

N° 1462

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUATORZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 16 octobre 2013.

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 2014* (n° 1412),

PAR MME VALÉRIE RABAULT,

Députée.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	5
PREMIÈRE PARTIE : LES RECETTES ET L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL ...	7
I. UN DÉFICIT STABILISÉ EN 2013 POUR LES RÉGIMES OBLIGATOIRES	7
A. LE RÉGIME GÉNÉRAL	7
B. LES AUTRES RÉGIMES	10
C. LES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES	11
II. LA POURSUITE DU REDRESSEMENT DES COMPTES EN 2014, AVEC POUR LA PREMIÈRE FOIS DEPUIS 2008 UN OBJECTIF DE DÉFICIT INFÉRIEUR À 10 MILLIARDS D'EUROS	12
A. LES HYPOTHÈSES MACROÉCONOMIQUES	12
B. UN DÉFICIT MAÎTRISÉ EN 2014 GRÂCE À DE NOUVELLES RESSOURCES	13
1. L'évolution générale	13
2. Les mesures du projet de loi	14
a. Le schéma général	14
b. Les mesures de recettes.....	15
III. LA RÉPARTITION DES RESSOURCES ENTRE LES BRANCHES	17
A. LES RELATIONS FINANCIÈRES ENTRE L'ÉTAT ET LA SÉCURITÉ SOCIALE	17
B. LA NOUVELLE RÉPARTITION DES RESSOURCES ENTRE LES BRANCHES	19
IV. LA GESTION DE LA DETTE SOCIALE	23
A. LA GESTION DE LA TRÉSORERIE	23
B. L'AMORTISSEMENT DE LA DETTE SOCIALE	26
1. La gestion de la dette sociale par la CADES	26
2. La réorganisation de transferts de dettes existants.....	27

SECONDE PARTIE : LES DÉPENSES	29
I. LA BRANCHE MALADIE	30
A. L'ÉVOLUTION DE L'ONDAM ET DES COMPTES DE LA BRANCHE	36
1. La maîtrise de la progression de l'ONDAM	36
2. L'amélioration du déficit de l'assurance maladie	40
B. LES DÉPENSES DE SOINS DE VILLE	42
1. Une accélération des dépenses en 2013	42
2. Les mesures du projet de loi	44
C. LES DÉPENSES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	49
1. L'évolution des dépenses hospitalières	49
2. Les mesures du projet de loi	51
a. Le lancement d'une rénovation de la tarification hospitalière	51
b. Les mesures de simplification	54
D. LES DÉPENSES MÉDICO-SOCIALES	54
E. LA POLITIQUE DE PRÉVENTION	55
II. LA BRANCHE VIEILLESSE	56
A. LA RÉSORPTION DU DÉFICIT	56
B. LES MESURES DU PROJET DE LOI	57
III. LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES	58
IV. LA BRANCHE FAMILLE	59
A. LES DÉPENSES DE LA BRANCHE POUR 2014	59
B. LES MESURES DU PROJET DE LOI	59
V. LA GESTION DES RÉGIMES ET LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE	61
1. Les mesures d'amélioration de la gestion des régimes de sécurité sociale	61
2. Les mesures en matière de lutte contre la fraude	61
EXAMEN EN COMMISSION	63
ANNEXES	81
I. RÉPONSES AUX QUESTIONS DE LA RAPPORTEURE	81
II. LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES	103

INTRODUCTION

Avec ce projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2014, le Gouvernement réaffirme les priorités qu'il a annoncées dès sa prise de fonction : maintenir le haut niveau de protection sociale auquel les Français sont attachés, poursuivre la réduction du déficit, améliorer dans la justice notre système de santé.

Dès 2013, on note des premiers résultats : le déficit 2013 s'annonce en réduction, comme le laissent pressentir les premières données présentées à la Commission des comptes de la sécurité sociale, et ce grâce à la fois à des mesures sur les dépenses et sur les recettes ; le haut niveau de protection sociale sera renforcé entre autres grâce à la généralisation des complémentaires santé inscrite désormais dans la loi ; plusieurs dispositifs visant à améliorer notre système de santé sont soit étendus soit en phase de tests.

Sur l'ensemble de ces trois objectifs, le PLFSS 2014 propose des avancées importantes en 2014.

La réduction du déficit se poursuit de manière ambitieuse, puisqu'il est prévu de faire reculer le régime général sous la barre des 10 milliards d'euros, ce qui serait une première depuis 2008. En trois ans, le déficit serait ainsi réduit de 5,4 milliards d'euros. En 2014, la mise en œuvre de cette réduction repose sur deux piliers :

- de nouvelles recettes à hauteur de 4,2 milliards d'euros : 2 milliards d'euros versés par l'État et 2 milliards d'euros de nouvelles ressources propres ;
- une réduction tendancielle des dépenses à hauteur de 6 milliards d'euros. Cette réduction se fera en gardant comme fil conducteur l'amélioration de la qualité des soins.

Maintenir notre haut niveau de protection sociale s'appuie bien sûr sur le premier objectif. En effet, laisser se creuser le déficit fragiliserait inéluctablement à terme notre système de protection sociale. Au-delà de la réduction du déficit, le PLFSS 2014 porte plusieurs avancées : il propose ainsi une amélioration de la protection sociale des femmes affiliées au régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC) en cas d'arrêt maladie lié à la grossesse, afin de renforcer l'attractivité des professions libérales de santé ; il instaure le tiers payant pour les mineures de plus 15 ans sur les actes biologiques nécessaires à la délivrance de contraception ; il améliore les conditions d'accès à la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) ; il propose une majoration du complément familial, la prise en charge par l'État de l'exonération de la cotisation vieillesse-veuvage pour les apprentis, une exonération pour les chantiers d'insertion équivalente à celle dont bénéficient ces structures pour les contrats aidés.

Améliorer notre système de santé : c'est la condition de réussite des deux premiers piliers. Le vieillissement de la population française, certes nettement moindre que celui enregistré dans la plupart des pays européens, induit mécaniquement une hausse des dépenses de santé. Cette hausse ne pourra être maîtrisée que si nous parvenons à mieux nous soigner, entre autres grâce à une meilleure organisation. Le PLFSS 2014 propose plusieurs dispositifs allant dans ce sens.

Pour le médicament, la Rapporteuse pour avis aurait souhaité disposer d'une distribution plus fine de la réduction de 930 millions d'euros de dépenses, par exemple en fonction des indicateurs d'évaluation des médicaments, afin de faire en sorte de que la baisse porte moins sur les médicaments récents issus de l'innovation. Le PLFSS propose aussi d'expérimenter les médicaments vendus à l'unité afin d'adapter les quantités vendues aux réels besoins. Il propose également une inscription plus rapide aux différentes nomenclatures d'un nouvel acte innovant associé à des produits de santé.

L'hôpital fait également l'objet de plusieurs propositions. La Rapporteuse pour avis constate tout d'abord les limites de la tarification à l'activité qui repose sur deux paramètres – l'activité contrôlée directement par les établissements, et la tarification fixée par le ministère ; cette tarification à l'activité conduit à mettre sous tension des établissements qui dès lors disposent de moins de marge de manœuvre pour amorcer une amélioration de leur organisation. Cette tension s'accompagne dans de nombreux cas d'un recours excessif à l'intérim. Pour répondre à cette situation, le PLFSS 2014 propose plusieurs avancées : l'adaptation de la tarification à l'acte dans les zones sous-denses, la dégressivité des tarifs au-delà d'un certain seuil d'activité, le pilotage par les agences régionales de santé (ARS) des fonds d'intervention régionaux (FIR), désormais inclus dans le PLFSS. Au-delà de ces dispositions plus spécifiques à l'hôpital, le PLFSS propose des mesures pour renforcer le parcours de soins comme par exemple de nouveaux modes de rémunération des personnels médicaux visant à permettre de financer des équipes pluriprofessionnelles ou encore des actes de télémedecine.

PREMIÈRE PARTIE : LES RECETTES ET L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL

I. UN DÉFICIT STABILISÉ EN 2013 POUR LES RÉGIMES OBLIGATOIRES

Le tableau suivant présente l'évolution du solde des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale, branche par branche.

SOLDE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE

(en milliards d'euros)

	2012			2013		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	178,8	184,7	- 5,9	181,7	189,5	- 7,8
Vieillesse	203,4	209,5	- 6,1	211,9	216,2	- 4,3
Famille	54,1	56,6	- 2,5	55,2	58	- 2,8
Accidents du travail	13,1	13,7	- 0,6	13,2	12,9	0,3
Total	449,4	464,5	- 15,1	462	476,6	- 14,6
FSV	14,7	18,9	- 4,2	16,9	19,7	- 2,8

Source : PLFSS 2014.

Si le déficit global apparaît stabilisé, la situation est assez variable selon les branches : la tendance haussière ne s'inverse pas pour l'assurance maladie, dont le solde continue à se dégrader. En revanche, le solde des autres branches s'améliore de façon assez marquée, celui des accidents du travail devenant même légèrement positif. Si l'on distingue le régime général des autres régimes, on constate également des différences d'évolution assez nettes.

A. LE RÉGIME GÉNÉRAL

Le tableau ci-après présente l'évolution des ressources des différentes branches du régime général.

ÉVOLUTION DES RESSOURCES DES BRANCHES DU RÉGIME GÉNÉRAL

(en milliards d'euros)

		2011	2012	2013
Maladie	Recettes fiscales	16 244	18 241	18 651
	<i>en % du total</i>	17,1 %	18,4 %	18,3 %
	Cotisations	78 956	81 043	83 005
	<i>en % du total</i>	82,9 %	81,6 %	81,7 %
	Total	95 200	99 284	101 656
Accidents du travail	Recettes fiscales	174	187	34
	<i>en % du total</i>	1,5 %	1,6 %	0,3 %
	Cotisations	11 556	11 831	12 229
	<i>en % du total</i>	98,5 %	98,4 %	99,7 %
	Total	11 730	12 018	12 263
Vieillesse	Recettes fiscales	6 979	7 158	7 435
	<i>en % du total</i>	6,1 %	6,1 %	6,0 %
	Cotisations	106 652	110 401	116 702
	<i>en % du total</i>	93,9 %	93,9 %	94,0 %
	Total	113 631	117 559	124 137
Famille	Recettes fiscales	6 026	6 229	6 635
	<i>en % du total</i>	15,0 %	15,1 %	15,7 %
	Cotisations	34 067	35 103	35 723
	<i>en % du total</i>	85,0 %	84,9 %	84,3 %
	Total	40 093	41 332	42 358

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale – septembre 2013.

Si l'importance respective des ressources semble globalement stable, il apparaît néanmoins que la part des recettes fiscales est en constante baisse pour la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) et la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF). En volume, cela représente une hausse de la fiscalité affectée à la CNAM de près de 2,5 milliards d'euros en trois ans.

En termes de dépenses, le tableau ci-après présente l'évolution des prestations légales versées par les différentes branches depuis 2011.

ÉVOLUTION DES PRESTATIONS LÉGALES VERSÉES PAR LE RÉGIME GÉNÉRAL

(en milliards d'euros)

	2011	2012	2013
CNAM	169,4	173,5	178,0
CNAM-AT	9,6	9,8	9,8
CNAV	197,9	205,0	211,8
CNAF	32,9	33,9	34,5

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale – septembre 2013.

Si la tendance haussière demeure pour l'ensemble des branches, le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale le mois dernier constate que cette année encore, les dépenses d'assurance maladie restent en deçà des prévisions, avec une moindre dépense de l'ordre de 1 milliard d'euros. L'effet est particulièrement marquant pour les soins de ville, qui ne progressent que de 1,7 %. Finalement, sur la période 2010-2013, la progression des dépenses d'assurance maladie s'établit à 2,6 % alors qu'elle était de 3,5 % entre 2006 et 2009. Par ailleurs, la commission attire l'attention sur l'évolution du rendement de la CSG : en 2013, l'agrégat composé des ressources fiscales n'a augmenté que de 1,9 % alors que sa croissance atteignait 2,2 % en 2012. Cette tendance est à surveiller, car elle montre un décrochage entre le rythme de progression de la CSG et celui de la masse salariale du secteur privé.

De façon consolidée et malgré l'évaluation contradictoire des recettes et des dépenses, le déficit global reste stable en 2013, comme le montre le tableau ci-après.

ÉVOLUTION DES COMPTES DES BRANCHES DU RÉGIME GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

(en milliards d'euros)

		2011	2012	Évolution	2013	Évolution
Maladie	Charges nettes	156,6	160,8	2,6 %	165,2	2,8 %
	Produits nets	148,0	154,9	4,6 %	157,5	1,7 %
	Solde	-8,6	-5,9	-31,9 %	-7,7	31,8 %
Accidents du travail	Charges nettes	11,6	11,7	1,2 %	11,5	-1,9 %
	Produits nets	11,3	11,5	1,6 %	11,8	2,1 %
	Solde	-0,2	-0,2	-21,3 %	0,3	-266,7 %
Vieillesse	Charges nettes	106,5	110,2	3,5 %	114,6	4,0 %
	Produits nets	100,5	105,4	4,9 %	111,3	5,6 %
	Solde	-6,0	-4,8	-20,5 %	-3,3	-31,3 %
Famille	Charges nettes	54,5	56,3	3,2 %	57,6	2,4 %
	Produits nets	51,9	53,8	3,5 %	54,8	2,0 %
	Solde	-2,6	-2,5	-3,4 %	-2,8	10,8 %
Total	Charges nettes	329,2	338,9	3,0 %	348,8	2,9 %
	Produits nets	311,8	325,6	4,4 %	335,3	3,0 %
	Solde	-17,4	-13,3	-23,6 %	-13,5	1,3 %

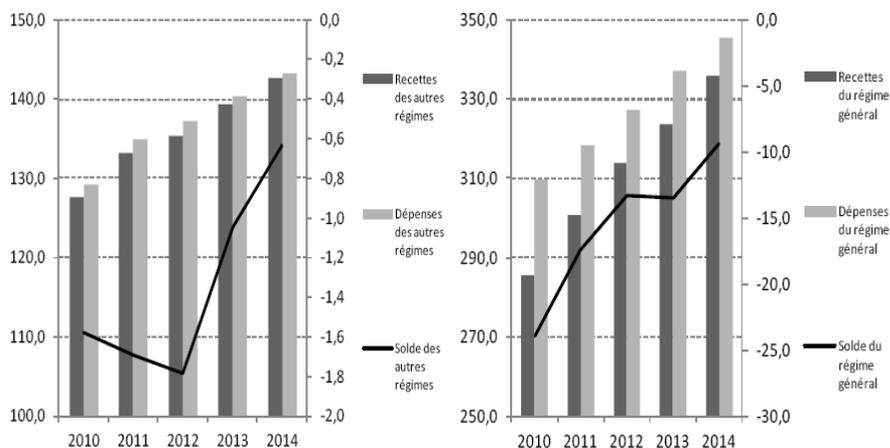
Source : Commission des comptes de la sécurité sociale – septembre 2013.

Pour ce qui concerne la branche vieillesse, la Commission des comptes estime que la réduction du déficit constatée en 2012 et 2013 grâce à des ressources nouvelles ne se poursuivrait pas en 2014 sans mesure nouvelle. Elle considère également que la branche famille pourrait être affectée par une croissance économique ralentie, se traduisant par une dégradation de son solde de l'ordre de 300 millions d'euros en 2013.

Globalement, la situation apparaît stable mais avec des écarts selon les branches. Il ne faudrait pas que les modifications de répartition des ressources opérées chaque année aboutissent à déplacer les déficits d'une branche à l'autre.

B. LES AUTRES RÉGIMES

Le graphique ci-après présente l'évolution des charges et produits du régime général et des autres régimes.



Source : Commission des comptes de la sécurité sociale – septembre 2013

Si le solde des autres régimes obligatoires est encore négatif, leur situation s'est nettement améliorée depuis 2012. En 2013, leur solde devrait être négatif d'environ 1 milliard d'euros et la Commission des comptes prévoit qu'il se résorbe encore de 400 millions d'euros en 2014 pour s'établir à 0,6 milliard d'euros. La comparaison avec l'évolution du solde du régime général montre que la tendance est beaucoup plus favorable pour les autres régimes, notamment entre 2012 et 2013.

Il convient néanmoins de souligner que l'équilibre de certains régimes n'est pas toujours réel : le régime des pensions de la fonction publique est ainsi équilibré par des cotisations de l'État⁽¹⁾. L'État versant directement les pensions

(1) Les cotisations de l'État sont réputées versées quand bien même il n'y a pas de mouvement comptable vers la branche vieillesse puisque l'État verse lui-même les pensions de ses agents.

de ses agents, c'est sur sa trésorerie, et non sur celle de la sécurité sociale, que pèse le déficit de cette branche. Si l'équilibre est donc comptablement atteint, il cache une progression constante des dépenses et donc des besoins de financement. En 2012, les dépenses pour l'ensemble des risques ont ainsi progressé de 3,7 % pour les fonctionnaires civils et les militaires ; en 2013, la Commission des comptes estime la hausse à 2,7 % soit près de 1,5 milliard d'euros de dépenses supplémentaires.

C. LES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES

• Le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) participent directement aux dépenses de sécurité sociale en assurant, d'une part, le financement d'avantages vieillesse non contributifs relevant de la solidarité nationale et, d'autre part, la prise en charge de la perte d'autonomie et d'une partie des dépenses de soins délivrés aux personnes âgées et aux personnes handicapées. Le tableau suivant présente l'évolution de leurs comptes depuis 2011.

ÉVOLUTION DES COMPTES DU FSV ET DE LA CNSA

(en millions d'euros)

		2011	2012	2013
FSV	Charges	17 496,3	18 851,1	19 659,8
	Produits	14 046,7	14 713,4	16 918,8
	Résultat	- 3 449,6	- 4 137,7	- 2 741,0
CNSA	Charges	19 176,7	20 157,4	20 946,4
	Produits	19 396,6	20 132,9	20 853,6
	Résultat	219,9	- 24,5	- 92,8

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale – septembre 2013

Le creusement du déficit du FSV en 2012 est principalement lié à la dégradation de la conjoncture et à la hausse du chômage : dans pareil contexte, le FSV est en effet amené à prendre en charge plus de cotisations. Or, dans le même temps, le fonds a bénéficié d'une moindre ressource au titre de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S). En 2013, la situation du fonds s'est améliorée mais reste encore nettement déficitaire. La Rapporteuse pour avis considère qu'il convient d'inverser cette tendance ou du moins stabiliser le déficit. Les nouvelles modalités de répartition des recettes de la sécurité sociale prévues par la loi de réforme des retraites et le présent projet de loi sont l'occasion de revoir le panier de recettes du FSV.

Pour ce qui concerne la CNSA, le déficit apparaît mesuré. Pour autant, il doit être regardé avec beaucoup d'attention car l'objectif global des dépenses n'a pas été atteint. En effet, les dépenses du secteur des personnes âgées ont été inférieures de 189 millions d'euros aux prévisions tandis que celles pour les personnes handicapées dépassaient les estimations de 16 millions d'euros, soit une sous-consommation globale de 173 millions d'euros. Malgré cette sous-consommation, la caisse est déficitaire, ce qui pose la question de

l'adéquation entre ses recettes et ses dépenses. La Commission des comptes note toutefois que le déficit prévisionnel pour 2013 est comptable avant d'être budgétaire : en effet, la CNSA doit bénéficier de la nouvelle contribution additionnelle de solidarité assise sur les revenus de remplacement. Néanmoins, la loi de financement pour 2013 a prévu que cette recette est temporairement transférée au FSV *via* une minoration de 0,036 point de la fraction de CSG dont bénéficie la caisse.

- Créé en 1999, le Fonds de réserve pour les retraites (FRR) gère les réserves financières destinées à soutenir les régimes de retraite à l'horizon 2020. Depuis 2002, l'établissement est juridiquement et financièrement indépendant du FSV. La loi de financement pour 2011 a prévu par ailleurs un versement annuel du fonds à la CADES (*cf. infra*). Depuis 2005, le fonds a également la mission de gérer, pour le compte de la CNAV, 40 % de la soulte versée par la Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG) au régime général en contrepartie de son adossement. Au 31 décembre 2012, la valeur des actifs du FRR était de 36,6 milliards d'euros, soit 1,5 milliard de plus qu'en 2011 et ce y compris le versement annuel à la CADES. En 2012, le FRR a dégagé un résultat financier en hausse, avec une performance globale de l'ordre de 10,5 %.

Pour 2013, les résultats sont moins positifs, les actifs de couverture (actifs obligataires et de trésorerie) voyant leur performance devenir négative à -0,5 %. Les actifs de performance (actions, matières premières, immobilier, dette des pays émergents) enregistrent quant à eux une performance de 5,9 % alors qu'elle avait pu atteindre 12,7 % en 2012. Au total, la performance annuelle des placements devrait donc atteindre 2 % en 2013, avec un actif de l'ordre de 35,3 milliards d'euros.

II. LA POURSUITE DU REDRESSEMENT DES COMPTES EN 2014, AVEC POUR LA PREMIÈRE FOIS DEPUIS 2008 UN OBJECTIF DE DÉFICIT INFÉRIEUR À 10 MILLIARDS D'EUROS

A. LES HYPOTHÈSES MACROÉCONOMIQUES

Les ressources de la sécurité sociale sont assez fortement liées à l'évolution de l'environnement économique, 1 point de variation de la masse salariale ayant un impact sur le solde du régime général de l'ordre de 2 milliards d'euros.

Le rapport de septembre 2013 à la Commission des comptes de la sécurité sociale souligne le ralentissement de la croissance des ressources sociales en 2012 et 2013, alors que dans le même temps, les dépenses augmentent à un rythme proche de 3 % par an. Au vu de ce constat, le projet de loi de financement retient une hypothèse de croissance des produits mesurée à 2,2 %, soit 0,8 % de moins que pour l'année 2013. Cette option apparaît tout à fait raisonnable, l'INSEE et l'ACOSS constatant une remontée du taux de croissance annuel du PIB à compter de 2012. À partir de 2013, cette même hausse est prévue pour la masse salariale, l'effet sur l'emploi étant mécaniquement décalé dans le temps.

Le tableau ci-après présente les hypothèses macroéconomiques sur la base desquelles le PLFSS a été construit.

PRINCIPALES HYPOTHÈSES MACROÉCONOMIQUES

	2011	2012	2013 (p)	2014 (p)
Produit intérieur brut (PIB)				
PIB en volume	2,0 %	0,0 %	0,1 %	0,9 %
PIB en valeur	3,1 %	1,5 %	1,8 %	2,3 %
Masse salariale				
Secteur privé champ URSSAF	3,6 %	2,2 %	1,3 %	2,2 %
<i>Dont emploi</i>	<i>1,0 %</i>	<i>0,0 %</i>	<i>- 0,6 %</i>	<i>0,1 %</i>
<i>Salaire moyen</i>	<i>2,6 %</i>	<i>2,2 %</i>	<i>1,9 %</i>	<i>2,1 %</i>
<i>Dont masse salariale plafonnée</i>	<i>3,3 %</i>	<i>2,6 %</i>	<i>1,2 %</i>	<i>1,8 %</i>
Plafond de la sécurité sociale				
Montant annuel en euros	35 352	36 372	37 032	37 548
<i>Variation en %</i>	<i>2,1 %</i>	<i>2,9 %</i>	<i>1,8 %</i>	<i>1,4 %</i>
Hausse des prix et taux de revalorisation				
Prix hors tabac	2,1 %	1,9 %	0,8 %	1,3 %
Revalorisation de la BMAF au 1^{er} avril	1,5 %	1,0 %	1,2 %	0,9 %
<i>Effet en moyenne annuelle</i>	<i>1,5 %</i>	<i>0,7 %</i>	<i>1,2 %</i>	<i>1,0 %</i>
Revalorisation des pensions au 1^{er} avril	2,1 %	2,1 %	1,3 %	0,9 %
<i>Effet en moyenne annuelle</i>	<i>1,8 %</i>	<i>2,1 %</i>	<i>1,5 %</i>	<i>1,0 %</i>

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale – septembre 2013.

(p) : prévisions

B. UN DÉFICIT MAÎTRISÉ EN 2014 GRÂCE À DE NOUVELLES RESSOURCES

1. L'évolution générale

Le tableau suivant présente l'évolution prévue en 2014 pour les différentes branches.

SOLDE PRÉVISIONNEL DES DIFFÉRENTES BRANCHES EN 2014

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	188	194,1	- 6,1
<i>dont régime général</i>	<i>163,7</i>	<i>169,9</i>	<i>- 6,2</i>
Vieillesse	219,5	221	- 1,5
<i>dont régime général</i>	<i>116</i>	<i>117,2</i>	<i>- 1,2</i>
Famille	56,9	59,2	- 2,3
<i>dont régime général</i>	<i>56,9</i>	<i>59,2</i>	<i>- 2,3</i>
Accidents du travail	13,5	13,3	0,2
<i>dont régime général</i>	<i>12,1</i>	<i>12</i>	<i>0,1</i>
Total	477,9	487,6	- 9,7
<i>dont régime général</i>	<i>348,7</i>	<i>358,3</i>	<i>- 9,6</i>
FSV	17,2	20,4	- 3,2

Source : PLFSS 2014.

L'amélioration du solde de l'ordre de près de 5 milliards d'euros est possible grâce à un effet combiné de hausse des recettes et de stabilisation des dépenses. Hors les mesures du PLFSS pour 2014, le déficit serait de 17,8 milliards d'euros, essentiellement en raison d'une dégradation de plus de 3 milliards d'euros du solde de l'assurance maladie.

Par ailleurs, la trajectoire proposée par le PLFSS 2014 devrait permettre de ramener le déficit à 2,1 milliards d'euros en 2017, comme le montre le tableau suivant.

TRAJECTOIRE PLURIANNUELLE DU SOLDE DES BRANCHES DU RÉGIME GÉNÉRAL

(en milliards d'euros)

	2013	2014	2015	2016	2017
Maladie	- 7,7	- 6,2	- 5,4	- 4,0	- 2,6
AT/MP	+ 0,3	+ 0,1	+ 0,4	+ 0,6	+ 0,9
Vieillesse	- 3,3	- 1,2	- 0,6	0,0	0,6
Famille	- 2,8	- 2,3	- 1,9	- 1,6	- 1,0
<i>Régime général</i>	- 13,5	- 9,6	- 7,6	- 4,9	- 2,1
FSV	- 2,7	- 3,2	- 3,0	- 2,6	- 1,9
Total	- 16,2	- 12,8	- 10,6	- 7,5	- 4,0

Source : dossier de presse – PLFSS 2014.

L'effort prévu par le présent projet de loi porte au total sur 8,5 milliards d'euros dont 4 milliards de moindres dépenses pour ce qui concerne le champ du PLFSS (cf. *infra*). Les économies atteignent 6 milliards d'euros si l'on intègre l'impact de la réforme des retraites. En matière de recettes, l'État va verser 2 milliards d'euros supplémentaires à la sécurité sociale (cf. *infra*). Pour ce qui concerne les ressources propres de la sécurité sociale, elles devraient progresser de 2 milliards d'euros. La réforme des retraites va dégager environ 1,7 milliard d'euros pour le régime général grâce à la hausse de 0,15 point des cotisations patronales et salariales en 2014.

2. Les mesures du projet de loi

a. Le schéma général

En 2014, l'ensemble des régimes obligatoires de sécurité sociale va bénéficier de 4,2 milliards d'euros supplémentaires nets. Ils se décomposent en 2 milliards d'euros versés par l'État à la sécurité sociale (cf. *infra*) et 2,2 milliards d'euros de hausse des ressources propres. Pour ces dernières, 1,7 milliard d'euros sont liés à la hausse des cotisations prévue par la réforme des retraites, et 450 millions à la réforme des niches en matière de prélèvements sociaux.

b. Les mesures de recettes

● Par ailleurs l'**article 8** du PLFSS prévoit une mesure ciblée de réduction de niche sur les prélèvements sociaux. Aujourd'hui, les revenus de placement sont soumis à cinq prélèvements sociaux cumulatifs qui pèsent sur la même assiette :

- la contribution sociale généralisée (CSG) ;
- la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) ;
- le prélèvement social ;
- le prélèvement de solidarité ;
- la contribution additionnelle, dite « solidarité-autonomie ».

En revanche, les produits de placement sont soumis à des modalités d'imposition, soit par l'application du taux en vigueur au moment du débouclage de l'opération, soit par l'application de prélèvements sociaux au fil de l'eau ou au dénouement mais selon des modalités de calcul rétroactif des taux successifs. Les produits concernés sont, pour l'essentiel, ceux des plans d'épargne en actions (PEA), des contrats d'assurance-vie multi-supports ou mono-support investis en unités de compte, des plans d'épargne-logement (PEL) ouverts avant le 1^{er} mars 2011 lors de leur dénouement ou à leur dixième anniversaire et de l'épargne salariale.

Pour ces produits, lors de la création d'un nouveau taux ou à chaque augmentation du taux des prélèvements existants, il est prévu que le nouveau prélèvement ou le nouveau taux n'est applicable qu'au titre de la part de ces produits supposée « acquise ou constatée » à compter de la nouvelle loi. Ainsi, bien que les règles d'assiette soient les mêmes pour tous les prélèvements, la profondeur historique de l'assiette propre à chaque prélèvement ou contribution est liée à son entrée en vigueur et/ou aux hausses successives de taux. Avec ce mécanisme, il existe en pratique une assiette spécifique pour chaque produit.

L'article 8 met fin à ce système et aligne, pour l'ensemble des produits de placement, l'assiette des prélèvements sur celle de la CSG. Le taux applicable sera par ailleurs celui en vigueur à la date du fait générateur. Ainsi le taux de 15,5 % sera appliqué à l'ensemble des gains constitués depuis 1997, c'est-à-dire l'année de l'assujettissement des produits de placement à la CSG.

Cette mesure devrait générer des recettes de l'ordre de 450 millions d'euros pour les organismes affectataires de la sécurité sociale et de 150 millions d'euros pour les fonds gérés par l'État – Fonds national des solidarités actives (FNSA), Fonds national d'aide au logement (FNAL) et Fonds de solidarité (FS) – soit un total de 600 millions d'euros.

La Rapporteuse pour avis regrette que cette mesure soit appliquée uniformément à tous les types de produits alors même que certains d'entre eux constituent la base d'une épargne pour les ménages les moins aisés. Afin de

pouvoir affiner l'analyse, elle a demandé, suite aux auditions qu'elle a menées, la répartition de cette recette par type de produit (CEL, PEL, PEA, assurance-vie) mais n'a obtenu aucune donnée du ministère.

