



N° 2610

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DOUZIÈME LÉGISLATURE

---

---

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 19 octobre 2005.

## AVIS

PRÉSENTÉ

AU NOM DE LA COMMISSION DES FINANCES, DE L'ÉCONOMIE GÉNÉRALE ET DU PLAN SUR LE  
PROJET *de loi de* **financement de la sécurité sociale pour 2006** (n° 2575),

PAR M. YVES BUR,

Député.



## SOMMAIRE

	Pages
<b>INTRODUCTION</b> .....	7
<b>CHAPITRE I<sup>ER</sup> : LES RECETTES, LA GESTION ET L'EQUILIBRE GENERAL DE LA SECURITE SOCIALE</b> .....	13
<b>I.- LA SITUATION DES COMPTES SOCIAUX</b> .....	13
A.- LES RESULTATS FINANCIERS DES REGIMES .....	13
1.- Le régime général .....	13
2.- L'ensemble des régimes de base et les fonds de financement.....	15
B.- L'IMPACT DES MESURES NOUVELLES .....	16
1.- En 2005.....	16
2.- En 2006.....	16
C.- LES ADMINISTRATIONS DE SECURITE SOCIALE AU SENS DE MAASTRICHT.....	18
<b>II.- LA CLARIFICATION DU FINANCEMENT ET L'OPTIMISATION DE LA GESTION DE LA SECURITE SOCIALE</b> .....	19
A.- LES RECETTES DE LA SECURITE SOCIALE .....	20
1.- La situation difficile du FFIPSA .....	20
2.- L'évolution des droits sur les tabacs.....	22
a) <i>Les ventes de tabacs</i> .....	22
b) <i>La modification de l'affectation des droits tabacs</i> .....	24
3.- Les nouvelles recettes transférées à la sécurité sociale .....	25
B.- LES MESURES DE SIMPLIFICATION EN MATIERE DE COTISATIONS.....	28
1.- Le calcul des cotisations et de leurs exonérations : au-delà de la simplification, la nécessité d'aller vers la « barémisation » .....	28
a) <i>La nécessaire simplification des exonérations de cotisations sociales</i> .....	28
b) <i>Vers la « barémisation » des allègements de charges</i> .....	30
2.- Le recouvrement des cotisations : simplifier la vie des entreprises .....	31
C.- LA NECESSAIRE MAITRISE DES DEPENSES DE GESTION DES CAISSES.....	32
1.- L'évolution des charges de personnel des caisses.....	33

2.- Le patrimoine immobilier des caisses .....	35
a) <i>La CNAF</i> .....	35
b) <i>La CNAV</i> .....	35
c) <i>La CNAM</i> .....	37
d) <i>L'ACOSS</i> .....	39
3.- Les dépenses d'investissement en informatique des caisses.....	41
<b>III.- LA GESTION DE LA DETTE ET DE LA TRESORERIE.....</b>	<b>42</b>
A.- LA CADES .....	42
1.- Les missions initiales de la Caisse.....	42
2.- Le rôle de la CADES dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie .....	43
B.- LES PLAFONDS D'AVANCES DE TRESORERIE .....	45
1.- La gestion de la trésorerie du régime général .....	45
2.- Les autres régimes autorisés à recourir à des avances de trésorerie .....	46
<b>CHAPITRE II : L'ASSURANCE MALADIE : TENIR LE CAP DE LA REFORME.....</b>	<b>49</b>
<b>I.- L'EVOLUTION DES DEPENSES D'ASSURANCE MALADIE ET LE SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA LOI DU 13 AOUT 2004 .....</b>	<b>50</b>
A.- LE PREMIER BILAN EST CERTES ENCOURAGEANT EN TERMES D'ENGAGEMENT DANS LA REFORME... ..	50
1.- Le texte voté est formellement mis en œuvre de façon exemplaire.....	50
2.- L'Union nationale des caisses d'assurance maladie a pris le relais de façon ambitieuse .....	52
a) <i>La nouvelle convention médicale décline les aspects de la réforme</i> .....	52
b) <i>Couverture extensive des praticiens et efficacité des contrôles sont des gages             supplémentaires de réussite</i> .....	55
B.- ... MAIS SES EFFETS SUR L'EVOLUTION DE L'ONDAM SONT PLUS INCERTAINS... ..	58
1.- Les économies attendues sont très substantielles.....	58
2.- Dès 2004, le dépassement d'ONDAM s'est révélé moins catastrophique que prévu ...	59
3.- En 2005, l'ONDAM serait respecté pour la première fois depuis 1998 .....	61
a) <i>Une croissance contenue grâce à une base de référence révisée</i> .....	61
b) <i>Une évolution favorable des soins de ville qui demeure insuffisante et masque d'autres             dérapages</i> .....	63
4.- La question du périmètre de l'ONDAM demeure en débat .....	66
a) <i>Les critiques de la Cour des comptes sur les retraitements passés sont justifiées</i> .....	66
b) <i>La nouvelle définition issue de la loi organique du 2 août 2005 est nettement mieux             explicitée</i> .....	68
5.- Le déficit de la branche maladie, désormais inscrit dans une annexe au projet de loi de financement, se réduirait de 2,2 milliards d'euros en 2006 .....	70

a) <i>La couverture du déficit de 2004 est détaillée</i> .....	70
b) <i>La prévision pluriannuelle de solde de la branche est optimiste</i> .....	71
C.– ... ET TENIR LE PARI DU RETOUR VERS L'EQUILIBRE JUSTIFIE, A MINIMA, LES MESURES VOLONTARISTES CONTENUES DANS LE PRESENT PROJET DE LOI DE FINANCEMENT .....	72
1.– Le rythme de modération des dépenses prévu par la réforme de 2004 ne sera pas pleinement tenu en 2005.....	72
2.– Le présent projet de loi de financement inclut lucidement de nouvelles mesures d'économies .....	72
3.– Des mesures plus structurelles complètent l'effort engagé.....	75
a) <i>Les promesses de la Haute Autorité de santé</i> .....	75
b) <i>La pérennisation du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville</i> .....	76
c) <i>L'amélioration du contrôle</i> .....	77
<b>II.– LA POLITIQUE DU MEDICAMENT OU LES A-COUPS DE LA RESPONSABILISATION</b> .....	<b>78</b>
A.– AU TIERS DU PARCOURS, DES RESULTATS FINANCIERS TANGIBLES POUR LE « PLAN MEDICAMENT » 2005-2007 .....	78
1.– 1,05 milliard d'euros d'économies attendues, d'ici 2007, de la promotion des génériques.....	78
2.– Une panoplie d'autres mesures pour un effet global de quelque 2,3 milliards d'euros .....	81
B.– LES MESURES SUPPLEMENTAIRES CONTENUES DANS LE PROJET DE LOI POSENT LA QUESTION D'UNE REGULATION PLUS APAISEE.....	83
1.– Les leviers des taxes, des baisses de prix et du TFR élargi .....	83
2.– La surconsommation manifeste de médicaments en France ne suffit pas à justifier les à-coups de la politique de régulation des dépenses .....	87
<b>III.– LA SITUATION FINANCIERE TENDUE DU SECTEUR HOSPITALIER</b> .....	<b>89</b>
A.– L'EVOLUTION PREOCCUPANTE DES DEPENSES DES ETABLISSEMENTS APPELLE UNE FERME REACTION .....	89
1.– L'ONDAM hospitalier connaît d'importants dépassements .....	89
2.– L'évolution des salaires est un déterminant essentiel des dépenses relatives aux établissements de santé .....	90
3.– Les disparités entre établissements militent pour une application sans faiblesse de la convergence tarifaire.....	90
B.– LES FONDS : LE FMESPP FINANCE LE PLAN « HOPITAL 2007 », L'ONIAM NE SERA PAS DOTE EN 2006 .....	91
1.– La dotation annuelle du FMESPP sera légèrement réduite .....	91
2.– L'ONIAM devra réduire son fonds de roulement.....	93
<b>IV.– LE MANAGEMENT DU SYSTEME DE SOINS, COMPOSANTE DE LA REFORME DE L'ÉTAT</b> .....	<b>93</b>

