamment la rémunération actuelle des professionnels de santé, fondée sur l'acte, incite peu au travail en équipe et ne valorise pas ces nouvelles modalités d'organisation). Il s'agit alors de permettre à l'UNCAM et aux organisations syndicales représentatives des professionnels de santé concernés de reconnaître et de valoriser davantage ces nouveaux modes d'organisation des soins, tant d'un point

(1) *Cour des comptes, rapport 2012 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, chapitre XI*
« Les transports de patients à la charge de l'assurance maladie ».

de vue financier qu'en termes de résultats de santé publique et d'efficience. Concrètement, les partenaires conventionnels pourront négocier un accord interprofessionnel en vue de définir les modalités de mise en œuvre de cette coordination et de ces nouveaux services par les maisons, centres et professionnels de santé, et les incitations financières qui peuvent leur être accordées. Une rémunération annuelle sera ainsi attribuée en contrepartie du respect d'un certain nombre d'engagements et d'objectifs. Il est prévu une montée en charge progressive du dispositif entre 2013 et 2016, qui se traduirait par une dépense de 67 millions d'euros pour cette dernière année (3,8 millions d'euros en 2013, 30 millions en 2014, puis 18,5 millions d'euros supplémentaires chaque année).

L'article 40 vise à lutter contre les déserts médicaux et à promouvoir les soins de proximité en créant un nouveau dispositif de « praticien territorial de médecine générale ». Concrètement les médecins volontaires – ce sont les jeunes praticiens qui sont visés –, concluront avec les ARS un contrat leur ouvrant droit à un complément de rémunération en contrepartie de l'exercice de la médecine dans des zones définies par l'ARS comme disposant d'une offre médicale insuffisante, ou dans lesquelles la continuité de l'accès aux soins est menacée. 200 postes seraient créés en 2013 (100 au 1^{er} mai, puis 100 au 1^{er} novembre), pour un coût de 4,5 millions d'euros. En année pleine, le dispositif coûterait 10,8 millions d'euros.

L'article 42 abroge une disposition de la LFSS 2012 (article 56) qui, faute d'accord des parties concernées quant à la mise en place d'un « secteur optionnel » pour les médecins exerçant une spécialité de bloc (chirurgie, obstétrique, anesthésie-réanimation) *via* un avenant à la convention médicale, a permis au Gouvernement de procéder à une telle mise en place par arrêté. Cet arrêté limitait notamment les dépassements d'honoraires à 50 % du tarif opposable pour les trois spécialités précitées. Compte tenu de l'inefficacité d'une telle mesure quant à l'amélioration de l'accès aux soins ou quant à la limitation efficace des dépassements d'honoraires, le PLFSS pour 2013 abroge la disposition votée en LFSS 2012.

Conformément à l'engagement pris par le Président de la République, **l'article 43** consacre la prise en charge à 100 % des frais liés à une interruption volontaire de grossesse (IVG). Actuellement, le taux de prise en charge par l'assurance maladie est compris entre 70 % en ville et 80 % en établissement de santé. Estimée sur la base des données relatives aux dépenses d'IVG constatées en 2010, la prise en charge intégrale représentera un coût de 13,5 millions d'euros, auquel s'ajoutera la revalorisation du tarif de l'IVG, soit un coût total de 31,7 millions d'euros.

L'article 44 durcit les dispositions applicables à la publicité relative aux produits de santé – médicaments et dispositifs médicaux. Concernant les premiers, il est proposé d'interdire la publicité grand public pour les médicaments non remboursables dont la dénomination est trop similaire à celui d'une spécialité remboursable. L'interdiction s'appliquera également, s'agissant des seconds, aux

dispositifs médicaux présentant un risque de dépenses injustifiées pour l'assurance maladie. Par parallélisme avec les dispositions déjà existantes dans le domaine des médicaments, l'article 44 étend le pouvoir de sanction du comité économique des produits de santé (CEPS) en la matière aux dispositifs médicaux. Compte tenu de l'impact espéré de l'absence de publicité sur la consommation de médicaments et de dispositifs médicaux, la mesure est censée générer une économie en année pleine de 5 millions d'euros pour les premiers et de 20,7 millions d'euros pour les seconds, soit une moindre dépense annuelle de près de 26 millions d'euros.

L'article 45 étend la possibilité reconnue à l'ANSM d'élaborer des recommandations temporaires d'utilisation (RTU) pour des spécialités pharmaceutiques, même si des alternatives thérapeutiques existent. Soit une pathologie pouvant être traitée par deux médicaments, A et B. La prescription de A se fait hors autorisation de mise sur le marché (AMM), c'est-à-dire que l'utilisation du produit dans le cadre du traitement de cette pathologie ne correspond pas à celle pour laquelle sa vente a été autorisée *ex ante* ; B, prescrit dans le cadre de son AMM, est plus cher que A car cette molécule est en situation de monopole pour le traitement de la pathologie en question. Théoriquement, les médecins ne peuvent prescrire que B. Or sa prescription et sa consommation se révèlent plus dispendieuses pour l'assurance maladie. La mesure prévue à l'article 45 permet donc d'élaborer, à titre exceptionnel, des RTU même si une alternative thérapeutique s'inscrivant dans le cadre de l'AMM existe (en l'espèce le produit B). Une telle mesure doit permettre de sécuriser les prescriptions hors AMM dont les effets en termes de santé publique peuvent s'avérer négatifs (le produit A), et de réguler les dépenses d'assurance maladie (dans notre exemple, le surcoût produit par le monopole de B). Elle aurait un impact financier positif de l'ordre de 8 millions d'euros en 2013, et monterait en charge jusqu'à atteindre 112 millions d'euros en 2015.

L'article 51 adapte et simplifie, pour les personnes détenues, les modalités de leur affiliation au régime général, ainsi que les modalités de prise en charge de leurs soins. La mesure doit permettre une économie de 20 millions d'euros par an pour les régimes de base de l'assurance maladie, correspondant à une diminution de même montant de la dotation « missions d'intérêt général – aide à la contractualisation » (MIGAC).

C.- LES DÉPENSES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

1.- L'évolution des dépenses hospitalières

En 2011, les dépenses relatives aux établissements de santé auront atteint 72,6 milliards d'euros (+ 2,4 %), témoignant d'une moindre consommation à hauteur de 0,2 milliard d'euros. Plusieurs causes expliquent ce résultat inférieur au sous-objectif voté. D'une part les mesures de régulation mises en œuvre au sein des établissements précédemment financés par la dotation globale auront généré une moindre dépense de 60 millions d'euros. D'autre part, les dépenses des

cliniques auront été inférieures de 110 millions d'euros par rapport aux prévisions. Enfin, le gel de 60 millions d'euros opéré sur le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) aura participé à cette sous-consommation de l'enveloppe.

À l'inverse, un dépassement de 0,4 milliard d'euros est anticipé pour 2012. Si les dépenses des cliniques diminueraient de 45 millions d'euros par rapport au niveau prévu, les dépenses des établissements anciennement sous dotation globale, tirées par une activité soutenue, seraient supérieures de quelque 450 millions d'euros au niveau anticipé. Il convient toutefois de souligner que ce dépassement potentiel est couvert par les mises en réserve opérées en début d'année, pour un montant de 415 millions d'euros. Aussi, sauf si les dépenses de fin d'année s'avéraient particulièrement dynamiques, le solde prévu en LFSS 2012 ne devrait pas être substantiellement modifié. Au total, les dépenses hospitalières atteindraient donc 74,6 milliards d'euros, soit une progression de 2,5 % par rapport à 2011.

2.— Les mesures nouvelles du PLFSS 2013

L'article 41 autorise, à compter du 1^{er} janvier 2013 et pour une durée de 5 ans, des expérimentations relatives à la mise en œuvre de nouveaux modes d'organisation des soins afin d'optimiser le parcours de santé des personnes âgées confrontées à un risque de perte d'autonomie. Il s'agit de coordonner les multiples acteurs intervenant auprès de ces publics et de dégager des marges de manœuvre financières en diminuant le recours à l'hospitalisation. Cette mesure, qui consacre une recommandation du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), portera sur un nombre limité de territoires et son coût sera financé par le Fonds d'intervention régional (FIR)⁽¹⁾. Une évaluation de ces expérimentations sera transmise au Parlement avant son éventuelle généralisation. En année pleine, à partir de 2014, et pour cinq territoires pilotes, le dispositif représenterait un coût de 45 millions d'euros qui devrait être couvert par des redéploiements au niveau national. En 2013, la mesure coûterait 15 millions d'euros (elle ne serait pas mise en œuvre avant le mois de septembre).

L'article 46 procède à la pérennisation, après une expérimentation de deux ans, de la « visite médicale collective à l'hôpital ». Cette mesure visait à encadrer l'activité des visiteurs médicaux en imposant le caractère collectif d'une telle visite pour une liste limitée de produits de santé. Outre la pérennisation de la mesure, l'article 46 élargit le champ des produits concernés à l'ensemble des médicaments. À l'issue d'un délai de deux ans après le vote de la LFSS pour 2013, la Haute autorité de santé (HAS) dressera un bilan de cette mesure permettant, d'une part, d'évaluer son impact sur les volumes et la pertinence des prescriptions hospitalières, et, d'autre part, d'étudier sa transposition à la

(1) Le FIR regroupe, dans le cadre d'une enveloppe globale, les moyens destinés à financer des actions relatives à l'amélioration de la performance, à la continuité et la qualité des soins, et à la prévention.

médecine de ville et à l'ensemble des produits de santé (dispositifs médicaux). Il est attendu de cette mesure de régulation des visites médicales à l'hôpital une économie annuelle d'environ 10 millions d'euros sur les dépenses remboursées.

L'article 47 consacre l'arrêt de la convergence tarifaire intersectorielle entre établissements publics et privés de santé. Initiée en 2005 et devant s'achever en 2018, la convergence tarifaire devait permettre d'aligner les tarifs des établissements de santé vers les prix les plus bas. Si l'écart tarifaire s'est effectivement réduit de moitié entre 2006 et 2011, les contraintes et les coûts spécifiques qui pèsent sur l'hôpital public (modes de prises en charge, contraintes d'organisation, populations accueillies, coût des personnels etc.) rendent en effet irréaliste la perspective d'une convergence totale qui ne prend pas ces paramètres en compte. De manière plus symbolique, cet article réintroduit dans la loi la notion de « service public hospitalier ». D'après l'évaluation préalable de l'article, la poursuite de la convergence sur les mêmes bases que les trois années précédentes se serait traduite par une économie comprise en 100 et 150 millions d'euros en 2013.

L'article 48 permet à certains centres hospitaliers régionaux d'émettre des billets de trésorerie. Dans un contexte de resserrement du crédit de court terme, une telle mesure est propre à fluidifier leur trésorerie et donc à faciliter la couverture des besoins associés à leur fonctionnement. La liste des établissements sera fixée par décret, limitant cette possibilité à ceux disposant d'une surface financière suffisante et de la capacité à assurer une telle fonction. L'effet attendu de la mesure est une diminution de 200 points de base de l'accès au financement pour les établissements de santé concernés (sur une base de 1 milliard d'euros d'emprunt). Elle générerait une économie annuelle 20 millions d'euros.

L'article 49 procède à une réforme de la tarification à l'activité (T2A) en reportant sa généralisation pour certains types d'établissements. Pour les établissements de santé publics et d'intérêt collectif, elle devra intervenir non pas le 1^{er} janvier 2013, mais avant la fin de l'année 2015. Pour les ex-hôpitaux locaux, elle sera effective au 1^{er} mars 2015 (1^{er} mars 2013 en application des dispositions en vigueur). Enfin, il est prévu que les établissements publics et établissements privés à but non lucratif pourront, jusqu'au 31 décembre 2015, continuer à calculer la participation financière des assurés aux frais de soins (ticket modérateur) sur la base des tarifs journaliers de prestations (TJP) et non sur les tarifs nationaux de prestations issus des groupes homogènes de séjours (GHS), les TJP couvrant un périmètre de dépenses plus large que les GHS.

L'article 50 met fin à la compétence exclusive des pharmacies à usage intérieur (PUI) des établissements de santé et des groupements de coopération sanitaire pour les fonctions de stockage et de distribution des médicaments et des dispositifs médicaux. Sous réserve d'une autorisation du directeur de l'ARS et *via* la passation d'un marché public, de tels établissements pourront dorénavant, pour certains produits de santé, confier de telles fonctions à un établissement pharmaceutique. Il s'agit de remédier aux difficultés rencontrées en matière de

gestion des stocks et des flux d'approvisionnement, et de mobilisation de la main d'œuvre et des espaces nécessaires. Il est attendu de cette mesure une économie de 64,5 millions d'euros en 2013, et de 86 millions d'euros les années suivantes.

L'article 56 étend le champ de la couverture sociale des exploitants agricoles. Elle prévoit le versement d'IJ aux personnes relevant du régime des non-salariés agricoles (chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole, collaborateurs, aides familiaux) ayant dû interrompre leur activité pour cause de maladie ou d'accident de la vie privée. En effet, actuellement et en application de l'article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime, la branche maladie du régime non salarié agricole (AMEXA) ne verse pas d'IJ en cas d'interruption du travail pour cause de maladie ou d'accident de la vie privée⁽¹⁾. L'article 56 entend donc répondre à cette situation inéquitable. Le coût annuel de la mesure est estimé à 73 millions d'euros à partir de 2014, et sera financé par une cotisation forfaitaire de 170 euros par an.

L'article 57 procède à la fixation de diverses contributions à la charge de l'assurance maladie : 370,27 millions d'euros pour le FMESPP ; 85 millions d'euros pour l'ONIAM⁽²⁾ ; 22,2 millions d'euros pour l'EPRUS⁽³⁾ ; 160 millions d'euros pour les ARS au titre de leurs budgets de gestion ; 43 millions d'euros pour le FICQS⁽⁴⁾, l'article plafonnant en outre à 65,1 millions d'euros les dépenses maximales du fonds pour 2013. L'article fixe également à 83,65 millions d'euros la contribution de la CNSA aux ARS au titre de leurs actions concernant les établissements et services médico-sociaux. Enfin, l'article comporte des dispositions visant à faciliter le financement des missions confiées à l'ASIP⁽⁵⁾, ainsi que diverses mesures de simplification et de rationalisation en matière de dépenses comme en matière de recettes au sein de l'assurance maladie.