- Dans le champ du régime agricole, une mesure limitant l'optimisation *via* les revenus distribués par les exploitations sous forme sociétaire à la famille de l'exploitant permettra de financer en 2014 les mesures prises en faveur des retraites agricoles. Actuellement, en fonction de sa structure juridique, une exploitation agricole peut être soumise soit à l'impôt sur le revenu soit à l'impôt sur les sociétés. Or, l'assiette des cotisations varie selon le régime d'imposition. La loi de financement pour 2013 a intégré dans l'assiette des cotisations sociales des non-salariés non agricoles, la fraction des revenus de capitaux mobiliers qui excède 10 % du capital social, perçus par le non-salarié non agricole, son conjoint, son partenaire de pacte civil de solidarité ou ses enfants mineurs non émancipés. Dans la continuité de ce dispositif, **l'article 9** du PLFSS pour 2014 procède à la même modification pour les non-salariés agricoles. Les revenus perçus par le conjoint, le partenaire de Pacs ou les enfants mineurs, dès lors que ceux-ci ont le statut d'associé non participant aux travaux quel que soit le régime d'imposition de la société, seront désormais intégrés à l'assiette des cotisations sociales. À l'instar du dispositif mis en place pour les travailleurs indépendants à effet au 1^{er} janvier 2013, seule la part supérieure à 10 % du capital social sera prise en compte dans l'assiette sociale.

Par ailleurs, dans un souci de cohérence du dispositif et d'harmonisation avec la législation applicable aux non-salariés non agricoles, le traitement des revenus des non-salariés agricoles issus des sociétés à l'impôt sur les sociétés doit être revu. L'article 9 intègre dans l'assiette de leurs cotisations sociales la part des revenus de capitaux mobiliers perçus par le non-salarié agricole, son conjoint, son partenaire de Pacs ou ses enfants mineurs non émancipés ainsi que les bénéficiaires agricoles, les bénéficiaires industriels et commerciaux et les bénéficiaires non commerciaux perçus par son conjoint, son partenaire de Pacs ou ses enfants mineurs non émancipés en leur qualité d'associé non participant aux travaux de la société.

Le rendement brut de la mesure est estimé à 251 millions d'euros en 2014. Ces ressources seront affectées au financement des engagements de campagne du Président de la République en faveur des retraités non-salariés agricoles. Les mesures d'amélioration des retraites agricoles seront quant à elles financées par une mobilisation des réserves de gestion de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) et par un relèvement du taux de la cotisation au régime complémentaire obligatoire (RCO) à compter de 2015.

- **L'article 10** tire les conséquences de la réforme des retraites, qui prévoit un relèvement général des cotisations dé plafonnées à partir de 2014. Il est nécessaire de créer une cotisation vieillesse dé plafonnée chez les travailleurs indépendants affiliés au Régime social des indépendants (RSI) pour que l'effort demandé à l'ensemble des actifs pour la sauvegarde des régimes de retraite soit identique.

Le RSI a évalué à 7,5 millions d'euros le rendement de 0,1 point de cotisation au-delà du plafond pour les artisans et les commerçants, soit 45 millions d'euros annuels en fin de montée en charge. En 2014, le gain pour le régime devrait atteindre 22,5 millions d'euros.

• **L'article 12** met en œuvre une recommandation du Conseil stratégique des industries de santé (CSIS) en fusionnant la contribution sur le chiffre d'affaires et la taxe sur la première vente des médicaments. La mesure consiste à supprimer la taxe sur la première vente de médicaments dont le rendement attendu pour 2014 était de 43 millions d'euros. Afin de garantir la neutralité de la mesure pour les exploitants, conformément à l'engagement pris lors des travaux du CSIS, l'évolution du taux de la taxe sur le chiffre d'affaires destinée à compenser la suppression de la taxe première vente a été déterminée en tenant compte de l'impact en matière d'impôt sur les sociétés pour les exploitants. Le taux de 0,2 % ainsi déterminé conduit à prévoir une perte de recettes de 10 millions d'euros en 2014.

III. LA RÉPARTITION DES RESSOURCES ENTRE LES BRANCHES

A. LES RELATIONS FINANCIÈRES ENTRE L'ÉTAT ET LA SÉCURITÉ SOCIALE

En application de l'article 53 de la loi de finances initiale pour 2013⁽¹⁾, seule la TVA est désormais partagée entre l'État et la sécurité sociale. Cette rationalisation a amélioré la lisibilité du système, qui pâtissait antérieurement d'une multitude de taxes partagées. Il était en effet particulièrement difficile de vérifier que d'éventuels transferts étaient dûment compensés. Par ailleurs, les taxes n'avaient pas la même dynamique, ce qui nécessitait de constants ajustements de taux ou d'assiette pour maintenir le volume des flux financiers. Le versement, s'il s'opère sur la même taxe, passe néanmoins par deux taux distincts :

– 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⁽²⁾;

– une part de 5,88 % de TVA nette au titre de la refonte des versements de l'État à la sécurité sociale.

Cette logique demeure valable en 2013. L'article 39 du PLF pour 2014 procède ainsi à plusieurs modifications destinées à couvrir les dépenses ou pertes de recettes générées par la révision du quotient familial et la suppression de l'avantage fiscal dont bénéficient les salariés sur la cotisation versée par leurs employeurs au titre des contrats collectifs de santé. L'exposé des motifs précise également que le budget général assure la compensation de la baisse des cotisations des entreprises à la branche famille. Dans le cadre de la réforme des

(1) Loi n° 2012-1509 du 29 décembre 2012 de finances pour 2013.

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

retraites, le Gouvernement a en effet indiqué que la hausse des cotisations vieillesse sera compensée par une baisse équivalente des cotisations famille de façon à ne pas augmenter le coût du travail. Le besoin de financement atteint donc un total de plus de 3 milliards d'euros, chacune de ces mesures ayant un coût équivalent.

L'article 39 du PLF pour 2014 précise tout d'abord que les parts de TVA transférées à la sécurité sociale sont désormais des fractions brutes et non plus des parts nettes. Il ne s'agit néanmoins que d'une précision et non d'un changement d'assiette, la notion de TVA nette étant apparue juridiquement trop imprécise lors de la mise en œuvre comptable de la mesure. Il relève ensuite les deux taux existants, qui passent respectivement de 5,88 % à 7,87 % pour la compensation générale et de 0,33 % à 0,34 % pour la compensation au titre des heures supplémentaires.

De ce fait, la sécurité sociale bénéficie d'environ 3 milliards d'euros supplémentaires, ce qui couvre *a priori* les besoins des mesures précitées. La CNAM bénéficiera ainsi dès 2014 du produit de la réforme des complémentaires santé, qui soumet à l'impôt sur le revenu le complément de rémunération constitué par la prise en charge par l'employeur d'une partie des cotisations aux régimes santé d'entreprise. Le produit de cette mesure, transféré dès 2014 à la sécurité sociale, est de 960 millions d'euros. De plus, le budget général de l'État financera la compensation de la perte de recettes pour la branche famille, elle-même consécutive à la compensation de la hausse des cotisations vieillesse patronales par la baisse des cotisations famille patronales. Selon les informations transmises à la Rapporteur pour avis, le versement du produit de la fiscalisation des majorations de pension viendra ensuite, en 2015, en complément des ressources prévues en 2014.

La Rapporteur pour avis considère que cette compensation n'apparaît pas nécessaire. Elle observe tout d'abord, comme l'indique le rapport Moreau remis au Premier ministre le 14 juin 2013 ⁽¹⁾, la « *stabilité remarquable* » des cotisations vieillesse patronales depuis 1980. Cette stabilité ne vaut en revanche pas pour les taux de cotisation retraite salariale, qui ont augmenté depuis trente ans : de 4,7 % en 1980 à 7,6 % en 1990 et 6,65 % aujourd'hui. Ensuite, elle note que la négociation sur les retraites a reposé sur l'engagement d'un effort partagé entre ménages, retraités et entreprises, ces dernières bénéficiant déjà, *via* le crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE), d'un effort important de la Nation. Enfin, elle indique que dans d'autres pays, confrontés également à une augmentation des besoins de financement des retraites du fait du vieillissement de la population, les entreprises ont été mises à contribution. C'est ainsi par exemple que, à titre de comparaison, les cotisations patronales de retraite payées par les entreprises américaines ont augmenté de 13 milliards de dollars entre 2007 et 2011. Il est toutefois impossible au Parlement de revenir sur cette baisse puisqu'elle intervient par décret.

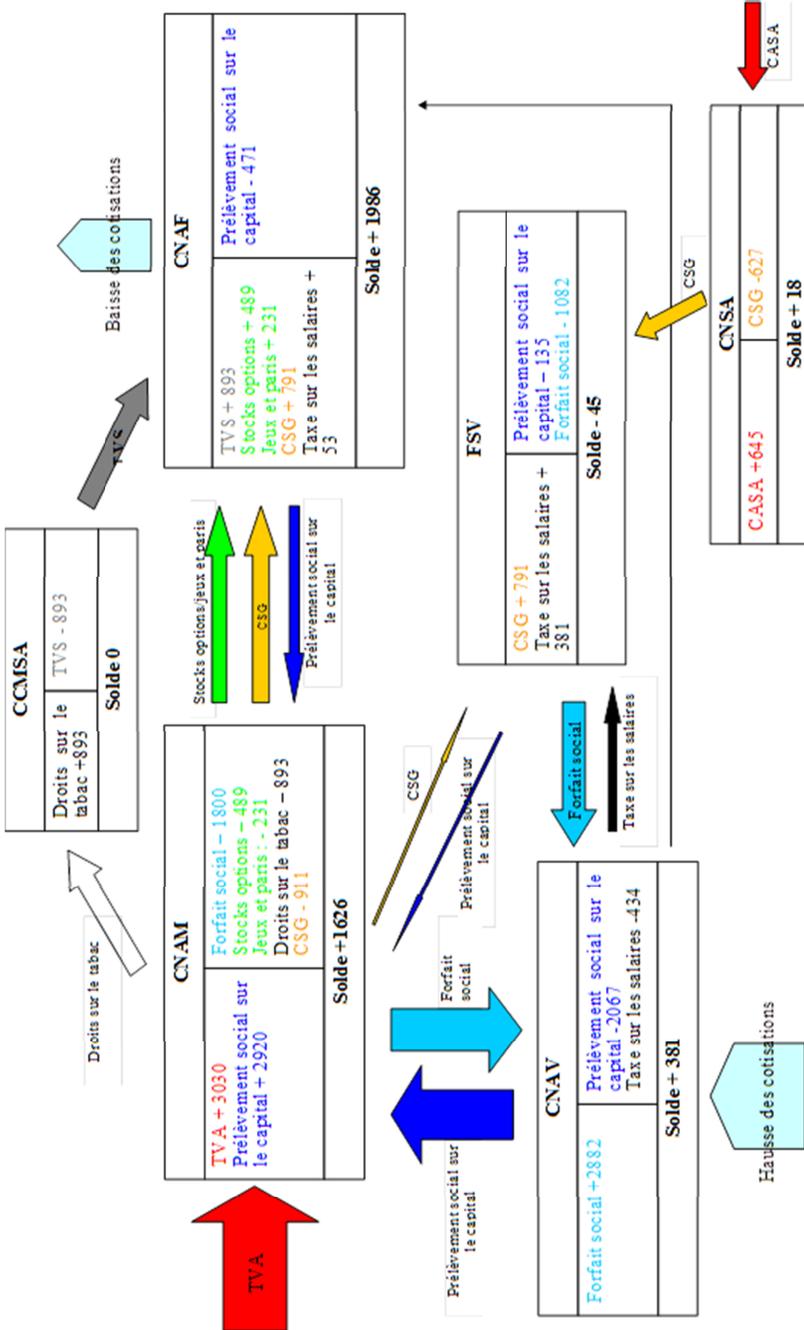
(1) Rapport au Premier ministre, Nos retraites demain : équilibre financier et justice, juin 2013.

B. LA NOUVELLE RÉPARTITION DES RESSOURCES ENTRE LES BRANCHES

L'article 15 du PLFSS modifie assez substantiellement la répartition des ressources entre les différentes branches. La TVA étant en effet affectée par principe à l'assurance maladie, il convient ensuite soit que l'assurance maladie redistribue cette somme, soit que les affectations actuelles des ressources soient revues pour tirer les conséquences de la hausse de la ressource TVA.

Le schéma suivant présente les effets en volume de ces modifications. Si, les différents organismes semblent finalement bénéficier du dispositif et que les besoins sont couverts, il n'en reste pas moins qu'un effort de simplification serait souhaitable pour améliorer la lisibilité du dispositif. En l'état, la Rapporteuse pour avis considère que certaines opérations peuvent être améliorées, comme par exemple les flux contradictoires entre le FSV et la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV).

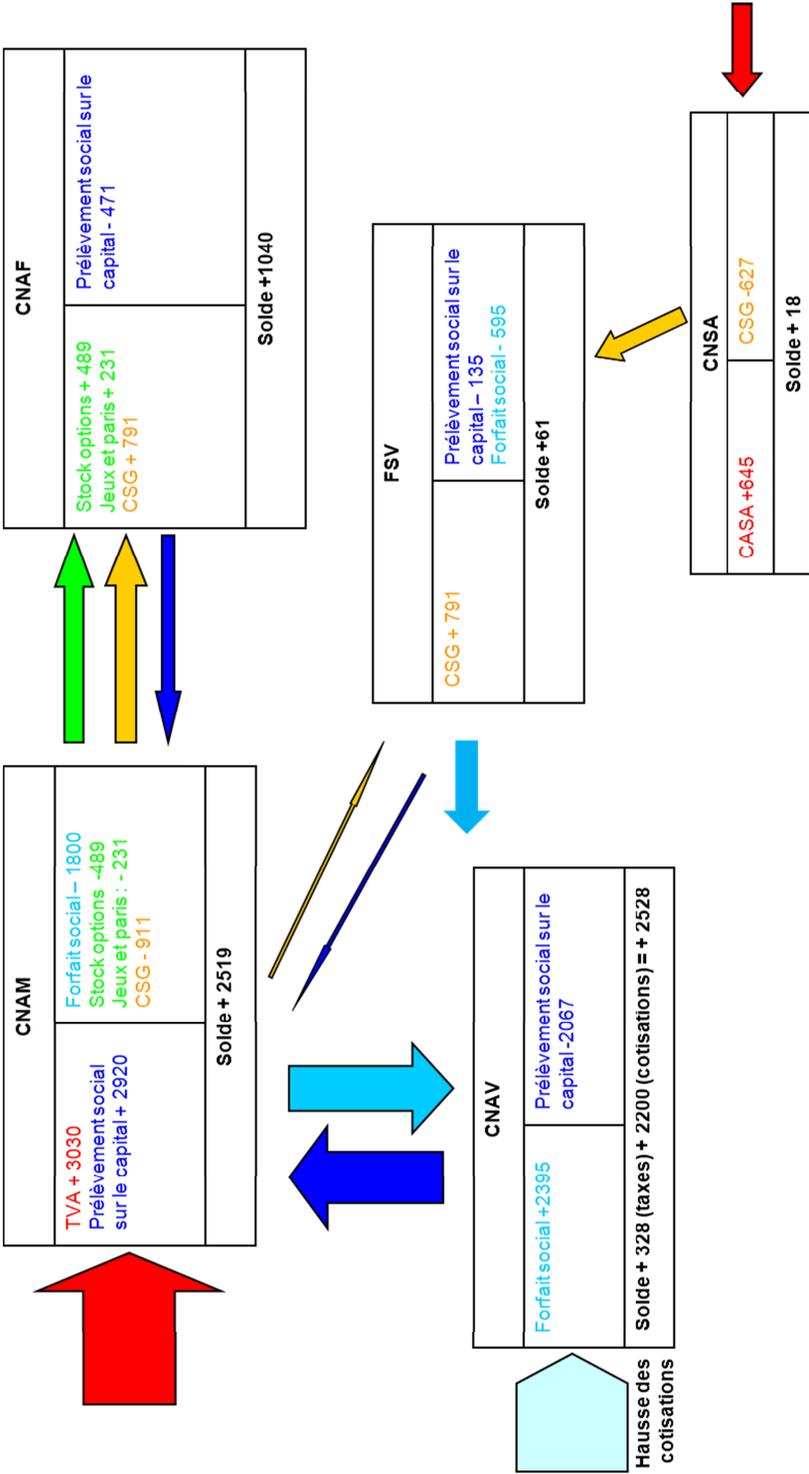
RÉPARTITION DES RESSOURCES PRÉVUE PAR L'ARTICLE 15 DU PLESS POUR 2014



Plus généralement, une réflexion doit être engagée sur le lien existant entre les missions de chaque organisme et la nature des ressources qui lui sont affectées. Ainsi paraît-il légitime que les dépenses d'assurance maladie soient pour partie financées par les droits sur le tabac, le tabac étant une cause majeure de maladie. La CSG étant quant à elle une ressource à vocation universelle, elle était initialement destinée à la branche famille, qui a la vocation la plus large. Le schéma initial, pour perfectible qu'il soit, s'est peu à peu complexifié, rendant le contrôle et le suivi particulièrement difficile. **La Rapporteuse pour avis en veut pour preuve qu'elle n'a pu obtenir aucune contre-expertise aux données fournies par le ministère**, les règles de calcul étant particulièrement compliquées, tout comme les clés de répartition. Par ailleurs une telle organisation induit nécessairement des coûts de gestion qui n'apparaissent nullement justifiés.

Il serait donc pertinent de modifier la répartition prévue à l'article 15 afin d'aboutir à au schéma ci-après, certes encore perfectible, mais déjà plus lisible.

RÉPARTITION SIMPLIFIÉE



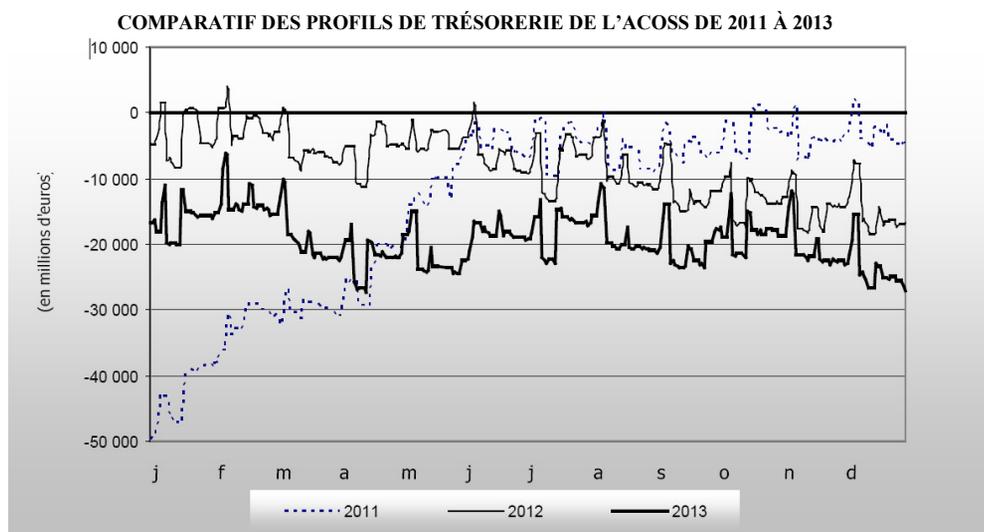
IV. LA GESTION DE LA DETTE SOCIALE

À l’instar de la dette de l’État, la dette sociale se caractérise depuis plusieurs années par sa gestion active et par un recours accru aux marchés. Contrairement à l’État, il convient en revanche de distinguer la couverture des besoins de court terme, c’est-à-dire la gestion de la trésorerie et du déficit annuel, de la prise en charge à long terme de la dette, qui fait l’objet d’un amortissement réel.

La Rapporteuse pour avis observe également que la France est le seul pays à amortir sa dette sociale, les autres pays l’incluant dans leur dette globale, qui fait l’objet d’un refinancement en continu.

A. LA GESTION DE LA TRÉSORERIE

Au 31 décembre 2013, le solde des comptes de l’Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) devrait s’établir à – 27 milliards d’euros, soit une aggravation du déficit de l’ordre de 10 milliards d’euros par rapport à 2012. Cet accroissement est la traduction directe du déficit structurel de l’assurance maladie et de l’absence de reprise mécanique d’une fraction importante de la dette par la Caisse d’amortissement de la dette sociale (CADES). Si l’ACOSS a bien vocation à gérer la trésorerie de la sécurité sociale, il convient de rappeler qu’elle n’est pas en charge de la gestion de sa dette⁽¹⁾. Le graphique suivant présente le profil de trésorerie de l’agence au cours des dernières années.



Source : ACOSS.

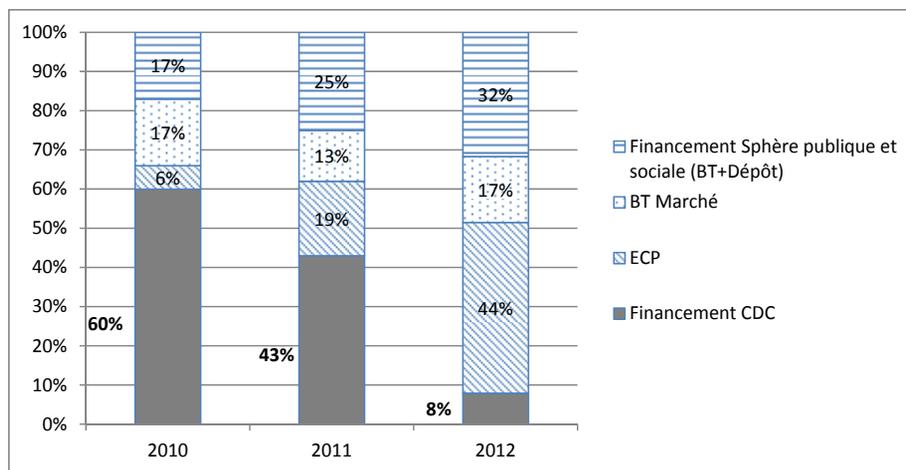
(1) L’article L. 225-1 du code de la sécurité sociale dispose en effet qu’elle est chargée « d’assurer la gestion commune de la trésorerie des différentes branches gérées par la Caisse nationale des allocations familiales, par la Caisse nationale de l’assurance maladie et par la Caisse nationale d’assurance vieillesse des travailleurs salariés, dans les conditions fixées par décret pris sur le rapport des ministres intéressés ».

La loi de financement de 2013 a fixé le plafond de déficit de l'agence à 29,5 milliards d'euros. Sans reprise de dette, **l'article 26** du projet de loi de financement pour 2014 relève ce plafond à 34,5 milliards d'euros, soit 7 milliards de plus. Dans le même temps, **l'article 25** reconduit pour les années 2014 à 2017 la possibilité pour la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines de bénéficier d'une avance de trésorerie auprès de l'ACOSS dans la limite d'un plafond annuel de 250 millions d'euros.

En revanche, le texte ne prévoit pas que l'ACOSS reprenne la trésorerie de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA). Un tel changement aurait nécessité un relèvement supplémentaire du plafond d'emprunt de 4,2 milliards d'euros. Pour autant, compte tenu des conditions dans lesquelles la CCMSA se refinance actuellement, ce transfert aurait été porteur d'économies toutes choses étant égales par ailleurs. La Rapporteuse pour avis considère néanmoins qu'une réflexion sur la gestion de la trésorerie de l'ensemble des régimes et organismes sociaux pourrait être engagée afin d'optimiser les ressources et de mieux coordonner les actions auprès des investisseurs.

Pour couvrir ses besoins de financement, l'ACOSS fait appel à différents instruments mais agit de plus en plus directement sur les marchés comme le montre le schéma suivant.

COUVERTURE DES BESOINS DE FINANCEMENT DE L'ACOSS



Source : ACOSS.

Bien qu'il ait très significativement baissé, le recours à des prêts consentis par la Caisse des dépôts et consignations (CDC) reste un élément déterminant de l'équilibre financier de l'agence. Les relations entre l'ACOSS et la Caisse sont déterminées par une convention dont le renouvellement doit intervenir en 2014. Elle prévoit notamment que les tarifs appliqués sont conformes aux pratiques du marché pour des concours présentant des caractéristiques équivalentes. La Caisse est par ailleurs tenue d'honorer les demandes de financement de l'ACOSS, dans la

limite du plafond préalablement défini. Cette adaptabilité est d'autant plus coûteuse qu'elle concerne des montants importants avec des délais de préavis particulièrement courts. Enfin, les prix auxquels les concours sont consentis à l'ACOSS sont fixés au cours de l'année antérieure à l'opération et s'appliquent tout au long de l'année sans pouvoir être révisés. L'engagement de la CDC sur les prix est donc irréversible et pris en fin d'année pour des tirages effectivement réalisés plusieurs mois après, plaçant la Caisse en situation de risque pendant plusieurs mois, ce qui nécessite de prévoir une marge de précaution. Les conditions financières d'accès aux prêts de la CDC pour l'ACOSS, pour coûteuses qu'elles puissent apparaître de prime abord, sont donc parfaitement justifiées et sont la contrepartie du caractère certain de cette ressource.

Pour utile et nécessaire qu'il soit, le recours à cette source de financement ne saurait néanmoins être étendu. Le financement par la CDC est réalisé sur le bilan de sa section générale, dont le total atteint environ 100 milliards d'euros. La convention signée en 2011 prévoit une limite maximale de 14 milliards d'euros de prêts pour l'ACOSS, soit 14 % du bilan total. Cette part pourrait être augmentée si la Caisse ne devait financer que la seule ACOSS. Or, avec les concours consentis à la Société de financement local (SFIL), les contreparties pèsent déjà à hauteur de 25 % du bilan général et il serait dangereux de solliciter plus encore la section générale, sauf à prendre des risques inconsidérés et à porter atteinte à la solvabilité et au modèle prudentiel de la Caisse. En d'autres termes, il est aujourd'hui impossible de revenir à la situation de 2010.

La Rapporteuse pour avis rappelle néanmoins que la limite fixée par la convention n'a jamais été atteinte. En 2013, l'ACOSS n'a demandé que 7 milliards d'euros. Il lui sera donc possible de solliciter 7 milliards supplémentaires en 2014.

En ce qui concerne la gestion de la trésorerie, la Rapporteuse pour avis attire l'attention du Gouvernement sur les difficultés rencontrées par les unions locales et régionales en matière de recouvrement. Avec la crise, les entreprises peuvent être contraintes de reporter le paiement de leurs cotisations et souvent ne prennent contact avec leur URSSAF que lorsque les difficultés apparaissent insurmontables. Une prise de contact plus en amont profiterait pourtant à tous les acteurs : elle permettrait de mettre en place un plan de financement supportable pour les entreprises et qui éviterait aux URSSAF d'engager des recours contentieux longs, coûteux et pas toujours rentables. Pour relancer cette relation de confiance, la Rapporteuse pour avis propose de renforcer les obligations déclaratives des employeurs. Il ne faut cependant pas l'assortir de sanctions mais au contraire prévoir que le bénéfice des exonérations sociales générales est réservé aux seules personnes à jour de leurs obligations déclaratives.

Selon les informations transmises par l'ACOSS, le reste à charge varie assez significativement selon la personne concernée et selon le territoire visé. À la fin du mois de juin dernier, le reste à charge atteignait ainsi 2,15 % en métropole et 21,03 % dans les territoires d'outre-mer. À la même date, le taux de restes à recouvrer pour les entreprises de taille intermédiaire (ETI) d'outre-mer avoisinait

les 75 % alors qu'il n'était que de 13,8 % en métropoles pour cette même catégorie. Les écarts entre le secteur privé, hors ETI, et le secteur public sont également importants : pour le privé, le taux de reste à recouvrer est de 1,42 % en métropole et de 14,72 % en outre-mer et, pour le public, de 0,22 % en métropole et de 3,01 % en outre-mer.

Si le reste à recouvrer demeure faible pour le secteur public, force est néanmoins de constater qu'entre la métropole et les départements d'outre-mer, il existe pour ce secteur une différence que rien ne saurait justifier.

B. L'AMORTISSEMENT DE LA DETTE SOCIALE

1. La gestion de la dette sociale par la CADES

Créée en 1996, la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) a pour « *mission d'apurer la dette* »⁽¹⁾ des différents organismes de sécurité sociale dès lors que la loi prévoit le transfert de leur déficit. Contrairement à l'État, la sécurité sociale rembourse bien le capital emprunté. La durée de vie de la CADES est d'ailleurs limitée dans le temps puisqu'elle a vocation à disparaître dès lors qu'elle aura réussi à apurer l'ensemble du stock qui lui aura été transmis.

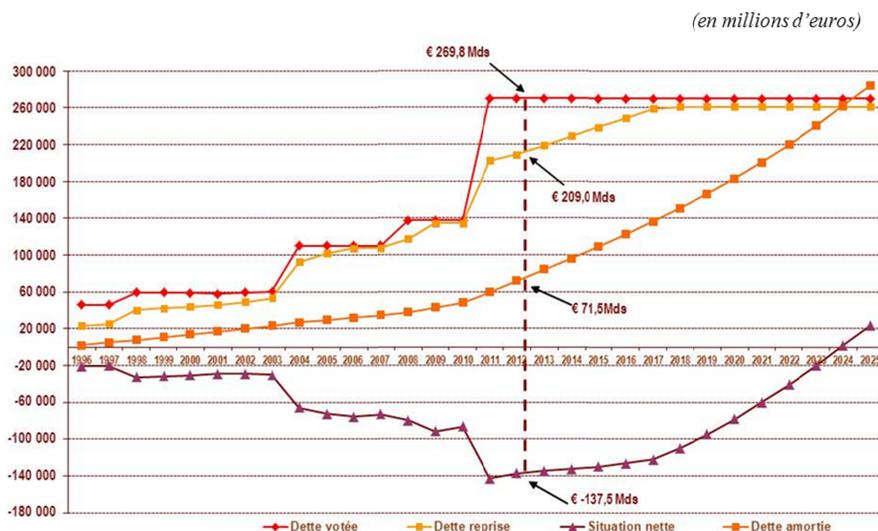
Cette spécificité est trop peu souvent mise en avant alors qu'elle traduit un grand sens des responsabilités et rompt avec les pratiques habituelles de cavalerie. Nombre de pays voisins préfèrent transférer l'éventuelle dette résiduelle à l'État et ainsi présenter des comptes sociaux faussement équilibrés puisque le déficit n'est pas amorti. La démarche française est d'autant plus vertueuse que tout transfert de dette doit désormais s'accompagner du transfert de ressources permettant d'assurer son amortissement⁽²⁾.

(1) Article 2 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.

(2) Article 4 bis de l'ordonnance du 24 janvier 1996 précitée, introduit par la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

Le graphique suivant présente l'évolution de la dette transférée et de la dette amortie par la CADES.

LA DETTE VOTÉE, REPRISE ET AMORTIE APRÈS LA REPRISE DE DETTE À LA FIN DE 2012



Source : CADES

À ce jour, la fin de vie de la CADES est donc prévue dans les années 2025, sans qu'il soit possible de le déterminer plus précisément sauf à prévoir dès aujourd'hui l'évolution des taux directeurs sur une pareille période.

Sur le plan financier, la CADES bénéficie d'une excellente réputation auprès des investisseurs, avec une notation presque équivalente à celle de l'État. Au 31 juillet 2013, son taux de financement était ainsi de 2,49 %. Les taux de la Caisse restent néanmoins légèrement supérieurs à ceux des OAT même si l'écart s'est constamment réduit depuis 2011. De même, les taux de la Banque européenne d'investissement sont légèrement inférieurs à ceux de la CADES même si la courbe s'est temporairement inversée au cours du deuxième trimestre 2013, montrant la capacité de la Caisse à attirer des investisseurs et à réaliser des opérations à des taux particulièrement bas.