<b>CHAPITRE III : LES AUTRES POLITIQUES DE SECURITE SOCIALE</b> .....	97
<b>I.- LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES</b> .....	97
A.- LA SITUATION FINANCIERE DE LA BRANCHE .....	97
B.- LA GESTION DE LA BRANCHE .....	99
C.- LES FONDS AMIANTE (FCAATA ET FIVA) .....	100
1.- Le Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante.....	101
2.- Le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante .....	102
<b>II.- LA BRANCHE FAMILLE</b> .....	104
A.- LA SITUATION FINANCIERE DE LA BRANCHE .....	104
B.- LA MONTEE EN CHARGE DE LA PRESTATION D'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT (PAJE).....	106
C.- LES MESURES DE LA CONFERENCE DE LA FAMILLE .....	108
<b>III.- LA BRANCHE VIEILLESSE</b> .....	110
A.- LA CNAV ENREGISTRE UN DEFICIT DE 2 MILLIARDS D'EUROS EN 2005 .....	110
B.- LE FONDS DE SOLIDARITE VIEILLESSE (FSV).....	112
1.- L'augmentation continue des charges du FSV .....	113
2.- Des produits insuffisants .....	113
3.- Un déficit historique en 2005 .....	113
C.- QUEL AVENIR POUR LE FONDS DE RESERVE DES RETRAITES (FRR) ? .....	114
1.- La disparition progressive des sources de financement du FRR.....	114
2.- La question de l'avenir du FRR est posée.....	115
<b>IV.- LE FINANCEMENT DU HANDICAP ET DE LA DEPENDANCE PAR LA CNSA</b> .....	118
A.- LA MISE EN PLACE DE LA CNSA EN 2004 .....	118
B.- DES COMPTES EXCEDENTAIRES EN 2005.....	120
C.- À PARTIR DE 2006, LA CNSA GERE L'ONDAM MEDICO-SOCIAL.....	122
<b>EXAMEN EN COMMISSION</b> .....	125
A.- AUDITION DES MINISTRES.....	125
B.- EXAMEN DU PROJET DE LOI .....	150
<b>AMENDEMENTS ADOPTES PAR LA COMMISSION</b> .....	167

## INTRODUCTION

Le présent projet de loi de financement, dixième du genre depuis leur création par la révision constitutionnelle du 22 février 1996, est le premier à être présenté selon la nomenclature et les règles fixées par la nouvelle loi organique du 2 août 2005, qui est la transposition de la LOLF aux finances sociales.

Votre Rapporteur se félicite de ce nouveau cadre organique, qu'il appelait de ses vœux depuis longtemps. La nouvelle maquette du projet de loi de financement de la sécurité sociale est désormais beaucoup plus claire, avec des tableaux d'équilibre pour le régime général, les régimes obligatoires de base et les fonds de financement. Le projet de loi est désormais structuré en quatre parties :

- première partie : Dispositions relatives au dernier exercice clos (2004) ;
- deuxième partie : Dispositions relatives à l'année en cours (2005) ;
- troisième partie : Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir (2006) ;
- quatrième partie : Dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir (2006).

Le Gouvernement a décidé de ne pas proposer de sous-objectifs de dépenses par branche. En ce qui concerne l'ONDAM, il est allé au-delà du minimum fixé à 5 sous-objectifs par la loi organique, en proposant 6 sous-objectifs, après avoir consulté les présidents des commissions chargées des affaires sociales de chaque assemblée.

Des engagements pluriannuels, pour les régimes et les fonds jusqu'en 2009, figurent dans une annexe soumise au vote du Parlement ; ces prévisions sont établies de façon cohérente avec le rapport économique et financier annexé au projet de loi de finances. Il y aura désormais un engagement fort de la Représentation nationale sur l'équilibrage à moyen terme des finances sociales.

Au-delà de cette meilleure présentation, il appartient désormais au Parlement de s'approprier ce nouvel outil et de faire vivre la réforme, en s'attelant à la lourde tâche de l'optimisation de la gestion de la sécurité sociale. Des efforts encore très importants restent à accomplir, compte tenu de la situation financière toujours difficile de la sécurité sociale, en raison d'une conjoncture économique incertaine.

Le ralentissement de la croissance de la masse salariale s'est traduit en 2005 par un manque de recettes de 1,2 milliard d'euros par rapport à la loi de financement de la sécurité sociale votée l'an dernier. Pour autant, les mesures correctrices courageuses prises par le Gouvernement permettront de ramener le

déficit du régime général, toutes branches confondues, de 11,9 milliards d'euros en 2004 et 2005 à 8,9 milliards d'euros en 2006 et 6,5 milliards d'euros en 2007.

Le déficit de la branche famille atteindra 1,1 milliard d'euros en 2005 comme en 2006, du fait du dynamisme plus rapide que prévu des aides au logement, des prestations d'action sociale et, surtout, de la prestation d'accueil du jeune enfant, la PAJE, qui est un vrai succès. Le projet de loi prévoit de modifier le complément de libre choix d'activité, en ajoutant la possibilité de toucher 750 euros par mois pendant un an.

La branche vieillesse a vu son déficit se creuser en 2005 à 2,1 milliards d'euros, déficit qui sera ramené à 1,8 milliard d'euros en 2006 avec l'augmentation des cotisations qui avait été prévue dès la loi Fillon en 2003. Ce déficit s'explique notamment par la montée en charge de la mesure permettant les départs anticipés à la retraite. Le gouvernement de M. Lionel Jospin n'avait pas satisfait cette revendication légitime des salariés âgés, de même qu'il n'avait prévu aucune solution de financement pérenne pour faire face à la charge liée à l'augmentation des retraites. La réforme de 2003 va donc dans le bon sens, mais beaucoup de chemin reste à parcourir.