L'article 58 fixe, en conformité avec le taux de 2,7 % retenu pour la croissance de l'ONDAM en 2013, les montants relatifs aux objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès. Ils atteignent 190,1 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base (+ 2,8 %, + 5,2 milliards d'euros), dont 160,5 milliards d'euros pour le régime général (+ 2,8 %, + 4,5 milliards d'euros).

Enfin, **l'article 59** fixe pour 2013 l'ONDAM de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs. L'ONDAM atteint 175,4 milliards d'euros, soit 4,6 milliards d'euros supplémentaires par rapport à 2012. Les dépenses de soins de ville et d'hôpital progressent parallèlement de 2,6 %.

(1) Article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime : « L'assurance ne comporte en aucun cas l'attribution d'indemnités journalières. ».

(2) Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

(3) Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires.

(4) Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.

(5) Agence des systèmes d'information partagés de santé.

II.- LES DÉPENSES MÉDICO-SOCIALES

A.- LES COMPTES DE LA CNSA

ÉVOLUTION DES COMPTES DE LA CNSA

(en milliards d'euros)

	2010	2011	2012	2013
Dépenses	18,8	19,17	20,25	20,89
Recettes	18,51	19,4	20,14	20,87
Solde	- 0,29	- 0,22	- 0,11	- 0,02
Solde cumulé	0,25	0,47	0,35	0,34

Source : CCSS, rapport d'octobre 2012.

Contrairement à 2009 (déficit de 474 millions d'euros) et 2010 (déficit de 292 millions d'euros), l'exécution du budget 2011 de la CNSA présente un solde excédentaire de 223 millions d'euros. Un tel résultat est notamment lié à une sous-consommation de l'objectif global de dépenses (OGD)⁽¹⁾ à hauteur de 270 millions d'euros.

En 2012, et sous une hypothèse de consommation « normale » de l'OGD, la CNSA devrait enregistrer un déficit de 114 millions d'euros dû notamment à l'inscription d'un plan d'aide à l'investissement à hauteur de 120 millions d'euros. Le niveau de ses fonds propres s'établirait à 357 millions d'euros.

Pour 2013, le budget prévisionnel de la CNSA se base sur une croissance des recettes de CSA et de CSG de 2,2 % (en recul de 0,4 point par rapport à 2012), soit un montant total de 3,607 milliards d'euros. L'ONDAM médico-social 2013 serait en croissance de 4 % (cf. *supra*), soit une progression nettement supérieure à celle de l'ONDAM (+ 2,7 %). Cette augmentation se décomposerait de la manière suivante : + 4,6 % sur le champ « personnes âgées », soit 8,38 milliards d'euros au total ; + 3,3 % sur le champ « personnes handicapées », soit 8,72 milliards d'euros. Le déficit de la CNSA serait de 23 millions d'euros.

L'article 57 du PLFSS 2013 fixe à 83,65 millions d'euros la contribution de la CNSA aux ARS au titre de leurs actions concernant les établissements et services médico-sociaux.

(1) L'OGD correspond à l'ONDAM médico-social auquel est ajoutée une partie du produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA).

B.- L'ÉVOLUTION DE L'OBJECTIF GLOBAL DE DÉPENSES (OGD)

Rappelons à titre liminaire que le financement des prestations offertes par les établissements et services médico-sociaux (ESMS) pour personnes âgées et handicapées à la charge des organismes de sécurité sociale est soumis à un objectif global de dépenses (OGD).

Celui-ci fait l'objet d'une fixation annuelle par arrêté ministériel et se décompose en deux sous-ensembles :

- une contribution de l'assurance maladie qui figure au sein de l'ONDAM et qui est retracée par l'un de ses sous-objectifs, l'ONDAM médico-social ;

- et une fraction du produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA), affectée aux ESMS. En 2012, 50 % du produit de la CSA avaient ainsi été fléchés, soit 12 % de CSA pour les personnes handicapées et 38 % pour les personnes âgées.

Sur la base de l'OGD est fixé le montant total annuel des dépenses prises en compte pour le calcul des dotations globales, forfaits, prix de journées et tarifs. Ce montant est réparti en dotations régionales limitatives par la CNSA. La répartition des dotations régionales entre départements est ensuite fixée par les ARS.

En 2012, l'OGD devait atteindre 17,62 milliards d'euros (+ 5,1 % par rapport à 2011), avec un financement par l'ONDAM médico-social égal à 16,48 milliards d'euros, et un apport de la CNSA à hauteur de 1,14 milliard d'euros. Globalement, pour 2013, 18,25 milliards d'euros seraient financés au titre de l'OGD (+ 3,7 % par rapport à 2012), dont 9,26 milliards pour l'OGD « personnes âgées » (+ 4,1 %) et 8,99 milliards d'euros pour l'OGD « personnes handicapées » (+ 3,3 %). L'ONDAM médico-social financerait 17,1 milliards d'euros au titre de l'OGD, la CNSA prenant à sa charge 1,14 milliard d'euros. Rappelons que l'ONDAM médico-social progresserait de 4 %.

C.– L'ÉVOLUTION DES CONCOURS VERSÉS AUX DÉPARTEMENTS

ÉVOLUTION DES CONCOURS VERSÉS PAR LA CNSA AUX DÉPARTEMENTS

(en millions d'euros)

	2010	2011	2012	2013
APA	1 536,2	1 632,1	1 651,4	1 697,4
PCH	501,9	529,3	544,7	558,3
MDPH	60	59,9	59,8	60
Total	2 098,1	2 221,3	2 255,9	2 315,7

Source : CCSS, rapport d'octobre 2012.

Outre sa mission de financement et de répartition des montants des dépenses des ESMS, la CNSA verse et répartit également des concours à destination des départements pour le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH).

Au titre de l'APA, 1,65 milliard d'euros auront ainsi été versés aux départements en 2012, financés par 20 % du produit de la CSA, 95 % de la CSG affectée à la CNSA, et une participation des régimes d'assurance vieillesse.

Les concours versés au titre du financement de la PCH auront atteint 544,7 millions d'euros en 2012, abondés par 26 % du produit de la CSA. Rappelons que la CNSA soutient également les départements pour le financement des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), les sommes allouées ayant atteint près de 60 millions d'euros en 2012.

Au total, en 2012, la CNSA aura donc reversé quelque 2,25 milliards d'euros de concours aux départements (+ 1,56 %). Pour 2013, elle devrait les soutenir à hauteur de 2,31 milliards d'euros, soit une progression de 2,65 %.

D.– LES MESURES NOUVELLES DU PLFSS 2013

Après leur expérimentation en 2009, **l'article 52** pérennise les « lits d'accueil médicalisés », structures créées pour accueillir les personnes sans domicile fixe atteintes de pathologies graves et chroniques (Alzheimer, schizophrénie, psychose, cancers à un stade avancé etc.). Ces structures relèveront désormais de la catégorie des « établissements et services sociaux et médico-sociaux assurant l'accueil et l'accompagnement des personnes confrontées à des difficultés spécifiques ». En conséquence, elles seront financées par le 6^{ème} sous-objectif de l'ONDAM. Le coût d'une telle mesure serait de 3,67 millions d'euros par an.

L'article 53 procède à l'encadrement de la facturation à l'assurance maladie par les établissements pour personnes handicapées tarifés au prix de journée. Il ramène à un an le délai dont ces établissements disposent pour émettre et modifier leurs factures auprès de l'assurance maladie. Actuellement, ce délai est de deux ou cinq ans, ce qui ne facilite ni la facturation au fil de l'eau, ni le suivi infra-annuel des dépenses relevant de l'ONDAM médico-social, ni leur rattachement au bon exercice comptable.

Celle-ci n'ayant pas été concluante tant en termes de qualité que de maîtrise de la prescription, **l'article 54** met progressivement fin à l'expérimentation, prévue par la LFSS pour 2009, relative aux dépenses de médicaments et à leur prise en charge financière dans les forfaits soins des EHPAD ne disposant pas d'une PUI ou ne faisant pas partie d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) partageant une PUI. L'arrêt de l'expérimentation permettrait une économie de 13 millions d'euros par an.

L'article 55 proroge en 2013 le plan d'aide à l'investissement dans le secteur médico-social mis en œuvre en 2012 et financé par l'affectation de 2 % des recettes de la CSA. Le coût atteindrait 50 millions d'euros.

III.- LA BRANCHE VIEILLESSE

Si les évolutions majeures à venir pour la branche doivent faire l'objet d'une concertation avec les partenaires sociaux en 2013, le présent PLFSS comporte d'ores et déjà un certain nombre de mesures correctrices visant à renforcer l'équité au sein des régimes concernés. Est ainsi prévue une amélioration des droits à la retraite pour les non-salariés agricoles ayant été contraints de cesser leur activité pour cause d'invalidité (article 60). De même les règles applicables en matière de pensions de réversion sont réformées pour les professions médicales (article 62) ou les ayants droit relevant du régime des marins (articles 63).

A.- LE DÉFICIT DE LA BRANCHE : UNE TENDANCE VERTUEUSE QUI SE CONFIRME

Les tableaux ci-dessous retracent l'évolution des comptes de la branche vieillesse (régime général et tous régimes obligatoires de base) compte tenu des mesures nouvelles du PLFSS 2013.

ÉVOLUTION DES COMPTES DE LA BRANCHE VIEILLESSE DU RÉGIME GÉNÉRAL 2010-2017

(en milliards d'euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Recettes	93,4	100,5	105,2	111,3	115,5	119,8	124,3	128,4
Dépenses	102,3	106,5	110,4	115,3	119,7	124,4	129,1	133,3
Solde	- 8,9	- 6	- 5,2	- 4	- 4,2	- 4,6	- 4,8	- 4,9

Source : PLFSS 2013, annexe B.

**ÉVOLUTION DES COMPTES DE LA BRANCHE VIEILLESSE
DE L'ENSEMBLE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE 2010-2017**

(en milliards d'euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Recettes	183,3	194,6	202,9	213,2	220,8	228	235,5	243,8
Dépenses	194,1	202,4	210	218,6	226,4	234,5	242,8	251,8
Solde	- 10,8	- 7,9	- 7,1	- 5,4	- 5,6	- 6,5	- 7,2	- 7,9

Source : PLFSS 2013, annexe B.

Alors qu'il s'élevait à 6 milliards d'euros en 2011, le déficit de la CNAV diminuerait de 0,8 milliard d'euros en 2012 puis de 1,2 milliard d'euros en 2013. Il atteindrait alors, pour cette dernière année, 4 milliards d'euros.

En 2011, les charges nettes de la CNAV auront progressé plus rapidement que l'année précédente (+ 4 % contre + 3,7 % en 2010), du fait de l'évolution des prestations légales nettes (+ 4,6 %), qui représentent 93 % des charges nettes de la branche. En effet, à la décroissance des effectifs de retraités (+ 2,5 % contre + 2,9 % en 2010) et à la diminution des dépenses enregistrées au titre de la retraite anticipée (le nombre de bénéficiaires ayant décru de près de 30 % entre 2010 et 2011, passant de 158 000 à 111 000) a répondu une forte revalorisation des pensions (+ 1,8 % contre + 0,9 %). Conséquence de la réforme des retraites de 2010, le nombre de départs à la retraite hors départs anticipés se sera fortement réduit en 2011, passant de 677 000 à 561 000 (- 16,6 %). De fait la dynamique des effectifs de retraités hors départs anticipés s'est révélée moindre qu'en 2010 (+ 2,9 % contre + 3,5 %).

L'année 2012 consacrera, à compter du 1^{er} novembre, l'entrée en vigueur des dispositions relatives à l'élargissement de la retraite anticipée⁽¹⁾. Si, au titre de 2012, la dépense afférente devrait rester modeste (30 millions d'euros) puisque seules 17 800 personnes bénéficieraient du dispositif au cours de ces deux mois d'application, l'impact financier de la mesure en année pleine à partir de 2013 devrait représenter quelque 450 millions d'euros de prestations supplémentaires versées (*cf. infra*). Au total, le déficit de la CNAV atteindrait 5,2 milliards d'euros en 2012.

L'année 2013 devrait voir une croissance dynamique des dépenses de la CNAV du fait de l'élargissement de la retraite anticipée. Certes l'augmentation des effectifs de retraités serait contenue (+ 1,9 %), conséquence de la réforme des retraites votée en 2010. Ainsi, quelque 69 000 départs seraient reportés du fait de l'application de la réforme, produisant une économie estimée à 1,5 milliard d'euros sur les prestations versées. Toutefois, cette économie serait en partie compensée par une croissance des départs anticipés effectués en application des dispositions prévues par cette même réforme de 2010 d'une part, et par le décret du 2 juillet 2012 d'autre part, lequel a encore desserré la contrainte

(1) Décret n° 2012-847 du 2 juillet 2012 relatif à l'âge d'ouverture du droit à pension de vieillesse.

pesant sur les bénéficiaires concernés. Au total, ce sont environ 100 000 départs anticipés supplémentaires qui seraient enregistrés en 2013 (32 000 au titre de la réforme de 2010, et 64 000 au titre du décret de 2012), provoquant une dépense additionnelle supérieure à 800 millions d’euros (soit respectivement 370 millions d’euros et 450 millions d’euros). Rappelons qu’à long terme, à partir de 2017, le dispositif « décret juillet 2012 » permettrait à plus de 76 000 personnes de partir en retraite anticipée chaque année. Participeraient en outre à la progression des charges pour 2013 la revalorisation des pensions (+ 2 %) et la croissance des prestations légales (+ 4,7 %). Au total, le déficit 2013 de la CNAV s’établirait à 4 milliards d’euros environ.

B.– LE FSV : UN DÉFICIT EN REcul, MAIS TOUJOURS PRÉOCCUPANT

ÉVOLUTION DES COMPTES DU FONDS DE SOLIDARITÉ VIEILLESSE 2010-2017

(en milliards d’euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Recettes	9,8	14	14,6	16,7	16,8	17,3	18	18,6
Dépenses	13,8	17,5	18,6	19,3	19,5	19,4	19,3	19,2
Solde	-4,1	-3,4	-4,1	-2,6	-2,7	-2,1	-1,3	-0,6

Source : PLFSS 2013, annexe B.

Depuis 2010, le solde, négatif, du FSV présente une évolution en dents de scie, mais avec un niveau de déficit qui reste toujours important. Après avoir atteint 4,1 milliards d’euros en 2010, il s’était établi à 3,4 milliards d’euros l’année suivante. L’année 2012 avait consacré une nouvelle dégradation et un retour au niveau de 2010. En tenant compte des mesures nouvelles, le solde devrait à nouveau s’améliorer en 2013, avec un déficit de l’ordre de 2,6 milliards d’euros.