2. La réorganisation de transferts de dettes existants

L'article 9 de la loi de financement pour 2011 a prévu un double transfert de dette à la CADES :

– 68 milliards d'euros au titre du déficit du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse pour les années 2009 et 2010 ainsi que le déficit estimé des branches maladie et famille pour 2011 ;

– un maximum de 62 milliards d’euros au titre du déficit de la branche vieillesse et du FSV pour les années 2011 à 2018, étant entendu que la reprise annuelle ne peut excéder 10 milliards d’euros.

En contrepartie, la CADES a reçu, au titre du premier transfert, 0,28 point de CSG auparavant affectée à la CNAF et, au titre du second transfert, 1,3 point du prélèvement social sur les revenus du capital précédemment affecté au Fonds de réserve pour les retraites et un versement annuel de 2,1 milliards d’euros de ce fonds.

Or, le maximum de 10 milliards d’euros pour la reprise de la branche vieillesse n’a jamais été atteint : en 2011, 9,5 milliards d’euros ont été repris et un peu moins de 9 milliards d’euros en 2012. En 2013, le transfert de dette ne devrait être que de 7,7 milliards d’euros, le transfert de dette de la branche vieillesse et du FSV de 8,9 milliards d’euros étant réduit de 1,2 milliard d’euros au titre de la régularisation des transferts opérés en 2011 et 2012.

Le projet de loi de financement constate, d’une part, que cette possibilité d’amortissement n’est pas utilisée à son plein niveau et, d’autre part, que les besoins de transfert de la branche vieillesse ne devraient pas atteindre 62 milliards d’euros comme initialement prévu grâce à la réforme des retraites actuellement engagée. L’étude d’impact précise à ce titre que « *les mesures prises dans le cadre de la réforme des retraites amélioreront les soldes de la branche vieillesse sur la période et permettent de limiter la reprise des déficits prévisionnels CNAV et FSV à la période 2011-2017 et non plus 2018* ». **L’article 14** propose dès lors de modifier le périmètre des déficits repris par la CADES dans le cadre de cette enveloppe de 62 milliards. Aucune recette supplémentaire n’est nécessaire puisque le besoin global reste le même ; seules les affectations changent. Le cinquième alinéa de l’article établit pour sa part un ordre de priorité dans les transferts de façon que la branche vieillesse ne subisse pas d’effet d’éviction.

Il apparaît certes pertinent de maximiser l’utilisation des ressources ouvertes en 2011, mais l’introduction des déficits de l’assurance maladie et de la famille dans ce schéma n’est pas totalement neutre compte tenu des ressources qui financent cette opération. En effet, en fin de compte, le dispositif va conduire à ce que le FRR finance le déficit de l’assurance maladie. Si l’argument de la fongibilité peut s’entendre au sens macro-économique maastrichtien, il semble beaucoup moins recevable en termes de respect de l’affectation des ressources.

SECONDE PARTIE : LES DÉPENSES

La France est, parmi les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), l'un de ceux qui consacrent le plus de moyens à la santé de sa population. L'assurance maladie couvre plus des trois quarts des dépenses de soins. Cet effort aboutit à un système de qualité, généreux, et librement accessible au plus grand nombre. Toutefois, dans son avis adopté le 23 mars 2012, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) rappelait qu'« *un déficit récurrent de l'assurance maladie n'est pas admissible. La gestion à l'équilibre, sans endettement, de nos budgets d'assurance maladie est une exigence qui découle des principes mêmes qui fondent notre solidarité face à la maladie* ».

Malgré les bons résultats affichés par notre système de santé, un rapport commun des inspections des affaires sociales et des finances ⁽¹⁾ a souligné que le niveau de la dépense de santé n'est pas un gage de la qualité des soins dispensés, ni de la bonne santé de la population ⁽²⁾.

Ce rapport énonce que l'évolution du système de santé doit être guidée avant tout par l'objectif de soins pertinents et adéquats en fournissant, pour chaque situation, l'offre de soins la plus appropriée. Des soins pertinents passent notamment par un renforcement des efforts de maîtrise médicalisée qui ont été engagés au cours des dernières années, par une meilleure articulation des professionnels de santé autour du parcours de soins du patient, et par une facturation à l'assurance maladie des prestations de santé au meilleur prix.

Dans cette optique, et sur le plan des dépenses, le PLFSS pour 2014 se caractérise par la mise en œuvre de réformes structurelles, visant à réaliser les économies nécessaires à la sauvegarde de notre système de protection sociale. Au-delà des mesures contenues dans ce PLFSS, le Gouvernement a annoncé la poursuite de la réflexion sur le financement de la protection sociale avec les partenaires sociaux.

Il convient de rappeler que, dans son article 9, la loi de programmation des finances publiques pour 2012-2017 a présenté, sur le champ des régimes obligatoires de sécurité sociale, des objectifs de dépenses détaillés dans le tableau ci-après.

TRAJECTOIRE DES DÉPENSES SOCIALES

(en milliards d'euros)

2012	2013	2014	2015	2016	2017
454,7	469,6	484,2	499,2	514,4	530,5

Source : projet de loi de programmation des finances publiques pour 2012-2017.

(1) Propositions pour la maîtrise de l'ONDAM 2013-2017, mission IGAS-IGF, juin 2012.

(2) Un pays comme le Japon obtient de meilleurs résultats que la France sur quasiment tous les indicateurs en consacrant près de 25 % de dépenses en moins dans son système de soins (8,5 % du PIB en 2009).

La croissance « naturelle » des dépenses sociales, c'est-à-dire celle résultant principalement du vieillissement de la population, conduirait pour 2014 à un montant de dépenses sociales de 484,2 milliards d'euros.

Les mesures du PLFSS pour 2014 proposent 6 milliards d'euros d'économies sur les dépenses sociales, par rapport à la tendance :

- ralentissement à 2,4 % de la croissance de l'ONDAM ;
- économies décidées dans le cadre des réformes de la politique familiale annoncée le 3 juin par le Premier ministre ;
- économies décidées dans le cadre de la réforme des retraites, actuellement en discussion au Parlement ;
- économies de gestion sur les caisses de sécurité sociale ;
- extension des mesures du projet de loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites aux régimes complémentaires obligatoires.

Ces réductions ne remettent aucunement en cause la qualité des soins et leur accès à toute et tous. Obtenues grâce à une meilleure organisation, elle vise à renforcer le parcours de soin, qui est l'un des piliers pour la qualité des soins.

Dans ces conditions, le déficit du régime général et du FSV sera réduit à 12,8 milliards d'euros en 2014.

I. LA BRANCHE MALADIE

Les dépenses prévisionnelles de l'assurance maladie sont retracées chaque année au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

Rappelons que cet objectif n'agrège pas l'intégralité des dépenses de santé. Son périmètre est celui des remboursements effectués par la sécurité sociale, hors frais non couverts par l'assurance maladie (tickets modérateurs, dépassements d'honoraires médicaux...).

Structurellement, l'ONDAM représente plus de 75 % de la consommation de soins et de 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⁽¹⁾.

(1) La CSBM comprend les soins hospitaliers, les soins ambulatoires (médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires d'analyse, thermalisme), les transports sanitaires, les médicaments et les autres biens médicaux (optique, prothèses, petit matériel et pansements). Seules les dépenses qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé sont prises en compte. Ainsi, les dépenses de soins aux personnes handicapées et aux personnes âgées en institution sont exclues.

Schématiquement, l'ONDAM correspond à la partie de la CSBM financée par la sécurité sociale, augmentée :

- des indemnités journalières de maladie et d'accidents du travail ;
- des soins de longue durée aux personnes âgées ;
- des dépenses médico-sociales pour les établissements pour personnes handicapées et personnes précaires prises en charge par les régimes d'assurance maladie ;
- des prises en charge des cotisations sociales des professionnels de santé et des dotations à certains fonds (FIQCS ⁽¹⁾, FMESPP ⁽²⁾, FAC ⁽³⁾...) ;
- des prises en charge des ressortissants français à l'étranger.

Le tableau suivant permet de visualiser le passage de la CSBM à l'ONDAM.

PASSAGE DE LA CSBM À L'ONDAM POUR L'ANNÉE 2012

(en milliards d'euros)

Part de la CSBM financée par la sécurité sociale (1)	138,6
– Prestations diverses	0,1
– Indemnités journalières maladie et accidents du travail (hors IJ maternité)	10,1
– Soins aux personnes âgées en établissement et SSAD (2)	9,1
– ONDAM personnes handicapées	8,5
– Prise en charge des cotisations des professionnels de santé	2,3
– Dotations à différents fonds (FMESPP, FAC)	0,5
– Autres prises en charge (3)	1,2
Total	170,4
Écart d'évaluation sur les hôpitaux publics et ajustements divers	– 0,1
ONDAM (données provisoires – CCSS juin 2013)	170,3

(1) dans les comptes de la santé y compris déficit des hôpitaux

(2) comprend les soins en USLD et les soins EHPA et EHPAD pour la partie financée par l'assurance maladie (ONDAM hôpital et ONDAM médico-social)

(3) FIQCS + Soins des ressortissants français à l'étranger + Établissements médicaux-sociaux hors champ CNSA

Source : comptes nationaux de la santé 2013.

Le montant total des dépenses courantes de santé s'élève quant à lui à 243 milliards d'euros en 2012, soit 12 % du produit intérieur brut (PIB).

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

(2) Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés.

(3) Fonds d'allègement des charges.

Rappelons que la dépense courante de santé (DCS) comprend :

- la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) ;
- les autres dépenses pour les malades : les soins aux personnes âgées en établissements et à domicile, les soins aux personnes handicapées en établissements et les indemnités journalières (maladie, maternité et accidents du travail) ;
- les dépenses de prévention organisée, individuelle et collective ;
- les dépenses pour le système de soins : les subventions au système de soins (prise en charge partielle des cotisations sociales des professionnels de santé, FIQCS et aide à la télétransmission), la recherche médicale et pharmaceutique, la formation des professionnels de la santé ;
- les coûts de gestion du système de santé.

Les tableaux suivants permettent de visualiser la structure de la DSC, ainsi que son évolution entre 2000 et 2012.

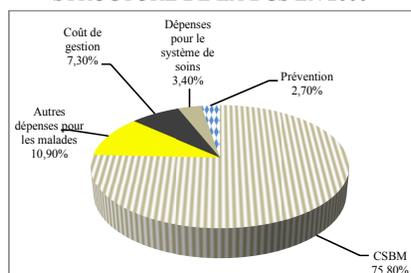
LA DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ

(en millions d'euros)

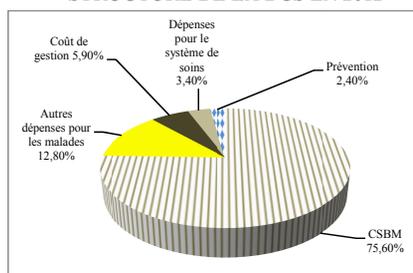
	2000	2002	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Dépense courante de santé	151 241	169 407	187 790	201 838	210 152	218 284	226 789	232 030	237 980	243 011
en % du PIB	10,2	10,7	11,1	11,3	11,2	11,4	12,1	12,0	11,9	12,0
CSBM	114 574	128 134	142 668	153 748	160 352	165 710	171 149	175 231	179 608	183 623
Autres dépenses pour les malades	16 412	19 066	21 453	23 490	24 722	26 673	28 555	29 652	30 505	31 507
SSAD	602	705	837	1 017	1 106	1 211	1 311	1 334	1 398	1 469
Soins aux personnes âgées en établissement	2 867	3 337	4 031	5 082	5 534	6 310	7 273	7 665	7 963	8 317
Soins aux personnes handicapées en établissement	4 744	5 322	6 158	6 904	7 279	7 697	8 035	8 255	8 531	8 755
Indemnités journalières	8 199	9 703	10 426	10 487	10 803	11 455	11 936	12 398	12 613	12 516
Prévention	4 095	4 744	4 970	5 263	5 467	5 720	6 477	5 770	5 788	5 791
Prévention individuelle	2 316	2 511	2 882	3 012	3 166	3 295	3 437	3 394	3 420	3 413
– Prévention primaire	1 947	2 121	2 430	2 493	2 597	2 707	2 822	2 790	2 798	2 799
– Prévention secondaire	369	390	452	519	569	588	615	604	622	613
Prévention collective	1 779	2 233	2 088	2 251	2 301	2 424	3 041	2 376	2 368	2 378
Dépenses pour le système de soins	7 856	8 981	9 680	10 632	10 859	11 251	11 461	11 663	11 894	12 039
Subventions au système de soins	1 628	1 833	2 103	2 277	2 074	2 190	2 226	2 397	2 562	2 660
Recherche médicale et pharmaceutique	5 422	6 275	6 610	7 035	7 243	7 401	7 451	7 421	7 452	7 469
Formation	807	873	967	1 320	1 542	1 660	1 784	1 844	1 880	1 910
Coût de gestion de la santé *	11 014	11 669	12 416	12 554	12 808	13 060	13 207	13 601	14 077	14 366
Double compte (recherche pharmaceutique)	- 2 711	- 3 187	- 3 397	- 3 850	- 4 056	- 4 131	- 4 060	- 3 887	- 3 893	- 3 864

* Coût de gestion des organismes complémentaires hors contribution du Fonds CMU à partir de 2011.

STRUCTURE DE LA DCS EN 2000



STRUCTURE DE LA DCS EN 2012



Source : Commission des comptes de la sécurité sociale – septembre 2013.

La CSBM, qui représente les trois quarts de cette DCS, atteint pour sa part 183,6 milliards d'euros en 2012. Sa progression en valeur est sensiblement inférieure à 3 % pour la troisième année consécutive : + 2,2 % en 2012, après + 2,5 % en 2011 et + 2,4 % en 2010. Sa part dans le PIB est de 9 %, comme en 2011. Pour mémoire, en 1950, la part de la CSBM dans le PIB était de 2,6 % ⁽¹⁾.

En 2012 comme en 2011, la part de la CSBM financée par la sécurité sociale a été de 75,5 %, celle prise en charge par les organismes complémentaires de 13,7 %. Quant au reste à charge des ménages, il est stable à 9,6 % depuis 2009 ⁽²⁾.

Les tableaux suivants permettent de visualiser la structure de la CSBM en France, et les dépenses engagés par poste.

STRUCTURE DU FINANCEMENT DE LA CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX

(en %)

	2000	2002	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Sécurité sociale de base ⁽¹⁾	76,7	76,8	77,0	76,3	76,3	75,7	75,8	75,7	75,5	75,5
État et CMU-C org. de base	1,2	1,4	1,3	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2	1,3	1,2
Organismes complémentaires ⁽²⁾	12,4	12,6	12,9	13,0	13,1	13,3	13,4	13,5	13,7	13,7
<i>Dont</i>										
– Mutuelles	7,6	7,4	7,5	7,6	7,6	7,6	7,6	7,5	7,4	7,4
– Sociétés d'assurance	2,6	2,7	3,0	3,0	3,1	3,3	3,4	3,6	3,7	3,8
– Institutions de prévoyance	2,1	2,5	2,5	2,3	2,4	2,4	2,4	2,4	2,5	2,5
Ménages	9,7	9,3	8,8	9,4	9,3	9,7	9,6	9,5	9,6	9,6
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

(1) y compris déficit des hôpitaux publics.

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

Sources : DREES, Comptes de la santé.

(1) Stabilisée entre 1995 et 2000 à environ 8 %, elle a nettement progressé entre 2000 et 2007, sous l'effet de la croissance soutenue des différents postes de dépenses, plus rapide que celle du PIB. Le ralentissement de la croissance de la CSBM, amorcé en 2008, se poursuit.

(2) Comptes nationaux de la santé 2012, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, n°185 - Septembre 2013.

CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX

(en millions d'euros courants)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1. SOINS HOSPITALIERS (court et moyen séjour, psychiatrie)	54 085	56 237	59 233	62 700	65 941	68 487	71 051	73 644	76 208	79 203	81 330	83 062	85 083
• Secteur public	42 013	43 835	46 009	48 713	51 027	52 774	54 618	56 482	58 187	60 470	62 041	63 388	64 889
• Secteur privé	12 072	12 402	13 224	13 987	14 914	15 714	16 432	17 162	18 021	18 733	19 289	19 674	20 195
2. SOINS DE VILLE	28 632	29 993	32 314	34 730	36 175	37 372	38 822	40 739	42 066	43 300	44 056	45 811	47 279
• Médecins	13 233	13 527	14 582	15 591	16 006	16 485	17 075	17 840	18 236	18 618	18 469	19 284	19 744
• Auxiliaires Médicaux	5 787	6 068	6 626	7 184	7 615	8 071	8 553	9 273	9 856	10 439	11 007	11 547	12 383
- infirmiers	2 892	2 744	3 006	3 319	3 516	3 747	3 980	4 356	4 704	5 150	5 509	5 837	6 316
- masseurs-kinésithérapeutes	2 584	2 799	3 025	3 218	3 415	3 607	3 809	4 128	4 308	4 409	4 570	4 734	5 032
- autres	511	524	596	647	684	717	753	788	844	880	928	976	1 035
• Dentistes	6 693	7 286	7 685	8 202	8 585	8 740	9 016	9 315	9 558	9 737	9 993	10 288	10 516
• Analyses	2 626	2 812	3 136	3 443	3 661	3 769	3 869	3 993	4 099	4 189	4 260	4 361	4 285
• Cures Thermales (forfait soins)	293	300	305	309	308	307	309	319	317	316	327	331	351
3. TRANSPORTS DE MALADES	1 891	2 063	2 262	2 431	2 631	2 816	3 053	3 231	3 377	3 592	3 786	3 894	4 102
4. MÉDICAMENTS	23 989	25 822	27 105	28 068	29 632	30 688	31 491	32 696	33 393	34 076	34 470	34 641	34 341
5. AUTRES BIENS MÉDICAUX	5 976	6 640	7 230	7 703	8 289	8 753	9 332	10 042	10 667	10 978	11 590	12 200	12 817
• Optique	3 236	3 585	3 741	3 901	4 106	4 242	4 444	4 634	4 783	4 963	5 127	5 355	5 567
• Prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques	1 144	1 215	1 343	1 390	1 489	1 556	1 681	1 801	1 932	1 994	2 122	2 247	2 396
• Petits matériels et pansements	1 597	1 840	2 146	2 412	2 694	2 954	3 207	3 607	3 952	4 020	4 342	4 598	4 854
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX	114 574	120 755	128 134	135 633	142 668	148 116	153 748	160 362	165 710	171 149	175 231	179 608	183 623
6. MÉDECINE PREVENTIVE	2 316	2 403	2 511	2 708	2 882	2 914	3 012	3 166	3 295	3 437	3 394	3 420	3 413
• Prévention individuelle primaire	1 947	2 019	2 121	2 281	2 430	2 412	2 493	2 597	2 707	2 822	2 790	2 798	2 799
• Prévention individuelle secondaire	369	383	390	427	452	502	519	569	588	615	604	622	613
CONSOMMATION MÉDICALE TOTALE	116 890	123 158	130 645	138 341	145 551	151 030	156 760	163 517	169 006	174 585	178 625	183 028	187 036

Source : DREES, Comptes de la santé – base 2005.

Selon les informations fournies par l'annexe 9 du PLFSS, et compte tenu de l'hypothèse retenue pour les dépenses de maladie par rapport à 2013, l'aggravation du déficit en 2014 porterait principalement sur la branche maladie, dont le solde se dégraderait de 3,2 milliards d'euros pour atteindre 10,9 milliards d'euros. Les branches vieillesse et famille subiraient des dégradations plus modérées, respectivement de 0,4 et 0,5 milliard d'euros. Le déficit du FSV se creuserait quant à lui de 1 milliard d'euros.

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

1. La maîtrise de la progression de l'ONDAM

Créé par la loi organique du 22 juillet 1996 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, l'ONDAM englobe les soins de ville, les soins d'hospitalisation dispensés dans les établissements privés ou publics et les établissements médico-sociaux.

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 a été respecté.

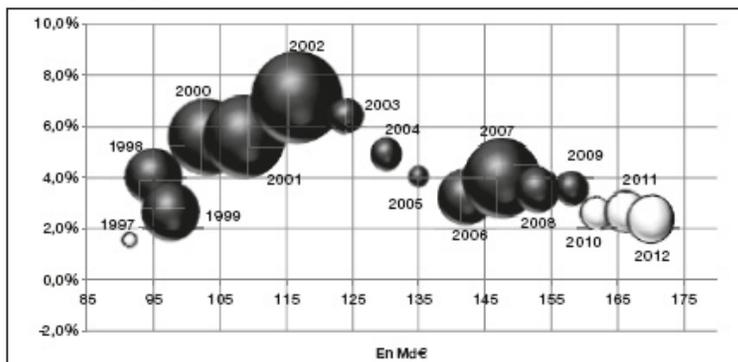
Pour 2012, son montant a été arrêté à 171,1 milliards d'euros, soit un taux de croissance de +2,5 %, nettement resserré par rapport à ceux de 2010 (+3 %) et 2011 (+2,9 %) comme par rapport à la prévision (+2,8 %) de la loi de programmation des finances publiques pour 2011-2014. Cette contrainte accrue sur l'évolution de la dépense de soins constitue un élément important de la trajectoire actuelle de redressement des comptes publics.

En 2013, l'ONDAM devrait également se situer à un niveau inférieur au montant voté par le Parlement. En effet, alors que les prévisions présentées à la Commission des comptes de la sécurité sociale en juillet faisaient état d'un léger dépassement de l'ONDAM 2012 (+0,1 milliard d'euros), les données présentées dans le rapport de septembre 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 prévue. 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.

Les projections quadriennales de la loi de financement pour 2012 fixaient l'augmentation de l'ONDAM à 2,5 % en 2013. La loi de financement a finalement retenu une hausse de 2,7 %.

Le tableau suivant, permet de visualiser les niveaux et dépassements de l'ONDAM depuis 1997.

Graphique I.1.1 : Niveaux et dépassements de l'ONDAM depuis 1997



Note de lecture : en abscisse figure le niveau de dépenses constaté (en milliards d'euros) et en ordonnée le taux d'évolution associé ; la taille des bulles représente l'ampleur du dépassement (en gris foncé) ou de la sous-consommation (en gris clair). Ainsi, en 2007, les dépenses dans le champ de l'ONDAM ont atteint 147,0 Md€ compte tenu d'un dépassement de 2,0 Md€, soit un taux d'évolution à périmètre constant de 4,0%.

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale – Septembre 2013.

En ce qui concerne les prévisions pour 2014, avant économies, les dépenses dans le champ de l'ONDAM progresseraient de 3,8 %. Ce taux intègre l'évolution prévisible des prestations remboursées compte tenu de la prévision d'exécution de l'objectif pour 2013 et des tendances de moyen terme ainsi que les mesures nouvelles de dépenses prévues pour 2014. Il comprend également les effets report des mesures mises en œuvre en 2013.

L'objectif pour 2014 présenté en PLFSS correspond quant à lui à une progression des dépenses de 2,4 % à champ constant, ce qui correspond à un ONDAM fixé à 179,2 milliards d'euros.

Pour atteindre cet objectif cible, un montant global d'économies de 2,4 milliards d'euros est donc nécessaire en 2014. Ces mesures d'économies pour 2014 viseront prioritairement à renforcer l'efficacité et la performance du système de soins.

L'ensemble des acteurs du système de soins participeront à l'effort d'économie avec :

- des économies sur les prix des médicaments à hauteur de 960 millions d'euros, dont 90 millions d'euros portent sur ceux inscrits sur la liste en sus ;
- des baisses de prix des dispositifs médicaux d'un montant total de 120 millions d'euros, dont 50 millions d'euros au titre de la liste en sus ;

– le renforcement de l’efficacité du système de soins avec la maîtrise médicalisée menée par l’assurance maladie et les agences régionales de santé (600 millions d’euros) ;

– l’amélioration de la performance à l’hôpital (440 millions d’euros avec en particulier la poursuite de l’optimisation des achats et l’amélioration de l’efficacité et de la pertinence de la prise en charge) ;

– la baisse des tarifs de certains actes notamment de biologie et de radiologie (130 millions d’euros), prévue dans les conventions.

Deux tableaux, issus des annexes au PLFSS, récapitulent d’une part l’évolution prévue de l’ONDAM pour 2014, et d’autre part, l’ensemble des mesures d’économie mises en œuvre en 2014.

MONTANTS ET TAUX D’ÉVOLUTION DE L’ONDAM 2014

(en milliards d’euros)

	Base 2014	Sous-objectifs	Taux d’évolution
Soins de ville	79,3	81,2	2,4 %
Établissements de santé	73,8	75,5	2,3 %
Établissements et services médico-sociaux	17,1	17,6	3,0 %
Contribution de l’assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,4	8,6	2,9 %
Contribution de l’assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	8,7	9,0	3,1 %
Dépenses relatives au fonds d’intervention régional	3,1	3,2	2,4 %
Autres prises en charge	1,6	1,7	5,6 %
ONDAM TOTAL	174,9	179,2	2,4 %

Source : PLFSS 2014, annexe 7.

MESURES D'ÉCONOMIES RELATIVES À L'ONDAM 2014

(en milliards d'euros)

Mesures	Économies
Effet report de mesures 2013 (hors baisses de prix de produits de santé)	90
Baisses de tarifs professionnels libéraux (radiologues, biologistes)	130
Actions de maîtrise médicalisée des dépenses	600
Baisses de prix de médicaments (ville et hôpital)	960
<i>dont baisses de prix de médicaments ayant perdu leur brevet</i>	245
<i>dont optimisation de la tarification des génériques</i>	165
<i>dont opérations de convergence de prix dans le répertoire selon les orientations ministérielles</i>	200
<i>dont baisses de prix de médicaments sous brevet</i>	260
<i>dont baisses de prix à l'hôpital</i>	90
Baisses de prix de dispositifs médicaux (ville et hôpital)	120
<i>dont ville</i>	70
<i>dont hôpital</i>	50
Efficiences à l'hôpital	440
<i>dont économies relatives aux achats</i>	300
<i>dont amélioration de l'efficacité et de la pertinence des prises en charge</i>	140
Abondement de l'OGD par prélèvement sur les réserves de la CNSA	70
Total ONDAM 2014 à 2,4 %	2 410

Source : PLFSS 2014, annexe 9C.

L'article 50 du PLFSS détaille les principaux montants affectés aux sous-objectifs de l'ONDAM.

OBJECTIF NATIONAL DE DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE POUR 2014

(en milliards d'euros)

Dépenses de soins de ville	81,2
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	55,6
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,9
Contribution de l'assurance-maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,6
Contribution de l'assurance-maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	9,0
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional	3,2
Autres prises en charge	1,7
Total	179,2

Source : PLFSS 2014.

Il convient de signaler que l'ONDAM 2014 inclut un nouveau sous-objectif retraçant les dépenses relatives au fonds d'intervention régional (FIR) financées par l'assurance maladie, afin d'améliorer la transparence et le suivi de ces dépenses.

Par ailleurs, l'article 34 du PLFSS 2014 instaure un mécanisme de fongibilité des financements régionaux, afin de permettre aux directeurs généraux des ARS d'allouer des ressources en fonction des besoins de santé identifiés dans les territoires, indépendamment des enveloppes auxquelles elles sont rattachées.

2. L'amélioration du déficit de l'assurance maladie

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 2014.

RECETTES, DÉPENSES ET SOLDE DE LA BRANCHE MALADIE DU RÉGIME GÉNÉRAL

(en milliards d'euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Recettes	141,8	148,0	154,9	157,5	163,7	168,8	174,6	180,5
Dépenses	153,4	156,6	106,8	165,2	169,9	174,2	178,6	183,1
Solde	- 11,6	- 8,6	- 5,9	- 7,7	- 6,2	- 5,4	- 4,0	- 2,6

Source : PLFSS 2014, annexe B.

RECETTES, DÉPENSES ET SOLDE DE LA BRANCHE MALADIE DE L'ENSEMBLE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE

(en milliards d'euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Recettes	164,8	171,7	178,8	181,7	188,0	193,4	199,6	206,1
Dépenses	176,2	180,3	184,7	189,5	194,1	198,8	203,7	208,7
Solde	- 11,4	- 8,5	- 5,9	- 7,8	- 6,2	- 5,5	- 4,1	- 2,7

Source : PLFSS 2014, annexe B.

Les prestations du champ de l'ONDAM représentent 87 % des charges nettes de la CNAM. En 2012, les prestations de la branche maladie dans le champ de l'ONDAM ont progressé de 2,8 %, à un rythme plus élevé que les dépenses globales de l'ONDAM, ce qui est en partie dû à de fortes régularisations concernant les soins des Français de l'étranger.

Grâce à la maîtrise des dépenses et à l'affectation de nouvelles recettes, le déficit de la CNAM s'améliore de 2,7 milliards d'euros en 2012, pour s'établir à 5,9 milliards d'euros ⁽¹⁾.

(1) Rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2013.

En 2014, sans mesures nouvelles et sous l'hypothèse d'un ONDAM tendanciel à 3,8 %, le déficit serait de 10,9 milliards d'euros soit une aggravation du déficit de près de 3 milliards d'euros. Grâce aux mesures nouvelles, le déficit du régime général et celui du FSV s'établiraient en réalité à 4,0 milliards d'euros en 2017, en très nette amélioration par rapport aux 17,5 milliards d'euros de déficit constatés en 2012.

L'article 49 du PLFSS pour 2014 fixe l'objectif de dépenses de la branche maladie à 194,4 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale, dont 169,9 milliards d'euros pour le seul régime général.

Le conseil d'administration de la CNAM a adopté, le 11 juillet dernier, un rapport ⁽¹⁾ détaillant les propositions de la caisse pour réaliser les 2,48 milliards d'économies sur les dépenses de santé en 2014, afin de respecter un ONDAM à 2,4 %. La plupart de ces propositions portent sur une baisse des prix des médicaments et des tarifs des professionnels de santé, ainsi que sur une meilleure efficience des prescriptions.

Pour 2014, le montant des dotations des régimes d'assurance maladie à différents fonds est fixé par le PLFSS (**article 48**) comme suit :

– le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), créé par la LFSS pour 2001, est depuis 2013 centré sur le financement de mesures nationales, les investissements faisant en particulier l'objet d'un financement national. L'évaluation des besoins de financement au titre du FMESPP conduit à fixer le montant de la dotation pour l'année 2014 (hors FIR) à hauteur de 263,34 millions d'euros, soit une diminution de l'ordre de 106,93 millions d'euros ⁽²⁾ ;

– il est proposé de fixer à 138 millions d'euros la dotation pour 2014 à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM). La dotation en 2013 avait été de 124 millions d'euros ;

– l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) ⁽³⁾ est doté selon une programmation triennale : l'année 2014 correspond à la deuxième année d'exécution de la programmation 2013-2015. Son financement est assuré à parité par l'État et l'assurance maladie. La contribution de l'assurance maladie pour 2014 à l'EPRUS est fixée à 22,2 millions d'euros ;

(1) *Rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'assurance maladie au titre de l'année 2014 (loi du 13 août 2004), 11 juillet 2013.*

(2) *Pour mémoire, la LFSS pour 2013 a fixé le montant de la dotation du FMESPP pour 2013 à 370,27 millions d'euros.*

(3) *L'EPRUS a pour mission de gérer administrativement et financièrement la réserve sanitaire chargée de répondre à des situations exceptionnelles susceptibles de désorganiser le système de soins ainsi que d'acquérir, fabriquer, importer, stocker et distribuer les produits et services nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves.*

– la contribution de l’assurance maladie pour 2014 aux agences régionales de santé (ARS) s’élève à 162 millions d’euros. La dotation est prélevée sur le budget de fonctionnement des organismes et elle est retracée dans les conventions d’objectifs et de gestion. Cette contribution n’impacte donc pas l’ONDAM. Notons que l’article 48 prévoit qu’à partir de l’exercice 2015, cette dotation sera fixée par arrêté.