Il faut cependant s'interroger sur le rôle que pourra réellement jouer ce fonds dans le lissage du financement des retraites à l'horizon 2020, compte tenu de son relativement faible montant actuel, de l'ordre de 25 milliards d'euros, et de l'incertitude qui plane sur les abondements futurs. Il est nécessaire que le Gouvernement apporte rapidement des éclaircissements sur ce point. Son rôle de fonds de pension à la française, investi en actions, est pour autant favorable à l'économie.

Des mesures devront également être prises rapidement en ce qui concerne les fonds de financement, FSV et FFIPSA notamment, mais aussi les fonds amiante, car on ne peut laisser s'accumuler des déficits qui aggravent l'endettement et les charges d'intérêt. Les marges de manœuvre financières sont, certes, très étroites, mais des efforts et des choix seront nécessaires.

La situation de la branche maladie s'améliore quelque peu grâce aux mesures de recettes et d'économies contenues dans la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, mais aussi grâce à la nouvelle organisation mise en place pour piloter le système de santé, davantage tourné vers la qualité des prescriptions et des soins.

Comme l'ont montré les rapports parlementaires de suivi de l'application de la loi, celle-ci a été mise en œuvre de façon exemplaire : la Haute Autorité de santé, l'UNCAM pour les caisses nationales, l'UNOCAM pour les organismes complémentaires, sont désormais en place ; la convention médicale du 12 janvier 2005 a mis en forme le parcours de soins coordonné et le dispositif du médecin traitant, qui concerne déjà 32 millions de Français et 99 % des médecins généralistes ; ne manquent plus que le déploiement du dossier médical personnel,



prévu pour 2007 et dont le projet de loi assure le financement pour 2006, et les expérimentations relatives aux agences régionales de santé, notamment en Alsace.

S'agissant du bilan de cette réforme, après un an seulement d'application, il convient d'attacher une attention particulière aux changements de comportements, qui doivent concerner tous les acteurs : les pilotes de la réforme, c'est-à-dire le ministère de la Santé et des solidarités et l'UNCAM, qui ont déjà commencé à prendre des décisions courageuses, comme les déremboursements de médicaments à service médical rendu insuffisant ou les baisses de prix ; les professionnels de santé, appelés à modérer les prescriptions d'indemnités journalières et à promouvoir les génériques ; les caisses, qui doivent renforcer leurs contrôles ; les organismes complémentaires, assureurs et mutuelles, qui ne pourront rester longtemps encore des payeurs passifs ; les entreprises pharmaceutiques mises à contribution à travers un nouveau plan médicament ; les patients « responsabilisés », enfin, qui doivent comprendre que l'assurance maladie est condamnée si la spirale des déficits n'est pas enrayerée.

La maîtrise médicalisée des dépenses représentera 675 millions d'euros cette année, grâce aux efforts conjugués engagés pour réduire les prescriptions inappropriées d'arrêts maladie, d'antibiotiques, d'anxiolytiques et de statines, et pour promouvoir les génériques.

L'ONDAM 2005 sera le premier, depuis 1997, à n'être pas dépassé. Mais les dépenses qu'il recouvre n'en auront pas moins progressé de 5 milliards d'euros en un an ! L'ONDAM pour 2006, fixé à 140,7 milliards d'euros en incluant ses changements de périmètre, représentera une nouvelle progression annuelle de près de 6 milliards d'euros (3,3 milliards si l'on retenait le périmètre 2005). Quant au déficit de la branche maladie, qui atteindra 8,3 milliards d'euros cette année, il devrait être ramené à 6,5 milliards d'euros en 2006 et à 3,5 milliards en 2007, avec retour à l'équilibre à l'horizon 2008-2009.

Des interrogations subsistent, concernant en particulier l'hôpital, qui doit encore améliorer substantiellement son management, tant administratif que médical, et résister aux tentations de freiner la mise en place de la tarification à l'activité. Des marges de manœuvre existent dans tous les secteurs de la sécurité sociale. La démarche de réforme de l'État doit aussi s'étendre à la sphère sociale.

La nouvelle procédure des lois de financement de la sécurité sociale, avec notamment les programmes de qualité et d'efficience qui seront joints en annexe et présenteront les objectifs, les indicateurs et les moyens des caisses, sera une alliée de poids dans cette démarche, comme l'est la LOLF pour la réforme de l'État et dans le prolongement de la démarche engagée dès 1996 avec les conventions d'objectifs et de gestion (COG) liant l'État et les caisses nationales de sécurité sociale. Ainsi, pour chacune des branches de prestations ou de recouvrement de la sécurité sociale, le programme d'action détaillera l'impact prévu de la politique menée sur plusieurs exercices. Il s'agira d'évaluer ainsi l'effet des dépenses au regard des grands objectifs de la politique de protection

sociale : accès de toute la population au système de soins, conciliation de la vie familiale et de la vie professionnelle des jeunes parents, niveau de vie des retraités. Seront également fixés des objectifs quantifiés en matière de gestion du risque, de contrôle des indus, de lutte contre la fraude, de qualité du service rendu, d'évolution des coûts de gestion de chacune des branches.

Votre Rapporteur compte aussi exercer un droit de suite, au titre du contrôle du Parlement sur l'exécution des lois de financement de la sécurité sociale, sur les mesures proposées l'an dernier. S'il se félicite de la non dotation de l'ONIAM cette année (réclamée l'an dernier), il souhaite revenir à la charge sur les recours contre tiers, la non prise en charge à 100 % au titre des affections de longue durée des médicaments remboursés à 35 %, l'association des organismes complémentaires à la gestion du risque, la lutte contre la fraude. Ces aspects feront l'objet d'amendements soumis à la commission des Finances.

*En application de l'article L. 111-8 du code de la sécurité sociale, les réponses au questionnaire de votre Rapporteur auraient dû lui être adressées par le ministère chargé de la sécurité sociale au plus tard le 8 octobre 2005. À cette date, 56 % des réponses lui étaient parvenues. Il a pu au total disposer de 91 % des réponses.*

## **PRINCIPALES DISPOSITIONS DU PLFSS 2006**

### ***– Mesures de recettes :***

Article 10 : Mode de taxation des intérêts des PEL au titre de la CSG

Article 12 : Mode d'assujettissement aux cotisations des indemnités de licenciement

Article 15 : Mode de taxation de la progression du chiffre d'affaires des laboratoires

Article 17 : Moyens de lutte contre le travail dissimulé

### ***– Mesures relatives à l'assurance maladie :***

Article 26 : Droits à prestations des détenus libérés et des chômeurs

Article 37 : Participation des patients hospitalisés pour les actes lourds

Article 38 : Actions de prévention sanitaire en matière alimentaire

Article 39 : Mode de financement de la permanence des soins

### ***– Mesures relatives à la branche famille :***

Article 52 : Création d'un complément optionnel de libre choix d'activité

Article 53 : Réforme de l'allocation de présence parentale

### ***– Mesures relatives à la branche vieillesse :***

Article 45 : Intégration du régime des cultes dans le régime général

Article 47 : Réforme des régimes complémentaires des professions de santé (ASV)

### ***– Mesures relatives à la gestion du risque :***

Article 57 : Moyens de contrôle et de lutte contre la fraude

### **Articles du PLF ayant une incidence sur le PLFSS :**

Article 41 : Affectation de recettes fiscales à la sécurité sociale au titre de la compensation des exonérations de cotisations patronales