De fait, à l’image des autres organismes de sécurité sociale, les comptes du FSV sont extrêmement sensibles à la conjoncture économique. La crise aura ainsi pesé à la fois sur les recettes – avec des produits notamment assis sur les revenus du travail (CSG, taxe sur les salaires, forfait social) ou l’activité des entreprises (C3S et C3S additionnelle) –, et sur ses dépenses avec la dégradation de la situation de l’emploi.

Rappelons en outre que le transfert de dettes du FSV à la CADES effectué en 2009 a ponctionné les ressources du Fonds puisque 0,2 point de CSG qui lui était précédemment affecté a été fléché vers la CADES.

2011 a été une année de réforme substantielle pour le FSV, lequel s’est vu affecter d’importantes ressources (+ 3,5 milliards d’euros) afin de contribuer au financement du minimum contributif, lequel était antérieurement pris en charge par l’ensemble des régimes. Son déficit s’était établi à 3,45 milliards d’euros, soit un montant moins dégradé que celui prévu en LFSS (- 3,83 milliards d’euros). Un tel résultat est notamment dû à des recettes de C3S plus élevées que prévu.

En 2012, le déficit atteindrait 4,1 milliards d'euros. L'évolution dynamique des dépenses du fait de la situation de l'emploi (+ 0,3 milliard d'euros) serait intégralement couverte par des rentrées de recettes plus fortes (notamment grâce à la hausse du forfait social de 6 à 8 % à compter du 1^{er} août 2012). Ce solde correspond à un montant total des charges de 23,2 milliards d'euros (+ 3,7 %), et un niveau de produits égal à 19,1 milliards d'euros (+ 1,1 %).

En 2013, le déficit du Fonds diminuerait de 1,5 milliard d'euros pour s'établir à 2,6 milliards d'euros. Certes les charges du FSV poursuivraient leur croissance dynamique, reflet de la conjoncture morose et de la dégradation du marché de l'emploi, et elles progresseraient globalement de 3,5 % (24 milliards d'euros). Toutefois, les produits affectés au FSV croîtraient de 12,2 % et s'établiraient à 21,4 milliards d'euros. De fait, dans le cadre du PLFSS pour 2013, le FSV bénéficierait d'un surcroît de C3S au titre des mesures relatives aux indépendants, lesquelles, en augmentant les recettes du RSI, diminuent à due proportion ses besoins en C3S. En outre **l'article 16**, qui porte création de la nouvelle contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie en prévoit l'affectation, en 2013, au FSV, pour un produit estimé à 350 millions d'euros. Enfin, l'application en année pleine de la hausse du forfait social conduira à une augmentation de recettes de l'ordre de 900 millions d'euros en 2013 (soit 2 milliards d'euros au total).

Notons que le déficit du FSV persisterait à moyen terme puisqu'en 2017, le solde serait toujours négatif à hauteur de 600 millions d'euros.

C.– LES MESURES NOUVELLES DU PLFSS 2013

L'article 60 est, avec l'article 56 (*cf. supra*), la seconde mesure du PLFSS 2013 en faveur des non-salariés agricoles. Il permet, conformément aux engagements du Président de la République, d'attribuer des points gratuits de retraite proportionnelle aux non-salariés agricoles devenus invalides qui ont dû interrompre leur activité en raison de leur état de santé ou d'une infirmité. Ces points ouvrent droit à une prestation complémentaire qui s'ajoute à leur retraite forfaitaire (276,39 euros par mois au 1^{er} avril 2012). Il convient en effet de rappeler que les pensions de retraite des non-salariés agricoles sont composées de deux éléments : une retraite forfaitaire qui est la contrepartie de la cotisation d'assurance vieillesse individuelle (AVI) ; et une retraite proportionnelle qui est une contrepartie de la cotisation à l'assurance vieillesse agricole⁽¹⁾. Or en l'état actuel du droit, les non-salariés agricoles devenus invalides après avoir interrompu leur activité en raison de leur état de santé ne bénéficient pas de mécanisme permettant la prise en compte de cet état dans le calcul de leur retraite proportionnelle. L'article 60 vient donc remédier à cette carence en leur attribuant des points de retraite pour les périodes au cours desquelles une pension d'invalidité, une rente d'accident du travail ou l'allocation adulte handicapé leur a été versée. Le coût de la validation de ces années d'interruption d'activité au titre

(1) Article L. 732-24 du code rural et de la pêche maritime.

de la retraite proportionnelle est évalué à 0,6 million d'euros en 2013, sur la base d'une attribution gratuite de 16 ou 23 points de retraite proportionnelle (la valeur annuelle du point de retraite proportionnelle est estimée à 3,975 euros au 1^{er} avril 2013).

L'article 61 procède à l'abrogation du régime de cessation d'activité des médecins qui permettait aux professionnels d'au moins 57 ans ayant cessé toute activité libérale de bénéficier d'une allocation de remplacement jusqu'à 65 ans. Le dispositif a été fermé à tout nouveau bénéficiaire par la LFSS pour 2003 et les dernières pensions seront versées fin 2012. Il affecte en outre les excédents de cotisations accumulés avant 2003 à la section « médecins » du Fonds des actions conventionnelles (FAC). Enfin, l'article élargit les missions du FAC au financement de l'informatisation pour les professionnels de santé.

L'article 62 vise à améliorer le régime de prestations complémentaires de vieillesse des professions médicales applicable aux pensions de réversion, notamment les plus modestes, en prévoyant qu'« *une valeur de service plus favorable* » peut être prévue pour elles. En 2013, la mesure coûterait 3,5 millions d'euros.

L'article 63 modifie les règles applicables aux pensions de réversion dans le régime spécial de retraite des marins. Elle entend mettre celles-ci en conformité avec la décision du Conseil constitutionnel du 25 mars 2011 ⁽¹⁾, en assurant l'égalité de traitement entre orphelins éligibles à la pension de réversion et issus de lits différents ⁽²⁾. À compter du 1^{er} janvier 2013, la pension de réversion sera partagée en parts égales entre les différents lits, les parts attribuées aux conjoints survivants étant servies au prorata des durées de mariage respectives. Le reliquat de pension de réversion sera réparti à parts égales entre les orphelins ayant droit à la réversion, sans tenir compte du nombre de lits qu'ils représentent. Une telle mesure sera sans impact financier puisqu'elle ne concerne que des modalités de répartition de prestations existantes.

L'article 64 fixe l'objectif de dépenses 2013 de la branche vieillesse de l'ensemble des régimes obligatoires de base. Celui-ci augmente de 4,1 % par rapport à 2012 et s'établit à 218,6 milliards d'euros.

(1) *Décision n° 2010-108 QPC.*

(2) Un « lit » est constitué soit par un conjoint survivant ayant droit à réversion, soit par un ou plusieurs orphelins issu d'une même union.

IV.– LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

Le PLFSS 2013 consacre plusieurs mesures de justice et d'équité, notamment afin d'améliorer la situation des assurés sociaux les plus fragiles. Ainsi, les besoins d'assistance des salariés victimes d'un sinistre professionnel seront dorénavant mieux pris en compte dans le calcul d'une nouvelle « prestation complémentaire pour recours à tierce personne » (article 65). Par ailleurs, il est procédé à une amélioration du recouvrement des sommes dues en cas de faute inexcusable de l'employeur (article 66).

A.– UN RETOUR À L'EXCÉDENT DE LA BRANCHE AT-MP EN 2013

Les tableaux ci-dessous retracent l'évolution des comptes de la branche AT-MP (régime général et tous régimes obligatoires de base) compte tenu des mesures nouvelles du PLFSS 2013.

ÉVOLUTION DES COMPTES DE LA BRANCHE AT-MP DU RÉGIME GÉNÉRAL 2010-2017

(en milliards d'euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Recettes	10,5	11,3	11,8	12,2	12,6	13,1	13,7	14,2
Dépenses	11,2	11,6	11,9	11,9	12,3	12,6	12,8	13,1
Solde	- 0,7	- 0,2	- 0,1	0,3	0,4	0,6	0,8	1,1

Source : PLFSS 2013, annexe B.

ÉVOLUTION DES COMPTES DE LA BRANCHE AT-MP DE L'ENSEMBLE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE 2010-2017

(en milliards d'euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Recettes	11,9	12,8	13,3	13,7	14,1	14,7	15,2	15,8
Dépenses	12,6	13	13,3	13,3	13,6	14	14,3	14,5
Solde	- 0,7	- 0,1	- 0,1	0,4	0,5	0,7	0,9	1,2

Source : PLFSS 2113, annexe B.

En 2011 la branche AT-MP avait nettement amélioré son solde, le déficit étant passé d'environ 720 millions d'euros à 221 millions d'euros. Une telle évolution avait été permise par la croissance de ses ressources (+ 8,4 %), portée par une augmentation des cotisations (relèvement de 0,1 point du taux moyen, engendrant un produit supplémentaire de 470 millions d'euros), et par une progression de leur assiette plus rapide que l'année précédente (+ 3,6 % contre + 2 % en 2010). Rappelons par ailleurs que la LFSS pour 2011 a procédé à la suppression de la compensation des allègements généraux de cotisations par le panier de recettes fiscales, les taxes composant ce panier ayant été affectées pour solde de tout compte aux organismes de sécurité sociale selon des clés de répartition fixées par arrêté.

En 2012, la branche enregistrerait une nouvelle amélioration de ses comptes, son déficit s'établissant à 138 millions d'euros. En effet, ses produits nets progresseraient plus vite que ses charges nettes (+ 3,6 % contre + 2,8 %), permettant une résorption du déficit de près de 83 millions d'euros.

En 2013, une décélération parallèle des charges comme des produits est anticipée. Les premières progressant plus rapidement que les secondes (+ 1,5 % contre + 1,4 %), le déficit de la branche en tendancier se creuserait légèrement et atteindrait 154 millions d'euros (soit une dégradation de 16 millions d'euros). Toutefois, après prise en compte des mesures nouvelles (notamment le relèvement des cotisations dues par les employeurs, l'amélioration du recouvrement des sommes dues en cas de faute inexcusable de l'employeur – article 66 – et une diminution de la dotation au FIVA), la branche devrait être légèrement excédentaire à hauteur de 300 millions d'euros l'an prochain (régime général).

B.– LES MESURES NOUVELLES DU PLFSS 2013

L'article 65 remplace la majoration pour tierce personne (MTP) par une nouvelle « prestation complémentaire pour recours à tierce personne ». En application des dispositions en vigueur, les salariés ayant un taux d'incapacité permanente d'au moins 80 % et qui ne peuvent effectuer les actes de la vie courante sans assistance bénéficient d'une MPT (3 000 personnes concernées). Or le calcul de celle-ci n'est, d'une part, qu'imparfaitement corrélé aux besoins du bénéficiaire et, d'autre part, il s'avère source d'inégalité pour les bas salaires puisque le montant de la MTP correspond à 40 % de la rente servie, elle-même fonction du niveau de salaire précédant l'arrêt de travail. Dans un souci de justice sociale et d'équité, le montant de la nouvelle prestation ne dépendra plus du niveau de la rente et sera exclusivement basé sur le besoin d'assistance. Son coût pour la branche AT-MP devrait représenter le double du coût de l'actuel MTP, soit 100 millions d'euros environ et serait financé par une augmentation des cotisations patronales.

L'article 66 vise à améliorer le régime de prise en charge financière des préjudices causés en cas de faute inexcusable de l'employeur. Actuellement, un salarié victime d'un AT ou d'une MP peut engager la responsabilité de l'employeur en tentant de faire reconnaître sa faute inexcusable. La caisse joue alors un rôle de « tiers payeur » en versant les sommes correspondantes au salarié, avant de se retourner contre l'employeur pour les récupérer. Or dans plus de la moitié des cas ces sommes ne sont pas recouvrées. Ainsi en est-il dans l'hypothèse d'une disparition ou d'une insolvabilité de l'employeur, alors que celui-ci a en outre la possibilité de rembourser les sommes versées par la caisse *via* une augmentation de ses cotisations sur une période particulièrement longue puisqu'elle peut atteindre 20 ans. Tel est également le cas lorsque l'employeur conteste l'absence de contradictoire dans la procédure de reconnaissance du caractère professionnel du sinistre, ce qui fait alors obstacle à la reconnaissance de la faute inexcusable, et donc au remboursement des sommes avancées à ce titre

par la caisse. L'article 66 propose deux modifications : d'une part les sommes recouvrées par la caisse le seront désormais sous forme de capital et non plus sous la forme d'une majoration de cotisation sur longue période ; d'autre part il prévoit que la reconnaissance de sa faute inexcusable emporte obligation pour l'employeur de s'acquitter des sommes dont il est redevable à ce titre. La mesure devrait rapporter 8 millions d'euros en 2013, le dispositif devant ensuite monter en charge (20 millions d'euros annuels minimum espérés en régime de croisière).

L'article 67 harmonise les règles de liquidation des pensions applicables aux bénéficiaires d'une allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA), notamment en supprimant les possibilités de cumul entre pension d'invalidité et pension de retraite. Il précise ainsi le champ des personnes à qui l'ACAATA doit cesser d'être versée en raison du bénéfice d'une pension de retraite. Sont comprises dans ce champ les bénéficiaires d'allocations ayant le même objet que l'ACAATA, ainsi que les pensionnés des régimes spéciaux (fonctionnaires, collectivités territoriales, mines, SNCF, Banque de France, etc.). La mesure doit générer une économie d'1 million d'euros dès 2013, qui atteindrait 3 millions d'euros en 2016.

L'article 68 fixe le montant du versement de la branche AT-MP à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des AT et MP en reconduisant en 2013 la somme déjà prévue en 2012, soit 790 millions d'euros.

L'article 69 fixe la contribution de la branche AT-MP au financement du FIVA (115 millions d'euros) et du FCAATA (890 millions d'euros).

L'article 70 fixe l'objectif de dépenses 2013 de la branche AT-MP à 13,3 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, dont 11,9 milliards d'euros pour le régime général. Ces montants sont stables par rapport à 2012.

V.- LA BRANCHE FAMILLE

Les mesures présentées en PLFSS 2013 n'auront pas d'impact financier significatif sur la branche famille. En revanche, à l'image des dispositions prévues pour les autres branches, le texte comporte des mesures à destination des assurés sociaux les plus fragiles. Ainsi, en consacrant une expérimentation dans ce domaine, le PLFSS 2013 vise à faciliter l'accès à la garde d'enfants pour les familles les plus modestes, en leur ouvrant le bénéfice d'un système de tiers payant assuré par les organismes payeurs de prestations familiales (article 71).