L’article 45 comporte plusieurs dispositions visant à favoriser l’accès du plus grand nombre à une complémentaire santé de qualité, comme l’a proposé le rapport du Haut Conseil pour l’avenir de l’assurance maladie (HCAAM)⁽¹⁾. Dans ce but, l’article 45 organise une mise en concurrence des organismes complémentaires, modifie les conditions d’accès à l’aide à l’acquisition d’une complémentaire santé (ACS) et simplifie l’accès des étudiants précaires et isolés à la CMUc. Le coût total de ces mesures est chiffré à 100 millions d’euros en 2016.

B. LES DÉPENSES DE SOINS DE VILLE

1. Une accélération des dépenses en 2013

À titre liminaire, rappelons que les soins de ville couvrent l’activité des professionnels de santé libéraux (médecins généralistes, spécialistes, auxiliaires médicaux), la consommation de médicaments, d’actes de biologie, de biens médicaux, de frais de transport, la prescription d’indemnités journalières ainsi que les soins effectués dans les centres de santé.

Les dépenses de soins de ville se sont élevées à 77,9 milliards d’euros en 2012, en progression de 1,7 % par rapport à 2011. L’écart au sous-objectif voté en loi de financement s’est ainsi élevé à 1,0 milliard d’euros. Cette sous-exécution reflète la moindre exécution de l’ONDAM 2011, qui n’avait pas été suffisamment prise en compte en construction de l’ONDAM 2012, et une dynamique plus faible de certaines dépenses, dont les indemnités journalières, en baisse de 1,0 %.

En 2013, les dépenses de soins de ville devraient s’établir à 80,0 milliards d’euros, en hausse de 2,7 % par rapport à la réalisation 2012. En effet, la grippe saisonnière du début de l’année 2013 s’est avérée particulièrement forte. Ce sont les arrêts maladie de moins de trois mois (qui représentent 40 % des dépenses d’indemnités journalières) qui sont les plus concernés par la situation épidémique. Ces derniers ont progressé de 2 % entre janvier et mai 2013 par rapport à la même période en 2012.

(1) La généralisation de la couverture complémentaire en santé, *avis et rapport du HCAAM, juillet 2013.*

ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE SOINS DE VILLE

(en millions d'euros)

RÉGIME GÉNÉRAL	2011	2012	Évolution 2012/2011	Prévision 2012/2013	Contribution à la croissance
Soins de ville	61 813	62 886	1,7 %	2,8 %	100,0 %
Honoraires libéraux	29 278	30 273	3,4 %	4,0 %	69,5 %
<i>dont</i>					
Honoraires privés	16 422	16 798	2,3 %	3,0 %	28,5 %
Généralistes	5 218	5 439	4,2 %	3,7 %	11,4 %
Spécialistes	8 485	8 605	1,4 %	2,8 %	13,5 %
Sages-femmes	138	151	9,4 %	11,4 %	1,0 %
Dentistes	2 580	2 602	0,9 %	1,8 %	2,7 %
Honoraires paramédicaux	7 059	7 558	7,1 %	7,0 %	30,1 %
Infirmières	3 960	4 287	8,2 %	7,9 %	19,2 %
Kinésithérapeutes	2 576	2 718	5,5 %	4,9 %	7,5 %
Orthophonistes	473	500	5,9 %	9,5 %	2,7 %
Orthoptistes	51	53	5,6 %	12,5 %	0,4 %
Laboratoires	2 877	2 837	-1,4 %	1,5 %	2,5 %
Transports de malades	2 920	3 081	5,5 %	4,8 %	8,4 %
Produits de santé	22 794	22 945	0,7 %	1,4 %	18,4 %
Médicaments	18 706	18 666	-0,2 %	0,8 %	8,0 %
Dispositifs médicaux	4 088	4 279	4,7 %	4,2 %	10,3 %
Indemnités journalières	8 865	8 776	-1,0 %	1,2 %	6,1 %

N.B. : les taux d'évolution sont calculés à champ constant.

Source : calculs DDS, données CNAM France métropolitaine (données en date de soins à fin mai 2013).

L'annexe 7 au PLFSS évalue la progression des dépenses de soins de ville à 4,5 % avant économies nouvelles. Cette évolution est rapportée à 2,4 % après application des mesures nouvelles, ce qui correspond à une économie de l'ordre de 1,9 milliard d'euros par rapport à l'évolution tendancielle, et représente une dépense de 81,2 milliards d'euros.

En particulier, 960 millions d'euros d'économies sont prévus sur les baisses de tarifs des médicaments, s'ajoutant à 120 millions d'euros prévus sur les dispositifs médicaux. La Rapporteuse pour avis souhaiterait toutefois qu'il puisse y avoir des baisses ciblées, qui n'affectent pas l'innovation. Lors des auditions, elle a demandé la répartition de la dépense (en stock et en flux pour 2014) par ASMR (amélioration du service médical rendu). Ces informations ne lui ont pas été transmises.

La baisse de prix imposée aux médicaments génériques a été en 2013 de 200 millions d'euros. En dépit d'évolutions comme l'augmentation de la décote sur le flux des nouveaux génériques en 2012, ou la convergence par rapport aux prix européens en 2013, le prix des médicaments génériques apparaît encore élevé

en France. Le dernier rapport de l'assurance maladie ⁽¹⁾ préconisait une baisse généralisée sur le flux des spécialités génériques, avec une décote de 70 % du prix du princeps (au lieu de 60 % depuis fin 2011), ainsi qu'une baisse individualisée et pluriannuelle sur le stock des génériques, selon un mécanisme tenant compte des prix européens.

2. Les mesures du projet de loi

La Rapporteuse pour avis tient à signaler que dans le secteur de la santé, l'essentiel des mesures nouvelles réside dans les premières applications de la stratégie nationale de santé. Certaines de ces mesures n'ont qu'un impact budgétaire limité. Toutefois, elles visent à adapter le système aux besoins des patients, et à préparer les mutations à venir (vieillesse, diversification des risques, développement de maladies chroniques, progrès technologique...).

L'article 27 du PLFSS 2014 vise à prolonger d'une année les expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR) pour les professionnels de santé exerçant dans des structures pluriprofessionnelles de premier recours (maisons, pôles et centres de santé), afin de laisser le temps aux accords conventionnels interprofessionnels (ACI) de définir eux-mêmes une rémunération d'équipe.

Cette expérimentation, instaurée par l'article 44 de la LFSS pour 2008, visait à apporter une réponse aux mutations de l'exercice des professionnels de santé. Sur la base du constat selon lequel le paiement à l'acte ne permet pas le développement des activités de prévention, d'éducation thérapeutique ou de coordination des soins, qui prennent une place croissante dans l'activité des professionnels, la loi avait prévu l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé « *complétant le paiement à l'acte ou s'y substituant* », à compter du 1^{er} janvier 2008 et pour une durée maximum de cinq ans, en s'appuyant sur une analyse quantitative et qualitative de leur activité.

Or, face à une mise en œuvre tardive, la LFSS pour 2012 a prolongé l'expérimentation d'une année, c'est-à-dire jusqu'au 31 décembre 2013, et a prévu que la voie conventionnelle permettrait à partir de 2014 de déboucher sur une rémunération forfaitaire pérenne et à la hauteur des enjeux. Selon l'étude d'impact, cette mesure devait entraîner des dépenses supplémentaires de l'ordre de 7,5 millions d'euros en 2013 pour l'assurance maladie.

Les négociations de l'ACI devant débiter en janvier 2014, le présent projet de loi prolonge les ENMR jusqu'au 1^{er} janvier 2015, et prévoit la possibilité d'un règlement arbitral approuvé par les ministres en cas d'échec de la négociation conventionnelle.

L'étude d'impact accompagnant le PLFSS pour 2014 chiffre le surcoût pour l'assurance maladie à 13,8 millions d'euros.

(1) Rapport au ministre chargé de la sécurité sociale..., 2013, op. cit., p. 8.

L'article 28 a pour but d'améliorer la procédure d'examen par la Haute Autorité de santé (HAS) des protocoles de coopération entre professionnels, accords promus par les agences régionales de santé (ARS). Ces protocoles ont été instaurés par l'article 51 de la loi dite « HPST »⁽¹⁾ qui dispose que « *les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient* ». Le texte précise que les professionnels de santé présentent à l'ARS ces protocoles. L'agence est ensuite chargée de vérifier que les protocoles répondent à un besoin de santé constaté au niveau régional et les soumettent à la HAS. La HAS examine donc les protocoles du point de vue de leur innocuité, et ne porte pas de jugement sur le modèle économique de chaque projet. Certains ne sont donc en réalité jamais mis en œuvre, faute de financements adéquats.

L'article 28 du PLFSS 2014 propose donc la mise en place d'un « collège des financeurs »⁽²⁾ qui émettra, en amont de l'avis conforme de la HAS, un avis obligatoire sur le modèle médico-économique du projet et sa viabilité. La Rapporteuse pour avis salue cette initiative, qui peut être rapprochée de la mise en place par la HAS, depuis octobre 2013, de la production d'avis d'efficacité médicale et économique sur les médicaments et les dispositifs médicaux les plus coûteux et les plus innovants.

L'article 29 du PLFSS pour 2014 propose la mise en place d'une importante expérimentation relative au financement d'actes de télémédecine, en ville mais aussi au sein de structures médico-sociales, sur quelques régions pilotes et sur une durée de trois ans. Trois objectifs sont visés par cette nouvelle expérimentation :

- faciliter l'accès aux soins dans les zones peu denses ou enclavées ;
- optimiser les parcours de santé, notamment pour les personnes âgées ;
- renforcer l'efficacité de la prise en charge pour les patients.

Un réel effort doit être fait pour favoriser le développement de ces actes de télémédecine, qui ne débouchent à l'heure actuelle qu'une fois sur deux la prise en charge effective d'un patient. L'expérimentation proposée décline ainsi l'engagement n° 7 (« Développer la télémédecine ») du pacte « Territoire-santé » de lutte contre les déserts médicaux présentée par la ministre des Affaires sociales et de la santé le 13 décembre 2012.

Concrètement, cette expérimentation portera, d'une part, sur l'activité de téléexpertise en ville sur des prises en charge ciblées (plaies chroniques) et dans des structures médico-sociales multi-spécialités ; et, d'autre part, sur l'activité de télésurveillance.

(1) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

(2) L'étude d'impact précise qu'un décret fixera la composition de ce collège (CNAM, ministère...).

Il est proposé d'imputer ces dépenses innovantes selon le schéma suivant :

– l'investissement et l'aide au démarrage seront pris en charge sur le fonds d'intervention régional (FIR) ;

– la rémunération de l'activité moyennant la stricte identification des actes et dépenses associées sera financée sur le FIR.

L'étude d'impact chiffre la dépense à 4,1 millions d'euros en année pleine pour quatre régions pilotes en 2014, financés par le FIR et sur l'ONDAM hospitalier (hospitalisations et passages aux urgences évités). Par la suite, le dispositif engendrera une dépense prévue à hauteur de 6,6 millions d'euros en 2015 et 8,3 millions d'euros en 2016.

L'article 30 du PLFSS pour 2014 a pour objet l'amélioration de la protection sociale des femmes affiliées au régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC) en cas d'arrêt maladie lié à la grossesse, afin de renforcer l'attractivité des professions libérales de santé.

À l'heure actuelle, les assurées relevant du régime des PAMC ne peuvent bénéficier d'indemnités journalières maladie en cas de grossesse difficile nécessitant un arrêt intervenant bien avant le congé maternité. Le régime invalidité-décès des PAMC ne permet le versement d'une indemnité journalière qu'à partir du 91^{ème} jour d'incapacité de travail. Ainsi, une assurée relevant de ce régime ayant très tôt une grossesse difficile ne sera indemnisée qu'à compter de son 91^{ème} jour d'arrêt. Le présent article permettra de garantir à ces assurées, en cas d'arrêt temporaire d'activité justifié par une grossesse difficile, le versement d'une indemnité journalière forfaitaire au titre des 90 premiers jours d'arrêt. Comme pour les salariées relevant du régime général, cette indemnité serait financée par l'assurance maladie et versée à l'issue d'un délai de carence de trois jours.

Selon l'étude d'impact, le montant de cette indemnité pourrait être équivalent à l'indemnité journalière maladie maximale prévue au régime général, soit 42,32 euros en 2013. Le coût de cette mesure, susceptible de concerner environ 650 femmes chaque année est estimé à 2,5 millions d'euros par an.

L'article 31 du PLFSS pour 2014 propose de faire évoluer le dispositif des contrats d'amélioration de la coordination et de la qualité des soins (CACQS) en matière de transport. Il convient de rappeler que les prescriptions de transport réalisées en établissement de santé et remboursées en ville représentent environ 63 % du total des prescriptions de transport, soit 2 milliards d'euros en 2012. Or, cette dépense est en augmentation régulière depuis plusieurs années et devrait encore progresser de 3,8 % en 2013.

Le I de l'article 45 de la LFSS pour 2010 avait instauré une régulation de cette dépense, par le biais d'un mécanisme contractuel liant les établissements, les ARS et les caisses primaires d'assurance maladie.

Afin de sécuriser juridiquement les contrats prévus à l'article L. 322-5-5 du code de la sécurité sociale, et ainsi permettre aux ARS d'en appliquer les effets financiers, le présent article supprime la motivation du contrat fondé sur les pratiques de prescriptions non conformes et modifie le caractère automatique de la sanction financière en cas de refus de contractualiser. Enfin, l'article prévoit la mise en œuvre d'expérimentations de nouveaux modes de transports, afin d'en améliorer l'efficacité en proposant au patient le mode de transport le moins onéreux compatible avec son état de santé. À l'heure actuelle en effet, le seul lien de l'assurance maladie avec les taxis consiste en une convention individuelle déclinée de manière très diverse selon les caisses à partir d'un modèle national arrêté par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ⁽¹⁾.

La dynamisation de la démarche de contractualisation devrait générer des économies de l'ordre de 10 millions d'euros en 2014 et 30 millions d'euros en 2015

Le coût des expérimentations, estimé quant à lui entre 3 et 5 millions d'euros, sera compensé par l'utilisation de crédits déjà mobilisés dans le cadre du FIR sur les CACQS.

La Rapporteuse pour avis se félicite de cette volonté de rendre opérationnels les CACQS, tant il est vrai que les dépenses de transport doivent être mieux régulées. En 2012, la Cour des comptes ⁽²⁾ a d'ailleurs souligné l'insuffisance des systèmes de régulation existants pour assurer une maîtrise de la dépense réellement efficace, et a déploré une responsabilisation des acteurs encore très limitée.

Enfin, face au constat selon lequel le FIR assume aujourd'hui la plupart des missions jusque-là dévolues au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) ⁽³⁾, **l'article 32** procède à la suppression du FIQCS, tout en organisant le financement des missions nationales qu'il conservait.

En ce qui concerne les médicaments, **l'article 37** vise à expérimenter, pour une durée de trois ans, leur délivrance à l'unité. L'Inspection générale des affaires sociales estime en effet qu'un médicament sur deux n'est pas consommé. Les marges de réduction des coûts pour l'assurance maladie sont donc importantes. L'expérimentation prévue ne portera que sur les antibiotiques, et permettra d'évaluer les bénéfices d'une telle pratique, ainsi que d'en identifier les difficultés avant une éventuelle extension à l'ensemble du territoire. L'étude

(1) *L'article 38 de la LFSS pour 2008 prévoit que la prise en charge des frais de transport des assurés est conditionnée par la signature d'une convention locale entre les organismes d'assurance maladie et les taxis. Ces conventions déterminent notamment les modalités de fixation des tarifs et les conditions de dispenses d'avance de frais.*

(2) « *Les transports de patients à la charge de l'assurance maladie* », chapitre XI du rapport relatif à l'exécution des lois de financement de la sécurité sociale, 2012.

(3) *Ce fonds a été créé par l'article 94 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, en remplacement du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSU) et de la dotation nationale de développement des réseaux (DNDR)*

d'impact accompagnant le texte indique qu'en 2011 environ 665 millions d'euros de dépenses remboursées par l'assurance maladie concernent les antibiotiques. La mesure concernerait environ 200 officines (sur les 22 000 que comporte le territoire). L'économie obtenue est évaluée à environ 1 million d'euros. Un appui financier sera néanmoins apporté aux officines participant à l'expérimentation.

L'article 38 vise à promouvoir la diffusion des médicaments biologiques similaires, appelés plus couramment génériques, par l'établissement d'un répertoire, qui permettra une meilleure information des prescripteurs. Ces derniers seront donc davantage incités à les prescrire. L'article prévoit également d'autoriser la substitution par les pharmaciens de médicaments génériques, mais uniquement en cas de première délivrance. Compte tenu des délais liés à la publication des textes d'application de la mesure et de la progressivité de sa montée en charge, un rendement de 5 millions d'euros est attendu en 2015.

Les médicaments génériques sont également dans le champ de **l'article 40**, qui vise à améliorer la transparence sur les prix réellement facturés aux officines par les fabricants de médicament génériques, afin d'adapter en conséquence les tarifs fixés par le comité économique des produits de santé (CEPS). Le mécanisme prévu consiste en une déclaration au CEPS des remises accordées par les fabricants aux pharmaciens. L'étude d'impact retient l'hypothèse selon laquelle ces informations permettraient au CEPS de réduire chaque année à partir de 2015 en moyenne de 0,5 point supplémentaire les prix des médicaments génériques, ce qui engendrerait une économie pour l'assurance maladie de l'ordre de 15 millions d'euros supplémentaires par an.

L'article 39 du PLFSS pérennise quant à lui la prise en charge, par l'assurance maladie (ATU), des traitements délivrés en autorisation temporaire d'utilisation, mais il précise le champ des patients concernés, et prévoit un reversement à l'assurance maladie de la fraction du prix qui dépasse celui fixé par le CEPS. L'économie pour la sécurité sociale a été évaluée à 3 millions d'euros, à partir de données collectées dans le cadre du rapport de l'article 24 de la loi du 29 décembre 2011 ⁽¹⁾, qui a créé le dispositif de l'ATU.

L'article 44 instaure le tiers payant pour les consultations et examens biologiques nécessaires à la contraception, pour les mineures de plus de 15 ans, ce qui représentera un coût de l'ordre de 2 millions d'euros par an.

Au-delà de ces mesures, rappelons que la baisse des tarifs des professionnels libéraux, les actions de maîtrise médicalisée des dépenses et les diverses baisses de prix des dispositifs médicaux et des médicaments devraient permettre d'économiser près de 1,7 milliard d'euros sur les soins de ville. Les économies se décomposent de la façon suivante :

(1) L'article 24 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé disposait que « le Gouvernement présente au Parlement, dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, un rapport dressant le bilan de l'expérimentation ».

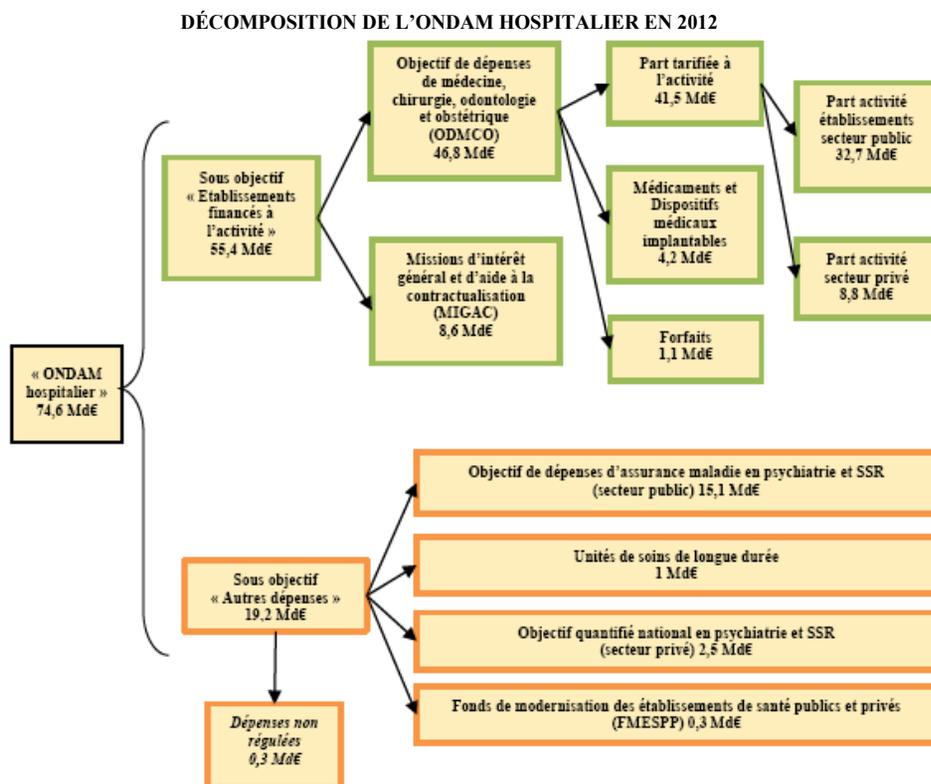
- baisse du prix des médicaments et des dispositifs médicaux (940 millions d'euros) ;
- baisse des tarifs des professionnels (130 millions d'euros) ;
- maîtrise médicalisée des dépenses visant à de plus justes prescriptions (600 millions d'euros).

C. LES DÉPENSES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

1. L'évolution des dépenses hospitalières

L'importance des dépenses hospitalières dans le cadre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie en fait un enjeu majeur dans le cadre de la maîtrise des dépenses de santé. Elles se sont élevées à 74,5 milliards d'euros en 2012 (+ 2,7 % par rapport à 2011), faisant apparaître un écart à l'objectif voté de l'ordre de - 100 millions d'euros.

Le graphique ci-après permet de visualiser les différentes composantes et les sous-objectifs de l'ONDAM hospitalier tel qu'il a été exécuté en 2012 :



Source : Cour des comptes, rapport sur l'exécution des LFSS, 2013.

Pour 2013, les dépenses de l'ensemble des établissements de santé devraient être inférieures de 50 millions d'euros à l'objectif.

La Rapporteuse pour avis regrette que la déclinaison de l'enveloppe hospitalière entre ses composantes ne soit pas présentée dans l'annexe 7 au PLFSS, non plus que les modifications effectuées d'une année sur l'autre entre celles-ci.

Le taux d'évolution des dépenses afférentes aux établissements de santé avant mesures nouvelles s'établit à 3,1 % pour 2014. L'objectif de dépense est fixé pour 2014 à 75,5 milliards d'euros ⁽¹⁾, soit une évolution à la hausse de 2,3 % (soit 1,7 milliard d'euros).

À l'intérieur de cette progression, des économies sont envisagées : 440 millions d'euros d'économies seront réalisées à l'hôpital par le biais de la rationalisation des achats, de l'amélioration de la pertinence des actes et du développement de la chirurgie ambulatoire.

Rappelons que la ministre des Affaires sociales et de la santé, a engagé les travaux du Pacte de confiance pour l'hôpital, qui ont abouti à la remise du rapport de M. Édouard Couty, en mai 2013, présentant des pistes d'amélioration de l'efficacité des soins et de la coordination entre les différentes structures.

La Rapporteuse pour avis souhaite attirer l'attention sur un point particulier, à savoir le coût du recours à l'intérim pour les hôpitaux.

Près de 15 000 postes de titulaires étaient vacants en 2012. Ces emplois sont occupés par des contractuels, souvent des étrangers en contrat précaire. Par ailleurs, l'intérim permet de combler les manques, surtout en anesthésie-réanimation et aux urgences. Selon la Fédération hospitalière de France (FHF), il en a coûté 67 millions d'euros aux hôpitaux en 2012 – un chiffre en hausse de 30 % sur trois ans –, soit l'équivalent de 350 équivalents temps plein. Une autre évaluation fait apparaître un coût proche de 500 millions d'euros (coût évalué sur la base d'extrapolation à partir de coûts enregistrés dans quelques régions). Au final, il n'existe pas de chiffres sur le nombre de médecins concernés, pas de contrôle non plus, puisque le Centre national de gestion (CNG), rattaché au ministère de la Santé, n'est chargé que des titulaires. Mais la rémunération sur 24 heures d'un anesthésiste peut s'élever à plus de 1 500 euros par jour.

Notre collègue Olivier Véran prépare actuellement, pour le compte de la commission des Affaires sociales, un rapport sur ce sujet.

Par ailleurs, la Rapporteuse pour avis souhaite insister sur l'importance de la prise en compte des aspirations des jeunes médecins, afin d'anticiper l'évolution des différents paramètres de notre système. Une récente enquête du syndicat des internes des hôpitaux de Paris a démontré que les jeunes médecins privilégient

(1) Dont 55,6 pour les établissements tarifés à l'activité et 19,9 pour les autres établissements (article 50 du PLFSS 2014).

largement une installation en cabinet de groupe ou en maison de santé pluridisciplinaire. La féminisation de la profession a également comme conséquence le souhait d'horaires moins contraignants, et des volumes d'heures de travail plus faibles que les pratiques actuelles.

Enfin, un bilan du statut de praticien territorial créé par la LFSS pour 2013 ⁽¹⁾, et dont les premiers contrats ont été signés récemment, méritera d'être réalisé en vue de la prochaine loi de financement.

2. Les mesures du projet de loi

Lancée par le Premier ministre à Grenoble le 8 février dernier, la stratégie nationale de santé (SNS) a pour ambition de définir un cadre de l'action publique pour les années qui viennent, afin de combattre les injustices et inégalités de santé et d'accès au système de soins et d'adapter le système de santé français aux besoins des patients. Parmi les dix-neuf recommandations du comité des « sages » ⁽²⁾ installé à cette occasion, le rapport préconise de s'assurer de la cohérence de l'évolution des tarifications fixées par l'État à l'hôpital, en élargissant notamment le conseil de l'hospitalisation pour constituer un conseil de la tarification. Le PLFSS pour 2014 marque le début d'une concrétisation des recommandations présentées à la ministre des Affaires sociales.

a. Le lancement d'une rénovation de la tarification hospitalière

Mise en place dans le cadre du plan « Hôpital 2007 », la tarification à l'activité (T2A) est le mode de financement des établissements de santé publics, anciennement sous dotation globale (DG) et privés, anciennement sous objectif quantifié national (OQN).

Au terme de plusieurs mois de réflexion et de concertation, le PLFSS pour 2014 constitue une première étape dans la mise en œuvre de la réforme de la tarification hospitalière. Les adaptations du modèle proposées ont fait l'objet d'échanges avec l'ensemble des acteurs hospitaliers au sein du comité de réforme de la tarification hospitalière (CORETAH), instance installée en décembre 2012 par la ministre de la Santé.

En avril 2012, un rapport commun des inspections générales des affaires sociales et des finances ⁽³⁾ a montré que la tarification à l'activité, comme la CCAM ⁽⁴⁾ tend progressivement, et sous l'effet de corrections techniques répétées, à perdre sa logique médico-économique. La mission a souligné que la tarification à l'activité s'oriente vers une simple clé de répartition budgétaire de plus en plus

(1) L'État s'est engagé à faciliter l'installation de médecins en leur garantissant un revenu mensuel pendant deux ans, et des avantages en matière de protection sociale. Le décret d'application du texte est paru le 15 août dernier.

(2) Rapport Cordier, 19 recommandations du comité des sages, publié le 23 septembre 2013 dans le cadre de la stratégie nationale de santé.

(3) Rapport relatif à l'évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux, avril 2012.

(4) Classification commune des actes médicaux, applicable aux actes techniques réalisés en ville.

éloignée de toutes références économiques. La tarification à l'activité repose sur deux paramètres : l'activité contrôlée directement par les établissements, et la tarification fixée par le ministère. Comme les deux paramètres répondent à des logiques économiques différentes, la Rapporteuse pour avis considère que cette tarification à l'activité a atteint ses limites, et peut conduire à fragiliser certains établissements.

L'article 33 prévoit donc trois séries d'adaptations :

– le texte ouvre la possibilité d'un financement dérogatoire des activités isolées géographiquement. La situation de certains de ces établissements de santé est en effet particulière dans la mesure où les charges fixes ne peuvent pas toujours être couvertes du fait d'une activité insuffisante ou de nature spécifique. Les modalités pratiques de ce financement, notamment les critères d'éligibilité, seront définies par voie réglementaire. L'impact de la mesure sur le financement des activités isolées est estimé à 36 millions d'euros. Le Gouvernement précise que cette estimation couvre notamment les surcoûts liés à l'intérim. Une analyse complémentaire montre que ces surcoûts s'élèvent à 2,3 % du total des charges d'un échantillon d'établissements qui pourrait faire l'objet de la mesure contre 0,8 % en moyenne au niveau national, ce qui s'explique par la nécessité de répondre aux difficultés de recrutement dans ces établissements ⁽¹⁾ ;

– le texte prévoit d'autoriser les établissements de santé privés à facturer à l'assurance maladie les actes et consultations externes réalisés par les médecins salariés. Selon l'article L. 162-26-1 du code de la sécurité sociale, les établissements de santé privés employant des médecins salariés ne peuvent facturer leurs honoraires que lorsqu'ils sont réalisés dans le cadre des activités de soins de l'établissement. Au contraire, les praticiens libéraux peuvent facturer ces actes et consultations externes dans le cadre de leur activité libérale, même lorsque cette activité est réalisée dans les locaux de l'établissement. La présente mesure répond donc à un souci d'égalité de traitement entre établissements de santé mais également à la volonté d'améliorer l'accès à une offre de soins de spécialistes. Au total, cette mesure devrait représenter un surcoût pour 2014 de l'ordre de 9 millions d'euros. Le nombre d'actes ainsi facturés sera comptabilisé au sein de l'objectif « soins de ville » de l'ONDAM ;

– il introduit un mécanisme de dégressivité des tarifs nationaux pour certaines prestations d'hospitalisation. Différentes modalités d'application sont ouvertes :

• la fixation de taux d'évolution d'activité au-delà desquels les établissements de santé concernés perçoivent un tarif minoré par rapport aux tarifs nationaux ;

(1) Source : étude d'impact.

- une dégressivité au-delà d'un certain volume d'activité visant à prendre en compte les économies d'échelle qui peuvent exister sur des activités spécifiques.

La dégressivité doit ainsi permettre de contenir la tendance observée ces dernières années sur la dynamique des dépenses relatives aux séjours et séances d'hospitalisation, qui est de l'ordre de + 2,7 % en moyenne sur les trois dernières années.

Le tableau suivant présente le montant des économies attendues au titre de l'article 33.

ÉCONOMIES GÉNÉRÉES PAR L'ARTICLE 33 DU PLFSS POUR 2014

(en millions d'euros)

Impact financier en droits constatés			
2014	2015	2016	2017
+ 55	+ 110	+ 165	+ 220

Source : étude d'impact.