Article 42 : Répartition du produit du droit de consommation sur les tabacs



## **CHAPITRE I<sup>ER</sup> : LES RECETTES, LA GESTION ET L'EQUILIBRE GENERAL DE LA SECURITE SOCIALE**

### **I.- LA SITUATION DES COMPTES SOCIAUX**

#### **A.- LES RESULTATS FINANCIERS DES REGIMES**

##### **1.- Le régime général**

Selon les prévisions de la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2005, le résultat du régime général serait identique en 2005 à celui de 2004 où il avait atteint son plus bas niveau historique (- 11,9 milliards d'euros, après - 3,5 milliards d'euros en 2002 et - 10,2 milliards d'euros en 2003). Ce résultat en prévision pour l'ensemble du régime général est un peu plus dégradé que celui présenté dans le rapport de la Commission des comptes de juin 2005 (- 11,6 milliards d'euros), la révision portant sur la branche vieillesse.

Le creusement des déficits jusqu'en 2004 traduisait la persistance d'un écart de croissance entre les dépenses et les recettes : de près de 3 points en 2003, il s'est fortement réduit en 2004 (0,5 point). Le maintien du déficit en 2005 au même niveau qu'en 2004, sans nouvelle aggravation, est permis par une inversion de tendance entre les produits (+ 4,9 %) et les charges (+ 4,6 %), sous l'effet de l'accélération de la masse salariale et des mesures de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

En 2006, sous l'hypothèse de la poursuite d'un différentiel favorable entre produits (+ 3,3 %) et charges (+ 3,0 %), le déficit du régime général serait légèrement moins élevé en tendancier (- 11,5 milliards d'euros). Après mesures nouvelles du projet de loi de financement de la sécurité sociale (notamment les nouvelles recettes de CSG sur les plans d'épargne logement et les taxes auprès des laboratoires pharmaceutiques, ainsi que de nouvelles mesures réglementaires comme la hausse des taux des cotisations AT/MP, de 0,1 point, et vieillesse, de 0,2 point), ce déficit est prévu à 8,9 milliards d'euros.

Le tableau suivant présente les évolutions des produits, des charges et du solde du régime général par branche sur les années 2005 et 2006. Ces prévisions tiennent compte des mesures nouvelles prenant effet en 2006.

**ÉVOLUTION DES PRODUITS, DES CHARGES ET DU SOLDE DU REGIME GENERAL  
PAR BRANCHE, APRES MESURES NOUVELLES 2006**

(en milliards d'euros)

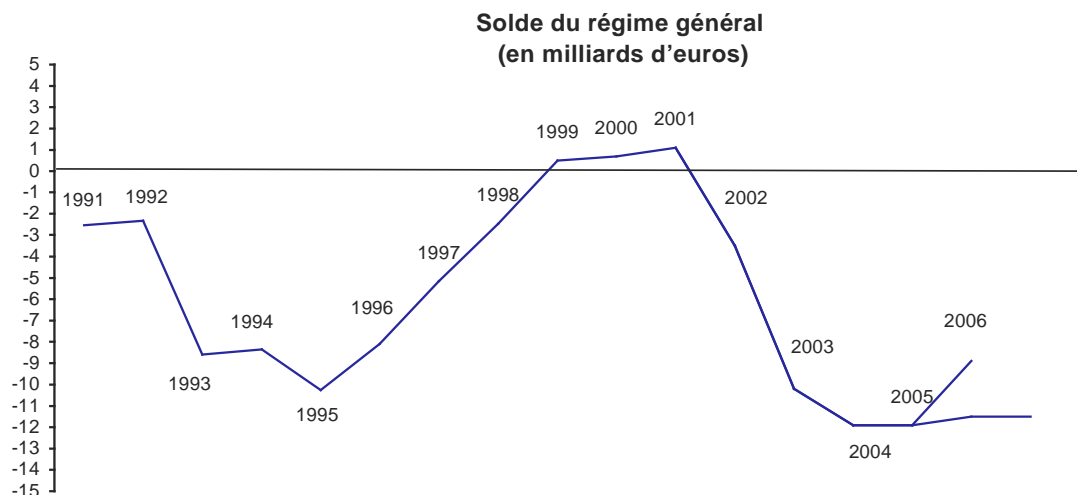
	2005	2006
<b>Maladie</b>		
produits	120,6	125,8
charges	128,8	131,9
<b>solde</b>	<b>-8,3</b>	<b>-6,1</b>
<b>AT-MP</b>		
produits	9,0	9,7
charges	9,5	9,9
<b>solde</b>	<b>-0,5</b>	<b>-0,2</b>
<b>Famille</b>		
produits	49,7	51,6
charges	50,8	52,8
<b>solde</b>	<b>-1,1</b>	<b>-1,2</b>
<b>Vieillesse</b>		
produits	78,2	81,6
charges	80,1	83,1
<b>solde</b>	<b>-2,0</b>	<b>-1,4</b>
<b>toutes branches consolidé</b>		
produits	252,6	263,7
charges	264,5	272,7
<b>solde</b>	<b>-11,9</b>	<b>-8,9</b>

L'évolution sur plus longue période est résumée ci-dessous :

**SOLDE DES OPERATIONS COURANTES DU REGIME GENERAL  
(HORS OPERATIONS EN CAPITAL)**

(en milliards d'euros et en droits constatés)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Maladie	- 0,7	- 1,6	- 2,1	- 6,1	- 11,1	- 11,6	- 8,3	- 6,1
Accidents du travail	0,2	0,4	0	0	- 0,5	- 0,2	- 0,5	- 0,2
Vieillesse	0,8	0,5	1,5	1,7	0,9	0,3	- 2,0	- 1,4
Famille	0,2	1,4	1,7	1,0	0,4	- 0,4	- 1,1	- 1,2
<b>Total régime général</b>	<b>0,5</b>	<b>0,7</b>	<b>1,2</b>	<b>- 3,5</b>	<b>- 10,2</b>	<b>- 11,9</b>	<b>- 11,9</b>	<b>- 8,9</b>



**TAUX DE VARIATION DES PRODUITS ET DES CHARGES DU REGIME GENERAL**

(en %)

	2001	2002	2003	2004	2005 (prévision)	2006 (prévision)
Produits	5,3	3,6	3,1	4,0	4,9	3,3
Charges	5,1	5,7	6,0	4,5	4,6	3,0
<b>Ecart</b>	<b>0,2</b>	<b>- 2,1</b>	<b>- 2,9</b>	<b>- 0,5</b>	<b>0,3</b>	0,3

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale.

**2.- L'ensemble des régimes de base et les fonds de financement**

Les autres régimes de base bénéficiant, pour la grande majorité d'entre eux, de mécanismes d'équilibrage, les variations du solde de l'ensemble des régimes de base étaient largement dues à celles du régime général jusqu'en 2004 : – 10,4 milliards d'euros en 2003 et – 11,5 milliards d'euros en 2004.