A.- UN NIVEAU DE DÉFICIT CONTENU POUR LE RÉGIME GÉNÉRAL DE LA BRANCHE FAMILLE

Les tableaux ci-dessous retracent l'évolution des comptes de la branche famille (régime général et tous régimes obligatoires de base) compte tenu des mesures nouvelles du PLFSS 2013.

ÉVOLUTION DES COMPTES DE LA BRANCHE FAMILLE DU RÉGIME GÉNÉRAL 2010-2017

(en milliards d'euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Recettes	50,2	52,2	53,9	55,5	57,2	59	60,9	62,8
Dépenses	52,9	54,8	56,4	58,1	59,6	61,1	62,6	64,1
Solde	- 2,7	- 2,6	- 2,5	- 2,6	- 2,4	- 2,1	- 1,7	- 1,2

Source : PLFSS 2013, annexe B.

ÉVOLUTION DES COMPTES DE LA BRANCHE FAMILLE DE L'ENSEMBLE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE 2010-2017

(en milliards d'euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Recettes	50,8	52,7	54,4	55,9	57,6	59,4	61,4	63,3
Dépenses	53,5	55,3	56,9	58,6	60,1	61,6	63,1	64,6
Solde	- 2,7	- 7,9	- 7,1	- 5,4	- 5,6	- 6,5	- 7,2	- 7,9

Source : PLFSS 2013, annexe B.

En 2011, le déficit de la branche famille (régime général) avait atteint 2,6 milliards d'euros. Il serait stabilisé à 2,5 milliards d'euros en 2012, du fait notamment d'une croissance des charges moins dynamique que l'année précédente (+ 2,8 % contre + 3,7 %). Parmi les facteurs qui contribueraient à cette progression figurent notamment la revalorisation de 25 % de l'allocation de rentrée scolaire consacrée par le décret du 27 juin 2012 ⁽¹⁾ (soit 23,8 % en plus de la revalorisation de la base mensuelle des allocations familiales ; coût

(1) Décret 2012-830 du 27 juin 2012 relatif à la revalorisation des taux servant au calcul de l'allocation de rentrée scolaire.

supplémentaire d'environ 370 millions d'euros), ainsi que la poursuite de l'unification des majorations pour âge des allocations familiales ⁽¹⁾. La progression de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), qui réunit toutes les aides à destination de la petite enfance, serait moins dynamique qu'en 2011 (+ 0,7 % contre + 1,1 %) avec, globalement, une croissance plus faible du nombre de bénéficiaires et du montant moyen de l'allocation versé. Par ailleurs la progression des aides au logement devrait ralentir (+ 2,4 % contre + 2,8 %) du fait d'une augmentation du revenu des allocataires, et d'une moindre revalorisation des loyers plafond.

Pour 2013 la commission des comptes de la sécurité sociale anticipe un déficit de 3,3 milliards d'euros en tendancier, traduisant une dégradation de 800 millions d'euros par rapport à 2012. Les allocations familiales devraient augmenter de 0,9 %. En outre, la dépense d'aide au logement progresserait de 4,4 %, du fait de l'accroissement de l'allocation moyenne et du nombre de bénéficiaires. Toutefois, la prise en compte des mesures nouvelles invite à anticiper un déficit quasiment stable à 2,6 milliards d'euros pour le régime général, notamment grâce à un effort de 0,7 milliard d'euros en recettes.

B.- LES MESURES NOUVELLES DU PLFSS 2013

L'article 71 autorise une expérimentation permettant aux organismes payeurs des prestations familiales (CAF et caisses MSA) de verser en tiers payant, directement à l'assistant maternel, l'aide à la garde d'enfants. La mesure permettra aux familles disposant de faibles revenus de recourir à un mode de garde en étant dispensées de toute avance de frais. En outre, elle devrait logiquement produire un surcroît d'activité pour les assistants maternels, notamment les moins sollicités. Un rapport d'évaluation sera remis au Parlement. Le coût de trésorerie pour les organismes payeurs est estimé entre 6 et 12 millions d'euros (sur la base de 10 organismes volontaires pour l'expérimentation).

L'article 72 fixe l'objectif de dépenses 2013 de la branche famille à 58,6 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, en augmentation de 2,9 % par rapport à 2012, dont 58,1 milliards d'euros pour le régime général.

(1) La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a procédé à une réforme des seuils d'âge ouvrant droit à majoration des allocations familiales, celle-ci devant monter en charge jusqu'en 2013.

VI.– LES AUTRES MESURES DU PLFSS 2013

A.– LES MESURES RELATIVES À LA GESTION INTERNE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DES ORGANISMES CONCOURANT À LEUR FINANCEMENT

Deux mesures sont prévues dans le cadre du présent PLFSS.

L'article 73 fixe les montants pris en charge par le FSV au titre des dépenses de minimum contributif versées par le régime général (3,4 milliards d'euros), pour le régime des salariés agricoles (400 millions d'euros), et pour le RSI (100 millions d'euros). Ces niveaux sont inchangés par rapport à 2012.

L'article 74 fixe la prévision de charges du FSV à hauteur de 19,3 milliards d'euros, soit une progression de 0,7 milliard d'euros par rapport à la prévision pour 2012.

B.– LES MESURES RELATIVES AU CONTRÔLE ET À LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE

Le PLFSS 2013 consacre deux dispositions dans ce domaine.

L'article 75 porte diverses dispositions relatives à la lutte contre le travail illégal, en élargissant la notion de « fraude aux cotisations », en instituant de nouvelles majorations de cotisation en cas de fraude, et en facilitant la mission des corps de contrôle (exploitation des procédures). La mesure produirait ses effets financiers en 2014 (5 millions d'euros de recettes).

L'article 76 poursuit le même objet et vise à responsabiliser davantage les donneurs d'ordre vis-à-vis de leurs sous-traitants en prévoyant, en cas de carence des premiers dans l'accomplissement de leurs obligations sociales en matière de vigilance et de diligence, l'annulation des exonérations de cotisations et de contributions sociales dont ils auraient bénéficié. L'impact financier de la mesure est estimé à 1 million d'euros en 2013, puis 2 millions d'euros les années suivantes, étant entendu qu'il ne s'agit pas d'une mesure de rendement, mais d'une mesure incitant les donneurs d'ordre et les maîtres d'ouvrage à modifier leurs comportements et à remplir leurs obligations sociales.

EXAMEN EN COMMISSION

Lors de sa réunion du 17 octobre 2012, la Commission procède à l'examen pour avis, sur le rapport de Mme Valérie Rabault, de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 (n° 287).

M. le président Gilles Carrez. Mes chers collègues, nous examinons d'abord ce matin, pour avis, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013. Ce budget, je le dis souvent, est plus important que celui de l'État !

Je me permets d'appeler votre attention sur le caractère très strict des règles de recevabilité des amendements au PLFSS. Veuillez à les respecter.

Mme Valérie Rabault, rapporteure pour avis. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale que nous examinons aujourd'hui se fixe un double objectif : redresser nos comptes publics et respecter la justice sociale. Comme pour le projet de loi de finances, l'effort est réparti équitablement en prenant en considération les capacités contributrices de chacun, avec une attention particulière pour les moins favorisés. Sans correction, le déficit pour 2013 aurait atteint 22,3 milliards d'euros, en incluant le fonds de solidarité vieillesse – FSV –. Grâce aux mesures proposées, il sera ramené à 16 milliards d'euros environ. L'amélioration globale est de 5,5 milliards d'euros pour le régime général, soit 2,2 milliards de plus que l'année dernière. L'effort se répartit en 3,4 milliards d'euros de recettes nouvelles et en 2,1 milliards d'euros de moindre dépense.

En 2012, le déficit du régime général devrait s'élever à 13,1 milliards d'euros, soit 4,3 milliards de mieux qu'en 2011. Pour le fonds de solidarité vieillesse, il n'a été possible que de limiter la dégradation du solde, qui baisse de 600 millions pour atteindre 4 milliards d'euros.

Ne nous y trompons pas, ces résultats positifs n'ont été atteints que grâce aux dispositions prises cet été, avec notamment la seconde loi de finances rectificative. Pour mémoire, nous avons par exemple élargi l'assiette du forfait social, ce qui a permis d'augmenter les recettes du régime général et du fonds de solidarité vieillesse de 550 millions d'euros.

Sans contrôle, les dépenses d'assurance maladie progresseraient de 4,1 % en 2013, soit une hausse prévisible du déficit de 3,2 milliards d'euros. Le Gouvernement a choisi de contenir cette évolution à un niveau supportable pour les finances sociales en ramenant la hausse à 2,7 %, conformément à la trajectoire de la loi de programmation. L'année 2013 marquera ainsi la première étape d'un retour progressif à l'équilibre de l'ensemble de nos finances publiques. Aurions-nous pu aller plus vite ? Je ne le crois pas, car cela aurait demandé des efforts insupportables à nos concitoyens. Nous devons raisonnablement et progressivement résorber ce déficit, et la dette laissée par nos prédécesseurs – dette qui atteint tout de même 209 milliards d'euros.

L'enjeu dépasse les seules dépenses sociales ; il s'agit de l'équilibre global de nos finances publiques. À ce titre, nous devons saluer l'effort de clarification opéré par l'article 38 du projet de loi de finances et l'article 3 du PLFSS : désormais seule la TVA sera partagée entre l'État et la sécurité sociale. C'est une grande nouveauté, car c'est la fin de la myriade de taxes partiellement affectées qui rendait le dispositif illisible. L'opération sera financièrement neutre pour la sphère étatique et pour la sphère sociale. Cette mesure qui pourrait apparaître purement technique marque la volonté d'efficacité et de cohérence de l'ensemble du dispositif.

Cet effort de transparence est d'autant plus important que nos organismes de sécurité sociale se financent aujourd'hui sur les marchés et doivent donc faire la preuve de leur solidité financière : aujourd'hui, la Caisse d'amortissement de la dette sociale – CADES – comme l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale – ACOSS – n'ont aucune difficulté à lever des fonds de court, moyen ou long terme ; elles bénéficient même de taux similaires à ceux de l'Agence France Trésor. Les efforts réalisés permettront de préserver ces bonnes conditions d'accès au marché.

La gestion des finances sociales relevant d'une pluralité d'organismes, il est parfois difficile d'établir une stratégie d'ensemble et d'optimiser les ressources. Le PLFSS améliore néanmoins ce point de façon significative en recentralisant les fonds de la sécurité sociale agricole : la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole – CCMSA – pourra ainsi tirer parti d'effets de masse. De même, le texte assure le financement du régime spécifique des mines en autorisant l'ACOSS à lui accorder des avances de trésorerie.

Ce PLFSS propose également de modifier la structure des prélèvements sociaux. Trois grands principes organisent le texte : l'équité, la solidarité entre les générations et la santé publique.

Le texte procède tout d'abord à la modernisation des régimes des travailleurs indépendants et des élus locaux.

Il met ainsi fin à un système dérogatoire en vertu duquel les cotisations des travailleurs indépendants étaient dégressives en fonction du revenu, ce qui paraît tout à fait injuste. En outre, aucune cotisation n'était due sur les revenus dépassant 181 860 euros, et les indépendants pouvaient déduire deux fois leurs frais professionnels, ce qui réduisait l'assiette des cotisations. Le nouveau régime soumet tous les revenus à un même taux de 6,5 % et supprime la double déduction des frais professionnels. Il aligne enfin le régime applicable aux indépendants travaillant au sein de sociétés d'exercice libéral. Il s'agit là d'une mesure de justice. En pratique, 486 000 indépendants verront leurs cotisations baisser de 167 euros en moyenne. La hausse sera de 790 euros par an pour 667 000 indépendants et de 10 700 euros pour les 33 000 indépendants gagnant plus de 181 860 euros par an.

Le PLFSS améliore également les droits sociaux des employés à domicile. Les particuliers employeurs cotiseront désormais sur le salaire réel et non plus sur une base forfaitaire. C'est un progrès pour ces salariés, qui n'avaient souvent pas le choix de l'assiette des cotisations et renonçaient à des gains futurs dans l'espoir d'une amélioration immédiate de leur paye. Il ne faudrait cependant pas que cette hausse des cotisations entraîne un retour au travail non déclaré : je vous proposerai donc, en lien avec notre rapporteur général, un amendement visant à rétablir un abattement de huit points sur les cotisations patronales. Cette exonération sera financée en PLF par une majoration de la part de TVA affectée à la sécurité sociale. La perte pour l'État sera compensée par une baisse du plafond du crédit d'impôt et la réduction de diverses niches.

En matière de santé publique, le PLFSS procède à une augmentation des droits à consommation sur les tabacs et des taxes sur les bières. Je rappelle que l'alcool et le tabac demeurent les deux premières causes de mortalité évitable en France. La fiscalité « comportementale » permet de rendre plus difficile l'accès à ces produits.

Le projet de loi s'inscrit également dans une perspective de plus long terme en ouvrant concrètement le débat sur le financement de la dépendance. Il est regrettable que les effets d'annonce de la précédente majorité en la matière n'aient jamais été suivis d'effet ; à l'inverse, notre majorité prend ses responsabilités. Anticipant le débat national annoncé par le Président de la République, le PLFSS crée une taxe de 0,15 % sur les retraités afin d'abonder à terme la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Je précise que les retraités les plus modestes, ceux qui ne sont pas assujettis à l'impôt sur le revenu, ne seront pas soumis à cette taxe : celle-ci ne concernera que 10 millions de retraités sur les 16 millions de retraités de notre pays.

L'effort est donc équitablement réparti ; ce PLFSS rééquilibre la structure des prélèvements en améliorant leur caractère redistributif.

J'en arrive maintenant aux dépenses. Rendons à César ce qui est à César : l'ONDAM a été respecté en 2010 et 2011. Il convient de s'en réjouir.

Sans mesures nouvelles, les dépenses augmenteraient de 4,1 % en 2013. Le Gouvernement a choisi de fixer l'objectif d'augmentation des dépenses prises en charge par l'assurance maladie à 2,7 %, soit une progression de 4,7 milliards d'euros pour un montant total de dépenses de 175,4 milliards d'euros. C'est un ONDAM responsable : il se situe largement en deçà de l'évolution tendancielle, celle que l'on constaterait si l'on ne faisait rien. Pour l'atteindre, il faudra dégager des économies sur les dépenses – à hauteur de 2,4 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes – mais ces économies se feront de façon juste.