L'article 34 du PLFSS pour 2014 vise à améliorer le parcours de santé des patients atteints d'insuffisance rénale chronique, ou soumis au traitement du cancer par radiothérapie. Là encore, le Gouvernement entend corriger certains « effets secondaires » de la tarification à l'activité. Deux expérimentations sont donc prévues, instituant un cadre juridique et financier *ad hoc* permettant de déroger aux règles actuelles régissant les modalités de financement des acteurs de santé concernés. Pour le traitement du cancer par radiothérapie par exemple, une concertation nationale qui s'est tenue en juin 2013 a validé le principe d'un financement forfaitaire, détaché du nombre de séances. Les économies attendues sont de l'ordre d'une vingtaine de millions d'euros pour ces deux expérimentations.

L'article 36 organise le report de la date à laquelle sera mise en place la facturation individuelle pour les établissements de santé (FIDES). Actuellement, les établissements de santé facturent à l'assurance maladie les actes ou les séjours sur une base mensuelle et globale. Dans la continuité de la mise en place de la tarification à l'activité, l'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a prévu la mise en œuvre d'une expérimentation de facturation individuelle et directe des consultations et des séjours aux caisses d'assurance maladie, par des établissements de santé publics et privés d'intérêt collectif. Ce mode de facturation devrait permettre de disposer directement, aux niveaux national et régional, des données détaillées sur les prestations de santé des établissements hospitaliers concernés, en vue notamment d'une maîtrise renforcée des dépenses de santé. L'expérimentation en cours pour les actes et consultations externes, et permet d'envisager une génération du dispositif en 2016. En revanche, l'adaptation de la FIDES aux séjours hospitaliers est plus complexe, notamment en matière de système d'information. La généralisation de l'expérimentation est donc repoussée à 2018 par le présent article, ce que la Rapporteur pour avis juge quelque peu regrettable.

b. Les mesures de simplification

L'article 41 du PLFSS simplifie la procédure qui permet aux agences régionales de santé de réguler l'utilisation de la « liste en sus »⁽¹⁾ des établissements de santé. Désormais, la gestion de cette liste s'effectuera à travers un unique outil contractuel, à la fois qualitatif et quantitatif. Il en est attendu un doublement du nombre d'établissements suivis, pour un impact financier positif estimé à 7 millions d'euros par an.

L'article 42 a pour objectif de simplifier l'inscription à la nomenclature des actes innovants associés à des produits de santé. En effet, l'accès aux nouvelles technologies ou alternatives thérapeutiques est très souvent conditionné à la création d'un acte. Aujourd'hui, l'inscription d'un acte sur la liste visée à l'article L. 162-1-7 du code de sécurité sociale nécessite un avis de la HAS ainsi qu'une hiérarchisation puis une tarification par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). L'objectif de la mesure est d'aboutir à la hiérarchisation dans les six mois suivant le prononcé de l'avis de la HAS. Génératrice d'économies à long terme grâce à des gains d'efficacité, cette mesure engendrera néanmoins un coût immédiat pour l'assurance maladie estimé à 2,5 millions d'euros en année pleine, du fait du remboursement de nouveaux actes.

D. LES DÉPENSES MÉDICO-SOCIALES

Le financement des dépenses de soins des établissements et services médico-sociaux est soumis à un objectif de dépenses appelé « objectif global de dépenses » (OGD). Géré intégralement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), cet objectif est composé d'une contribution de l'assurance maladie, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie consacrées aux établissements et services médico-sociaux (ONDAM médico-social, 90 % de l'OGD1) et par la part des produits de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) destinée aux établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et personnes handicapées (10 % de l'OGD).

La contribution des régimes d'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées a représenté 8 milliards d'euros en 2012, en progression de 6 % par rapport à l'objectif voté pour 2011. L'enveloppe pour personnes handicapées s'est pour sa part élevée à 8,4 milliards d'euros, en augmentation de 2,4 % sur un an.

(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 ».

Depuis 2003, l'ONDAM médico-social a progressé à un rythme très élevé presque deux fois supérieur à celui de l'ONDAM (+ 7,0% en moyenne annuelle contre + 3,6 % pour l'ONDAM). En particulier, on constate que l'ONDAM médico-social pour les personnes âgées a été le principal moteur de la croissance de l'ONDAM médico-social en raison notamment des crédits alloués au titre du plan Alzheimer (1,2 milliards d'euros) et du plan solidarité grand âge (PSGA, 1,3 milliards d'euros), plans qui ont financé une augmentation de l'offre d'accueil et de services en faveur des personnes victimes de la maladie d'Alzheimer et les personnes âgées. En raison de la montée en charge du financement des plans pluriannuels, de création de places dans le secteur des personnes handicapées et de l'achèvement des plans relatifs à l'offre de service pour personnes âgées, le dernier rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale prévoit l'accroissement de la part relative de l'ONDAM médico-social pour les personnes handicapées dans les années à venir.

Pour 2014, le taux d'évolution de l'ONDAM médico-social est fixé à 3 % ⁽¹⁾.

Dans le cadre l'ODG, le PLFSS pour 2014 prévoit ainsi une enveloppe de 18,8 milliards d'euros, en hausse de 3,2 % (soit 584 millions d'euros supplémentaires), dont 17,6 milliards apportés à la CNSA par l'assurance maladie (champ ONDAM), 1,1 milliard venant de l'affectation d'une fraction du produit de la CSA et 70 millions d'euros issus des réserves de la CNSA. Les 580 millions supplémentaires permettront notamment de financer des créations de places (dont la répartition n'est pas indiquée), de revaloriser de 1 % les moyens dévolus au titre des places et des services existants et de mettre en œuvre les engagements du plan Alzheimer et ceux relatifs à la médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

En ce qui concerne le secteur médico-social, **l'article 47** du PLFSS pour 2014 reconduit la mise en œuvre d'un plan d'aide à l'investissement (PAI) dans le secteur médico-social, dont le financement était assuré par l'affectation de 2 % des recettes. Ce plan avait été décidé dans le cadre de la LFSS pour 2013.

E. LA POLITIQUE DE PRÉVENTION

À titre liminaire, il convient de rappeler que l'assurance maladie contribue à la mise en œuvre de la politique nationale de santé en permettant à ses assurés de bénéficier d'actions de prévention tout au long de leur vie, de façon coordonnée avec d'autres opérateurs de l'État et désormais avec les ARS. Selon le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, les dépenses de prévention de la branche maladie pour 2013 s'élèveraient à 475 millions d'euros.

(1) 2,9 % pour les établissements et services pour personnes âgées, et 3,1% pour les établissements et services aux personnes handicapées.

Dans ce domaine, **l'article 43** autorise les caisses nationales d'assurance maladie à mettre en place des programmes d'aide au sevrage tabagique (conseils, soutiens et prescription de substituts nicotiniques) et augmente le montant de la prise en charge de ces substituts pour les jeunes de 20 à 25 ans. Le coût annuel de la prise en charge pourrait s'élever entre 14 millions et 71 millions d'euros. Enfin, l'article autorise les sages-femmes à prescrire un tel traitement au conjoint de la femme enceinte. Moyennant l'hypothèse que 44 % des proches de femmes enceintes seraient fumeurs, le coût a été évalué à 2 millions d'euros par an.

II. LA BRANCHE VIEILLESSE

A. LA RÉSORPTION DU DÉFICIT

En 2012, le solde de la CNAV s'est élevé à - 4,8 milliards d'euros (contre - 6,0 milliards d'euros en 2011), soit une amélioration de 1,2 milliard d'euros. Cette année-là, les masses de prestations brutes versées par l'ensemble des régimes de base se sont élevées à près de 205 milliards d'euros, en ralentissement par rapport à 2011 (+ 3,6% après + 4,4 % en 2011).

Selon le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale, le déficit se réduirait à nouveau en 2013 pour atteindre 3,3 milliards d'euros, avant de se creuser à nouveau en 2014, atteignant 3,7 milliards d'euros.

Cependant, l'évolution du solde 2014 sera marquée par la réforme des retraites, dont l'objectif est d'assurer l'équilibre des régimes de base en 2020.

L'article 51 du PLFSS fixe les objectifs de dépense de la branche vieillesse pour 2014 à 221 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, dont 117,2 milliards d'euros pour le régime général de la sécurité sociale, soit une augmentation de 2,2 % par rapport à l'objectif 2013.

Cette prévision d'évolution modérée, en dépit de l'arrivée à la retraite des générations nombreuses du *baby-boom*, est due à la mise en œuvre, dès 2014, des mesures de redressement prévues dans le cadre du projet de loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, principalement le report au 1^{er} octobre de l'indexation des pensions de retraite.

Le tableau suivant retrace l'impact des mesures du projet de loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites sur les comptes de la branche.

IMPACT DE LA RÉFORME DES RETRAITES DE 2013 SUR LA BRANCHE VIEILLESSE EN 2014

(en milliards d'euros)

	Régime général					Tous régimes	Fonds de solidarité vieillesse (section 1)
	Maladie	AT-MP	Vieillesse	Famille	Toutes branches	Toutes branches	
Mesures relatives à l'assurance vieillesse (Projet de loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites)	- 0,03	0	2,49	- 0,09	2,38	2,63	- 0,13
Report de l'indexation des pensions			0,46		0,46	0,58	
Hausse cotisations vieillesse			1,64		1,64	1,76	
Effet transfert chômage et maladie			0,21		0,21	0,21	- 0,21
Effet autres transferts (AVPF, régimes équilibrés) et impact sur la CSG du report de l'indexation	- 0,03		0,17	- 0,09	0,06	0,06	0,00
Effet C3S (Impact de la hausse des cotisations sociales et du décalage de la revalorisation sur le RSI)					0,00	0,00	0,11
Validation du quatrième trimestre pour les apprentis de moins de 18 ans			0,02		0,02	0,02	- 0,02

Source : étude d'impact du projet de loi de réforme des retraites.

B. LES MESURES DU PROJET DE LOI

L'article 61 fixe le montant des transferts bénéficiant au FSV au titre de la prise en charge du minimum contributif pour 2014. Ce montant est de 3,4 milliards d'euros pour le régime général, 400 millions d'euros pour la MSA et 100 millions d'euros pour le RSI.

L'article 62 fixe la prévision de charges du FSV en 2014 à 20,4 milliards d'euros.

III. LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

Pour 2014, le solde de la branche serait légèrement inférieur à celui de 2013, mais il reste toutefois positif.

COMPTES DE LA BRANCHE AT-MP

(en milliards d'euros)

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

Source : PLFSS 2014, annexe B.

L'article 54 fixe l'objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) à 13,3 milliards d'euros pour les régimes obligatoires de base, dont 12 milliards pour le régime général.

Par comparaison, le tableau suivant détaille les charges de la branche pour l'année 2012.

RÉSULTAT 2012 DE LA BRANCHE AT-MP

(en milliards d'euros)

	2011 Proforma ^(*)	2012	Variation en montant	Variation en %
Charges dont	12,4	12,7	+ 0,2	+ 1,9 %
Prestations légales	7,8	8,0	+ 0,2	+ 1,9 %
Autres prestations sociales	0,8	0,8	Ns	- 4,4 %
Transferts entre organismes	1,0	1,0	Ns	+ 4,3 %
Autres charges techniques	1,3	1,2	- 0,1	- 3,9 %
Dotations aux provisions pour charges techniques	0,6	0,7	+ 0,1	+ 18,9 %
Charges de gestion courante	0,9	0,9	Ns	+ 3,8 %

(*) Résultat, produits et charges 2011 reconstitués afin d'assurer leur comparabilité avec ceux de 2012 (prise en compte des opérations du FCAATA, intégré aux comptes 2012 de la branche AT-MP).

Source : états financiers, Cour des comptes.

L'article 52 fixe les contributions dues par la branche accidents du travail et maladies professionnelles à différents fonds, comme suit :

– le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), créé en 2001, est financé par une contribution de l'État et par une contribution de la branche AT-MP. Pour 2014, la dotation s'élève à 435 millions d'euros ;

– le Fonds de cessation anticipée d’activité des travailleurs de l’amiante (FCAATA) est financé, essentiellement, par une contribution de la branche AT-MP du régime général, ainsi que par une fraction du produit des droits de consommation sur le tabac et une contribution du régime agricole. Au 30 juin 2013, 25 000 personnes bénéficiaient du dispositif. Depuis 2010, le fonds est à l’équilibre, et cette tendance s’est accentuée au cœur des années suivantes du fait de la diminution continue, depuis 2009, des dépenses du fonds ;

– le versement à la branche maladie, prévu par l’article L. 176-1 du code de la sécurité sociale afin de compenser les sous-déclarations d’accidents du travail ou de maladies professionnelles est fixé pour 2014 à 790 millions d’euros, ce montant étant stable depuis 2012.

IV. LA BRANCHE FAMILLE

A. LES DÉPENSES DE LA BRANCHE POUR 2014

La croissance des prestations familiales a connu une nette accélération en 2012 (+ 2,8 % contre + 1,6 % en 2011). En 2013 et 2014, cette progression serait plus faible (respectivement + 1,9 % et + 1,2 %), en l’absence de mesures nouvelles et sans variation majeure des autres déterminants de l’évolution des prestations familiales. Pour 2014, le déficit de la branche famille est estimé à 2,3 milliards d’euros. La branche devrait donc connaître une amélioration de 1 milliard d’euros par rapport au solde tendanciel de – 3,3 milliards d’euros.

RECETTES, DÉPENSES ET SOLDE DE LA BRANCHE FAMILLE

(en milliards d’euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Recettes	50,4	52,3	54,1	55,2	56,9	58,7	60,4	62,1
Dépenses	53,0	54,9	56,6	58,0	59,2	60,6	62,0	63,1
Solde	– 2,7	– 2,6	– 2,5	– 2,8	– 2,3	– 1,9	– 1,6	– 1,0

Source : PLFSS 2014, annexe B.

L’article 60 du PLFSS fixe un objectif de dépense global de 59,2 milliards d’euros pour l’ensemble de la branche famille.

B. LES MESURES DU PROJET DE LOI

Face à l’évolution de la société et des familles, entraînant une modification des besoins des parents et des enfants, le Gouvernement s’est engagé à faire évoluer notre politique familiale. Le 21 janvier 2013, il a adopté un plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l’inclusion sociale⁽¹⁾, comprenant de nombreux objectifs de soutien aux familles les plus démunies. Par ailleurs, le

(1) Circulaire du 7 juin 2013 relative à la mise en œuvre du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l’inclusion sociale.

3 juin 2013, le Premier ministre a souhaité réaffirmer la volonté de la majorité de rénover notre politique familiale tout en garantissant ses principes. À cette fin, le Gouvernement a ainsi choisi de mobiliser conjointement l'ensemble des leviers possibles : les prestations familiales, la fiscalité et les services aux familles.

D'ores et déjà, au sein du projet de réforme des retraites actuellement en discussion au Parlement, le Gouvernement a prévu la remise d'un rapport sur l'évolution des droits familiaux ⁽¹⁾ et l'engagement d'une réflexion à ce sujet.

Plusieurs mesures du PLFSS s'inscrivent également dans ce cadre d'une approche plus ciblée et plus juste des droits familiaux, recentrés au bénéfice des familles en ayant le plus besoin.

L'article 55 prévoit une majoration du complément familial ⁽²⁾ pour les familles sous le seuil de pauvreté. L'impact financier de la mesure pour la métropole est estimé à 60 millions d'euros en 2014, pour les 400 000 bénéficiaires de cette nouvelle mesure, qui bénéficieront d'un gain annuel d'environ 200 euros au titre de la majoration. Cet impact sera de 378 millions d'euros à terme en 2018, selon les chiffres de la DREES. L'extension aux départements d'outre-mer coûterait 20 millions d'euros supplémentaires.

L'article 56 prévoit une modulation de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant (le montant de l'allocation de base sera divisé par deux pour les familles éligibles à l'allocation de base mais ayant des ressources dépassant un certain seuil) et l'alignement progressif de son montant sur celui du complément familial. L'impact global de ces ajustements représenterait une économie de près de 820 millions d'euros à l'horizon 2019. Selon l'étude d'impact, en 2016, horizon des mesures de rénovation de la politique familiale annoncées, l'économie serait d'ores et déjà de 430 millions d'euros.

L'article 57 uniformise le complément de libre choix d'activité afin que son montant soit identique pour tous les allocataires, quel que soit le niveau de leurs ressources, en supprimant le CLCA majoré (pour une économie attendue de 120 millions d'euros à l'horizon 2017), et il limite l'octroi de ce complément aux travailleurs à temps partiel percevant une rémunération supérieure à un plafond fixé par décret.

L'article 58 plafonne le complément libre choix du mode de garde (CMG) dans un objectif de simplification et supprime la condition d'un revenu minimal d'activité. L'impact financier sera globalement négatif, puisqu'il entraînera une charge pour la sécurité sociale de l'ordre de 17 millions d'euros en 2015.

(1) Article 13 du projet de loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites.

(2) Créé en 1972, il s'agit d'une prestation versée sous conditions de ressources pour aider financièrement les familles nombreuses qui disposent de revenus modestes.

V. LA GESTION DES RÉGIMES ET LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE

1. Les mesures d'amélioration de la gestion des régimes de sécurité sociale

Diverses mesures du PLFSS pour 2014 visent à améliorer l'efficacité de la gestion des organismes intervenant dans notre système de protection sociale.

Rappelons que les budgets de gestion administrative de chacune des branches du régime général sont négociés dans le cadre des conventions d'objectifs et de gestion (COG) et obéissent aux règles budgétaires annexées à celles-ci. Pour 2013, les dépenses brutes hors investissement de gestion administrative du régime général s'élèveraient à 10,3 milliards d'euros (dont 5,9 pour la CNAM), soit une hausse de 1,5 % à périmètre constant par rapport à l'exécuté 2012.

L'article 64 vise à intégrer au sein d'un seul et même circuit le traitement de l'ensemble des flux financiers liés aux soins de santé donnés à l'étranger, déjà partiellement assumés par la CNAM ⁽¹⁾.

L'article 65 confie la gestion des branches assurance maladie des exploitants agricoles (AMEXA) et accidents du travail des exploitants agricoles (ATEXA) à la seule MSA et permettra donc de mettre fin à la pluralité des gestionnaires de ces deux branches d'ici la fin 2014. À terme, les frais de gestion du régime des personnes non-salariées agricoles seront diminués de 22,8 millions d'euros par an.

2. Les mesures en matière de lutte contre la fraude

L'article 67 rend applicable aux employeurs de salariés agricoles les pénalités applicables en cas de fausse déclaration d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Plus précisément, la mesure permet d'étendre aux directeurs de caisses de mutualité sociale agricole la possibilité d'infliger les sanctions financières prévues par l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale en cas de non-respect par l'employeur de ses obligations en matière de déclaration d'un accident du travail.

L'article 68 permet de refuser le versement des aides personnalisées au logement lorsque le logement est la propriété indirecte de la famille, par le biais par exemple d'une société civile immobilière.

L'article 69 améliore la lisibilité des sanctions en matière de fraude sociale, en réorganisant le dispositif répressif autour de deux dispositions du code pénal, les articles 313-2 relatif au délit d'escroquerie et 441-6 relatif aux déclarations mensongères. Les sanctions seront ainsi harmonisées à deux ans d'emprisonnement et 30 000 euros d'amende en cas de faux et sept ans d'emprisonnement et à 750 000 euros d'amende en cas d'escroquerie constatée au préjudice d'un organisme de sécurité sociale.

(1) Le présent article transfère donc le traitement des dettes et créances internationales d'assurance maladie du Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (CLEISS) vers la CNAM.

EXAMEN EN COMMISSION

La Commission, au cours de sa séance du 16 septembre 2013, examine le projet de loi.

M. le président Gilles Carrez. L'année dernière, notre rapporteure avait analysé de manière lumineuse l'enchevêtrement des relations entre le budget de l'État et le budget de la sécurité sociale, montrant la nécessité d'améliorer la méthodologie d'examen des deux textes.

Mme Valérie Rabault, rapporteure pour avis. Je souhaite tout d'abord replacer le projet de loi de financement de la sécurité sociale – PLFSS – pour 2014 dans la perspective de la dépense publique générale au sens du traité de Maastricht. On constate ainsi qu'en 2012, les dépenses de l'État représentaient 302 milliards d'euros, soit 27,6 % des dépenses des administrations publiques ; celles des collectivités locales 222 milliards, soit 20,3 % ; celles de la sécurité sociale 46 %, soit quelque 500 milliards d'euros et donc l'essentiel de la dépense publique.

Les dépenses de sécurité sociale sont pour 189,5 milliards d'euros celles de la branche maladie, pour 216 milliards celles de la branche vieillesse, pour 58 milliards celles de la branche famille et pour 13 milliards celles de la branche accidents du travail. Dans ce cadre, le Parlement est appelé à voter l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), qui atteint 175,4 milliards d'euros. Quant aux dépenses pour lesquelles le Parlement pourrait disposer d'outils de pilotage, elles ne sont pas évaluées. Voilà qui pourrait conduire à un utile débat sur la répartition des responsabilités entre le Parlement et les instances paritaires.

J'en viens au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 proprement dit. En trois ans, nous avons amorcé la réduction du déficit des régimes obligatoires : alors qu'il s'était établi à 15,1 milliards d'euros en 2012, le déficit devrait être de 14,6 milliards en 2013, et l'objectif proposé par le Gouvernement pour 2014 est de le ramener à 9,7 milliards. Cet objectif assez ambitieux doit être atteint par un effort partagé en recettes et en dépenses.

Le Gouvernement table sur 4,2 milliards d'euros de recettes supplémentaires nettes, soit 2 milliards versés par l'État à la sécurité sociale et 2,2 milliards de hausse des ressources propres. En particulier, le solde de la branche vieillesse sera significativement réduit par la réforme des retraites que nous venons d'adopter en première lecture. La hausse des ressources propres est liée pour 1,7 milliard d'euros à la hausse des cotisations prévue pour le régime général et pour 450 millions d'euros à la réforme des niches sociales sur les plans d'épargne en actions – PEA –, les plans d'épargne logement – PEL – et l'assurance-vie. Le projet repose par ailleurs sur une hypothèse d'évolution de la masse salariale de 2,2 %. Cette évolution, inférieure à celle retenue dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, est jugée réaliste par le consensus des économistes et par le Haut Conseil des finances publiques.

L'effort en termes de dépense – je précise qu'il s'agit de la dépense tendancielle – se traduira par une économie de 6 milliards d'euros sur l'ensemble du champ des administrations de sécurité sociale. L'augmentation de l'ONDAM ralentira : fixée à 2,6 %

pour 2013 – mais les dépenses seront de 500 millions d’euros inférieures à ce qui avait été prévu –, elle sera de 2,4 % en 2014, ce qui permettra une économie de 2,4 milliards d’euros. Le report de l’indexation des pensions prévu dans la réforme des retraites permettra une économie de 800 millions d’euros et l’aménagement des prestations familiales permettra d’économiser 200 millions. De plus, 500 millions sont attendus des économies de gestion des caisses de sécurité sociale et 2 milliards d’euros de l’extension de la réforme des retraites aux régimes complémentaires.

Les économies sur l’ONDAM 2014 se répartiront entre soins de ville, établissements de santé et secteur médico-social. Les économies relatives aux soins de ville s’élèveront à 1,76 milliard d’euros, ventilés de la manière suivante : les médicaments pour 1 milliard d’euros, les consultations pour 130 millions et la maîtrise médicalisée des dépenses de santé pour 600 millions ; 90 millions s’expliquent en outre par le report de mesures prises en 2013 et qui doivent encore monter en charge. L’économie attendue pour l’hôpital proviendra pour 140 millions d’euros de la régulation de la « liste en sus » et pour 440 millions du renforcement de l’efficacité des établissements de santé. Ce dernier point suppose en particulier le développement de la chirurgie ambulatoire, dont la prévalence est de 37 % en moyenne sur le territoire, mais avec de très grandes disparités, puisqu’elle varie de 20 à 60 % selon les hôpitaux. Un effort d’organisation s’impose pour améliorer ce type de prise en charge tout en préservant la qualité des soins.

M. le président Gilles Carrez. Comment l’effort entre hôpitaux publics et hôpitaux privés se répartira-t-il ?

Mme la rapporteure pour avis. L’ONDAM ne permet pas de faire apparaître cette répartition. On en revient à mon interrogation première sur la capacité de pilotage des dépenses sociales par le Parlement. Vous en avez ici un exemple avec la difficile définition des orientations de la dépense hospitalière.

M. Christian Eckert, rapporteur général. Je rappelle que les tarifications sont fixées par le ministre, non par le Parlement. Dans un autre domaine, quelle est la proportion des dépenses d’assurance maladie imputable respectivement aux soins de ville et aux établissements de santé ?

Mme la rapporteure pour avis. Les dépenses sous ONDAM se répartissent *mutatis mutandis* de façon équitable entre soins de ville et établissements de santé.

Entre 2005 et 2012, l’économie réalisée par la baisse du prix des médicaments a été de 800 millions à 1 milliard d’euros par an. Cet effort s’est prolongé en 2013 et se prolongera encore en 2014. 8,5 milliards d’euros d’économies pour l’assurance maladie ont ainsi été réalisés. Au regard du montant total des remboursements de médicaments – 26 milliards d’euros –, l’économie engagée est considérable ; elle traduit sans doute la surévaluation passée du prix de certaines molécules. Le montant des médicaments remboursés atteint 22,7 milliards d’euros, dont 5 milliards au titre des médicaments génériques.

M. Alain Fauré. Est-on en mesure d’apprécier réellement l’économie qu’ils ont permise ?

Mme la rapporteure pour avis. Les comparaisons internationales montrent que les prix de nos médicaments génériques sont encore un peu plus élevés qu’à l’étranger. La Haute Autorité de santé, qui est chargée de mesurer l’amélioration du service médical rendu, a entrepris de réviser ses critères de notation pour garantir le meilleur rapport entre le prix et le bénéfice attendu des nouveaux médicaments mis sur le marché. Pour cela, elle va désormais procéder à une évaluation médico-économique de chaque médicament.

J'ai demandé, mais n'ai pas obtenu, les éléments qui m'auraient permis de déterminer quelles avaient été les améliorations réelles du service médical rendu pour chaque catégorie de médicament. Je le déplore car cela nous permettrait d'apprécier si l'argent public va vraiment à l'innovation. J'espère que nous disposerons de ces données pour la discussion en séance publique, ou au moins pour l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale l'année prochaine.

M. le président Gilles Carrez. L'évolution du remboursement des médicaments diffère-t-elle selon qu'il s'agit de prescriptions faites en ville ou à l'hôpital ? Il semble que les « sorties hospitalières » augmentent très rapidement, avec un manque de contrôle évident.

M. Marc Goua. Il est flagrant, dans ma circonscription, que les malades se rendent directement à l'hôpital, sans passer par leur médecin traitant. Il n'est donc pas surprenant que le volume des prescriptions médicamenteuses hospitalières bondisse. Cette situation n'est satisfaisante pour personne : les urgences sont embolisées, le bon fonctionnement de l'hôpital est entravé et des surcoûts considérables sont générés. S'attaque-t-on à ce problème ?

Mme la rapporteure pour avis. Il est exact que le volume des prescriptions hospitalières augmente. Cette évolution fait partie des sujets qu'il nous faudra traiter dans le cadre d'une réflexion générale sur un meilleur pilotage du parcours de soins. J'appelle toutefois votre attention sur l'économie de 140 millions d'euros attendue en 2014 sur la régulation de la « liste en sus », pour le dispositif de suivi du bon usage des médicaments innovants et onéreux prescrits par les hôpitaux et non pris en charge dans la tarification à l'activité – T2A. Nous souhaitons parvenir à des prescriptions mieux harmonisées, par pathologies, dans tous les hôpitaux du territoire. C'est un premier pas vers l'amélioration du parcours de soins.

L'occasion m'est ainsi donnée de faire le point sur l'hôpital. Deux constats s'imposent : d'une part, les limites de la T2A, d'autre part, la dérive que constitue le recours croissant à l'intérim par certains établissements, au prix d'un surcoût élevé, point sur lequel notre collègue Olivier Véran remettra prochainement un rapport.

La T2A met en jeu deux variables : d'une part l'activité, essentiellement chirurgicale, qui est contrôlée par l'établissement, et d'autre part la tarification, levier à la main de l'État, qui s'en sert pour que l'ONDAM soit respecté. Cette configuration, en mettant sous pression certains établissements qui manquent d'activités et donc de recettes, freine par endroits la mise en œuvre du parcours de soins. Mon avis personnel est que la T2A, en l'état, favorise les grands établissements qui pratiquent beaucoup d'actes chirurgicaux, au détriment de ceux qui voient leurs activités rentables captées par les établissements privés. Cela ne suffit pas à expliquer que certains hôpitaux concentrent les déficits, mais la question est d'importance.

On note aussi, dans les hôpitaux qui ont des difficultés à accroître leur activité, un recours croissant à l'intérim. Or, le coût d'un médecin intérimaire est compris entre 1 500 et 2 000 euros par jour, alors que le coût annuel d'un praticien hospitalier est de l'ordre de 130 000 euros. Le surcoût ainsi induit pouvait être estimé à 500 millions d'euros, et il est apparu, au fil des auditions que nous avons conduites, que certains praticiens hospitaliers démissionnent de leurs fonctions dans un établissement donné pour les reprendre immédiatement, dans les mêmes lieux, en tant qu'intérimaires. Jusqu'à présent, une certaine liberté a été laissée aux établissements à ce sujet, mais quand le surcoût atteint un tel montant, le phénomène ne peut plus être considéré comme marginal.

M. le rapporteur général. La question est essentielle, et elle le serait même si le surcoût était de moitié inférieur. Ne faut-il pas aussi s'interroger et sur l'organisation des études de médecine et sur la validité du *numerus clausus* ? Chacun de nous est confronté, dans sa circonscription, aux problèmes que pose la démographie médicale, mais chacun connaît aussi la déperdition phénoménale et coûteuse du nombre d'étudiants inscrits en deuxième année de faculté de médecine par rapport au nombre de ceux qui étaient inscrits en première année. Il faut remettre l'ouvrage sur le métier pour éviter aussi que, comme c'est le cas, les étudiants en médecine formés en France ne partent à l'étranger faute de pouvoir exercer dans leur pays la spécialité qui les intéresse. Et, dans le même temps, nous recrutons des médecins que nous faisons venir de l'étranger ! Cette organisation caricaturale n'est satisfaisante ni pour les jeunes générations de médecins, ni pour les patients. Il est assez curieux de voir les médecins formés en France s'expatrier cependant que les malades français sont contraints de se tourner vers des médecins venus de l'étranger, avec comme conséquences des incompréhensions linguistiques et culturelles. Cette gabegie pèse fortement, à la fois sur le budget de l'enseignement supérieur et sur la dépense de l'assurance maladie. Les anesthésistes intérimaires, pour ne parler que d'eux, coûtent cher. Il est bon qu'un rapport soit en préparation à ce sujet ; cette question d'ordre sociétal demande une réflexion approfondie.