Depuis 2005, le régime des exploitants agricoles, financé par le FFIPSA, ne bénéficie plus d'une subvention d'équilibre de l'État ; la dégradation de son résultat en 2005 et 2006 (– 1,9 milliard d'euros chaque année) contribue à celle de l'ensemble des régimes de base, atténuée toutefois par un excédent de la CNRACL (500 millions d'euros en 2005). Le déficit de l'ensemble des régimes de base est donc de 13,2 milliards d'euros en 2005 et de 12,7 milliards d'euros en 2006.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 fixe également les montants de transferts et de dotations des branches à différents fonds pour 2006. Votre Rapporteur souhaite en particulier attirer l'attention sur la situation financière du FSV. En effet, ce fonds a été constamment déficitaire depuis 2001.

Son déficit s'est creusé en 2002, après la diminution de 0,1 point du taux de CSG attribuée au fonds au profit du financement de l'APA, ce qui a réduit ses recettes d'environ 900 millions d'euros. Depuis cette date, le fonds est en déficit structurel, et son résultat a fluctué en fonction du montant de C3S qui lui était attribué. Après - 1,4 milliard d'euros en 2002 et – 900 millions d'euros en 2003, le déficit a été ramené à – 600 millions d'euros en 2004, grâce à un versement exceptionnel de 1,3 milliard d'euro de C3S, alors que la conjoncture économique, et surtout le maintien du chômage à un niveau élevé, contribuent à alourdir les charges. En l'absence de nouvelles dispositions, le solde cumulé du FSV, qui est négatif depuis 2002, atteindrait – 5,5 milliards d'euros à la fin de l'année 2005.

## B.- L'IMPACT DES MESURES NOUVELLES

### 1.- En 2005

L'impact financier sur 2005 de l'article 72 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, concernant la contribution sociale généralisée, est présenté dans le tableau suivant :

Type de revenus	Modification assiette	Modification taux	Impact financier (CCSS de juin 2005)	Rendement de la mesure
- Revenu salarié - Allocations de chômage	Diminution de l'abattement pour frais professionnels de 5 à 3%		900 M€ (1)	CNAMTS: 864 M€ CNAF : 15 M€ FSV : 9 M€ CNSA : 12 M€
Retraite / Préretraite / Invalidité		Hausse de 0,4 point pour les redevables au taux normal de 6,2%	650 M€ (1)	CNAMTS : 650 M€
Patrimoine et Placements		Hausse de 0,7 point	670 M€(2)	CNAMTS : 670 M€
Jeux		Hausse de 2 points	108 M€ (2)	CNAMTS :108 M€

Sources :(1) Rapport Commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2005

(2) Prévisions Direction du budget de juillet 2005

Par ailleurs, la CNAM a bénéficié d'une affectation par l'État de 1 milliard d'euros de droits sur le tabac et de la nouvelle contribution additionnelle à la C3S, pour 800 millions d'euros. Pour sa part, la CNAV enregistre les produits liés à l'adossement au régime général du régime de retraite des industries électriques et gazières (versement de cotisations et paiement d'une fraction de la soulte).

### 2.- En 2006

Le tableau suivant retrace l'impact sur les comptes (en millions d'euros) des mesures nouvelles du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale :



Régime général	Maladie	AT-MP	Vieillesse	Famille	Toutes branches
<b>Mesures d'économies sur les dépenses d'assurance maladie</b>	<b>3 968</b>				<b>3 968</b>
Mesures sur les produits de santé	1 751				1 751
Mesures sur les établissements de santé	958				958
Revalorisation du forfait journalier hospitalier	84				84
Maîtrise médicalisée	748				748
Lutte contre les fraudes	126				126
Maintien d'un ticket modérateur plafonné sur les actes au-delà de 91 €	84				84
Autres mesures	80				80
Revalorisation du forfait CMU	138				138
<b>Mesures nouvelles de dépenses branche famille</b>				<b>106</b>	<b>106</b>
Réforme des conditions d'octroi de l'allocation de présence parentale				21	21
Nouveau complément de libre choix d'activité				35	35
Mesure non législative				50	50
<b>Mesures nouvelles de dépenses branche retraite</b>			<b>23</b>		<b>23</b>
Intégration du régime de retraite des cultes au régime général			23		23
<b>Mesures nouvelles 2006 sur les recettes</b>	<b>1 161</b>	<b>415</b>	<b>1 010</b>	<b>142</b>	<b>2 727</b>
<b>Mesures législatives</b>	<b>780</b>	<b>9</b>	<b>92</b>	<b>131</b>	<b>1 011</b>
Taxe sur le CA des laboratoires pharmaceutiques	300				300
Prélèvement sur les PEL	572		32	113	717
Réaffectation de droits tabacs au fonds CMU	-178				-178
Recettes diverses	86	9	60	18	172
<b>Autres Mesures</b>	<b>45</b>	<b>406</b>	<b>918</b>	<b>11</b>	<b>1 380</b>
Augmentation de 0,2 point du taux des cotisations vieillesse (assiette plafonnée)			740		740
Augmentation de 0,1 point du taux des cotisations AT-MP (assiette déplafonnée)		400			400
Effet de la hausse de 0,2 point des cotisations retraite sur le transfert de la CNAF à la CNAV au titre de l'AVPF			50		50
Effet de la hausse de 0,2 point des cotisations retraite sur la prise en charge des cotisations des chômeurs par le FSV			90		90
Contrôles	45	6	38	11	100
Clause de sauvegarde pharmaceutique 2006	336				336

Les principales mesures de recettes de nature législative sont les suivantes :

L'**article 10** anticipe l'assujettissement aux prélèvements sociaux des intérêts des plans d'épargne logement (PEL) de plus de dix ans, pour des recettes estimées à 720 millions d'euros en 2006.

L'**article 11** supprime l'abattement de cotisations patronales pour les salariés à temps partiel, pour des recettes estimées à 100 millions d'euros pour le régime général.

L'**article 12** aménage le statut social des indemnités de rupture (licenciement, mise à la retraite, cessation des fonctions de mandataire), pour des recettes supplémentaires estimées à 40 millions d'euros.

L'**article 14** élargit l'assiette de la C3S au secteur public, pour des recettes supplémentaires de l'ordre de 15 millions d'euros pour le régime général.

L'**article 15** intègre des médicaments inscrits sur la « liste rétrocession » dans la clause de sauvegarde et aménage des taxes sur les laboratoires pharmaceutiques, pour un montant estimé à 640 millions d'euros au bénéfice de la branche maladie.

De plus, deux mesures d'ordre réglementaire, particulièrement importantes, sont intégrées dans les prévisions de recettes du projet de loi de financement de la sécurité sociale :

– une hausse du taux de cotisation AT/MP de 0,1 point, les recettes supplémentaires étant estimées à 400 millions d'euros ;

– une hausse du taux de cotisation vieillesse de 0,2 point sur l'assiette plafonnée, cette hausse ayant été annoncée dès la discussion de la loi du 21 août 2003 de réforme des retraites. Les nouvelles recettes seraient de 740 millions d'euros, sans compter l'augmentation induite des cotisations dues par la branche famille et le FSV à la CNAV, au titre respectivement des parents au foyers (pour 50 millions d'euros) et des chômeurs (pour 90 millions d'euros).