Le principe de solidarité nationale conduit toute l'action du Gouvernement : il faut maîtriser les dépenses de santé tout en permettant à chacun de se soigner aussi bien que possible.

Les efforts porteront ainsi sur les soins de ville pour environ 1,75 milliard d'euros, et sur l'hôpital pour 0,65 milliard d'euros. Des économies sur les produits de santé seront réalisées, en négociant des baisses de prix sur certains médicaments et produits de santé, pour 1 milliard d'euros au total, contre environ 700 millions en 2012. Certains tarifs de spécialités médicales baisseront, et l'efficacité des dépenses de transport sera améliorée – la Cour des comptes a appelé notre attention sur ce dernier point. Des efforts de renforcement de l'efficacité interne des établissements de santé, avec notamment une politique de rationalisation des achats, seront faits, et la lutte contre la fraude sera renforcée.

Ces mesures permettront d'améliorer la performance de l'ensemble du système de santé, tout en maintenant un niveau de soin et de prise en charge optimal de nos concitoyens. Dans cette perspective, je retiendrai notamment la prise en charge à 100 % des frais liés à l'interruption volontaire de grossesse – IVG – l'expérimentation d'un nouveau dispositif de « praticien territorial de médecine générale » afin de lutter contre les déserts médicaux – l'une des priorités de ce Gouvernement –, l'extension de la couverture sociale des non-salariés agricoles, qui permettra à ceux d'entre eux qui interrompent leur activité pour cause de maladie ou d'accident de la vie privée de bénéficier d'indemnités journalières.

Par ailleurs, il sera mis un terme au processus de convergence tarifaire entre les établissements publics et privés de santé, qui mettait sous tension l'hôpital public de façon tout à fait inutile, en ignorant les contraintes spécifiques qui pèsent sur lui : il ne faut pas oublier que l'hôpital public doit être un service public et non une entreprise marchande.

La progression de 4 % de l'ONDAM médico-social témoigne de son caractère prioritaire : il est nécessaire d'apporter un soutien fort à tous nos concitoyens, et en particulier aux plus fragiles.

Au total, le solde de la branche maladie s'améliorera de 400 millions d'euros, son déficit s'établissant à 5,1 milliards d'euros.

Si les évolutions majeures de la branche vieillesse feront l'objet d'une concertation avec les partenaires sociaux au cours de l'année 2013, le présent PLFSS comporte d'ores et déjà un certain nombre de mesures correctrices visant à renforcer l'équité entre assurés sociaux.

Est ainsi prévue une amélioration des droits à la retraite pour les non-salariés agricoles contraints de cesser leur activité pour cause d'invalidité. De même, les règles applicables en matière de pensions de réversion sont réformées pour les professions médicales ou les ayants droit relevant du régime des marins.

Il convient également de rappeler et de saluer l'entrée en vigueur concrète du dispositif consacré par le décret du 2 juillet 2012, qui permettra à quelque 64 000 de nos concitoyens de partir en retraite de manière anticipée en 2013. C'était l'un des engagements du Président de la République. Au total,

l'augmentation des effectifs de retraités sera contenue – elle sera de 1,9 %, soit moins qu'en 2012. En 2013, le déficit de la Caisse nationale d'assurance vieillesse – CNAV – atteindra 4 milliards d'euros, soit une amélioration de 1,2 milliard d'euros par rapport à 2012.

La branche accidents du travail-maladies professionnelles – AT-MP – renouera avec l'excédent en 2013, à hauteur de 300 millions d'euros environ, ce qui constitue un motif de satisfaction. En ce domaine, le PLFSS 2013 propose plusieurs mesures de justice et d'équité, permettant notamment d'améliorer la situation des publics les plus fragiles : ainsi, les besoins d'assistance des salariés victimes d'un sinistre professionnel seront dorénavant mieux pris en compte dans le calcul d'une nouvelle « prestation complémentaire pour recours à tierce personne ».

Quant à la branche famille, le déficit du régime général sera contenu en 2013 à un niveau équivalent à celui de l'année antérieure – 2,6 milliards d'euros contre 2,5 milliards d'euros en 2012. Là encore, le texte comporte des mesures à destination des assurés les plus modestes : ainsi, le PLFSS facilite l'accès à la garde d'enfants pour les familles disposant de faibles revenus, en expérimentant un système de tiers payant assuré par les organismes payeurs de prestations familiales.

En conclusion, ce PLFSS témoigne du volontarisme du Gouvernement et de sa majorité : responsable, il limite la croissance des dépenses, en demandant à nos concitoyens des efforts qui demeurent supportables ; juste, il permet de maintenir un haut niveau de prise en charge et améliore la situation des assurés sociaux les plus fragiles.

C'est pourquoi je vous propose que notre commission lui donne un avis favorable, sous réserve des quelques amendements techniques que je vous présenterai.

M. le président Gilles Carrez. Merci de cette présentation. Je regrette pour ma part de ne découvrir ce projet de loi qu'aujourd'hui, et de ne disposer d'aucune note de synthèse.

Mme la rapporteure pour avis. Le texte a été présenté en conseil des ministres le 10 octobre, et si nous disposons du format papier aujourd'hui, il a été mis en ligne la semaine dernière, monsieur le président. Je suis novice en la matière, mais je crois que mon rapport sera distribué très prochainement.

M. Christian Eckert, rapporteur général du budget. Je veux d'abord remercier et féliciter notre collègue Valérie Rabault qui, pour son premier rapport, a su faire preuve de clarté et de pédagogie sur ce sujet très complexe.

Je reviendrai tout à l'heure sur l'amendement qui concerne les emplois à domicile, et que la commission des affaires sociales a bien voulu retenir.

L'article 17 élargit la couverture sociale des élus locaux : c'est, je crois, une mesure équitable. Jusqu'ici, le régime était un peu bancal ; de nombreux élus sont encore exonérés, notamment ceux des villes de moins de mille habitants. Madame la rapporteure, pouvez-vous nous confirmer qu'avec cette mesure, l'ensemble des revenus seront assujettis de la même façon ? Cela permettra peut-être de faire disparaître l'idée communément répandue que les élus locaux jouissent de grands avantages.

L'article 11, qui porte sur le régime des indépendants, me paraît effectivement proposer une mesure de justice et de solidarité.

Madame la rapporteure, à propos de l'article 34, pouvez-vous nous confirmer les propos de Mme la ministre des affaires sociales sur l'avenir du régime minier, et notamment sur la suspension de certaines mesures qui avaient été prises par décret et sans concertation ?

Monsieur le président, il est vrai que le délai était court, mais ce n'est pas la première fois.

M. le président Gilles Carrez. C'est la première fois que nous travaillons dans de telles conditions !

Madame la rapporteure, vous avez détaillé les gagnants et les perdants des modifications qui concernent les travailleurs indépendants, mais quel est le montant global de cette mesure ?

Mme la rapporteure pour avis. Ce sera environ 950 millions d'euros en 2013.

M. le président Gilles Carrez. Vous parlez de justice et d'équité, mais il faut bien comprendre que cette différence de cotisations était liée à une différence dans les prestations : par exemple, les arrêts maladie sont très peu importants chez les indépendants. Une infirmière libérale malade, qui ne travaille pas, n'a pas de revenus du tout. Lorsqu'on parle équité et justice, il faut donc garder à l'esprit les cotisations mais aussi les prestations : j'aurais donc aimé quelques chiffres sur ces dernières.

De la même façon, quelles seront les recettes de la nouvelle taxe de 0,15 % sur les retraites ? Cette taxe sera portée l'an prochain, ai-je lu, à 0,30 % : pouvez-vous le confirmer ? Qui échappera à cette taxe : tous les retraités qui ne sont pas imposables, ou bien – comme je l'ai lu – les seuls bénéficiaires du minimum vieillesse ?

Mme la rapporteure pour avis. Seuls les retraités imposables seront concernés.

M. le président Gilles Carrez. L'ONDAM serait à 2,5 % en 2012 ; il a été porté à 2,7 % pour 2013. Cette augmentation de la prévision vient-elle de l'arrêt du processus de convergence tarifaire ? Les dépenses de l'hôpital public ont beaucoup contribué à la hausse des dépenses d'assurance maladie ; en mettant fin à la convergence, ne risque-t-on pas de voir à nouveau une forte augmentation des dépenses ?

Est-il possible d'isoler l'impact, en 2013, de la remise en cause partielle de la réforme des retraites décidée cet été ?

La CADES emprunte dans d'excellentes conditions, et il faut s'en féliciter. Quant à l'ACOSS, la Caisse des dépôts ne participe-t-elle pas à son financement ? Où en est-on de ce point de vue ?

M. Éric Woerth. Ce PLFSS manque d'ambition. Il est fait d'une série de mesures assez classiques, sans ligne directrice ni réforme structurelle.

J'aimerais savoir sur quelle hypothèse d'augmentation de la masse salariale vous vous appuyez. Pourriez-vous me confirmer qu'elle est de 4 % ? Comment êtes-vous parvenus à une telle hypothèse ?

Pourquoi ne revenez-vous pas sur les dispositifs de franchise, que vous aviez pourtant beaucoup critiqués lorsque vous étiez dans l'opposition ?

Pourquoi avez-vous si peu d'ambition sur l'ONDAM ? Nous l'avions tenu l'année dernière – avec votre aide, du reste – en faisant même un peu mieux que prévu. Pourquoi le « décranter » ? Certaines mesures ont par ailleurs été gelées. Mais à quel niveau ?

J'observe que vous revenez en arrière dans deux domaines : les retraites et la convergence.

En premier lieu, la nouvelle mesure bénéficiant aux salariés ayant eu une carrière longue et ayant cotisé un nombre suffisant de trimestres, que vous avez prise en juillet dernier, coûtera à peu près 3 milliards d'euros en année pleine, tous régimes confondus. L'AGIRC et l'ARRCO ne sont pas à même de financer une telle mesure. Où en est-on ?

J'aimerais également connaître l'état de vos réflexions sur l'évolution des retraites, plusieurs mois après votre arrivée au Gouvernement. Comment se présente le rendez-vous de 2013 ? Pensez-vous revenir sur le départ à la retraite à 62 ans ? Comme vous l'avez expliqué plus de mille fois, il est en effet terriblement injuste de travailler plus longtemps quand on vit plus longtemps...

En second lieu, vous revenez sur la convergence entre le privé et le public. Pourquoi ? Il y existe déjà des dispositifs prenant en compte les missions de service public des hôpitaux. Le faites-vous par idéologie, sous la pression d'un certain nombre de syndicats hospitaliers ? Vous nous dites que l'hôpital a

terriblement souffert au cours de ces dernières années. Or, sur tous les territoires, des investissements lourds ont été lancés. Quel est donc le niveau de l'investissement hospitalier ? Comment se situe-t-il par rapport aux investissements précédents ?

Enfin, pourriez-vous nous citer, dans ce PLFSS, au moins une mesure de réforme structurelle visant, soit l'efficacité des soins, soit la modification du périmètre d'intervention de la sécurité sociale ?

Mme Sandrine Mazetier. Je voudrais à mon tour saluer l'extrême clarté de l'exposé de notre rapporteure, et l'en remercier. Celle-ci a su éviter l'écueil consistant à noyer les grands enjeux de la protection sociale et de la solidarité nationale sous un flot de questions excessivement techniques.

S'agissant de la modernisation du régime des travailleurs indépendants, j'ai noté que, cette année, 486 000 d'entre eux verraient leur cotisation baisser et que 33 000 la verraient augmenter. Pouvez-vous préciser le montant de ces baisses et de ces augmentations ?

Je ne partage pas du tout le point de vue exprimé à l'instant par M. Woerth qui considère comme un « retour en arrière » le fait que les « carrières longues » aient à nouveau droit à la retraite à soixante ans – droit bafoué par la réforme à laquelle vous aviez procédé sous la dernière législature.

Certains se sont interrogés sur les grandes orientations et sur les réformes structurelles de ce PLFSS. Pour ma part, et bien que je sois moins concernée en tant que députée de Paris, je salue l'effort engagé en faveur de la médecine de proximité. Je salue également l'effort engagé avec courage dans le domaine de la dépendance – ce qui tranche avec l'inertie de la majorité sortante.

Mme la rapporteure pour avis. Notre rapporteur général m'a interrogée sur l'élargissement de la couverture sociale des élus locaux. Il est effectivement proposé dans ce PLFSS que, dans les communes de plus de 1 000 habitants, les élus locaux qui n'ont pas d'activité professionnelle par ailleurs puissent cotiser. Ils supporteront un cinquième de la charge, la part patronale de quatre cinquièmes relevant des collectivités.

Il m'a également interrogée, ainsi que le président Carrez, sur le régime des travailleurs indépendants. Je leur précise donc que : 486 000 indépendants verront leur cotisation baisser, ce qui représente un coût de 81 millions d'euros ; 827 000 d'entre eux – faut-il les qualifier de « perdants » ? – paieront un peu plus, ce qui représentera une ressource supplémentaire de 913 millions d'euros ; les plus sollicités, qui seront au nombre de 33 000, s'acquitteront, en moyenne, par an, d'un montant supplémentaire de 10 769 euros. Je rappelle que nous faisons sauter le plafond de 181 860 euros.

M. le président Gilles Carrez. À partir de quel revenu paieront-ils davantage ?

Mme la rapporteure pour avis. La première tranche se situe entre 14 549 et 36 372 euros de revenus professionnels imposables, la deuxième entre 36 372 et 181 860 euros, et la troisième, au-delà de 181 860 euros. Ce sont les travailleurs concernés par cette dernière tranche qui devront consentir l'effort le plus important – comme cela ressort du tableau de la page 36 de l'étude d'impact. En gros, le seuil est à 36 000 euros. Toute proportion gardée, cela correspond à 65 euros de plus par mois. En outre, la suppression du plafond ne s'accompagne pas d'une augmentation du taux ; celui-ci ne bouge pas.

Enfin, monsieur Wauquiez, vous noterez que les indépendants – et j'en ai rencontré beaucoup – n'ont pas émis de revendications devant une telle proposition. Cette sage réaction peut-être considérée comme l'expression d'une certaine satisfaction.

M. Laurent Wauquiez. Comptez sur nous pour relayer votre propos !

Mme la rapporteure pour avis. Chers collègues de l'opposition, vous nous avez expliqué pendant cinq ans que la lutte contre la dépendance était l'une de vos priorités. Pour autant, vous n'avez pris aucune mesure visant à la financer. Ce PLFSS constitue donc la première étape du financement de la dépendance dans la solidarité.