M. Alain Rodet. Je partage l'opinion de la rapporteure pour avis sur les effets pervers de la T2A. Actuellement, une légère baisse d'activité entraîne la réduction des recettes d'un hôpital alors même que cette baisse est due à ce que l'établissement a décidé d'en finir avec l'acharnement thérapeutique ; en ce cas, il est sanctionné alors même qu'il a participé à la maîtrise des dépenses de santé. À l'inverse, un autre facteur joue : l'inflation du coût des équipements. En urologie notamment, les robots coûtent si cher qu'on les fait fonctionner en permanence pour les amortir ; il en résulte une augmentation de l'activité qui conduit à celle des recettes, et l'hôpital considéré se trouve dans l'aisance de façon assez artificielle.

Mme Carole Delga. Je suis aussi d'avis que la T2A doit être révisée, parce qu'elle ne prend pas suffisamment en compte les missions d'intérêt général qu'assument les hôpitaux publics locaux qui se chargent de soigner les pathologies les moins « rémunératrices » et d'accueillir indistinctement tous les malades, pendant que le secteur privé se réserve les opérations chirurgicales les plus rentables. Il est également vrai que, au fil des ans, les « mercenaires » intérimaires sont de plus en plus nombreux dans les hôpitaux, ce qui induit des coûts très importants. Les jeunes médecins choisissent effectivement d'exercer en intérim, car il apporte une rémunération plus élevée. Outre que, de ce fait, ils s'installent de plus en plus tard, ils délaissent alors l'hôpital, les quartiers défavorisés, les villages et la montagne, où ils ne sont pas plus nombreux alors même que le *numerus clausus* a été desserré. Cela nous conduit, pour faire face aux besoins, à faire venir des médecins étrangers, notamment des généralistes. La plus grande vigilance s'impose pour mettre fin à des abus qui ont un impact réel sur l'équilibre de nos finances sociales.

M. Éric Alauzet. Il est d'ailleurs contradictoire de chercher une alternative à la rémunération à l'acte des médecins de ville au motif que cela a un effet inflationniste et de développer la T2A à l'hôpital, ce qui a pour conséquence l'hyperspécialisation de cliniques privées dans des actes hyper-rentables.

Mme la rapporteure pour avis. Revoir le *numerus clausus* impliquera de revoir aussi les formations qui, pour certaines spécialités en tout cas, sont engorgées. Par ailleurs, une étude éclairante sur les aspirations professionnelles des jeunes médecins d'Île-de-France réalisée par la TNS-Sofres à la demande du syndicat des internes des hôpitaux de Paris montre que s'ils ne se tournent pas naturellement vers l'intérim, ils sont de plus en plus nombreux à l'envisager, tendance qui s'accélère après quelques années.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 prévoit, en ses articles 32 et 33, d'une part l'adaptation de la T2A dans les zones sous-denses, d'autre part un mécanisme de dégressivité des tarifs nationaux au-delà d'un seuil d'activité, pour éviter que le pilotage de la dépense par l'établissement ne se fasse uniquement par le volume d'activité. Le projet prévoit aussi l'allocation de 8 milliards d'euros aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation – MIGAC – et de 3 milliards d'euros au Fonds d'intervention régional – FIR. Les directeurs des agences régionales de santé pourront allouer les ressources du FIR en fonction des besoins de santé recensés, indépendamment de la T2A. Enfin, l'article 34 du projet tend à améliorer le parcours de soins pour deux pathologies chroniques précisément définies, en permettant l'expérimentation d'un modèle intégré de financement de la prise en charge, indépendant de la T2A. Ce sont de premières réponses très intéressantes aux problèmes dont nous avons débattu.

Pour ce qui est du parcours de soins, il convenait tout d'abord d'enrayer la croissance continue de la dépense due aux transports sanitaires : elle a augmenté de 6 % en 2012, passant de 2,9 milliards à 3,08 milliards d'euros, et l'on s'attend à une nouvelle progression, de 4,8 %, en 2013. Le projet prévoit en son article 31 des expérimentations ayant pour objectif de développer des modes de transports plus efficaces. Les articles 27, 28 et 29 prévoient par ailleurs de nouveaux modes de rémunération des personnels médicaux et notamment l'expérimentation du financement d'actes de télé-médecine.

J'en viens à la gestion de la dette et du déficit, pour rappeler en préalable que la France, avec la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), est, de tous les pays, le seul qui amortisse sa dette sociale au lieu qu'elle soit, comme c'est le cas ailleurs, incluse dans le montant de la dette générale de l'État. C'est tout à notre honneur et, de la sorte, plus de 71 milliards d'euros ont déjà été amortis depuis 1996.

L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) accusant un déficit de trésorerie croissant, le Gouvernement propose de relever le plafond de recours à des ressources non permanentes de 29,5 milliards d'euros – ce qu'il était en 2013 – à 34,5 milliards en 2014. Le principe de l'amortissement de la dette sociale est maintenu, et le projet de loi prévoit le transfert du maximum possible vers la CADES, dans le cadre de ce qui a été prévu par la loi de financement de 2011.

M. Éric Woerth. Et le reste ?

Mme la rapporteure pour avis. Le reste demeure à l'ACOSS qui, étant donné la faiblesse des taux d'intérêt, bénéficie de conditions de financement de sa dette extrêmement favorable. C'est effectivement pourquoi, monsieur Woerth, le projet porte à 34,5 milliards d'euros, pour l'ACOSS, le plafond de recours à des ressources non permanentes en 2014.

Mme Monique Rabin. Étant donné la sévérité et la rigidité croissante des hôpitaux sur ce plan, l'augmentation du coût des transports sanitaires est très difficile à comprendre. L'accroissement de la dépense est-il véritablement dû au fait que la dépense n'est pas contenue ? Ne peut-elle s'expliquer par le développement de la chirurgie ambulatoire, qui conduit à un transfert de la dépense hospitalière vers la dépense de transport sanitaire ?

M. Alain Fauré. La France est l'un des rares pays dans lesquels l'assurance maladie prend en charge jusqu'aux frais de déplacement des patients venus consulter à l'hôpital par leurs propres moyens. Que l'on aide les patients qui sont en grande précarité peut se comprendre, mais de très nombreux malades bénéficient de cette prise en charge sans que cela paraisse s'imposer. Plutôt que de limiter les transports spécialisés dont certains ont besoin car ils suivent des chimiothérapies lourdes, ne faudrait-il pas revoir le mécanisme et instituer d'autres modalités pour la prise en charge de ces frais ? Qu'elle ne soit pas fonction des revenus me paraît anormal.

Mme la rapporteure pour avis. J'ai interrogé plusieurs caisses d'assurance maladie qui vont dans votre sens mais qui expliquent aussi qu'en cas de contrôles, c'est le patient qui est pénalisé et non le prescripteur ; or, ce n'est pas le patient qui choisit de se rendre à l'hôpital en transport sanitaire. Nous étudierons cette question de près. Les conventions signées l'année dernière visaient à ce que le tarif soit mieux encadré. Il reste à contenir le volume et, en cas d'abus, à définir qui doit payer.

M. Éric Alauzet. Il conviendrait de regarder de près la question des transports sanitaires qui constituent le premier poste de fraude. On en prescrit trop, mais le caractère diffus des prescriptions rend difficile de repérer les abus. Trop de malades, au motif qu'ils sont en ALD – affection de longue durée – et donc remboursés à 100 %, utilisent un transport sanitaire pour se rendre par exemple à des séances de radiothérapie, alors que cela ne se justifie pas sur le plan médical. Une femme jeune sans problème particulier n'a absolument pas besoin d'un transport sanitaire pour se rendre à des séances de radiothérapie prescrites pour un cancer du sein.

M. le président Gilles Carrez. Ces comportements sont en effet liés au remboursement à 100 % pour les malades en ALD.

Mme la rapporteure pour avis. L'article 31 vise à lutter contre les abus et donne aux agences régionales de santé – ARS – les outils juridiques nécessaires avec un véritable pouvoir d'injonction.

Mme Marie-Christine Dalloz. Chacun est conscient qu'il existe des abus, mais il ne faudrait pas stigmatiser les transporteurs. L'an dernier, dans le Jura, les entreprises de transport sanitaire ont été très strictement contrôlées, notamment sur le temps de travail de leurs salariés. Fortement malmenées, certaines ont dû licencier. Le transport sanitaire, ce n'est pas seulement l'affaire des transporteurs, mais aussi des prescripteurs en amont.

M. Christophe Castaner. Si l'encadrement des tarifs va dans le bon sens, l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, dont l'application a certes été gelée après négociation avec la profession mais qui n'a pas été abrogé, risque toujours de faire disparaître tout un maillage territorial, notamment dans les zones rurales. Déjà l'an dernier, nous avons pointé le risque que seuls de gros opérateurs répondent aux appels d'offres lancés par les CHU.

M. Alain Fauré. Il ne faudrait pas que se reproduise dans le domaine des transports sanitaires ce qui s'est passé dans celui des transports scolaires, où de grandes sociétés, comme Veolia, ont racheté quantité de petites entreprises de transport dans tout le pays et pratiquent maintenant les tarifs qu'elles veulent, quand elles ne menacent pas tout simplement d'abandonner l'activité ! Veillons à ce que les économies d'aujourd'hui ne se transforment pas en grandes dépenses demain !

Mme la rapporteure pour avis. J'en viens aux relations entre l'État et les caisses de sécurité sociale. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a simplifié les relations entre l'État et la sécurité sociale avec un flux unique passant par la TVA. L'article 15 du PLFSS ne modifie pas cette logique mais procède à une nouvelle répartition des ressources entre les différentes branches.

Il a été décidé de compenser pour les entreprises la hausse des cotisations vieillesse liée à la réforme des retraites par une diminution des cotisations famille. Je rappelle que la fixation du taux des cotisations relève du domaine réglementaire. Reste à répartir les compensations apportées par l'État entre les différentes caisses. Les droits sur le tabac sont ainsi transférés de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés – CNAMTS – à la Mutualité sociale agricole – MSA –, le produit des prélèvements sur les

stock-options de la CNAMTS à la Caisse nationale d'allocations familiales – CNAF. Cela pose d'ailleurs la question des taxes affectées : souhaite-t-on par exemple que le produit des droits sur le tabac alimente durablement le régime des non-salariés agricoles ?

Il me semble que le schéma est inutilement compliqué. J'exposerai tout à l'heure en détail l'amendement que j'ai déposé à l'article 15 et qui vise à modifier et simplifier ce dispositif.

M. le président Gilles Carrez. Je tiens à vous féliciter, madame la rapporteure, pour avis, de cette présentation particulièrement pédagogique, qui a suscité l'intérêt de tous et nous a permis d'avoir une discussion très vivante. Grâce à vous, le PLFSS nous paraît moins complexe.

M. Pascal Terrasse. À mon tour, je remercie la rapporteure de la qualité de sa présentation. La « tuyauterie » résultant des dispositions de l'article 15 est complexe, mais souvenons-nous qu'en 1998 ou en 1999, les relations entre l'État et les caisses étaient encore bien plus obscures encore. Depuis des années, l'objectif est quand même de rendre la lecture du financement de notre protection sociale plus simple et plus lisible.

Alors que le déficit s'élevait à 15,1 milliards d'euros en 2012, il devrait, selon les informations dont nous disposons, s'établir à 14,5 milliards en 2013, en baisse donc, conformément aux objectifs fixés. Nous devons toutefois rester très vigilants pour que la trajectoire définie soit respectée. La progression de l'ONDAM a été limitée à 2,4 % pour 2014 et les années suivantes jusqu'en 2017, ce qui est peu, vu l'évolution constatée les années passées.

Avec 4,1 milliards d'euros, le déficit structurel du Fonds de solidarité vieillesse - FSV – pose un véritable problème, même si une part du produit de la contribution sociale de solidarité des sociétés – C3S – sera affectée à réduire ce solde.

S'agissant de l'assurance maladie, la ministre de la Santé a annoncé il y a une quinzaine de jours un plan d'action en matière d'accès aux soins qui prévoit notamment une maîtrise des dépenses de soins de ville au travers du développement de la contractualisation avec les professionnels, voie déjà empruntée les années passées et sur laquelle il faut bien entendu continuer d'avancer. Ce plan comporte également des mesures en matière de politique du médicament. La rapporteure l'a souligné, l'utilisation des génériques ne monte en puissance que lentement. Notre pays présente la particularité que les *princeps* y sont quasiment au même prix que les génériques. Plus on fait baisser le prix des médicaments, plus les laboratoires calquent le prix des premiers sur celui des seconds. Il faut donc être très exigeant s'agissant des génériques. Enfin, s'il n'est pas certain que l'article 37, qui prévoit l'expérimentation de la délivrance des médicaments à l'unité, permette beaucoup d'économies, au moins répondra-t-il à une attente forte des consommateurs et des associations qui se demandent pourquoi la France est l'un des rares pays où le conditionnement des médicaments est tel qu'il y en a toujours plus dans la boîte que ce que requiert la prescription.

J'en viens à l'article 31, dont je pense le plus grand mal et auquel je suis farouchement opposé. Une mesure semblable avait été adoptée l'an passé, mais son application avait finalement été gelée. La seule différence cette année est qu'elle sera expérimentale, sa mise en œuvre étant laissée à l'initiative des ARS. Pour être vice-président de l'ARS de Rhône-Alpes, je sais que les directeurs d'ARS se préoccupent avant tout de régulation. Nul doute que pour réguler les dépenses de transport sanitaire, les ARS demanderont aux CHU de conclure des conventions. Là où il existe un CHU, s'y adosseront de grandes entreprises privées en mesure de répondre aux appels d'offres, tandis que sur tout le reste du territoire, notamment dans les zones

rurales, des entreprises de taxi, notamment celles qui travaillent, pour partie, avec les conseils généraux pour les transports scolaires, et pour partie, avec la caisse d'assurance maladie pour les transports sanitaires, se retrouveront dans une situation très difficile. Toute une profession risque d'être déstabilisée. Il est facile de comprendre que si demain le CHU de Lyon ou celui de Montpellier passe contrat avec une importante société, les petites entreprises de transport sanitaire de l'Ardèche seront condamnées !

Je pensais que le Gouvernement avait pris conscience du problème, puisqu'il avait finalement gelé la mesure l'an dernier. Mais voilà qu'il en propose de nouveau l'expérimentation ! Bien sûr, cela ne pose pas de difficultés dans une ville comme Paris. Mais il n'en va pas de même ailleurs. S'il est justifié de chercher à maîtriser tant le volume des prescriptions de transport sanitaire que le tarif de ces transports, le dispositif envisagé ne peut avoir qu'été inspiré au mieux par des technocrates, au pire par le lobby de certaines entreprises de transport qui se sont déjà organisées pour emporter les marchés, au risque d'ailleurs qu'une fois en situation de monopole, elles ne fixent elles-mêmes les tarifs, comme cela a déjà été dit.

M. Laurent Grandguillaume. La simplification et la rationalisation du mode de calcul des cotisations au Régime social des indépendants – RSI – prévues à l'article 22 vont dans le bon sens. La trésorerie des entreprises ne pourra qu'en être soulagée, alors que jusqu'à présent, d'éventuels trop-perçus pouvaient être remboursés avec deux ans de décalage.

En revanche, la refonte des prélèvements sociaux sur les produits de placement prévue à l'article 8 m'interpelle. Afin d'éviter les effets d'aubaine, les dispositions entreront en vigueur de manière rétroactive à la date du 28 septembre 2013, ce qui peut poser problème à des entrepreneurs que cette rétroactivité pénalisera, alors qu'ils ne font par exemple que vendre des actions de leur PEA pour réinvestir dans une autre société. Il convient d'appeler l'attention de la ministre sur ce point, car cela risque de freiner certains processus de cession-reprise, notamment dans des PME ou des ETI où les chefs d'entreprise n'ont souvent pas d'autre moyen pour investir que de retirer de l'argent de leur PEA. Si l'on comprend que certaines mesures doivent parfois être rétroactives, bien qu'il faille l'éviter le plus possible pour des raisons de lisibilité, en l'espèce, cela entravera des processus engagés.

M. le président Gilles Carrez. Cette mesure, évaluée à 600 millions d'euros de recettes nouvelles, est passée largement inaperçue. Bien qu'inscrite dans le PLFSS, elle est plutôt de nature fiscale. Si sur un plan juridique, je pense, comme Laurent Grandguillaume, qu'elle ne peut pas être considérée comme rétroactive, il n'en reste pas moins qu'appliquer le taux actuel des prélèvements sociaux – soit 15,5 %, à des plus-values réalisées à un moment où le taux de ces prélèvements ne dépassait pas 10 %, comme c'était encore le cas jusqu'en 2005 – pose problème. Avec d'autres règles du jeu, les épargnants auraient peut-être fait d'autres arbitrages. Pour le reste, on ne peut pas séparer le fiscal et le social, et il faut raisonner globalement. D'ailleurs, pour les plus-values professionnelles, par exemple, le niveau des prélèvements sociaux, 15,5 %, est presque aussi élevé que le taux d'imposition, qui est de 16 %. Il est donc important que la commission des Finances se saisisse aussi du sujet.

M. Éric Alauzet. Les examens médicaux constituent un gisement colossal d'économies en matière de dépenses de santé. Des centaines de millions d'euros, peut-être des milliards, d'exams redondants ou inutiles sont prescrits chaque année. Il faudrait mettre un terme à cette gabegie. Les responsabilités sont certes partagées. Il existe sans doute une pression de la part des patients ; les médecins cèdent sans doute à la facilité car il faut prendre du temps pour expliquer qu'on ne prescrit pas tel examen ; le rôle des médias non plus n'est pas neutre ; et bien sûr, le dossier médical partagé fait cruellement défaut.

M. Jean-Pierre Gorges. Lorsqu'on voit toute cette « tuyauterie » entre caisses, on ne peut s'empêcher de penser que des simplifications seraient certainement possibles.

Pour présider depuis treize ans le conseil d'administration d'un hôpital public, je sais que la T2A a eu des effets positifs, notamment parce qu'elle est source de motivation. Mais je sais aussi que la tarification exclusive à l'activité pose problème à l'hôpital public qui se retrouve en concurrence frontale avec le privé. La question est de savoir quelle part de l'activité de l'hôpital public doit au total échapper à cette tarification.

Cela m'amène au sujet de la chirurgie. Étant donné la démographie médicale, notamment dans cette spécialité, il est clair qu'il n'y aura pas assez de professionnels pour travailler à l'hôpital public et dans les cliniques privées. Or, les interventions s'effectuent avec des matériels de plus en plus sophistiqués – en urologie, plus aucune n'aura lieu sans robot. Les chirurgiens se dirigeront donc inévitablement vers les établissements disposant des moyens techniques les plus modernes, qui coûtent très cher. Je m'interroge donc quand je vois qu'au prétexte de maintenir de l'activité, on continue d'investir beaucoup d'argent dans des endroits qui ne rapportent rien. Si l'hôpital public ne développe pas la chirurgie ambulatoire, ce sont les établissements privés qui récupéreront toute la chirurgie. Dans certaines cliniques, l'ambulatoire représente 90 % de l'activité, alors que l'hôpital public n'en est qu'à 37 %. Vu la démographie médicale, vu les investissements nécessaires, vu que les moyens d'imagerie médicale sont déjà dans certaines villes mutualisés entre public et privé, ne faudrait-il pas que public et privé se rapprochent pour la chirurgie ? À défaut, l'issue risque d'être dramatique pour l'hôpital public. En effet, une fois la chirurgie partie, la situation devient très difficile pour un hôpital. Une réflexion globale serait nécessaire sur ce sujet, à propos duquel il ne serait pas inutile de créer un groupe de travail.

Mme Christine Pires Beaune. Je remercie moi aussi la rapporteure pour avis de sa présentation, même si je n'ai pas saisi toutes les subtilités de l'article 15 !

L'ONDAM pour 2014 comporte un sous-objectif retraçant les dépenses relatives au FIR. Il faut se féliciter que les missions du FIR aient été étendues. Mais les règles comptables instituées lors de la mise en place de ce fonds ont conduit à confier le paiement des crédits aux caisses d'assurance maladie, ce qui, d'une part, a considérablement alourdi les procédures, et, d'autre part, surtout a empêché les ARS de reprendre l'année n+1 les crédits engagés l'année n mais non consommés. Comment redonner aux ARS la maîtrise totale de la gestion des crédits non consommés ?

Mme Marie-Christine Dalloz. Je me demande si l'amendement à l'article 15 déposé par la rapporteure pour avis, qui aboutit à affecter 1,2 milliard d'euros à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie – CNSA –, n'anticipe pas la vaste réforme de l'autonomie annoncée hier par le Premier ministre. Je comprends le montage financier mais c'est l'esprit de la mesure qui me choque profondément. Vous dites, madame la rapporteure, que l'augmentation des cotisations vieillesse patronales ne représente « qu'un » effort de 1,2 milliard d'euros, et, avançant à l'appui de votre argumentation la hausse du coût des retraites qu'ont subie les entreprises américaines, concluez que nos entreprises sont à même de supporter cet effort, sans que cela nuise à la compétitivité de notre pays. Comment peut-on soutenir cela à un moment où chacun sait notre compétitivité est en berne et où le Gouvernement a d'ailleurs décidé de financer un crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi – CICE ? On ne peut pas d'un côté accorder ce CICE, de l'autre en rogner les effets.

M. le président Gilles Carrez. Je propose, madame Dalloz, que nous débattions de ce sujet lors de l'examen de l'amendement en question.

Mme la rapporteure pour avis. Monsieur Terrasse, le déficit du FSV a été ramené en 2013 de 4,9 à 2,8 milliards d'euros. En 2014, il se creusera à 3,2 milliards. Dans mon amendement à l'article 15, je propose d'augmenter les ressources supplémentaires du FSV afin de limiter l'évolution du déficit.

J'ai bien entendu votre opposition à l'article 31. Nous aurons l'occasion d'y revenir en séance publique. L'idée consiste bien d'assouplir le conventionnement entre les établissements de santé expérimentateurs, les organismes locaux d'assurance maladie et l'ARS. Une solution serait peut-être de distinguer entre les grandes villes et les zones rurales, où la problématique est en effet différente.

Monsieur Grandguillaume, j'ai demandé à savoir comment se répartissaient entre PEA, PEL, comptes épargne logement – CEL – et contrats d'assurance-vie les 600 millions d'euros escomptés des dispositions de l'article 8. J'espère être en mesure de vous communiquer cette répartition lors du débat en séance publique. Il sera intéressant de la connaître, tous ces produits d'épargne ne répondant pas aux mêmes objectifs et n'étant donc pas assujettis à la même fiscalité. Sur le plan juridique, ainsi que le président l'a fait observer, la mesure ne sera pas considérée comme rétroactive, puisque les gains concernés n'auront pas antérieurement fait l'objet d'un paiement libératoire. Pour autant, je comprends ce que vous voulez dire sur le plan économique puisque les épargnants n'auraient peut-être pas fait les mêmes choix dans des conditions différentes.

Monsieur Alauzet, la dépense au titre des examens de biologie médicale atteint à elle seule 3 milliards d'euros. J'ai bien entendu vos propos et il serait en effet nécessaire de mieux contrôler cette dépense.

Monsieur Gorges, il est vrai que la T2A a sans doute atteint ses limites. Le sous-objectif « Établissements financés à l'activité » ne représente que 55,4 milliards d'euros sur les 80 milliards que j'évoquais tout à l'heure. L'idée est que les ARS puissent disposer de quelques marges de manœuvre.

Madame Pires Beaune, vous avez évoqué le FIR et la nécessité de renforcer le pilotage au niveau des ARS. Il est prévu que certaines ressources soient fongibles. L'objectif est de s'adapter au mieux à la réalité de chaque territoire. Les directeurs d'ARS pourront opérer des transferts de crédits entre les diverses dotations et une globalisation sera possible au niveau de la région.

J'en viens à l'article 15 et à mon amendement CF5. Outre un objectif évident de simplification, celui-ci a également un objectif économique. À l'issue de la négociation entre les partenaires sociaux sur la réforme des retraites, il avait été convenu de faire supporter l'effort de financement pour un tiers par les ménages, un tiers par les salariés et un tiers par les employeurs. Il a ensuite été proposé de compenser la hausse des cotisations vieillesse des entreprises par une diminution de leurs cotisations famille, sachant, je le rappelle, que cette compensation relève du décret et que dans le PLFSS, nous ne voyons que la résultante de tout cela. Dans la mesure où les partenaires sociaux s'étaient mis d'accord sur un financement équilibré par tiers, la compensation envisagée pour les employeurs crée un déséquilibre en défaveur des salariés. C'est pourquoi je propose de la supprimer.

Depuis 2007, les coûts de retraite ont bien augmenté de 13 milliards de dollars pour les entreprises américaines, et elles l'ont supporté ! Supprimer cette compensation à la fois éviterait d'avoir à trouver des ressources supplémentaires pour la CNAF et permettrait de réduire le déficit global de la sécurité sociale.

M. Laurent Wauquiez. Votre proposition détruit tout l'équilibre de la négociation.

Mme la rapporteure pour avis. Non, la négociation prévoyait une hausse des cotisations retraite pour les salariés et pour les employeurs. Ce n'est qu'ensuite qu'il a été proposé de compenser la hausse des cotisations patronales par une baisse des cotisations famille, d'où les transferts de recettes rendus nécessaires à l'article 15. Sans cette compensation, il serait possible de récupérer 1 milliard d'euros et de l'affecter à la réduction du déficit.

Mme Karine Berger. L'amendement proposé par la rapporteure vise à consolider l'équilibre du financement de la réforme des retraites. Son coût sera également réparti : un tiers pour les employeurs, un tiers pour les salariés et un tiers pour les retraités.

Anticipant ce débat, j'ai pris l'initiative de déposer un amendement à l'article 39 du projet de loi de finances pour 2014, afin de réduire le montant de la TVA transférée à la sécurité sociale. Il est la conséquence directe de la suppression de la compensation que propose la rapporteure. Si nous rétablissons dans le PLFSS l'équilibre obtenu lors des négociations sur les retraites, il faut en effet modifier le projet de loi de finances et réduire les transferts de TVA.

M. Laurent Wauquiez J'ai trois remarques à formuler au sujet de cet amendement.

D'abord, je constate que si le gouvernement s'inscrit dans une approche d'augmentation des impôts, nous ne devons pas oublier qu'il prévoit en parallèle une hausse des cotisations sociales qui vont peser sur les classes moyennes, les familles modestes et les Français.

Ensuite, je note une différence de pression fiscale importante en 2014, l'essentiel pesant sur les ménages et non sur les entreprises.

Enfin, des engagements ont été pris par le Gouvernement pour garantir la compétitivité des entreprises et de ne pas alourdir leurs charges. Or, on nous présente un amendement qui fait l'inverse. C'est contraire à tous les engagements que j'avais cru entendre de la part du Gouvernement et du Président de la République. En outre, on remet profondément en cause l'équilibre de la négociation avec les partenaires sociaux sur les retraites.

M. Nicolas Sansu. L'amendement de Valérie Rabault est un amendement de bon sens. Il s'agit de savoir si l'abaissement du coût du travail va permettre de créer des emplois. Pour ma part, je ne pense pas que ce critère soit décisif pour la création d'emplois et de richesse, car le coût du capital est énorme. Nous aurons d'ailleurs le même débat sur le CICE : faut-il donner 20 milliards d'euros aux entreprises sans aucune compensation et de manière indifférenciée ?

Chacun sait que les cotisations vieillesse augmentent de 0,3 point, moitié pour les employeurs et moitié pour les salariés. Mais seuls les employeurs bénéficient d'une compensation. Cela pose une vraie question sur la modulation des prélèvements. Cette question se pose aussi pour l'impôt sur les sociétés et pour l'utilisation des bénéfices.

Je trouve paradoxal que l'opposition s'indigne de notre volonté de préserver les cotisations de la branche famille alors que, dans le même temps, elle répète qu'il ne faut pas toucher aux allocations familiales, ni au quotient familial... Sommes-nous donc condamnés à l'immobilisme ?

Aujourd'hui, le pays a besoin d'une politique familiale forte et le fait de créer 270 000 places en crèche ainsi que d'ouvrir les prestations des caisses d'allocations familiales pour soutenir la mise en place des rythmes scolaires est indispensable. La branche famille a donc besoin de conserver ses financements. Voilà pourquoi je trouve que cet amendement est très intelligent.

M. Dominique Lefebvre. Chacun a compris le sens politique de cet amendement qui pose néanmoins plusieurs problèmes.

Notre Commission a adopté la semaine dernière l'article 39 du projet de loi de finances en parfaite connaissance de cause. Faut-il revenir sur cette position ?

Le vote de cet amendement réduirait la perspective d'atteindre l'objectif de rééquilibrage des comptes de la branche famille, qui ont été fortement dégradés par nos prédécesseurs, puisque la ressource qui n'y serait pas affectée manquerait à l'équilibre.

Par ailleurs, il ne faut pas confondre deux sujets différents. Le premier sujet est celui du financement de la branche vieillesse, dont l'équilibre repose sur une contribution égale des salariés et des employeurs suite à la réforme que nous venons d'adopter en première lecture. Ce point est acquis et c'est important. Tout autre est le débat sur le niveau des charges sociales en général et le coût du travail. Le gouvernement a aujourd'hui un objectif de stabilisation et de préservation de la compétitivité des entreprises. Je partage cet objectif et je ne voterai donc pas un amendement qui me semble aller en sens inverse.

M. Éric Woerth. Je suis d'accord pour la simplification du financement de la sécurité sociale. Cependant, il ne s'agit plus, en l'espèce, d'un exercice de simplification mais d'un exercice purement politique qui ne touche d'ailleurs pas à l'équilibre de la CNAF. Quoi qu'il en soit, il est impossible de revenir sur le principe de la compensation de l'augmentation des cotisations vieillesse promise aux entreprises. Il s'agit d'un accord avec le Gouvernement, qui découle de ses engagements sur la compétitivité.

Abandonner cette politique reviendrait à augmenter les impôts et les charges qui pèsent sur les entreprises. Dominique Lefebvre a tenu à souligner le changement de position qu'induit cet amendement. Si cette position ne concorde pas avec les objectifs gouvernementaux, elle est également en contradiction avec notre approche.

M. Laurent Baumel. Je voudrais remercier la rapporteure pour cette initiative que je pense pertinente. Il ne s'agit pas simplement d'un problème de compétitivité, même si c'est important, car nous sommes ici aussi sur un problème d'ordre politique. Comme l'a rappelé Karine Berger, la difficile réforme des retraites que nous avons adoptée en première lecture a mis à contribution tout à la fois les salariés, les familles, les retraités et les entreprises.

Un équilibre a été trouvé dans la répartition des efforts. Il est totalement insupportable, d'un point de vue politique et démocratique, de constater que le lendemain même où cet équilibre a été trouvé, une compensation est proposée à l'une des parties. Quel est le message démocratique ainsi adressé au pays, notamment à ceux qui n'ont aucune possibilité de se faire entendre ? Admettre la compensation, c'est admettre qu'il y a dans ce pays des groupes de pression qui ont la capacité de s'exonérer de l'effort qui leur est demandé, contrairement à tous les autres qui vont consentir des efforts pour la préservation de notre système de retraites. L'image qui est donnée collectivement à nos concitoyens du

fonctionnement de la démocratie à travers ce type de décisions est une image délétère dont il ne faudra pas s'étonner qu'elle crée une grave crise de confiance dans le fonctionnement de nos institutions.