Au total, le résultat du régime général serait amélioré de 2,6 milliards d'euros, portant le déficit à 8,9 milliards d'euros. Les résultats des branches maladie, vieillesse et AT/MP seraient améliorés respectivement de 1,2 milliard d'euros, 1 milliard d'euros et 400 millions d'euros, le déficit de la branche famille n'étant pas significativement modifié.

### C.- LES ADMINISTRATIONS DE SECURITE SOCIALE AU SENS DE MAASTRICHT

Au-delà du champ du projet de loi de financement de la sécurité sociale, il est important de suivre l'évolution du solde des administrations de sécurité sociale, selon la définition retenue dans le cadre des critères de convergence fixés par le traité sur l'Union européenne. Il s'agit en effet d'un secteur qui rentre en compte dans le programme de stabilité et de croissance adressé par la France à Bruxelles. Il intègre les régimes complémentaires et l'assurance chômage.

Évaluée pour la première fois cette année selon la « base 2000 » des comptes nationaux, la capacité de financement des administrations de sécurité sociale (ASSO) a culminé à + 6,8 milliards d'euros en 2000, contribuant à l'amélioration des comptes de l'ensemble du secteur des administrations publiques (APU). En 2001, elle s'est toutefois réduite pour atteindre 5,9 milliards d'euros. Affectées depuis par le retournement de la conjoncture économique, les administrations de sécurité sociale connaissent à nouveau un besoin de financement, qui a atteint 15,9 milliards d'euros en 2004.

Les dernières prévisions pour les années 2005 et 2006, réalisées en septembre 2005 par le ministère de l'Économie, des finances et de l'industrie dans le cadre du rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour 2006, évaluent le besoin de financement des administrations de sécurité sociale à – 0,2 point de PIB en 2005 et en 2006.

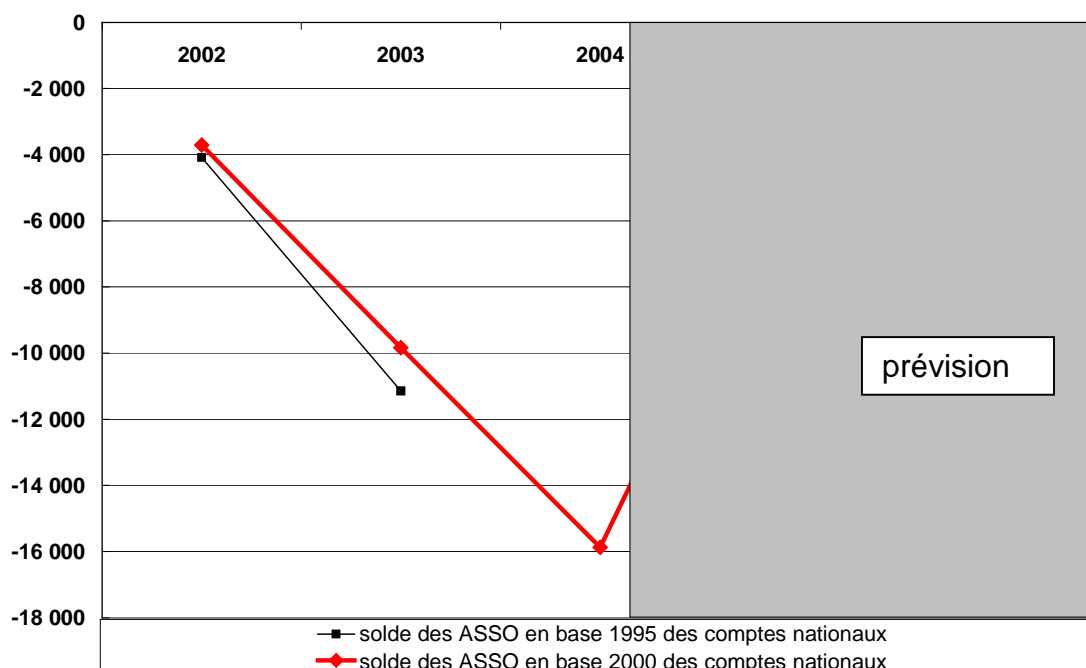
## EVOLUTION DU SOLDE DES ADMINISTRATIONS DE SECURITE SOCIALE DE 2002 A 2006

(en points de PIB)

2000	2001	2002	2003	2004
0,47%	0,40%	-0,24%	-0,62%	-0,96%

Source : Base 2000 des Comptes nationaux, Insee.

(en millions d'euros courants)



Source : Comptes nationaux, INSEE, et projet de loi de finances pour 2006, Direction de la prévision et de l'analyse économique.

## II.- LA CLARIFICATION DU FINANCEMENT ET L'OPTIMISATION DE LA GESTION DE LA SECURITE SOCIALE

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 ne comporte pas de modifications des circuits de financement. Votre Rapporteur souhaite donc centrer son analyse sur certaines situations particulières en matière de recettes et de gestion des organismes de sécurité sociale. En particulier, les modalités de compensation et de calcul des allègements généraux de cotisations sociales patronales sont au cœur du débat sur le financement de la sécurité sociale cette année.

## A.- LES RECETTES DE LA SECURITE SOCIALE

### 1.- La situation difficile du FFIPSA

Le Fonds de financement des prestations sociales des non salariés agricoles (FFIPSA) a été créé par l'article 40 de la loi de finances pour 2004, en vue de se substituer au Budget annexe des prestations sociales des non salariés agricoles (BAPSA) à compter de 2005. En effet, la mise en œuvre de la LOLF implique la disparition du BAPSA, qui ne répond pas aux critères définis par ce texte s'agissant des budgets annexes. En conséquence ce nouveau fonds, institué sous forme d'établissement public national à caractère administratif, est chargé de reprendre la mission du BAPSA, à savoir assurer le financement des prestations sociales des exploitants agricoles.

Les dépenses du fonds sont principalement constituées par les prestations familiales, les prestations d'assurance maladie-invalidité-maternité, les prestations d'assurance vieillesse et veuvage, les participations au financement du régime des étudiants et des praticiens et auxiliaires médicaux, ainsi que la subvention de l'État au profit de l'assurance vieillesse complémentaire obligatoire.

Les recettes du fonds sont constituées :

- des cotisations des assujettis au régime affectées au service des prestations,
- de la part de CSG maladie affectée au régime des exploitants agricoles,
- des financements publics constitués par les divers impôts et taxes affectés (droits tabacs), et, le cas échéant, d'une subvention d'équilibre du budget de l'État,
- des participations des autres régimes : compensation démographique, contribution de la CNAF,
- des subventions du Fonds spécial d'invalidité (FSI) et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV).