Je répondrai maintenant à notre président que les retraités assujettis à l'impôt sur le revenu devront en effet acquitter une contribution de 0,15 % en 2013 – et de 0,30 % en 2014 – sur leurs pensions. Mais nos collègues de la commission des affaires sociales vont déposer un amendement visant à exclure du dispositif les premières tranches d'imposition ; cela exonérerait 2 millions de personnes, sur les 10 millions dont je vous ai parlé tout à l'heure.

M. le président Gilles Carrez. Et en contrepartie ?

Mme Marie-Christine Dalloz. Le taux de la contribution passerait immédiatement à 0,30 %.

Mme la rapporteure pour avis. Cet amendement est en cours de discussion. Nous aurons l'occasion d'en débattre en séance publique.

L'ONDAM ne serait pas assez ambitieux à vos yeux ? Mais je vous signale qu'en tendanciel, c'est-à-dire hors mesures nouvelles, il augmenterait de 4 % et que sa progression, fixée cette année à 2,7 %, est moindre que les années précédentes.

M. le président Gilles Carrez. Ce qui compte, en matière d'ONDAM, c'est l'exécution.

Mme la rapporteure pour avis. Ce n'est pas parce que sa progression a été fixée à 2,7 % qu'on ne fera pas mieux.

M. Laurent Wauquiez. Ce sera déjà bien si vous arrivez à le tenir !

Mme la rapporteure pour avis. Quoi qu'il en soit, cet objectif n'avait pas été porté par le précédent gouvernement.

Vous avez également évoqué, monsieur le président, l'avance de trésorerie fournie par la Caisse des dépôts et consignations à l'ACOSS. Sachez que cette dernière ayant été en mesure d'emprunter dans des conditions de financement très favorables, la part de la ligne accordée par la Caisse des dépôts au financement de la trésorerie de l'ACOSS est tombée à 9 %. Par ailleurs, le coût financier total du financement, qui représentait 300 millions d'euros voilà quelques années, est tombé à 20 millions d'euros.

Je vous précise enfin qu'au titre du décret de juillet 2012, 64 000 départs anticipés à la retraite sont prévus pour 2013, pour un coût de 450 millions d'euros. En 2017, le nombre de ces départs anticipés devrait tourner autour de 76 000.

Monsieur Woerth, votre première question portait sur l'hypothèse de la masse salariale que nous avons retenue. Celle-ci n'est pas de 4 %, mais de 2,7 %.

En revanche, je ne suis pas à même de vous répondre aujourd'hui sur le niveau exact de l'investissement hospitalier. Je vous transmettrai l'information en séance.

Une autre de vos questions concernait le processus de convergence. J'ai bien noté que mes collègues de l'opposition n'approuvaient pas l'arrêt de sa mise en œuvre. Mais tous ceux qui ont visité les établissements hospitaliers publics de leur circonscription ont pu constater la tension qui y régnait. De fait, l'hôpital public, qui assure des prestations que ne rend pas l'hôpital privé, s'est trouvé étranglé par votre politique de convergence tarifaire. Mettre un terme à ce processus est donc une mesure de justice qui permettra à l'hôpital de reprendre son souffle.

Mais ne nous laissons pas abuser par les termes : « arrêt de la convergence tarifaire » ne signifie pas abandon de notre travail d'amélioration de la gestion des hôpitaux publics. Plusieurs des mesures que nous proposons – rationalisation des achats, etc. – vont précisément dans le sens de l'amélioration de leur gestion.

Enfin, monsieur Woerth, la question de la retraite à 62 ans fait partie du champ de la négociation ouverte pour 2013. J'ai indiqué, dans mon exposé liminaire, que ce PLFSS contenait quelques mesures en faveur de la branche vieillesse, mais que le cœur du sujet serait abordé pendant cette négociation.

M. le président Gilles Carrez. Je remarque qu'en matière de maîtrise des dépenses d'assurance-maladie, nous prenons des risques. En cas de dérapage en cours d'exécution, à quels processus d'ajustement prévoyez-vous de recourir ? Il existe un Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie. Comment seraient prises les mesures correctrices, s'il fallait en prendre ?

M. Laurent Wauquiez. Je vous remercie, madame Rabault, pour votre rapport. Mais je tiens à m'élever contre ces conditions de travail « apocalyptiques » ! Nous avons dû attendre la dernière minute pour disposer des documents nous permettant d'examiner ce PLFSS, qui représente des montants considérables. C'est inacceptable. Comment pouvons-nous exercer correctement notre contrôle ?

Cela étant, il ne nous a pas échappé que, dans le budget, les prélèvements supplémentaires étaient concentrés sur les plus riches, mais que ce n'était pas le cas dans la loi de finances rectificative passée avant l'été, et encore moins dans ce projet de loi de financement de la sécurité sociale. L'exercice de bonneteau est assez habile, il n'en reste pas moins que l'ensemble de la charge pèsera sur les classes moyennes et les revenus beaucoup plus modestes. Cela apparaît d'ailleurs clairement dans votre rapport : il y aura 4,6 milliards de recettes supplémentaires venant s'ajouter aux 5,6 milliards de recettes déjà demandés dans la loi de finances rectificative.

Ma première question est donc la suivante : comment seront réparties les grandes masses de recettes supplémentaires ?

Mes autres questions seront plus précises.

Vous venez de nous dire que les travailleurs indépendants étaient « satisfaits » des suppléments de cotisations et de charges supplémentaires qui leur sont demandés. Vous nous avez habilement indiqué ce que cela représenterait comme augmentation mensuelle. Je voudrais savoir quels seront les montants supplémentaires que devront acquitter les travailleurs indépendants et quel pourcentage de leurs charges représente cette augmentation.

Par ailleurs, le point d'inflexion se situe à 14 500 euros, si l'on en croit le tableau de la page 35. Vous considérez ainsi qu'à partir de 14 500 euros de revenus déclarés, les artisans et les travailleurs indépendants sont suffisamment riches pour faire l'objet de cotisations supplémentaires substantielles !

Enfin, je voudrais savoir ce que cela représente, en charges supplémentaires, pour les auto-entrepreneurs.

Mon autre question est relative à l'article 15, et donc à l'emploi à domicile. Vous imposez aux particuliers employeurs des charges supplémentaires, ce qui peut se justifier. Mais a-t-on évalué l'impact que cela aura sur le nombre d'emplois à domicile ? Certes, la protection sociale des salariés concernés s'en verra améliorée. Mais ne risque-t-on pas de perdre des emplois ?

Je terminerai par les retraités. A-t-on illustré, dans un tableau, l'impact qu'aura cette contribution supplémentaire ? D'ailleurs, sur quels retraités pèsera-t-elle ?

Au total, les recettes supplémentaires de ce PLFSS sont principalement concentrées sur les classes moyennes. C'est un véritable coup de Jarnac, masqué par une présentation habile.

M. Régis Juanico. Monsieur Wauquiez, vous trouverez la réponse à certaines de vos questions dans la présentation de notre rapporteure pour avis et dans l'intervention de notre rapporteur général.

Monsieur Woerth, vous vous êtes demandé s'il y avait une ligne directrice à ce projet de loi de financement de la sécurité sociale. La réponse est oui. C'est un texte sérieux, qui propose des mesures d'économies – notamment structurelles – mais qui permet aussi de maintenir l'accès aux soins pour tous, voire de concrétiser un certain nombre d'avancées.

Il convient de citer ces avancées : les retraites anticipées pour les salariés qui ont commencé à travailler tôt – 74 000 en 2012 ; les retraites pour les travailleurs de l'amiante et les non-salariés agricoles ; le remboursement à 100 % de l'IVG ; enfin, une meilleure protection sociale pour les employés à domicile.

Au-delà de ces avancées ponctuelles, il convient aussi de rappeler les réformes structurelles qui ont été engagées, et qui concernent la prise en charge de la dépendance et l'hôpital public.

En premier lieu, le gouvernement précédent avait parlé du financement de la dépendance. Il en avait parlé, nous le ferons. Nous proposons d'ores et déjà d'instituer ce prélèvement de 0,15 % sur les retraités assujettis à l'impôt sur le revenu. Tous les retraités ne seront donc pas concernés.

En second lieu, nous avons tous constaté, dans nos circonscriptions, que l'hôpital avait besoin de ressources financières pérennes, qui ne soient pas conditionnées à la tarification à l'activité, la T2A, ni affectées par la convergence tarifaire avec le privé. Les décisions qui seront prises cette année seront, pour l'hôpital public, un véritable ballon d'oxygène.

Ma dernière question viendra compléter l'une de celles de Laurent Wauquiez. Je me demande si le fait qu'aujourd'hui 80 % des auto-entrepreneurs réalisent un chiffre d'affaires de « zéro euro » ne risque pas compromettre toutes les mesures les concernant. Je pense aux mesures de justice et d'alignement des cotisations sociales, réclamées d'ailleurs par les artisans, notamment l'Union professionnelle artisanale.

M. Pascal Terrasse. C'est en effet notre premier PLFSS. Et après avoir écouté avec délectation les interventions de l'opposition, je rappellerai que depuis une dizaine d'années environ, toutes les branches de la sécurité sociale sont dans le rouge. En 2011, le déficit était de près de 18 milliards d'euros entre les recettes votées et les dépenses. En 2012, il devrait avoisiner 16 milliards d'euros. Or, à un moment ou à un autre, il faudra le payer.

Ainsi, concrètement, depuis des années, la droite a inventé ce que j'appellerai « l'impôt sur les naissances » : nos soins et nos retraites seront payés plus tard par nos enfants, à travers la Caisse d'amortissement de la dette sociale.

Au fil des années, vous avez reporté l'amortissement de la dette sociale et puisé dans les caisses pleines de l'État, notamment à travers le Fonds de réserve pour les retraites.

Mme Valérie Pécresse. La gauche a-t-elle porté une réforme des retraites ?

M. Pascal Terrasse. Vous devriez vous montrer plus modestes. Votre bilan n'est pas catastrophique : il est dramatique pour les comptes de la Nation !

Il nous faut aujourd'hui trouver les mécanismes qui permettront de réformer structurellement notre dispositif de protection sociale. Chacun reconnaît qu'il est nécessaire de préserver notre modèle social. Mais cela ne doit pas nous amener à négliger notre compétitivité. Les dispositions qui seront prises en début d'année pour l'améliorer devront indéniablement tenir compte des grands équilibres du financement de la protection sociale.

Monsieur le président, que se passera-t-il si on ne tient pas les objectifs qui ont été fixés ? Vous le savez très bien : le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance-maladie jouera son rôle, la Commission des comptes de la sécurité sociale tirera la sonnette d'alarme et un collectif budgétaire pourra être décidé. Je regrette d'ailleurs qu'on n'en ait pas prévu un, lorsque la gauche est arrivée aux responsabilités, car certaines des dépenses engagées par le précédent gouvernement n'étaient gagées sur aucune recette – notamment les exonérations pour heures supplémentaires, qui coûtent aujourd'hui très cher à l'ensemble de la collectivité.

Je terminerai sur trois points.

Premièrement, le dossier médical personnalisé, ou DMP, est à l'origine d'une véritable gabegie sur laquelle le Parlement doit s'interroger. Ce dossier a déjà coûté plusieurs centaines de millions d'euros à l'État. Tous les ministres qui se sont succédé nous ont dit de ne pas nous inquiéter et que la traçabilité assurée par le dispositif nous permettrait de faire des économies et de mieux lutter contre la fraude sociale. Aujourd'hui, où en est-on ? Faut-il poursuivre le projet, l'abandonner ou reprendre le dossier à zéro ? Quoi qu'il en soit, nous savons que le DMP sera, techniquement parlant, le seul outil sérieux de maîtrise médicale des dépenses de santé.

Deuxièmement, la fraude sociale a deux aspects : ceux qui profitent du système d'accès au soin et qu'il faut continuer à combattre ; mais aussi les fraudeurs aux recettes sociales et fiscales. Ce dernier type de fraude coûte très cher à celles et ceux qui travaillent et qui cotisent. Il faudra nous donner les moyens d'y mettre un terme.

Troisièmement, les particuliers employeurs. Je sais qu'un amendement sera déposé notamment par notre rapporteur général. Le sujet est important. En effet, s'il faut taxer les particuliers employeurs à un niveau correct, il faut éviter que les dispositifs fiscaux que nous mettrons en place n'encouragent le travail dissimulé. Un juste équilibre, qui n'existe pas dans ce texte, est encore à trouver.

Mme Monique Rabin. Je voudrais à nouveau remercier notre rapporteur pour sa présentation et la qualité de ses réponses. Car si c'est notre premier budget de la sécurité sociale, c'est aussi son premier rapport.

Nous allons vers plus de clarification et plus de lisibilité ; je regrette néanmoins que, dans ce projet, il n'y ait pas de sommaire. Par ailleurs, et bien que je sois novice, je suis suffoquée par l'impudence de nos collègues, eu égard aux déficits qu'ils ont laissés et aux décisions qu'ils ont prises.

Ma question concerne l'hôpital public et, plus particulièrement, les baux emphytéotiques administratifs qui enrichissent certains propriétaires privés et constituent une atteinte réelle au service public. Je parle en connaissance de cause : la cité sanitaire de Saint-Nazaire se trouve dans un état catastrophique. Mais je pourrais citer aussi l'hôpital d'Annemasse, l'hôpital de Caen ou celui d'Évry. Est-il prévu de se pencher sur ces montages administratifs ? Sinon, je me ferai un plaisir de poser la question en séance.

Mme la rapporteure pour avis. Monsieur Wauquiez, vous nous avez dit que vous n'aviez pas eu les documents suffisamment tôt. Sans doute étiez-vous en déplacement, occupé peut-être par une campagne interne à votre parti ? Car les travaux de la Commission des comptes de la sécurité sociale sont en ligne depuis le 1^{er} octobre, et le texte du PLFSS et son étude d'impact le sont depuis mercredi dernier. Vous disposiez donc d'une semaine pour étudier ces documents. Vous auriez même pu consulter les réponses qu'a faites Mme la ministre des affaires sociales et de la santé, Mme Marisol Touraine, aux questions de nos collègues de la Commission des affaires sociales.

J'en viens à vos questions sur les cotisations. Les commerçants dont le chiffre d'affaires est inférieur à 81 500 euros hors taxe verront leur taux de cotisation passer de 12 à 14 %. Les artisans dont le chiffre d'affaires ne dépasse pas 32 600 euros verront ce taux passer de 21,3 à 24,6 %. Pour les professionnels libéraux dont les recettes sont inférieures à 32 600 euros, ce taux passera de 18,3 à 21,3 %. Je précise enfin que, pour les 400 000 auto-entrepreneurs qui déclarent un chiffre d'affaires, l'augmentation de cotisation sera en moyenne de 37 euros par mois.