M. Pascal Terrasse. Je voudrais rappeler qu'un équilibre a été trouvé dans le cadre du financement de la réforme des retraites et que des efforts ont été demandés à tous. Je rappelle que les retraités sont appelés à financer le rétablissement des comptes de la branche vieillesse, tout comme les salariés et les entreprises. La question qui semble posée est la suivante : l'effort patronal va-t-il être annulé par une baisse corrélative des cotisations patronales pour la famille ? Je ne vois pas les choses de cette manière, car je ne pense pas qu'il s'agisse d'une compensation.

Depuis la remise du rapport de M. Louis Gallois, le Gouvernement s'est inscrit dans une démarche visant à permettre à nos entreprises de reconquérir des parts de marché, notamment en matière industrielle. La compétitivité est au cœur du dispositif gouvernemental et inévitablement – c'est un débat que nous avons à gauche – la problématique du coût du travail est posée et la même analyse n'est pas partagée par tous, y compris au sein de notre groupe politique.

La position de la rapporteure est cohérente, notamment en ce qui concerne la liaison entre le PLF et le PLFSS. Néanmoins, en ce qui me concerne, je pense profondément qu'il y a aujourd'hui un problème lié au coût du travail dans notre pays et qu'il ne faut pas alourdir les charges sociales.

La deuxième question est celle des allocations familiales, qui s'élèvent à 7 milliards d'euros. Je pense qu'il faudra modifier profondément le régime de ces avantages qui sont, aujourd'hui, injustement répartis, car ce sont les foyers les plus riches qui en bénéficient le plus. J'attends du Gouvernement une réforme profonde sur ce sujet pour rétablir plus d'équité et de justice.

En conclusion, même s'il pose des questions importantes, je ne voterai pas cet amendement.

M. le président Gilles Carrez. Je voudrais rappeler la chronologie des événements. Le lundi 26 août au soir, le Premier ministre a exposé au cours d'un entretien télévisé les modalités de la réforme des retraites. Il a évoqué la majoration, étalée sur plusieurs années, de 0,3 point des cotisations patronales et salariales, mais n'a alors pas évoqué de compensation. C'est lors des rencontres avec le MEDEF, qui ont lieu sur le campus d'HEC, que le ministre de l'Économie a ensuite parlé de compensation.

Mme Valérie Pécresse. Le ministre de l'Économie a récemment déclaré que la reprise était là mais pas la confiance. Mais comment le monde économique peut-il faire confiance si la politique fiscale est totalement illisible ? Nous avons non seulement l'overdose fiscale mais aussi la bougeotte fiscale ! À chaque nouvelle séance, nous découvrons une nouvelle idée fiscale. À cause de vos amendements, le CICE est de moins en moins financé ; vous avez également fait voter des amendements sur la TVA... Les entreprises ne savent plus du tout où va le pays.

2014 devait être l'année de la compétitivité des entreprises. Et vous nous annoncez que vous ne souhaitez pas compenser les 1,2 milliard d'euros de hausse des cotisations retraites. Si l'on ajoute cela aux 2,5 milliards de hausse de l'impôt sur les sociétés, dont le taux va devenir l'un des plus élevés d'Europe, pensez-vous vraiment que ce soit de nature à redonner aux entreprises envie d'investir et de créer de l'emploi ? Je pense plutôt que nous sommes partis pour une année de stagnation et de défiance.

M. Olivier Fauré. En réponse à Valérie Pécresse, je voudrais indiquer que le débat est encore ouvert et que rien n'est pour l'instant décidé. De grâce, cessez de dramatiser la situation et de caricaturer nos positions, car vous ne contribuez pas à apaiser le débat et à faciliter le retour de la confiance.

Laurent Wauquiez a évoqué un « matraquage fiscal » pour l'ensemble des foyers français. Or, en 2014, 1 milliard d'euros vont être restitués aux ménages afin de préserver leur pouvoir d'achat. Cette mesure bénéficiera à 7 millions de ménages et, parmi eux, 200 000 imposés actuellement ne le seront plus l'an prochain.

Mme la rapporteure pour avis. Pour répondre aux interrogations de Pascal Terrasse sur l'équilibre de la CNAF, je répondrai qu'en flux pour cette année était prévu un supplément de 826 millions d'euros ; avec mon amendement, nous atteignons 1,4 milliard d'euros, ce qui contribue encore à améliorer son solde.

La confiance passe d'abord par le respect de la négociation, de la réforme et de ses conditions. Je remercie notre président d'avoir rappelé le déroulé des événements depuis la fin du mois d'août.

Vous considérez que la France croule sous la pression fiscale. En matière d'impôt sur les sociétés pourtant, le projet de loi de finances pour 2014 présente une diminution des recettes de 53 à 36 milliards d'euros, essentiellement en raison de la mise en œuvre du CICE. Il s'agit donc d'un effort substantiel de 17 milliards que fait la Nation pour aider les entreprises. Il est donc faux de dire que toutes les mesures que nous proposons pèsent sur les entreprises.

M. Éric Woerth. Il ne s'agit tout de même pas d'un cadeau fait aux entreprises.

Mme la rapporteure pour avis. Je n'ai rien dit de tel.

M. Éric Woerth. Effectivement, vous n'avez pas employé ce terme. Néanmoins, si les recettes fiscales sont moindres, c'est d'abord l'effet de la conjoncture, car les marges des entreprises sont de plus en plus faibles. Il ne faudrait pas contrebalancer le CICE par une augmentation progressive d'autres impôts. Au final, on n'y comprend plus rien. Laissez au dispositif que vous avez voté donner son plein effet avant de le remettre en cause.

M. le rapporteur général. Je souligne à mon tour l'importance, pour la confiance, du respect des discussions qui ont eu lieu entre tous les partenaires sur la réforme des retraites. Je rejoins les réflexions de notre président sur un point : la méthode retenue pose la question de la place du Parlement dans ces discussions.

J'observe par ailleurs que la commission des Finances a approuvé l'article 39 du projet de loi de finances pour 2014. Il serait curieux qu'un amendement sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale empêche son bon fonctionnement, alors que la rapporteure pour avis a elle-même rappelé qu'il correspond aux engagements du gouvernement envers les organisations socioprofessionnelles. Je demande donc à mes collègues de ne pas adopter cet amendement.

Mme la rapporteure pour avis. J'entends les arguments du rapporteur général. Certes, mon amendement mettrait en cause l'équilibre de l'article 39 si les recettes de TVA affectées à la sécurité sociale étaient diminuées à due concurrence. Tel n'est pas le schéma que je propose, puisque je raisonne à flux de TVA constants. Le supplément de ressources tiré de la non-compensation est quant à lui affecté à la réduction des déficits.

La Commission en vient à l'examen des articles.

PREMIÈRE PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2012

La Commission émet successivement un avis favorable à l'adoption des articles 1^{er} et 2 sans modification, puis de la première partie du projet de loi sans modification.

DEUXIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2013

La Commission émet successivement un avis favorable à l'adoption des articles 3 à 7 sans modification, puis de la deuxième partie du projet de loi sans modification.

TROISIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2014

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

Article 9 : *Financement des mesures prises en matière de retraites complémentaires agricoles*

La Commission est saisie de l'amendement CF 2 de M. Charles de Courson.

M. Charles de Courson. La loi de finances rectificative pour 2012 a étendu la CSG et la CRDS aux revenus tirés de biens immobiliers (loyers ou plus-values) par des non-résidents. Ce dispositif ne tenait pas compte de l'interdiction faite par la Cour de justice de l'Union européenne – CJUE –, exprimée dans plusieurs jugements de 2000, d'étendre la CSG et la CRDS aux revenus de source française dès lors que ces non-résidents sont assujettis à une imposition sociale dans un autre État membre. Je propose de l'annuler pour éviter de nouveaux contentieux avec l'Union européenne, la France ayant déjà été condamnée dans de nombreux contentieux sur les revenus de non-résidents.

Mme la rapporteure pour avis. J'y suis défavorable, car la philosophie du dispositif développée dans les deux dernières lois de finances est que tous les revenus doivent être taxés de la même manière, qu'il s'agisse des revenus du travail ou de ceux du capital.

M. Charles de Courson. Ce régime est-il seulement « eurocompatible » ?

M. le président Gilles Carrez. Je peux vous répondre car nous avons déjà examiné cet amendement il y a deux ans. Il ne s'agit que de contributions sociales, assimilées pour partie à des impositions toute nature, et limitées aux revenus du patrimoine. Dès lors s'il y a eu lien entre le prélèvement effectué et l'accès à des services, notamment locaux, il ne me semble pas que le dispositif soit problématique et je ne pense pas que nous pourrions être condamnés.

M. Laurent Wauquiez. Je comprends l'approche juridique de Charles de Courson. Cependant, il me semble que la CJUE a précisé sa jurisprudence par un arrêt de 2009 : elle ne serait pas applicable à des impositions sur les revenus du patrimoine finançant des services en contrepartie.

M. Charles de Courson. La difficulté est qu'il ne s'agit pas d'un impôt local ou national. La CSG est affectée au financement de la sécurité sociale et ne crée aucun droit pour ces non-résidents en termes de services de protection sociale. Elle ne rentre donc pas dans les cas prévus par la Cour européenne.

M. le rapporteur général. Ce contentieux est déjà bien connu. Je confirme les explications de notre président. Au surplus, nous affaiblirions la position de la France si nous adoptions un amendement qui anticiperait une éventuelle remise en cause du dispositif.

M. le président Gilles Carrez. C'est un argument très important dans une procédure contentieuse : il ne faut pas donner l'impression de reconnaître la faiblesse de nos positions. L'exemple du contentieux occasionné par la taxe sur les fournisseurs d'accès à Internet, que nous avons gagné, le démontre – même si je reconnais que la situation est un peu différente s'agissant des OPCVM.

M. Pascal Terrasse. En outre, une part de la CSG est affectée aux conseils généraux, certes pour financer l'aide personnalisée autonomie, mais sans être fléchée dans un budget général. Elle peut être allouée à d'autres emplois. Au fonds, nous sommes bien dans le financement de services territoriaux qui peut justifier cette taxation.

M. Charles de Courson. Mais seuls 0,15 % sont réaffectés, et ce pour financer des actions en faveur des personnes âgées c'est-à-dire une contrepartie qui ne concerne pas les non-résidents. Je retire mon amendement à ce stade ; mais le risque demeure que la France ait à supporter des intérêts pour les cinq à six années qui se seront écoulées.

L'amendement est retiré.

La Commission émet successivement un avis favorable à l'adoption des articles 9 à 14 sans modification.

Article 15 : Mesures de transferts de recettes

La Commission est saisie de l'amendement CF 5 de la rapporteure pour avis.

La Commission rejette l'amendement, puis émet un avis favorable à l'adoption de l'article 15 sans modification.

Elle émet successivement un avis favorable à l'adoption des articles 16 à 23 sans modification.

Après l'article 23

La Commission examine l'amendement CF 6 de la rapporteure pour avis.

Mme la rapporteure pour avis. Pour prétendre au bénéfice de certaines exonérations de cotisations sociales, un employeur doit être à jour de ses cotisations et contributions sociales. Mon amendement propose d'étendre cette condition à la réduction générale de cotisations patronales, en exigeant que les entreprises soient à jour de leurs déclarations et qu'en cas de difficulté, elles se rapprochent des URSSAF afin d'élaborer un plan d'apurement ou d'étalement.

M. Charles de Courson. Votre amendement paraît de bon sens. Mais il envisage la situation des entreprises en difficulté en se calant sur les plans d'apurement des cotisations. Qu'en est-il de celles qui n'en sont pas dotées mais négocient avec l'URSSAF ? Les majorations peuvent être très lourdes – même si elles peuvent être remises sur décision d'une commission *ad hoc*. Il faudrait perfectionner cet amendement, en ajoutant par exemple la notion de bonne foi.

Mme la rapporteure pour avis. Je précise que ces dispositions sont prévues pour certains régimes d'exonérations ciblées de cotisations mais pas pour la réduction générale de cotisations. J'ai discuté de cette proposition avec les URSSAF pour m'inspirer des dispositions existantes. Être à jour de ses déclarations et avoir envisagé, si nécessaire, les différents principes d'étalement est un principe sain qui oblige les employeurs à dialoguer avec les URSSAF.

La Commission adopte l'amendement.

La Commission émet successivement un avis favorable à l'adoption des articles 24 à 26 sans modification, puis de la troisième partie du projet de loi, modifiée.

QUATRIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2014

Elle émet successivement un avis favorable à l'adoption des articles 27 à 68, puis de la quatrième partie du projet de loi sans modification.

Enfin, la Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 modifié.

*

* *

ANNEXES

I. RÉPONSES AUX QUESTIONS DE LA RAPPORTEURE

L'article L.O. 111-8 du code de la sécurité sociale dispose que « *en vue de l'examen et du vote du projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année, et sans préjudice de toute autre disposition relative à l'information et au contrôle du Parlement, les commissions de l'Assemblée nationale et du Sénat saisies au fond de ce projet et les autres commissions concernées adressent au Gouvernement, avant le 10 juillet de chaque année, des questionnaires relatifs à l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Celui-ci y répond par écrit au plus tard le 8 octobre* ».

La Rapporteure a adressé le questionnaire suivant au ministère en juillet dernier. Le tableau ci-après retrace l'état des réponses qui y ont été apportées.

ASSEMBLÉE NATIONALE

XIV^e LÉGISLATURE

26 juillet 2013

QUESTIONNAIRE ⁽¹⁾

FAIT

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 2014

en application de l'article L.O. 111-8 du code de la sécurité sociale

(Questionnaire commun avec la commission des Affaires sociales ⁽²⁾)

Rapporteur pour avis :

Mme Valérie RABAULT

Les réponses doivent être adressées, dès que possible et au plus tard le 8 octobre 2013 (date limite résultant de l'article L.O. 111-8 du code de la sécurité sociale)

(1) Pour chaque réponse, prière de rappeler le numéro et le texte de la question.

(2) À l'exception des éléments surlignés.

A.- RECETTES ET ÉQUILIBRE GÉNÉRAL

1. Faire le point sur les dettes de l'État à l'égard de la sécurité sociale en 2011, en 2012 et en 2013, en faisant apparaître les différentes causes de ces dettes (exonérations, prestations...) et en distinguant entre les régimes. Quelles sont les perspectives pour 2014 ?
2. Récapituler les avances consenties par la Caisse des dépôts et consignations à l'ACOSS depuis 2010 (cadre juridique, montants, conditions). Indiquer les perspectives pour 2014. Faire le point sur les conventions entre l'ACOSS et la CDC, d'une part, et entre l'État et l'ACOSS, d'autre part.
3. La politique d'émission par l'ACOSS de billets de trésorerie : utilisation depuis 2010, perspectives pour 2014.
4. Faire le point sur la reprise des dettes de la branche vieillesse par la CADES depuis 2011, sur les transferts du Fonds de réserve pour les retraites vers la CADES et sur l'amortissement de la dette sociale. Prévisions pour 2014.
4. *bis* Faire le bilan des transferts de dette à la CADES depuis sa création. Rappeler le coût de gestion en trésorerie des dettes non transférées et le comparer au coût de la dette reprise par la CADES sur l'ensemble de la durée.
4. *ter* Fournir des éléments sur la possible reprise de dette des branches famille et maladie par la CADES. Établir un calendrier prévisionnel.
5. Préciser l'impact pour la sécurité sociale en 2012, 2013 et 2014, des nouvelles mesures fiscales et sociales prévues par la loi de finances rectificative du 16 août 2012 et la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.
6. Pour chacune des années 2012, 2013 et 2014, indiquer, d'une part, le coût de la réduction générale de cotisations patronales et, d'autre part, le produit des recettes transférées aux régimes de sécurité sociale par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 et qui constituaient jusqu'alors le « panier fiscal » compensant cette exonération.
7. Quel a été le coût total de l'exonération sociale des heures supplémentaires et complémentaires entre 2007 et 2012 ? Faire apparaître le coût de l'exonération salariale, d'une part, et de l'exonération patronale, d'autre part.
8. Quel est le produit, pour les exercices 2011, 2012 et à venir, des trois recettes (prélèvement au fil de l'eau sur les supports d'assurance vie en euros, *exit tax* et fraction de la TSCA) affectées à la branche famille et visant à compenser le transfert de CSG opéré au profit de la CADES ? Préciser en regard le produit de la fraction de CSG transférée de la branche famille à la CADES.
9. Indiquer, pour 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 et 2014, le produit de la contribution instaurée par l'article 13 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 (forfait social), en précisant, pour chaque année, les ressources supplémentaires résultant de l'augmentation de son taux. Évaluer le produit qui serait perçu en 2013 et 2014 si étaient incluses dans l'assiette de cette contribution les sommes exclues respectivement par les 1^o, 3^o et 4^o de l'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale.

B.- ASSURANCE MALADIE

I.- PRÉVENTION ET SANTÉ PUBLIQUE

1. Fournir une note sur la prévention, détaillant :
 - l’activité et le budget du Fonds national de prévention d’éducation et d’information sanitaires depuis 2011 ;
 - un bilan de la COG 2010-2013 signée entre l’État et l’Assurance maladie en matière de prévention ;
 - une présentation des intentions du Gouvernement pour améliorer la prévention, plus particulièrement 1) la coordination des acteurs ; 2) la place des réseaux de santé ; 3) le développement des actions d’éducation ; 4) le renforcement du pilotage territorial de la prévention.
2. Fournir une note sur les perspectives de révision de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Indiquer les réflexions en cours sur la place de l’usager dans le système de soins, et notamment dans les établissements de santé.
3. Fournir une note présentant l’établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) : statut, missions, ressources et dépenses pour chaque année depuis 2010, en justifiant le montant de la dotation demandée pour 2014.
4. Fournir une note sur les données de santé et les échanges de données entre professionnels de santé en indiquant les constats et préconisations de la mission de Pierre-Louis Bras ainsi que les suites qui leurs seront données. Détailler le fonctionnement du SNIIRAM, préciser la liste des personnes ayant accès à aux données nominatives et anonymisées de santé, préciser l’usage qui en est fait dans le cadre des politiques de santé, faire un point sur l’avancement du dossier médical personnel (DMP) ainsi que sur la saisine de l’Autorité de la concurrence par Celtipharm.

II.- ONDAM

5. Analyser les conditions de construction et de respect de l’ONDAM depuis 2011, rappeler les recommandations faites dernièrement quant à son évolution (rapport IGAS/IGF 2012, Cour des comptes, etc.) et préciser lesquelles sont actuellement à l’étude.
6. Analyser les conditions de construction et de respect de l’ONDAM relatif aux soins de ville pour chaque année depuis 2011, en détaillant les principaux postes de dépenses (dépenses d’honoraires médicaux, d’honoraires paramédicaux, indemnités journalières, transport des malades, médicaments, autres produits de santé).
7. Analyser les conditions de construction et de respect de l’ONDAM hospitalier depuis 2011. Détailler les mesures correctrices prises par le Gouvernement, notamment depuis 2012, visant spécifiquement les établissements de santé pour assurer le respect de l’ONDAM.

III.– MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE

8. Fournir une note sur 1) L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé 2) La mise en œuvre de la généralisation de la couverture maladie complémentaire prévue par la loi du 14 juin 2013 de sécurisation de l'emploi.
9. Fournir une note sur les modalités et les obstacles à l'extension du tiers-payant.
10. Préciser les intentions du Gouvernement quant au développement de nouveaux modes de prise en charge ambulatoire (chirurgie de la cataracte, l'insuffisance rénale chronique, chimiothérapie à domicile, création de centres de soins ambulatoires).
11. Fournir une note sur la permanence des soins comprenant une évaluation des dispositions relatives à la permanence des soins prévus par l'article 43 de la LFSS 2013.
12. Fournir une note sur les expérimentations des parcours de santé prévues dans le cadre des articles 70 de la LFSS 2012 et 48 de la LFSS 2013. Préciser le contenu du cahier des charges national des projets pilotes, ainsi que leur champ territorial. Détailler les propositions du comité de pilotage PAERPA.

IV.– ORGANISATION DES SOINS ET CONDITIONS D'EXERCICE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

13. Fournir une note présentant le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), son activité pour chaque exercice depuis 2007, son solde cumulé au 1^{er} juillet 2012, le taux de consommation de ses dotations annuelles depuis 2011 et justifiant le montant de la dotation demandée pour 2014.
14. Fournir une note présentant l'activité du Fonds des actions conventionnelles (FAC) pour chaque exercice depuis 2007, son solde cumulé au 1^{er} juillet 2013, le taux de consommation de ses dotations annuelles depuis 2007.
15. Fournir une note sur la mise en œuvre du développement professionnel continu des professionnels de santé, son financement et sa gestion.
16. Fournir les constats et recommandations de la mission de l'Inspection générale des affaires sociales sur le modèle économique des centres de santé.
17. Fournir le constat et les conclusions du comité des sages installé en février 2013 par le Premier ministre sur la réforme de notre système de santé
18. Fournir une note sur l'état de mise en œuvre du « pacte territoire santé » lancé par la ministre des Affaires sociales et de la Santé le 13 décembre 2012. Préciser dans cette note quels sont les indicateurs mis au point ou dont la création est envisagée, afin de contrôler la performance des ARS en matière d'amélioration de l'accès aux soins. Est-il tenu compte de ces indicateurs dans la rémunération des DG ?
19. Fournir une note sur l'état d'application des dispositions prévues par l'article 46 de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 (praticiens territoriaux de médecine générale et détachement de médecins salariés dans les zones déficitaires)
20. Présenter les indicateurs mis en place au niveau national et régional permettant d'évaluer l'accès aux soins en détaillant 1) l'accès aux hôpitaux 2) l'accès aux soins de premier recours 3) l'accès aux spécialistes
21. Fournir une note présentant les principales modifications apportées par la signature de l'avenant n° 3 à la convention dentaire.

22. Fournir une note présentant l'activité de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et infections nosocomiales (ONIAM) depuis 2011, le taux de consommation de ses dotations pour chaque exercice depuis 2011, et justifiant le montant de la dotation demandée pour 2014.

V.- SOINS DE VILLE ET MAÎTRISE MÉDICALE DES DÉPENSES

23. Présenter sous forme de tableau : les engagements des professionnels de santé en matière de maîtrise médicalisée des dépenses, prévus par les accords conventionnels depuis 2012 ; les résultats obtenus ou prévus ; une évaluation des économies générées.
24. Fournir une note sur le contrat d'amélioration des pratiques individuelles.
25. Présenter 1) le bilan des mesures adoptées depuis 2007 pour développer les nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé exerçant à titre libéral 2) les perspectives de développement du salariat des professionnels de santé exerçant à titre libéral 3) les négociations en cours sur les nouveaux modes de rémunération (en précisant l'application de l'article 45 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013)
26. Présenter le bilan de l'application de l'avenant n° 8 à la convention médicale signé le 25 octobre 2012 précisant notamment le nombre de contrats d'accès aux soins signés et de médecins sanctionnés pour dépassements excessifs.
27. Fournir une note sur les dépenses de biologie médicale : évolution du volume d'examens remboursés, évolution des prix des examens, évolution des dépenses d'assurance maladie concernées, comparaisons internationales sur ces volumes et de ces prix, conséquences attendues de la réforme de la biologie médicale, moyens envisageables pour maîtriser l'évolution des dépenses d'assurance maladie concernées.
28. Fournir une note sur les dépenses de radiologie : évolution du volume d'examens remboursés, évolution des prix des examens, évolution des dépenses d'assurance maladie concernées, comparaisons internationales sur ces volumes et de ces prix, moyens envisageables pour maîtriser l'évolution des dépenses d'assurance maladie concernées.
29. Fournir une note sur le Conseil stratégique des industries de santé (orientations et suites données par le Gouvernement aux travaux du Conseil).
30. Fournir une note sur les dépenses de médicament, présentant :
- les volumes remboursés et leur évolution depuis 2010 ;
 - les mesures prises pour maîtriser les dépenses de médicaments depuis 2012, dont les baisses de prix et les réductions de taux de prise en charge ;
 - le taux de pénétration des génériques dans le répertoire et les mesures envisagées pour l'améliorer;
 - un état des lieux de la réévaluation du service médical rendu (SMR) des médicaments et des remboursements envisagés ;
31. Fournir une note présentant la fiscalité des médicaments et des produits de santé et les intentions du Gouvernement quant à l'évolution de cette fiscalité.

VI.- ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

• Généralités

32. Préciser l'articulation entre la Stratégie nationale de santé et la politique hospitalière mise en œuvre par le Gouvernement depuis 2012, détailler le rôle de l'hôpital public (et, plus généralement, des établissements de santé) dans cette stratégie ainsi que les principales recommandations du comité des sages installé en février 2013 en la matière.
33. Rappeler les principaux constats et recommandations de la mission Couty concernant la réaffirmation du service public hospitalier, préciser les suites données ou à venir à ces travaux en précisant s'il y a lieu leur impact budgétaire.
34. Faire une note sur le « service public territorial de santé », préciser le rôle assigné à l'hôpital (notamment l'hôpital de proximité) dans le maillage territorial ainsi que les éventuelles coopérations ville/hôpital susceptibles d'être mises en œuvre pour favoriser l'accès aux soins.
35. Faire une note sur le nombre d'établissements de santé en France, toutes catégories confondues, leur évolution, leur répartition géographique.
- 35 *bis*. Fournir des éléments de comparaison internationale sur la part respective de l'hôpital et du secteur privé dans chacune des spécialités médicales, en particulier la radiologie. Fournir les mêmes statistiques pour la France.
36. Faire une note sur les principaux constats et recommandations du rapport de l'IGAS sur la place et le rôle des cliniques privées dans l'offre de soins.
37. Faire une note sur les actions financées par le FIR (fonds d'intervention régional) en faveur des établissements de santé.

• Situation financière des établissements de santé

38. Faire une note synthétique sur le poids des dépenses hospitalières en France (détailler les principales composantes de ces dépenses, fournir des éléments de comparaison européenne et internationale, ...).
39. Analyser l'évolution de la situation financière des établissements de santé : hôpitaux publics (état de leur situation financière en 2013, résultats par catégorie d'établissements, analyse du redressement des comptes observé sur la base des résultats provisoires de mai 2013), établissements de santé privées et privés à but non lucratif.
40. Détailler les principales mesures prises en 2012 et 2013 pour faire face aux difficultés financières des établissements de santé.

• Investissement hospitalier

41. Faire une note sur l'investissement hospitalier, en précisant notamment les actions mises en œuvre concernant les systèmes d'information. Détailler les principales orientations et réalisations du plan « Hôpital 2012 » (relance de l'investissement hospitalier, informatisation, accompagnement des schémas régionaux d'organisation sanitaire – SROS –, mise aux normes de sécurité), détailler ses modalités de financement, préciser les inflexions qui y ont été apportées après 2012. Préciser les actions susceptibles d'être financées dans le cadre des programmes d'investissement d'avenir.

42. Présenter l'utilisation des crédits du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP). Préciser le solde cumulé au 1^{er} juillet 2013 et les taux de consommation des dotations en 2011, 2012 et 2013 (prévisionnel). Faire un point sur l'application de l'article 73 de la LFSS 2013 (financement de l'ASIP / modernisation des systèmes de communication des SAMU).

• **Tarification des établissements de santé**

43. Faire une note sur « l'acte 3 » de la tarification à l'hôpital : sur quel fondement repose-t-il ? quels sont les objectifs poursuivis ? quelle sont les traductions concrètes à attendre de cette évolution ? Préciser les constats et recommandations du « comité pour le financement de l'hôpital » installé par la ministre de la santé au mois de mars 2013 (indiquer la composition du comité et la durée de ses travaux).
44. Fournir une note sur la campagne tarifaire 2013 :
- expliciter les objectifs poursuivis ainsi que les hypothèses retenues pour la construction de la campagne tarifaire. Pourquoi cette campagne est-elle qualifiée de « campagne de transition » (circulaire DGOS du 29 mars 2013) ? ;
 - indiquer les conséquences concrètes sur la campagne de l'abandon de l'objectif de convergence intersectorielle acté dans la LFSS 2013. Établir un bilan de la suppression de la convergence tarifaire. Fournir toute statistique disponible sur ce sujet ;
 - expliciter le principe de neutralité tarifaire ainsi que les modalités de définition de « tarifs issus des coûts » ;
 - justifier la baisse des tarifs de 0,84 % décidée dans le cadre de la campagne et indiquer les critères ayant conduit à définir un coefficient modérateur de 0,35 %, préciser l'avis du conseil de l'hospitalisation dans les deux cas. Anticipe-t-on ou non un reversement des crédits mis en réserve en fin d'année ? Expliciter les modalités de ce reversement au niveau régional et par établissement ;
 - détailler et justifier les crédits alloués aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, préciser s'il y a eu des modifications de périmètre ;
 - préciser les principales évolutions concernant le financement des SSR, de la psychiatrie et des USLD ;
 - faire un point spécifique sur la baisse des tarifs des établissements de santé privés censée neutraliser le bénéfice du crédit d'impôt compétitivité emploi (CICE).
45. Faire une note sur le passage à la facturation directe dans les établissements de santé, préciser le calendrier et les modalités d'application de l'article 63 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.
46. Faire une note sur la réforme du ticket modérateur et le calendrier de mise en œuvre prévu dans le cadre de l'application de l'article 63 précité.
47. Faire une note sur le passage à la T2A pour le financement des ex-hôpitaux locaux (préciser le nombre, la répartition géographique et la situation financière de ces hôpitaux). Établir un bilan quantitatif et qualitatif de la T2A à l'hôpital depuis sa mise en œuvre. Indiquer notamment comment les dépenses liées à la formation ont été intégrées. Fournir une note de synthèse sur le contenu et l'évolution de l'enveloppe dédiée aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

• Gouvernance et gestion hospitalières

48. Faire une note sur les principaux constats et recommandations du rapport Couty en matière de gouvernance hospitalière, préciser les mesures mises en œuvre et celles à venir en indiquant si elles relèvent du niveau de chaque établissement, du niveau régional ou du niveau national (texte réglementaire, loi...) et en précisant s'il y a lieu leur impact budgétaire.
49. Fournir une note sur le fonctionnement des services d'urgence à l'hôpital ; préciser les pistes d'amélioration aujourd'hui à l'étude.

• Maîtrise des dépenses à l'hôpital

50. Indiquer les mesures de maîtrise médicalisée des dépenses à l'hôpital mises en œuvre depuis 2007, détailler les perspectives d'évolution, préciser les mesures nouvelles d'économie prises depuis 2012. La loi de financement pour 2013 prévoyait 657 millions d'euros d'économie à réaliser par les établissements de santé (reposant notamment sur l'amélioration de la pertinence des actes et du recours à l'hospitalisation, des gains d'efficience dans l'organisation interne des établissements, une meilleure maîtrise des prescriptions hospitalières et des baisses tarifaires, en particulier dans le cadre de la liste en sus) : où en est la réalisation de ces économies ?
51. Fournir une note sur les mesures prises pour maîtriser la croissance des dépenses de transports sanitaires.
52. Fournir une note sur les mesures prises ou en cours de réflexion pour maîtriser la croissance des dépenses de médicaments et dispositifs médicaux à l'hôpital ; préciser notamment les mesures concernant la liste en sus.
53. Faire une note sur la prise en compte de la qualité des soins dans le cadre du financement des établissements de santé, les pistes de réforme envisagées.
54. Faire un point sur les opérations de restructurations et de coopérations mises en œuvre depuis 2007 dans et entre établissements de santé, donner des exemples récents.