Le FFIPSA n'ayant pas pu être opérationnel au 1<sup>er</sup> janvier 2004, la loi de finances a introduit une disposition transitoire prolongeant jusqu'au 31 décembre 2004 le BAPSA. En conséquence, sur l'exercice 2004, les missions du FFIPSA ont été limitées à la seule prise en charge des intérêts de l'emprunt de 1,3 milliard d'euros contracté par la MSA pour financer le passage à la mensualisation des exploitants agricoles prévue par l'article 105 de la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites. Dans ce cadre, les recettes du FFIPSA, constituées d'une fraction du droit de consommation sur les tabacs, se sont élevées à 27,58 millions d'euros. Les dépenses (intérêts d'emprunts) s'étant établies à 13,82 millions d'euros, le résultat positif du compte FFIPSA s'est élevé à 13,76 millions d'euros.

En raison de l'absence d'existence juridique du FFIPSA au 31 décembre 2004, les montants de dépenses et de recettes relatives à la mission attribuée au FFIPSA n'ont pu être retracés de manière distincte et ont été intégrés dans les comptes du BAPSA. Sur l'exercice 2004, la gestion courante du régime de protection sociale des exploitants agricoles par le BAPSA (y compris les montants relatifs au FFIPSA), s'est traduite par des recettes et des dépenses s'élevant respectivement à 14.576,11 et 15.594,24 millions d'euros, soit un déficit de 1.018,13 millions d'euros.

À ce résultat, il convient d'ajouter la prise en compte du coût de la mensualisation des pensions, pour un montant de 1,31 million d'euros, l'incidence du passage à une comptabilisation en droits constatés, pour un montant négatif de 0,85 million d'euros, et les résultats cumulés des exercices antérieurs, pour 28,74 millions d'euros. Étant chargé de la liquidation des droits et obligations du BAPSA, le FFIPSA a repris au passif de son bilan d'ouverture le déficit cumulé du BAPSA ainsi défini, soit un montant total de 3.161,66 millions d'euros, récapitulé dans le tableau suivant :

**Bilan d'ouverture du FFIPSA au 1 janvier 2005**

(en million d'euros)

Dépenses	Encaissement - décaissement	Mensualisation	Droits constatés	TOTAL
Intérêts (*)	51,93		0,72	52,65
Maladie-maternité	6 677,35		159,00	6 836,35
PFA	558,16		33,34	591,50
Retraires	8 129,56	1 333,33	651,70	10 114,59
Autres	177,24		79,53	256,77
<b>TOTAL</b>	<b>15 594,24</b>	<b>1 333,33</b>	<b>924,29</b>	<b>17 851,86</b>
<b>Recettes</b>				
Cotisations	2 589,51		0,16	2 589,67
Compensation	5 723,00			5 723,00
Taxes (**)	4 985,91			4 985,91
CNAF	237,94			237,94
CSG	775,00			775,00
FSV	111,21	19,18	10,98	141,37
Autres	153,54		55,03	208,57
<b>TOTAL</b>	<b>14 576,11</b>	<b>19,18</b>	<b>66,17</b>	<b>14 661,46</b>
<b>Déficit BAPSA 2004 (***)</b>	<b>-1 031,89</b>	<b>-1 314,14</b>	<b>-858,12</b>	<b>-3 190,40</b>
<b>Résultats cumulé des exercices antérieurs BAPSA clos</b>				<b>28,74</b>
<b>Bilan d'ouverture du FFIPSA au 1 janvier 2005</b>				<b>-3 161,66</b>

(\*) : Dont 13,82 M€ relatif au FFIPSA

(\*\*) :Dont 27,58 M€ relatif au FFIPSA

(\*\*\*) :Dont 13,76 M€ relatif au FFIPSA

Les prévisions relatives à l'exercice 2005 font apparaître en recettes un montant 13.702,25 millions d'euros et en dépenses un montant de 15.426,66 millions d'euros, soit une insuffisance de financement de l'ordre 1.724,41 millions d'euros. Pour 2006, les prévisions relatives sont : en recettes un montant de 13.850,74 millions d'euros, et en dépenses, un montant de 15.599,28 millions d'euros, soit une nouvelle insuffisance de financement de l'ordre de 1.748,54 millions d'euros.

(en millions d'euros)	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Total des recettes</b>	14.576	14.301	13.927	14.024	14.033
<b>Total des dépenses</b>	15.346	15.746	15.454	15.589	15.738
<b>Solde tendanciel</b>	-771	-1.444	-1.528	-1.564	-1.705

L'accumulation des dettes du FFIPSA se traduit par un découvert de trésorerie, financé par une ouverture en compte courant auprès d'un syndicat d'établissements bancaires, gérée par la MSA pour le compte du FFIPSA.

Les mesures destinées, d'une part à couvrir le déficit du BAPSA au 31 décembre 2004 et, d'autre part, à allouer au FFIPSA un niveau de ressources lui permettant de garantir la pérennité du financement du régime des prestations sociales des non salariés agricoles, devront être proposées rapidement par le Gouvernement. Il en va de la pérennité du régime des exploitants agricoles. Il va de soi qu'une reprise par l'État de l'ancienne dette du BAPSA ne peut se concevoir qu'en contrepartie d'un effort financier en faveur du régime. Trouver la ressource adéquate semble cependant relever aujourd'hui de la quadrature du cercle, ni l'État, ni les autres régimes n'étant dans une situation financière leur permettant de concourir à l'équilibre du FFIPSA.

## 2.- L'évolution des droits sur les tabacs

### *a) Les ventes de tabacs*

Le **taux du droit de consommation** applicable aux cigarettes a été fixé par à 64 % du prix de vente de la cigarette de la classe de prix la plus demandée. Le taux de l'accise applicable en France est le plus élevé de tous les États membres de l'Union européenne, même si les prix de vente au détail pratiqués en France demeurent inférieurs à ceux du Royaume-Uni ou de l'Irlande. En ce qui concerne les autres produits du tabac, les taux sont de 27,57 % pour les cigares et cigarillos, 58,57 % pour les tabacs fine coupe et 52,42 % pour les autres tabacs à fumer. Le prix de l'ensemble des tabacs a été relevé de manière importante en 2004, dans le cadre du plan national de lutte contre le cancer, afin de réduire la consommation. Depuis, dans le cadre du contrat d'avenir pour les buralistes signé le 18 décembre 2003 entre le Gouvernement et la Confédération des débiteurs de tabac, a été décidé le gel de la hausse de la fiscalité du tabac jusqu'en 2007. D'ici à cette date, il n'est donc pas possible d'agir sur les leviers de fiscalité habituels pour augmenter les prix.

Le **rendement total du droit de consommation** sur les tabacs pour 2005 a été évalué 9,4 milliards d'euros, dont 8 milliards d'euros au profit des organismes de sécurité sociale. Ce calcul de l'administration des douanes repose sur une hypothèse de stabilisation de la consommation en 2005, et de hausse des prix des seuls scaferlatis et cigares.

Pour 2006, selon les mêmes estimations, les droits sur les tabacs devraient s'élever à 9,45 milliards d'euros, dont toujours 8 milliards d'euros au profit des organismes de sécurité sociale. Cette évaluation repose sur une stabilité des prix et de la consommation de cigarettes, et intègre une hausse des prix des scaferlatis et des cigares comparable à celle de 2005.