Par ailleurs, les retraités assujettis à l'impôt sur le revenu seront taxés de 3 à 4 euros par mois sachant que, comme je l'ai précisé, un amendement a été déposé par nos collègues de la Commission des affaires sociales à ce sujet.

Monsieur Wauquiez, vous souhaitiez également connaître l'impact qu'aura, sur le comportement des particuliers employeurs, la suppression de l'assiette forfaitaire. Vous vous inquiétez en effet d'un éventuel développement du travail dissimulé. C'est aussi une de nos préoccupations. Voilà pourquoi nous déposerons, avec M. le rapporteur général, un amendement tendant précisément à l'éviter en baissant de 8 points les cotisations patronales pour les particuliers employeurs. Nous y reviendrons.

L'accroissement des charges supportées par les travailleurs indépendants, dont je viens de vous indiquer le détail par catégorie, sera en moyenne très limité.

Vous avez raison de souligner, monsieur Terrasse, que la fraude aux prestations est beaucoup moins importante que la fraude sociale. Qu'il s'agisse de l'une ou de l'autre, on constate que la Délégation nationale à la lutte contre la fraude parvient, grâce notamment aux moyens très importants dont elle dispose, des résultats très significatifs, à des taux de recouvrement très supérieurs à ceux obtenus par ses homologues européens. Cet effort sera bien entendu poursuivi dans les années à venir.

Le sujet du DMP sera traité dans le cadre de la commission élargie qui sera consacrée au budget de la santé le 6 novembre prochain.

M. le président Gilles Carrez. L'enquête que nous avons, au cours de la législature précédente, demandée à la Cour des comptes sur ce sujet a été transmise au rapporteur spécial, M. Estrosi et à Gérard Bapt, qui était à l'initiative de la demande. Le rapporteur spécial évoquera ce sujet dans le cadre de la commission élargie du 6 novembre, mais je n'exclus pas, étant donné l'importance du sujet, d'aller au-delà.

Mme la rapporteure pour avis. Je partage vos préoccupations concernant l'hôpital, madame Rabin, et je me félicite que les mesures prévues par le PLFSS à ce sujet vous agréent.

M. Patrick Ollier. Je m'interroge sur la pertinence de la modification du régime des cotisations sur les emplois à domicile en termes de création d'emplois. Non que j'en conteste le principe, mais cette mesure s'ajoute à la limitation de l'avantage fiscal prévue par le PLF. Pour les classes moyennes, qui sont les premières à recourir à ce dispositif, c'est une double peine. Que celle-ci soit volontaire ou non, l'effet psychologique risque d'être négatif pour l'emploi.

M. Philippe Vigier. Nous confirmez-vous, madame la rapporteure, que vous ne comptez pas revenir sur le recul de l'âge de la retraite à soixante-deux ans, en dehors des quelques dizaines de milliers de personnes pouvant bénéficier d'un départ anticipé ? Ce PLFSS n'ouvre pas, en particulier, le chantier de la pénibilité, alors qu'on en a beaucoup parlé pendant la campagne présidentielle : la nouvelle majorité aurait-elle abandonné cette problématique ? De même, vous n'évoquez plus le démantèlement de la loi HPST : cela signifie-t-il que vous comptez

l'appliquer, notamment en maintenant les communautés hospitalières de territoire, dont on commence à voir les effets positifs ?

Relever l'ONDAM à 2,7 % risque d'apparaître comme une incitation à la dérive budgétaire. Comment comptez-vous parer à ce risque ? Quel sera notamment le sort du secteur 2 ? On ne parvient pas à saisir les intentions du Gouvernement à cet égard.

Par ailleurs, les franchises médicales seront-elles abandonnées ?

Enfin, le Gouvernement compte-t-il retenir comme seul mode de financement de la dépendance la contribution de 0,3 % sur les pensions des retraités soumis à l'IR ?

M. Pascal Cherki. Ce PLFSS, le premier qui ouvre cette mandature de progrès, ne pouvait pas tout régler, mais il fixe des principes importants. Ainsi le relèvement de l'ONDAM traduit l'exigence d'un PLFSS qui place les besoins sanitaires de nos concitoyens au-dessus des préoccupations comptables.

Je relèverai en particulier trois des nombreuses mesures positives de ce texte. La prise en charge à 100 % de l'IVG est la concrétisation d'une promesse du Gouvernement qui était très attendue par les femmes de notre pays. L'abrogation de la convergence tarifaire est une vraie mesure de gauche, qui reconnaît la spécificité des missions de l'hôpital public. Enfin, ce texte facilitera la gestion des établissements publics de santé en leur permettant d'émettre des billets de trésorerie.

M. Éric Alauzet. Les pathologies les plus coûteuses pour la sécurité sociale, à savoir les maladies psychiques et les pathologies dégénératives, sont liées à l'environnement au sens large : les pollutions pour les maladies dégénératives, ou le délitement du lien social pour les maladies psychiques. Or nous manquons d'instruments d'évaluation de l'impact de ces facteurs environnementaux – par exemple les pesticides, les particules fines, les perturbateurs endocriniens, etc. Seuls de tels outils nous permettraient pourtant d'agir sur les causes de ces maladies *via* la prévention et de réduire le coût de la protection sociale à moyen et à long terme.

M. Charles de Courson. Ma première question porte sur l'article 19 : estimez-vous normal d'augmenter le prix de l'énergie à hauteur de quarante-cinq millions d'euros pour financer le régime spécial le plus privilégié de notre pays ? Est-ce votre conception de la justice sociale ?

De même, est-il raisonnable de proposer une réduction du déficit aussi faible en termes de comptes consolidés ? Alors que nous l'avons réduit de 6,4 milliards d'euros de 2010 à 2011 et de 3,9 milliards entre 2011 et 2012, vous prévoyez une baisse de seulement 2,5 milliards pour 2013, et de neuf milliards d'ici à cinq ans.

Mme Karine Berger. J'avais cru comprendre que la Commission des finances avait la responsabilité de s'assurer que toute proposition de dépense publique est financée. Or je constate avec surprise que les interventions de l'opposition visent systématiquement à réduire les recettes permettant le financement du PLFSS, sans proposer aucune mesure compensatrice pour assurer la réduction des déficits publics. Si nous sommes d'accord pour dire qu'un accès égal pour tous à la protection sociale est un élément du pouvoir d'achat, on doit reconnaître que son financement est un objectif important pour notre commission.

M. le président Gilles Carrez. Les dépenses ont déjà été longuement discutées.

Mme la rapporteure pour avis. Votre question est pour moi l'occasion de souligner la cohérence de ce texte, monsieur Ollier. En effet, un tiers des trente milliards d'efforts annoncés par le Gouvernement pèsera sur les ménages : 6,5 milliards d'euros au titre du PLF, et trois au titre du PLFSS.

S'agissant des emplois à domicile, le PLF ne prévoit pas de limiter l'avantage fiscal lié à ce dispositif. Actuellement, le montant maximum du crédit d'impôt est de 50 % d'un plafond de 15 000 euros, soit 7 500 euros, alors que le PLF propose de plafonner les niches à 10 000 euros : 10 000 étant supérieur à 7500, on continuera à pouvoir défiscaliser ses emplois à domicile à l'intérieur d'un plafond de 10 000 euros.

Même si vos trois premières questions n'ont pas trait au PLFSS, monsieur Vigier, je veux bien tenter de vous apporter quelques éléments de réponse.

S'agissant de questions comme l'âge de départ à la retraite ou la définition de la pénibilité, elles seront traitées dans le cadre de la grande conférence sociale que nous avons engagée et qui doit aboutir à une réforme des retraites en 2013. Vous aurez alors tout loisir de vous exprimer et de vous opposer.

Les dispositions relevant de la loi HPST n'entrent pas dans le champ du PLFSS, dans le cadre duquel nous examinons les recettes et les dépenses.

Nous sommes les premiers à proposer un financement de la dépendance. Il sera supporté par les seuls retraités assujettis à l'IR. Par ailleurs, la commission des affaires sociales proposera de limiter cette contribution à un certain montant d'imposition.

Un taux d'exécution de l'ONDAM de 2,7 % en 2011 n'a pas empêché la majorité précédente de le fixer à 2,8 % en 2012 : pourquoi nous reprocher aujourd'hui de fixer un objectif de 0,1 point inférieur à celui que vous aviez fixé ? Nous nous inscrivons parfaitement dans ce mouvement de réduction des dépenses.

Vous déplorez, monsieur de Courson, une hausse du prix du gaz qui se situera entre cinq et neuf centimes par mois. Je suis étonnée de vous entendre ainsi remettre en cause les principes d'équilibre budgétaire auxquels vous vous montrez habituellement si attaché.

M. Charles de Courson. On peut aussi choisir de réduire les dépenses.

Mme la rapporteure pour avis. Quant au volet retraite proprement dit, je répète qu'il relèvera du projet de loi prévu pour 2013, et dont les négociations sont déjà entamées.

Quant au déficit, je conteste absolument vos chiffres, mon cher collègue. Si on additionne les soldes des régimes de base et du FSV, il était de 24,9 milliards d'euros en 2009, 29,6 en 2010, 22,6 en 2011, 19,3 en 2012. Pour 2013, les projections étaient de 22,3 milliards d'euros si rien n'était fait. Mais l'effort de 5,5 milliards d'euros programmé dans le cadre de ce PLFSS permettra de réduire significativement le déficit.

Je partage, monsieur Alauzet, les préoccupations que vous avez exprimées et que l'on retrouve dans le rapport que vous avez consacré à la sécurité alimentaire, et où vous évoquez notamment l'impact des pesticides sur la santé et la nécessité d'en évaluer le coût. Je partage votre point de vue sur l'intérêt de disposer d'instruments permettant de mesurer l'impact de l'environnement sur la santé.

Je remercie enfin Mme Berger et M. Cherki de leur soutien.

*

* *

La Commission en vient à l'examen des articles.

PREMIÈRE PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2011

La Commission émet un avis favorable à l'adoption des articles 1^{er} et 2 sans modification.

DEUXIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2012

Section I

*Dispositions relatives aux recettes
et à l'équilibre financier de la sécurité sociale*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption des articles 3 à 6 sans modification.

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses

La Commission émet un avis favorable à l'adoption des articles 7 à 10 sans modification.

TROISIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES
ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2013

Section I

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

La Commission émet un avis favorable à l'adoption des articles 11 à 14 sans modification.

Article 15 (art. L. 133-7 du code de la sécurité sociale) : *Suppression de l'assiette forfaitaire pour les salariés des particuliers employeurs*

La Commission est saisie de deux amendements identiques, CF 17 de la rapporteure pour avis et CF 2 de M. Christian Eckert.

M. Christian Eckert, rapporteur général. Cet amendement a un pied dans le PLFSS et un autre dans le projet de loi de finances initiale puisqu'il propose de modifier le régime des emplois à domicile, dispositif qui génère un coût annuel de six milliards d'euros de dépenses sociales et fiscales.

Je vous rappelle que l'objectif essentiel du dispositif était de limiter le travail au noir. C'est pour cela que le législateur a permis aux employeurs de cotiser sur une assiette forfaitaire dont la base était le SMIC, tout en maintenant la possibilité de cotiser sur le salaire réel. La cotisation forfaitaire entraînant des prestations réduites – qu'il s'agisse des indemnités journalières et de licenciement ou des pensions de retraite – ceux qui choisissaient de cotiser au réel bénéficiaient d'un abattement de quinze points des cotisations patronales, compensé par le budget de l'État. Cette incitation a eu un tel succès qu'en 2010, deux tiers des employeurs cotisaient au réel. Votre majorité a alors décidé de supprimer cet abattement, choix qui a été très contesté à l'époque, notamment par la Fédération des particuliers employeurs, la FEPEM. L'effet quasi immédiat a été de faire basculer ceux qui cotisaient au réel vers le forfaitaire.

Je me félicite aujourd'hui du choix du Gouvernement de supprimer par cet article la faculté de cotiser au forfait. Le risque cependant est que l'augmentation des charges induite par cette suppression ne puisse pas être supportée par certains particuliers et que certains de ces emplois retournent au travail dissimulé.

C'est la raison pour laquelle je propose par cet amendement de rétablir un abattement de huit points sur les cotisations patronales, soit une perte de ressources évaluée à 380 millions d'euros pour le budget de l'État avant prise en compte de l'effet favorable dû à la réduction du crédit d'impôt. Un soutien large, voire unanime à cette proposition pourrait contribuer à convaincre le Gouvernement. Celui-ci n'est pas fermé à cette proposition, pourvu qu'elle soit compensée. Nous avons voté dans cette perspective des amendements au PLF qui ont permis de compenser quasi intégralement ces 380 millions d'euros en 2013. En 2014, il s'agira de passer de 50 % à 45 % des dépenses d'emploi à domicile le montant maximum du crédit d'impôt, sauf lorsqu'il bénéficie à des personnes handicapées, des personnes âgées dépendantes et en cas de garde d'enfants, et à partir d'un revenu fiscal de référence de 50 000 euros.

Mme la rapporteure pour avis. J'ajouterai quelques éléments d'information. Dans l'hypothèse où un employeur cotise au forfait, la pension de retraite de son salarié qui aura travaillé pendant vingt ans pour un salaire d'1,1 SMIC sera amputée de 135 euros par mois ; celle d'un salarié payé deux fois le SMIC sera réduite de 459 euros par mois. Je doute que les salariés mesurent

clairement au moment de l'embauche toutes les conséquences du choix de la cotisation au forfait en termes de pouvoir d'achat.

M. le président Gilles Carrez. J'approuve d'autant plus la proposition du rapporteur général qu'elle s'inscrit dans la ligne de ce que nous proposons ici même il y a un an. L'abattement de huit points devrait limiter le risque de retour au travail au noir.

Je suis plus réservé s'agissant du gage, mais en tout état de cause je soutiens votre démarche.

M. le rapporteur général. Le gage est trouvé pour 2013. La mesure sera surcompensée en 2014 puisqu'elle sera gagée deux fois. Je voudrais ajouter une dernière remarque : les particuliers employeurs seront plus sensibles à une réduction des charges, celles-ci étant payées tous les mois, alors que, *a contrario*, par définition les ménages non imposables sont exclus du bénéfice des réductions d'impôt.