• Dialogue social, emploi et conditions de travail à l'hôpital

55. Faire une note sur l'évolution de l'emploi hospitalier. Fournir toute statistique sur le taux d'intérim dans les hôpitaux en détaillant par catégorie de personnel et par spécialité. Fournir des éléments de comparaison internationale, en Europe et aux États-Unis.
56. Fournir une note sur la situation des comptes épargne temps (CET) à l'hôpital et indiquer l'état des réflexions sur leur gestion à l'avenir.
57. Présenter les principaux constats et conclusions de la mission Couty en matière de rénovation du dialogue social à l'hôpital, rappeler les propositions du rapport Couty en indiquant celles retenues par la ministre, indiquer les mesures mises en œuvre et à venir, en précisant s'il y a lieu leur impact budgétaire, les évolutions législatives en préparation.

• Personnel médical hospitalier

58. Faire une note sur l'activité libérale à l'hôpital public : statistiques (nombre de médecins concernés, honoraires perçus, taux de dépassement, montant des redevances versées), synthèse des rapports d'activité des commissions d'activité libérale, principaux constats et principales recommandations du rapport Laurent, application de l'avenant 8 aux médecins hospitaliers ayant une activité libérale à l'hôpital, piste de réformes envisagées.

C.- SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

I.- BUDGET

1. Fournir le bilan de l'exécution du **budget 2012 de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie** (document présenté aux administrateurs de la Caisse).
2. Actualiser le tableau ci-dessous pour 2012 et 2013 :

(M€)	Report à nouveau	Résultat de l'exercice avant réaffectation	Affectation PAI	Affectation à l'OGD	Autres affectations	Total montants réaffectés	Résultat de l'exercice après réaffectation	Résultat net cumulé
ex 2005	4	528					528	532
ex 2006	532	660	500	19	13	532	129	661
ex 2007	661	529	185	48		233	296	957
ex 2008	957	556	300	200		500	56	1 013
ex 2009	1 013	253	465	262		727	-474	539
ex 2010	539	-10	151	56	75	282	-292	247
ex 2011	247	372	0	149		149	223	470
ex 2012 (3ème BM)	470	1	120	8		128	-127	343
Total		2 890	1 721	742	88	2 551		

Source : CNSA / DF

3. Comment ont été utilisés les crédits mobilisés en 2012 et 2013 pour le **plan d'aide à l'investissement (PAI)** ? Perspectives pour 2014.
4. Indiquer le montant des enveloppes anticipées et **autorisations d'engagement** déléguées aux agences régionales de santé au titre des créations de places d'établissements et de services médico-sociaux en 2012 et 2013, leur taux de consommation, ainsi que leur ventilation par secteur et par région. Perspectives pour 2014.
5. Fournir les **effectifs en personnel** dont dispose la CNSA en 2012, 2013 et pour 2014 (prévision), en distinguant les agents titulaires de la fonction publique, les agents publics contractuels, les agents contractuels de droit privés.
6. Faire le point sur l'utilisation de la procédure d'**appel à projet** entrée en vigueur en août 2010 (remplaçant la procédure d'autorisation des établissements sociaux et médico-sociaux), et sur la capacité des différents acteurs du secteur médico-social à y répondre.

II.- POLITIQUE EN FAVEUR DE L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES

7. Actualiser l'estimation du **coût** total de la prise en charge de la **dépendance** des personnes âgées pour les finances publiques (assurance maladie, État, départements et autres collectivités, dépense fiscale).
8. Présenter la politique conduite en matière de **prévention** de la dépendance des personnes âgées, et d'**adaptation de la société au vieillissement** (notamment dans l'esprit des rapports Aquino, Broussy et Pinville).
9. Présenter les mesures mises en œuvres et envisagées pour encourager le **maintien à domicile** des personnes âgées.
10. Présenter les mesures prises pour améliorer les **parcours de santé des personnes âgées** (notamment les expérimentations conduites en application de l'article 70 de la LFSS pour 2012 et de l'article 48 de la LFSS pour 2013).

11. Indiquer le nombre de places programmées, notifiées, autorisées et installées par la **CNSA en faveur des personnes âgées** depuis 2007, dans le cadre du plan Solidarité grand âge 2007-2012 et au-delà, dans les différents types de structures d'accueil (EHPAD, SSIAD, AJ, etc). Perspectives pour 2014.
12. Indiquer la répartition des places d'accueil des personnes âgées (EHPAD, SSIAD, etc.) par grands secteurs (public, privé non lucratif, privé lucratif). Comment évolue cette répartition ?
13. Présenter un bilan du **plan Solidarité grand âge** 2007-2012.
14. Présenter les actions poursuivies dans le prolongement du **plan Alzheimer** 2008-2012.
15. Faire le point sur le **renouvellement des conventions** pluriannuelles des EHPAD et sur le processus de **médicalisation** de seconde génération (« pathossification ») des EHPAD. Indiquer l'évolution des crédits d'assurance maladie engagés pour la médicalisation des EHPAD depuis 2004.
16. Faire le point sur le développement des **pharmacies à usage intérieur** (PUI) dans le champ médico-social, ainsi que sur les actions menées pour améliorer la **prescription** médicamenteuse aux résidents des EHPAD (après l'abandon de l'intégration des médicaments dans la dotation des établissements – art. 67 de la LFSS pour 2013).
17. Quelles sont les perspectives d'évolution de la **tarification des EHPAD** ? Présenter notamment le bilan de l'expérimentation prévue à l'article 67 de la LFSS pour 2012, les travaux du professeur Novella et les pistes de réforme.
18. Fournir le **rapport prévu à l'article 71 de la LFSS pour 2012** sur les charges fiscales et sociales résultant des différentes obligations législatives et réglementaires auxquelles sont soumis les établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes et les services de soins infirmiers à domicile en fonction de leur statut juridique.
19. Faire le point sur le projet de réforme de la **tarification des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)**.
20. Faire le point sur la situation du secteur des **services d'aide à domicile**, sur la mise en œuvre des plans d'aide prévus en loi de finances pour 2012 et en loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, et sur les perspectives de réforme du secteur (notamment en matière d'agrément et d'autorisation).
21. Présenter les dépenses d'**action sociale de la CNAV**, en particulier leur réallocation décidée en 2012. Prévisions pour 2013 et 2014.

III.– POLITIQUE EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPÉES

22. Indiquer le nombre de **places** programmées, notifiées, autorisées et installées par la **CNSA en faveur des personnes handicapées** depuis 2007, dans les différents types de structures pour enfants et adultes. Perspectives pour 2014.
23. Faire le point sur l'exécution du **plan Handicap** 2008-2012.
24. Faire le point sur l'activité et les moyens des **maisons départementales des personnes handicapées** (personnels, budgets de fonctionnement).
25. Perspectives de réforme de la **tarification des établissements pour personnes handicapées** à la suite du rapport Vachey.
26. Faire le point sur la prise en charge du **handicap psychique** et la politique mise en œuvre par la CNSA en la matière.

D.– ACCIDENTS DU TRAVAIL

I.– ÉLÉMENTS FINANCIERS

1. Analyser les évolutions du **résultat de la branche AT-MP** depuis 2007. Prévisions pour 2012 et 2013.
2. Présentation, depuis 2007 de l'objectif de dépenses de la branche et des dépenses effectivement constatées. Détail des dépenses incluses dans l'objectif. Analyse des écarts observés. Isoler, dans ce solde, la part imputable au FIVA et au FCAATA.
3. Justifier les **hypothèses retenues pour le solde budgétaire** de la branche en 2014. Réexaminer les hypothèses retenues pour 2013.
4. Indiquer les **montants de cotisations accidents du travail acquittés par les employeurs depuis 2008** (taux brut et taux net, majorations M 1, M 2, M 3 et M 4) ainsi que les perspectives pour **2014**. Évolution du taux global de cotisation depuis 2005 (taux moyen national et taux moyen par branche professionnelle et par taille d'entreprise).
5. Fournir un bilan de l'application des articles L. 176-1 et L 176-2 du code de la sécurité sociale (évaluation du coût réel pour la branche maladie de la **sous-déclaration des maladies professionnelles et accidents du travail**) et indiquer les perspectives pour 2014. Faire le point des propositions pour réduire la sous déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles.
6. Bilan du **contentieux relatif à la tarification** en 2012 et 2013. Évolutions législatives et réglementaires envisagées.
7. Faire le point sur la réforme du poste à poste et ses effets sur le traitement des dossiers dans le cadre de procédures de **recours contre tiers responsables**. Indiquer les voies d'amélioration.
8. Bilan des **contrôles** effectués en 2011, 2012 et 2103 **par la Cour des comptes** et les corps d'inspection du ministère sur les organismes bénéficiant d'un financement au titre de la branche.
9. Faire le point sur la contribution de la branche AT-MP au GIP **modernisation des déclarations sociales**. Indiquer le nombre de comptes AT-MP ouverts sur net-entreprises.fr, par année, depuis la création, en valeur absolue et en proportion; description des évolutions fonctionnelles passées et envisagées; part des déclarations d'accident du travail ou de trajet effectuées par la voie du portail. Décrire les perspectives d'articulation avec la déclaration sociale nominative (DSN).

II.– PRÉVENTION

10. Décrire et expliquer l'**évolution constatée du nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles** depuis 2008. Fournir les statistiques annuelles les plus récentes publiées par la CNAM.
11. Faire une note sur le **plan santé au travail 2010-2014** et détailler les priorités du gouvernement en matière de santé au travail.
12. Communiquer le nombre **d'enquêtes menées par l'inspection du travail** depuis 2008 à l'occasion d'accidents du travail et de maladies professionnelles (préciser la nature de celles-ci). Faire le point sur la refonte du système d'information de l'inspection du travail relatif au suivi des visites en entreprise et des suites qui leur sont données. Présenter l'articulation entre les visites d'entreprise réalisées respectivement par **l'inspection du travail et par les services de la branche**.

13. Fournir une note sur l'application de la **loi du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail**. Présenter les **axes d'action poursuivis par la médecine du travail** en matière de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.
14. Faire un bilan des **dernières avancées en matière de conditions de travail**.
15. Faire un bilan de l'**application du système de « bonus-malus »** et de l'article 74 de la LFSS pour 2010 (régime des cotisations supplémentaires et des subventions sur contrat de prévention : montants des cotisations supplémentaires notifiés, secteurs et risques concernés ; montants des subventions accordées, secteurs et risques concernés).
16. Fournir un bilan de la **mise en œuvre de la convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la CNAM-TS pour la branche AT-MP**. Faire le point sur les **contrôles et évaluations de la mise en œuvre de cette COG** établis par les services de la tutelle, ou en cours de réalisation. Présenter leurs principales conclusions
17. En matière de prévention des sinistres, présenter les **priorités retenues par la branche** dans le cadre de l'avenant à la COG pour 2013 et dans la préparation de la nouvelle COG.
18. Indiquer le nombre de **conventions nationales d'objectifs signées avec les branches professionnelles** et de **contrats de prévention** signés avec les entreprises conclus en 2011, 2012 et 2013, en distinguant selon les branches concernées ; communiquer les montants du financement de ces contrats à la charge des entreprises et à la charge des caisses (en pourcentage et en valeur absolue), fournir une appréciation des résultats obtenus et les perspectives pour 2014
19. Présenter les différentes dépenses et recettes du **Fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles** en 2012 et 2013. Bilan de l'activité du Fonds et perspectives d'évolution. Fournir le solde cumulé au 1^{er} juillet 2013, détailler les actions engagées sur la base de ces financements par les caisses nationale et régionales, indiquer les taux de consommation des dotations en 2010, 2011, 2012 et 2013 et les perspectives pour 2014.
20. Fournir la liste des **travaux récents (2012 et 2013) du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels, de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail et de l'Institut national de recherche et de sécurité**.
21. Faire le point sur l'application des dispositions de la loi du 9 novembre 2010 relatives à la **pénibilité du parcours professionnel**. Présenter l'état de la négociation entre les partenaires sociaux sur la pénibilité au travail. Indiquer le nombre de personnes ayant fait valoir un droit au départ en retraite anticipé pour pénibilité ainsi que les types de professions exercées. Présenter le calcul de la majoration de cotisation AT-MP relative au financement de la branche vieillesse au titre des départs anticipés pour 2014. ; présenter les scénarios de réforme : sur quels types de critères la prise en compte de la pénibilité pourrait-elle être fondée ?

III.– INDEMNISATIONS

22. Faire un bilan des modifications des **tableaux des maladies professionnelles** en 2010, 2011, 2012 et 2013. Présentation de la situation actuelle de ces tableaux. Nouvelles modifications envisagées en 2014, notamment en matière de troubles musculo-squelettiques, cancers et troubles psychiques et psycho sociaux.
23. Faire un bilan du **système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles** en 2011, 2012 et 2013 et de la mise en œuvre de l'extension du seuil d'accès à ce dispositif.
24. Établir un bilan de la mise en place d'une **surveillance médicale post-professionnelle** en application de l'article D.461-25 du Code de la sécurité sociale. Préciser l'état d'avancement du déploiement d'un outil informatique de remontée d'information au plan national.
25. Faire le point sur les projets de réforme visant à **améliorer et individualiser la réparation**.
26. Faire le point sur les mesures visant à **prévenir la désinsertion professionnelle**.

IV.– AMIANTE

27. Détailler les **intentions du Gouvernement concernant l'amiante** (prévention, désamiantage, indemnisation des victimes, réforme du dispositif de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante, suivi post-professionnel des travailleurs exposés à l'amiante).
28. Donner le solde cumulé du **Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)** au 1er juillet 2013 et les taux de consommation des dotations en 2009, 2010, 2011, 2012 et 2013 (prévisionnel) ; préciser le barème de l'indemnisation et les perspectives de financement.
29. Présenter le **contrat de performance État - FIVA**.
30. Faire une note sur le **FCAATA** présentant le solde cumulé au 1er juillet 2013 et les taux de consommation des dotations en 2010, 2011, 2012 et 2013 (prévisionnel).
31. Communiquer les derniers résultats disponible de la **mission IGAS** chargée d'expertiser la création d'une nouvelle **voie d'accès, individuelle, au dispositif de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante** en vue de la remise d'un rapport du Gouvernement au Parlement conformément à l'article 90 de la loi de financement pour 2013.
32. Etat des contentieux relatifs aux victimes de l'amiante : évaluation sommaire du nombre de dossiers déposés devant chacune des juridictions concernées (action pénale, civile, administrative).
33. Présenter le dispositif de **suivi post-professionnel des travailleurs exposés à l'amiante**.

E.- FAMILLE

I.- COMPTES DE LA BRANCHE FAMILLE

1.–**Bilan financier de la convention d’objectifs et de gestion** entre l’État et la CNAF pour 2009-2012 (préciser par poste de dépense le % des crédits dépensés). Présenter le cadre financier de la nouvelle COG.

2.–Fournir une note sur **l’évolution des comptes de la CNAF** depuis 2007. Prévisions pour 2013.

Compléter le tableau suivant.

COMPTES DE LA CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES

	2009	2010	2011	Évolution 2010/2011 (en %)	2012	Évolution 2011/2012 (en %)	2013 (prev.)	Évolution 2012/2013 (en %)	2014 (prev.)	Évolution 2013/2014 (en %)
Charges nettes										
Produits nets										
Résultat net										

3.– a) Quelles sont, **par type de recette, les perspectives d’évolution** pour 2013 et 2014 ?

b) Quel est le **produit prévisionnel, pour 2013 et 2014 de chacune des recettes affectées à la CNAF** par les lois de finances et de financement de la sécurité sociale, initiales et rectificatives, pour 2011, 2012 et 2013 ?

4.–Indiquer les modalités retenues pour le **financement des mesures nouvelles en faveur de la famille** pour 2014.

5.–Donner le montant des **créances détenues par la CNAF sur l’État** pour 2013 et les prévisions pour 2014. Date de leur échéance. Préciser le montant des créances relatives aux exonérations de cotisations sociales

II.- PRESTATIONS

6.–Faire une note sur le **partage des prestations familiales** entre deux parents divorcés ou séparés lorsqu’ils ont opté pour la **résidence alternée de leurs enfants**.

7.–Dresser un inventaire des **mesures fiscales** bénéficiant directement ou indirectement aux familles en faisant apparaître le nombre de bénéficiaires et l’évaluation de leur coût pour chaque année depuis 2008 et une estimation pour 2013.

8.–Faire le point sur les **avantages familiaux de retraite** financés par la CNAF notamment les majorations de pension pour enfants versées au Fonds de solidarité vieillesse et les cotisations de l’assurance vieillesse des parents aux foyers : coût total ; coût pour la branche famille ; nombre de bénéficiaires ; perspectives de réforme.

9.–Communiquer la liste des études et des rapports publiés par la CNAF en 2012 et 2013 ainsi que les **études en cours de réalisation**.

III.– ORGANISATION ET GESTION DE LA BRANCHE FAMILLE

10.– Fournir une note sur l'**évolution des dépenses de gestion administrative de la branche**. Sur quels postes de dépenses la CNAF estime-t-elle possible de réaliser des économies ?

11.– Présenter les objectifs de **gestion prévisionnelle des effectifs de la branche** (préciser les restitutions d'emplois budgétaires des cinq dernières années ; préciser le taux de remplacement des personnels partant à la retraite dans les trois prochaines années) et décrire les **orientations de la politique de ressources humaines** des CAF.

12.– Présenter les **mesures d'optimisation de pilotage de réseau** mises en œuvres ou envisagées par rapprochement de la caisse nationale et des caisses locales.

13.– Réponses apportées aux observations de la Cour des comptes relatives à la gestion des **systèmes d'information** de la CNAF.

14.– Bilan de la **mise en œuvre de la convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la CNAF pour 2009-2012** en matière d'optimisation de la gestion et de la performance et améliorations envisagées dans la nouvelle COG.

15.– Présenter un **bilan de la départementalisation du réseau des CAF** : financements dédiés les cinq dernières années, gestion des implantations immobilières, redéploiement des personnels, communication envers les usagers, économies de fonctionnement réalisées. Présenter les pistes de mutualisation des fonctions et des moyens des CAF aux niveaux interdépartemental ou régional.

16.– Faire le point sur les **contrôles et évaluations de la mise en œuvre de l'ensemble de la COG pour 2009-2012** établis par les services de la tutelle, ou en cours de réalisation. Présenter leurs principales conclusions. Décrire les modalités de contrôles et évaluations retenues pour la mise en œuvre de la nouvelle COG.

17.– Présenter les priorités en la matière de la **COG pour 2013-2017** et les modalités de mise en œuvre envisagées.

IV.– RELATIONS AUX USAGERS

18.– Fournir une note sur les initiatives mises en œuvre pour **améliorer l'offre de service et la communication envers les allocataires**.

19.– Présenter les voies d'amélioration de l'**accueil physique** dans les agences.

20.– Décrire les **difficultés rencontrées** dans agences dont le taux de charge est le plus élevé et les mesures mises en œuvre.

21.– Présenter les modalités de recouvrement des indus et d'attribution de remises gracieuses en cas de **trop-perçus d'allocations**. Présenter les pistes d'améliorations étudiées notamment au regard du principe de fongibilité de la récupération des indus.

22.– Fournir une note sur chacune des mesures mises en place depuis 2007 pour lutter contre la fraude et leurs résultats. Quelles sont les mesures envisagées pour 2014 ?

V.- ACTION SOCIALE DE LA BRANCHE FAMILLE

23.- Dresser le bilan de l'**action sociale de la CNAF et des CAF** en 2011, 2012, 2013 et présenter les prévisions pour 2014.

24.- Présenter l'utilisation des crédits du **Fonds national d'action sociale** (Fnas) en 2011, 2012, 2013 et 2014.

25.- Présenter sous forme de tableau, les sommes consacrées en 2014 et par année depuis 2007 en matière de **soutien à la fonction parentale** et aux familles : types d'action, financements mobilisés. Préciser le bilan de la réforme du pilotage des dispositifs de soutien à la fonction parentale. Préciser le bilan des actions de soutien à l'accompagnement scolaire.

VI.- ASSOCIATIONS FAMILIALES

26.- Fournir une note sur la **contribution des associations familiales à la mise en œuvre de la politique familiale**. Préciser les fonctions occupées par des membres d'associations familiales dans les différentes catégories d'instances décisionnelles ou consultatives aux niveaux national et local. Décrire les actions conduites par les associations au service des familles ainsi que les financements auxquels elles sont éligibles.

27.- Décrire la gouvernance, le financement et la gestion de l'**UNAF et des UDAF**.

28.- Présenter l'**évolution des financements publics** en détaillant les effets de la réforme de la loi de finances pour 2005. Comparer ces derniers à un scénario d'application des règles antérieures. (fournir les différents montants en euros courants et en euros constants 2013).

29.- Communiquer les **conventions d'objectif et de gestion** entre l'UNAF et l'État pour 2006-2009, 2009-2012 et 2012-2015. Dresser un bilan des dernières COG et présenter les objectifs de la nouvelle COG.

30.- Communiquer, pour chaque année depuis 2007, le **rapport de synthèse sur l'utilisation du fonds spécial** au cours de l'année précédente, mentionné au quatrième alinéa de l'article R. 211-15 du code de l'action sociale et des familles.

31.- Communiquer les principaux **résultats des contrôles et des évaluations** des actions mises en œuvre par les unions départementales dans le cadre de l'utilisation du fonds spécial.

F.– ASSURANCE VIEILLESSE

1. Fournir les **montants moyens** (distinguer retraite de base et retraite complémentaire) **des pensions** de droit direct servies en 2012 **pour une carrière complète** ainsi que les montants moyens (distinguer retraite de base et retraite complémentaire) des pensions liquidées en 2012 par les régimes suivants :
 - régime général ;
 - régime des salariés agricoles ;
 - régime des exploitants agricoles ;
 - RSI (commerçants / artisans) ;
 - régime des professions libérales (pour les retraites complémentaires, fournir les montants servis par les sections professionnelles de la CIPAV, de la CARMF et de la CARPIMKO) ;
 - régime spécial des marins ;
 - régime spécial de la SNCF ;
 - régime spécial de la RATP ;
 - régime spécial des industries électriques et gazières ;
 - Fonction publique d'État ;
 - FSPOEIE ;
 - CNRACL (territoriaux / hospitaliers).
2. Faire le point sur la **revalorisation des pensions** depuis 2004. Comparer, depuis 1990 (base 100), l'évolution des prix, des salaires moyens, du SMIC et des pensions.
3. Présenter le dispositif du **minimum contributif**. Combien de pensions ont-elles été portées, chaque année, au minimum contributif dans les principaux régimes de retraite depuis 2006 ? Quel est le montant supplémentaire moyen en sus des droits propres liquidés accordé en application du mécanisme du minimum contributif de 2006 à 2013 (prévision) ?
4. Présenter le minimum vieillesse et l'**allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)**, le montant des prestations et leur coût. Indiquer l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'ASPA et de l'ASV entre 2008 et 2013, ainsi que les prévisions pour 2014. Indiquer les montants des financements versés par le Fonds de solidarité vieillesse pour financer le minimum vieillesse et l'ASPA entre 2008 et 2013, ainsi que les prévisions pour 2014.

Indiquer le nombre de bénéficiaires de l'allocation supplémentaire invalidité (ASI) ainsi que son coût.
5. Présenter l'évolution des **départs anticipés à la retraite** avant l'âge de 60 ans depuis 2007, pour les principaux régimes de base et pour l'AGIRC-ARRCO (donner le nombre de départs anticipés et le nombre d'attributions de pensions pour départs anticipés), compte tenu des réformes successives (LFSS pour 2009, loi du 9 novembre 2010, décret du 2 juillet 2012). Détailler le coût du dispositif. Indiquer les prévisions d'effectifs et de coût pour 2013 et 2014, compte tenu du décret du 2 juillet 2012.
6. Indiquer les recettes produites et prévues par le relèvement des **taux de cotisations vieillesse** prévu par le décret du 2 juillet 2012 de 2012 à 2016.

7. Faire le point sur l'application des dispositions de la loi du 9 novembre 2010 relatives à la **pénibilité** du parcours professionnel :
 - indiquer le nombre de personnes ayant fait valoir un droit au départ en retraite anticipé pour pénibilité ainsi que les types de professions exercées, en distinguant les personnes ayant un taux d'incapacité de plus de 20 % et les personnes ayant un taux compris entre 10 % et 20 %. Présenter des statistiques par région.
 - par quels moyens les personnes dont le taux d'incapacité est compris entre 10 % et 20 % parviennent-elles à prouver une exposition à un travail pénible pendant 17 ans ?
 - présenter l'état de la négociation entre les partenaires sociaux sur la pénibilité au travail.
 - présenter le calcul de la majoration de cotisation AT-MP relative au financement de la branche vieillesse au titre des départs anticipés pour pénibilité pour 2013 et 2014.
8. Présenter les dispositifs de **pensions de réversion** dans les principaux régimes de retraite (majorations, limite d'âge, plafonnement). Indiquer le nombre de bénéficiaires et les volumes financiers par régime en 2012.
9. Présenter la situation financière du **Fonds de solidarité vieillesse**, compte tenu des transferts de charges et de produits introduits récemment (LFSS pour 2010, loi du 9 novembre 2010, LFSS pour 2013).
10. Faire le point sur les transferts du **Fonds de réserve pour les retraites** vers la CADES prévus par la loi du 9 novembre 2010. Présenter l'évolution de l'actif net, de la performance annuelle ainsi que les prévisions jusqu'en 2024 compte tenu des décaissements programmés.

Fournir le compte de résultat annuel du Fonds de réserve des retraites, avec solde cumulé, depuis 2000. Prévisions pour 2013 et 2014.
11. Faire le point sur la pratique du **cumul emploi-retraite** par régime (nombre de bénéficiaires, montant des pensions, des cotisations) depuis sa libéralisation, et sur les prévisions pour les années à venir.
12. Faire le point sur l'utilisation de la **surcote** dans les principaux régimes de base (évolution du nombre de bénéficiaires, montant moyen, etc.).
13. Présenter les **transferts de la CNAF** à la CNAV en 2012 et 2013 (montants et modalités de calcul), notamment au titre de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) et des majorations pour enfants. Perspectives pour 2014.
14. Faire un bilan du dispositif de **rachat des années d'études** depuis 2003 ainsi que de la possibilité de remboursement introduite par la loi du 9 novembre 2010. Indiquer s'il a été fait application de l'article 87 de la LFSS pour 2012 (rachat d'années de séminaire ou noviciat au régime des cultes).
15. Faire le point sur le **chômage en fin de carrière**. Présenter l'**allocation transitoire de solidarité** (dispositif, statistiques, coût).

ÉTAT DES RÉPONSES AU QUESTIONNAIRE DE LA RAPPORTEURE POUR AVIS

Réponses reçues dans le délai organique	Réponses reçues après le délai organique	Réponses non reçues
A4	A1	A5
A4bis	A2	B4
A6	A3	B9
A7	A4ter	B10
A8	B1	B12
A9	B2	B17
B13	B3	B18
B14	B5	B20
B15	B6	B32
B22	B7	B33
B24	B8	B34
B25	B11	B36
B27	B16	B41
B29	B19	B44
B35	B21	B46
B35bis	B23	B50
B37	B26	C7
B38	B28	C10
B39	B30	C15
B42	B31	C18
B45	B40	D7
B54	B43	D8
C2	B47	D11
C3	B48	D14
C4	B49	D17
C5	B51	D18
C12	B52	D28
C16	B53	D30
C21	B55	D31
C22	B56	E4
C25	B57	E7
D1	B58	E10
D4	C1	E23
D9	C6	E30
D10	C8	
D12	C9	
D13	C11	
D15	C13	
D16	C14	
D19	C17	
D20	C19	
D21	C20	
D22	C23	
D23	C24	

Réponses reçues dans le délai organique	Réponses reçues après le délai organique	Réponses non reçues
D24	C26	
D26	D2	
D27	D3	
D29	D5	
D32	D6	
D33	D25	
E1	E3	
E2	E5	
E3	E8	
E6	E22	
E9	E25	
E11	F2	
E12	F6	
E13	F7	
E14	F11	
E15	F13	
E16		
E17		
E18		
E19		
E20		
E21		
E24		
E26		
E27		
E28		
E29		
E31		
F1		
F3		
F4		
F5		
F8		
F9		
F10		
F12		
F14		
F15		
46,6%	33,4%	20%

Moins de la moitié des réponses ont été adressées dans le délai organique. Si le taux de réponse atteint 80 %, ce retard est préjudiciable au travail de la Rapporteuse pour avis puisque certaines données nécessaires à l'élaboration de son avis et à sa présentation devant la Commission ne lui sont parvenues qu'une fois que la réunion a eu lieu.

À la suite de ses auditions, la Rapporteuse a adressé des questions complémentaires à certaines directions et notamment à la direction générale de l'offre de soins et à la direction de la sécurité sociale. Malgré plusieurs relances, y compris par courrier, afin d'obtenir des informations relatives au bilan de la tarification à l'activité (T2A), à la convergence tarifaire et aux déficits hospitaliers avec le détail du bilan de chaque établissement, la direction générale de l'offre de soins n'a apporté aucun élément à la Rapporteuse pour avis.

II. LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

(par ordre chronologique)

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

Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) : MM. Jean-Eudes Tesson, président du conseil d'administration, Jean-Louis Rey, directeur, et Alain Gubian, directeur de la direction financière (DIFI) et la direction de la statistique, des études et de la prévision (DISEP)

Haute autorité de santé (HAS) : MM. Jean-Luc Harousseau, président du collège, Dominique Maigne, directeur, Jean-Patrick Sales, directeur délégué, et Mme Véronique Chenail, secrétaire générale

Direction générale de l'offre de soins : M. Jean Debeaupuis, directeur général

Direction générale de la santé : MM. Jean-Yves Grall, directeur général, Christian Poiret, chef de service d'appui au pilotage et de soutien, et Mme Caroline Foedit, chef du bureau du budget, de la performance et du contrôle interne budgétaire et comptable

Syndicat des internes des hôpitaux de Paris : M. Julien Lenglet, président, et Mme Justine Frija, secrétaire générale

Caisse nationale d'allocations familiales : M. Daniel Lenoir, directeur, Mme Christine Chambaz, directrice des statistiques et des études, et Mme Patricia Chantin, chargée des relations avec le Parlement

Fédération de l'hospitalisation publique : M. Jean-Loup Derousset, président, Mme Élisabeth Tomé Gertheinrichs, déléguée générale, et M. Anthony Frémondrière, directeur des affaires institutionnelles

Direction de la sécurité sociale : MM. Thomas Fatome, directeur, Arnaud Jullian, sous-directeur du financement, Mme Mathilde Delpy, chef du bureau de la synthèse financière, et M. Jonathan Bosredon, chef de service, adjoint au directeur