M. Pascal Terrasse. Cet amendement est d'autant plus intéressant qu'on assiste actuellement à un désengagement progressif des caisses d'assurance retraite et de la santé du secteur des personnes âgées non dépendantes pour se réorienter vers l'aide aux personnes les plus dépendantes.

Il s'agit en outre d'un amendement très équilibré, qui concilie les intérêts des salariés et ceux des employeurs, conformément à la demande de la FEPEM : celle-ci craignait une fiscalisation excessive du dispositif.

M. Éric Woerth. Avec cet amendement, les cotisations sociales seront réduites de huit points, alors que la masse des prélèvements s'accroîtra. Comment ces deux mesures s'équilibrent-elles ? Les 350 millions d'euros constituent-ils un solde net ?

M. Jean-Christophe Lagarde. Le dispositif proposé par le rapporteur général peut permettre un réel progrès pour les salariés ; j'y suis donc favorable, à quelques réserves près. Le risque, c'est de favoriser le travail au noir. Comme vous l'avez rappelé, en supprimant l'abattement de cotisations de quinze points pour les particuliers déclarant leurs salariés au régime réel, le précédent gouvernement avait déjà alourdi les charges des employeurs de quelque 270 euros par mois pour un SMIC. En ne déclarant qu'une partie des heures de travail effectuées sur le site Internet du Chèque emploi service universel, on peut précisément éviter ces charges supplémentaires. Une étude serait donc utile pour voir si en réglant un problème, on n'en crée pas un autre.

Par ailleurs, vous avez fait observer que le plafond global des niches fiscales, de 10 000 euros, est supérieur aux 7 500 euros de crédit d'impôt dont on peut bénéficier au titre de l'emploi d'un salarié à domicile. Mais une famille peut avoir besoin d'en employer plusieurs. Vous prétendez par exemple que la mesure ne concernera pas ceux qui se trouvent en situation d'invalidité ; mais elle s'appliquera aux familles qui doivent assumer l'invalidité d'un ascendant. Sachant

que pour un ménage dont le revenu dépasse le plafond maximal de la CAF, une place en crèche coûte 6 800 euros par an, le total des dépenses liées à la garde d'enfant et à la prise en charge d'un parent invalide dépassera alors facilement les 10 000 euros. Le cumul des deux dispositifs – renchérissement du coût du travail à domicile et plafonnement des crédits d'impôts auquel il peut donner lieu – mettra les familles en difficulté et les incitera davantage encore à avoir recours au travail dissimulé.

Il faut conserver le crédit d'impôt au moins pour la garde d'enfants, sous peine de les voir confier à des nourrices non agréées, mal payées et dépourvues de protection sociale, qui travaillent dans des conditions douteuses.

Tout comme la réforme annoncée des allocations familiales, cette nouvelle mesure ne pénalisera pas uniquement les riches, mais également certains ménages de classe moyenne. Pourquoi soumettre le dispositif au plafond des 10 000 euros, alors qu'il était déjà soumis à celui des 7 500 euros ? Cette intégration posera problème non aux très riches – si Mme Bettencourt a dix domestiques, elle ne défiscalise qu'une seule fois les 7 500 euros en question – mais aux ménages de classe moyenne, voire modestes, qui pourront dépasser le plafond alors qu'ils ne font qu'assumer les charges de leurs familles.

M. le président Gilles Carrez. Nous débattons de ce plafond de 10 000 euros lors de l'examen de la seconde partie du projet de loi de finances. Si la réduction fiscale passe de 50 % à 45 %, elle s'inscrira d'autant plus facilement dans ce plafond ; mais ce dernier posera malgré tout des problèmes. Si l'on prend l'exemple des investissements immobiliers Scellier qui autorisent une réduction d'impôt étalée sur neuf ans, un ménage de région parisienne incapable d'acheter sa résidence principale, qui y a recouru il y a trois ans pour protéger son épargne, sera pénalisé si cette réduction liée à un investissement passé est intégrée dans le plafond.

Mme la rapporteure pour avis. Les plafonnements et les niches fiscales seront débattus dans le cadre du projet de loi de finances. Je rappelle néanmoins que seule la moitié de nos concitoyens sont assujettis à l'impôt sur le revenu, et sur cette moitié, le montant moyen payé est de 2 000 euros. Lorsqu'on parle d'un plafond de niches fiscales à 10 000 euros, on sort ainsi complètement du périmètre des classes moyennes.

Mme Karine Berger. Si l'on peut défiscaliser 10 000 euros, c'est que l'on est censé payer 10 000 euros d'impôt sur le revenu. Or, monsieur le président, en tant que spécialiste de ces questions, vous savez que pour payer 10 000 euros d'impôt sur le revenu en France, il faut faire partie des 3 % des foyers les plus aisés. Assumez donc que vos interventions portaient exclusivement sur ces 3 % de foyers, et non sur les classes moyennes comme l'a prétendu M. Lagarde. Si vous pensez que cette population doit faire l'objet de mesures spécifiques, vous pourrez défendre cette conviction dans quelques jours.

M. le président Gilles Carrez. Ce que je pense, madame Berger, c'est qu'il ne faut pas négliger les incitations qui permettent de soutenir le marché du logement et les emplois familiaux. Par ailleurs, l'impôt sur le revenu est en effet extrêmement concentré, 10 % des ménages en payant plus de 70 %. Mais vous qui êtes économiste devriez admettre que ce faisant, ils participent à l'économie du pays, et il faut s'en réjouir au lieu de les décourager en les stigmatisant en permanence.

La Commission adopte les amendements CF 17 et CF 2.

Puis elle émet un avis favorable à l'adoption de l'article 15 ainsi modifié.

La Commission émet un avis favorable à l'adoption des articles 16 à 21 sans modification.

Article 22 (art. 575 et 575 A du code général des impôts): *Mesures relatives à la fiscalité des tabacs*

La Commission examine l'amendement CF 1 de Mme Marie-Christine Dalloz.

Mme Marie-Christine Dalloz. Le minimum de perception est un instrument de protection des revenus de l'État. L'amendement vise à augmenter ce minimum appliqué aux cigarettes, pour le fixer à hauteur de 205 euros pour 1 000 cigarettes, afin de garantir un niveau supérieur de recettes fiscales pour l'État, indispensable en cette période de crise.

Mme la rapporteure pour avis. Chère collègue, vous proposez aujourd'hui d'augmenter les taxations sur les cigarettes, alors qu'hier soir vous proposiez au contraire de les diminuer. Auriez-vous changé d'avis ?

Mme Marie-Christine Dalloz. Il ne s'agit pas d'une nouvelle taxation, madame la rapporteure, mais d'un fléchage dans la taxation actuelle sur un minimum de perception qui n'existe pas aujourd'hui.

Mme la rapporteure pour avis. Il s'agit pourtant bien d'une augmentation de fait. J'émet un avis défavorable sur votre amendement. Je pense cependant qu'on peut progresser sur la question de la taxation des cigarettes en réfléchissant à la structure des taxes.

Mme Marie-Christine Dalloz. C'est précisément l'objet de l'amendement.

Mme la rapporteure pour avis. Non, il ne porte que sur le minimum de perception.

La Commission rejette l'amendement.

Elle émet ensuite un avis favorable à l'adoption de l'article 22 sans modification.

La Commission émet un avis favorable à l'adoption des articles 23 à 26 sans modification.

Section 2

Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

La Commission émet un avis favorable à l'adoption des articles 27 à 33 sans modification.

Après l'article 33

Elle examine ensuite l'amendement CF 18 de la rapporteure pour avis.

Mme la rapporteure pour avis. Cet amendement propose d'instaurer l'obligation, pour l'employeur qui veut bénéficier d'un allègement général de cotisations, d'être à jour de ses cotisations ou obligations déclaratives.

M. Jean-Christophe Lagarde. J'ai du mal à saisir la portée de l'amendement, la plupart des emplois de cette nature étant payés *via* le Cesu dont l'attestation est nécessaire pour bénéficier de la déduction fiscale. Votre amendement ne s'adresse donc qu'aux employeurs qui font un contrat direct.

Mme la rapporteure pour avis. Même si l'on peut passer par le Cesu pour certains emplois, c'est l'ensemble des cotisations et déclarations qui sont visées par l'amendement.

M. Charles de Courson. Je suis favorable à l'idée de cet amendement, mais il faut en préciser les modalités d'application. Une attestation devant être fournie, comment cela se passera-t-il pour les emplois directs ?

Mme la rapporteure pour avis. Les problèmes techniques ne sont pas à exclure, mais l'amendement a reçu un écho favorable de l'ensemble des organismes de recouvrement, notamment de l'ACOSS.

M. le président Gilles Carrez. L'amendement vaudrait notamment pour les exonérations sociales – comme les exonérations territoriales, outre-mer, zones franches urbaines ou zones de revitalisation rurale, ZRR – qui ne passent pas par le Cesu.

M. Jean-Christophe Lagarde. Qui délivrera cette attestation ?

Mme la rapporteure pour avis. Les organismes de recouvrement des cotisations.

La Commission adopte l'amendement.

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

QUATRIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2013

Section I

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

La Commission émet un avis favorable à l'adoption des articles 37 à 59 sans modification.

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

La Commission émet un avis favorable à l'adoption des articles 60 à 64 sans modification.

Section 3

Dispositions relatives aux dépenses de la branche accidents de travail et de maladies professionnelles

La Commission émet un avis favorable à l'adoption des articles 65 à 70 sans modification.

Section 4

Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille

La Commission émet un avis favorable à l'adoption des articles 71 et 72 sans modification.

Section 5

Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires

La Commission émet un avis favorable à l'adoption des articles 73 et 74 sans modification.

Section 6

Dispositions relatives à la gestion interne des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement et à la lutte contre la fraude

La Commission émet un avis favorable à l'adoption des articles 75 et 76 sans modification.

Puis elle émet un avis favorable à l'adoption de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale ainsi modifié.

*

* *

AMENDEMENTS EXAMINÉS PAR LA COMMISSION ⁽¹⁾

Amendement n° CF-1 présenté par Mme Marie-Christine Dalloz

ARTICLE 22

À la fin du III de l'article 22, insérer la phrase suivante :

« En outre, à la même date, le minimum de perception mentionné à l'article 575 est fixé à 205 euros pour 1 000 cigarettes. »

Amendement n° CF-2 présenté par M. Christian Eckert, Rapporteur général

ARTICLE 15

I.— À l'alinéa 3, après les mots : « de la pêche maritime sont », insérer les mots : « calculées sur les rémunérations réellement versées au salarié. Les cotisations patronales de sécurité sociale sont réduites de huit points. Les cotisations et contributions sociales mentionnées à la première phrase du présent alinéa sont ».

II.— La perte de recettes des organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la majoration des droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Amendement n° CF-17 présenté par Mme Valérie Rabault, rapporteur pour avis

ARTICLE 15

I.— À l'alinéa 3, après les mots : « de la pêche maritime sont », insérer les mots : « calculées sur les rémunérations réellement versées au salarié. Les cotisations patronales de sécurité sociale sont réduites de huit points. Les cotisations et contributions sociales mentionnées à la première phrase du présent alinéa sont ».

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

(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.

Amendement n° CF-18 présenté par Mme Valérie Rabault, rapporteur pour avis

**ARTICLE ADDITIONNEL
APRÈS L'ARTICLE 33**

Compléter l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale par un alinéa ainsi rédigé :

« IX. - Le bénéfice de la réduction prévue au présent article est subordonné au fait, pour l'employeur, d'être à jour de ses obligations déclaratives et de paiement à l'égard de l'organisme de recouvrement. La condition de paiement est réputée remplie lorsque l'employeur a, d'une part, souscrit et respecte un plan d'apurement des cotisations restant dues et, d'autre part, acquitte les cotisations en cours à leur date normale d'exigibilité. »

ANNEXE : LISTE DES AUDITIONS ET CONTRIBUTIONS

– M. Thomas Fatome, directeur de la sécurité sociale, accompagné de M. Damien Vergé, adjoint au sous-directeur du financement de la sécurité sociale ;

– M. Benoît Parlos, délégué national à la lutte contre la fraude, et Mme Armelle Beunardeau, chargée de mission de la Délégation nationale à la lutte contre la fraude ;

– Pr Jean-Luc Harousseau, président, et M. Dominique Maigne, directeur de la Haute autorité de santé (HAS) ;

– M. Gérard Vincent, délégué général, M. Cédric Arcos, directeur de cabinet, et M. Yves Gaubert, chef du pôle Finances de la Fédération hospitalière de France (FHF) ;

– M. Jean-Loup Durousset, président, M. Dominique Coudreau, délégué général, et M. Jean-Baptiste Boudin-Lestienne, chargé des relations avec le Parlement de la Fédération hospitalière privée (FHP) ;

– M. Claude Le Pen, économiste, professeur à Paris Dauphine, président du Collège des économistes de la santé ;

– M. Gérard Quévillon, président Régime social des indépendants (RSI) accompagné de M. Stéphane Seiller, directeur général et de Mme Stéphanie Deschaume, directrice de cabinet du directeur général ;

– Dr Jean-Martin Cohen Solal, directeur général, Mme Isabelle Millet-Caurier, directrice des affaires publiques, et M. Vincent Figureau, responsable du département des relations institutionnelles nationales de la Mutualité française ;

– M. Jean-Eudes Tesson, président, M. Pierre Ricordeau, directeur, accompagné de M. Benjamin Ferras, directeur de cabinet, et M. Alain Gubian, directeur financier de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) ;

– M. Patrice Ract-Madoux, président du conseil d'administration de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) ;

– M. Gérard Pelhate, président du conseil d'administration, M. Michel Brault, directeur général, et M. Christophe Simon, chargé des relations parlementaires de la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA) ;

– M. Jean-Louis Deroussen, président, M. Hervé Drouet, directeur, et Mme Patricia Chantin, chargée des relations avec le Parlement de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) ;

– M. Pierre Mayeur, directeur, et M. Gérard Rivière, président de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) ;

– M. Franck Gambelli, président de la commission des accidents du travail et maladies professionnelles, et M. Dominique Martin, directeur à la direction des risques professionnels de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ;

– M. Luc Allaire, directeur, M. Xavier Dupont, directeur ESMS, et Mme Emmanuelle Thomas, directrice adjointe de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ;

– M. Frédéric Van Roekeghem, directeur général, Mme Mathilde Lignot-Leloup, directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins, Mme Véronika Lévendof, conseiller auprès du directeur général, et M. Dominique Martin, directeur des risques professionnels de l'Union des caisses d'assurance maladie (UNCAM).