Les **prévisions de ventes de tabac** en valeur et en volume en 2005 et 2006 sont basées sur une hypothèse de stabilité du marché. Le tableau suivant présente la situation du marché cette année :

Prévisions pour 2005	Cigarettes	Scaferlatis <sup>(1)</sup>	Cigares
ventes (milliers d'euros)	13.104.880	991.105	753.493
quantité (milliers d'unité)	54.924.359	7.861.030	2.522.403

<sup>(1)</sup> Il s'agit du tabac fine coupe destiné à rouler les cigarettes.

Sur l'ensemble de l'année 2005, les ventes de tabac devraient se stabiliser. Seuls les scaferlatis ont connu une hausse de prix de un demi-centime d'euro en avril 2005 et un demi-centime en juillet de la même année. L'évolution de la consommation au premier semestre (par rapport à la même période de l'année précédente) est résumée dans le tableau suivant. On constate toujours un déport des cigarettes sur les scaferlatis et, dans une moindre mesure, les cigares, même si les cigarettes représentent encore près de 90 % du rendement de la taxe.

	2003/2004	2004/2005
Cigarettes	- 24,9 %	- 21,1 %
Cigares	+ 12,7 %	+ 9,4 %
Scaferlatis	+ 17,4 %	+ 12,4 %

Par ailleurs, l'augmentation des prix du tabac a eu un effet certain en termes de trafic transfrontalier de cigarettes. Les données de vente des deux dernières années montrent en effet un accroissement des achats hors de France. La Confédération des débiteurs de tabac chiffre la perte de recettes fiscales à 1,7 milliard d'euros. Si ces achats s'expliquent par le souci des consommateurs de profiter de prix plus attractifs au-delà de nos frontières, il est à craindre que d'autres raisons, celles-là répréhensibles, ne motivent ces déports.

Aussi, sans remettre en cause la **liberté de circulation des marchandises**, votre Rapporteur propose-t-il de s'assurer que ces pratiques ne sont pas les premiers pas vers la constitution d'un commerce parallèle destiné à frauder. Il souhaite donner à l'administration des douanes les moyens de surveiller la circulation des produits du tabac au moyen de l'enregistrement des mouvements. Dans un souci de cohérence, il est justifié de ramener les seuils de détention de tabacs manufacturés au minimum autorisé par la législation communautaire.

Enfin, il faut bien constater que le mode actuel de taxation de la vente du tabac pénalise essentiellement les consommateurs, au travers du droit indirect perçu. Rien ne justifie que les cigarettiers (fabricants, importateurs), qui contribuent au développement de maladies coûteuses pour l'assurance maladie, ne contribuent pas aussi aux efforts d'équilibre des comptes de la sécurité sociale. Les clients apportent leur contribution au travers l'augmentation des prix du tabac, les buralistes également au travers des prix élevés qui restreignent leur clientèle, seuls les cigarettiers ne sont soumis aujourd'hui à aucun effort particulier.

Votre Rapporteur propose donc d'**instaurer une taxe sur la progression du chiffre d'affaires des cigarettiers**, affectée à l'assurance maladie. Cette taxe réduira les profits de ces entreprises, et ne sera pas supportée par les consommateurs. Elle aura un fort effet incitatif en termes de santé publique, car toute augmentation des prix ou des volumes se traduira par une augmentation de la taxation. Il est proposé que l'effort demandé aux cigarettiers, au travers de cette taxe, soit équivalent à celui demandé aux entreprises du médicament qui investissent dans la recherche pour trouver de nouveaux remèdes, taxées dans le cadre du plan médicament 2006 dont l'article 15 du projet de loi de financement de la sécurité sociale, relatif à la contribution sur le chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques, est le support.

*b) La modification de l'affectation des droits tabacs*

La modification de la répartition du produit du droit de consommation entre les organismes affectataires résulte de l'article 42 du projet de loi de finances pour 2006. Ces modifications sont naturellement intégrées dans les prévisions de recettes du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006.

2005	2006
FFIPSA : 52,36 %	FFIPSA : 52,36 %
CNAM : 32,50 %	CNAM : 32,46 %
ETAT : 14,83 %	ETAT : 11,51 %
FCAATA : 0,31 %	FCAATA : 0,31 %
	Fonds CMUC : 1,88 %
	FNAL : 1,48 %

Une fraction égale à 1,48 % des sommes perçues au titre du droit de consommation sur les tabacs, antérieurement affectée à l'État, est affectée à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2006, à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, en compensation des pertes de recettes supportées par le Fonds national d'aide au logement (FNAL), en application de l'article 2 de l'ordonnance du 2 août 2005 relevant certains seuils de prélèvements obligatoires. Cette affectation du droit de consommation sur les tabacs au FNAL est de l'ordre de 140 millions d'euros en 2006.

La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales prévoit le transfert des instituts de formation en soins infirmiers de l'assurance maladie aux régions, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2005. Les dépenses correspondantes



sont compensées par l'État aux régions, selon les règles de droit commun, soit 178 millions d'euros en 2006. Pour que l'opération soit neutre pour l'État, les régions et la Caisse nationale d'assurance maladie, une fraction des droits tabacs, soit 1,88 %, antérieurement perçue par la CNAM, est affectée, en contrepartie, au Fonds de financement de la protection maladie complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (CMU). La subvention de l'État à ce fonds est réduite à due concurrence au sein du programme Protection maladie de la mission Solidarité et intégration du budget général.

Enfin, le même article 42 du projet de loi de finances pour 2006 prévoit l'adossement financier de l'Établissement national des invalides de la marine (ENIM) au régime général d'assurance maladie. Cet adossement ayant un coût pour l'assurance maladie estimé à 174 millions d'euros en 2006, cette charge est financée par affectation à la CNAM de 1,84 % du produit de consommation sur les tabacs, en contrepartie d'une minoration de la subvention de l'État à l'ENIM d'un même montant (au sein de la mission Régimes sociaux et de retraite).

### 3.- Les nouvelles recettes transférées à la sécurité sociale

Afin de simplifier les relations financières entre l'État et la sécurité sociale, l'article 41 du projet de loi de finances pour 2006 prévoit d'affecter à hauteur de 18,9 milliards d'euros des impôts et taxes aux organismes de sécurité sociale pour financer les pertes de recettes résultant des allègements de charges sur les bas salaires.

Le coût des mesures d'exonérations compensées par le budget de l'État à la sécurité sociale est en effet croissant depuis plusieurs années et devrait atteindre, en 2006, 22 milliards d'euros, dont près de 19 milliards pour les allègements généraux. L'importance des sommes en jeu milite pour que les moindres recettes que représentent ces allègements soient compensées à la sécurité sociale par un transfert de recettes pérennes plutôt que par des dotations budgétaires. Le champ concerné ne sera cependant que celui des allègements généraux, la compensation des mesures ciblées et catégorielles d'exonération continuant à être opérée par une dotation budgétaire inscrite sur les budgets des différents ministères concernés.

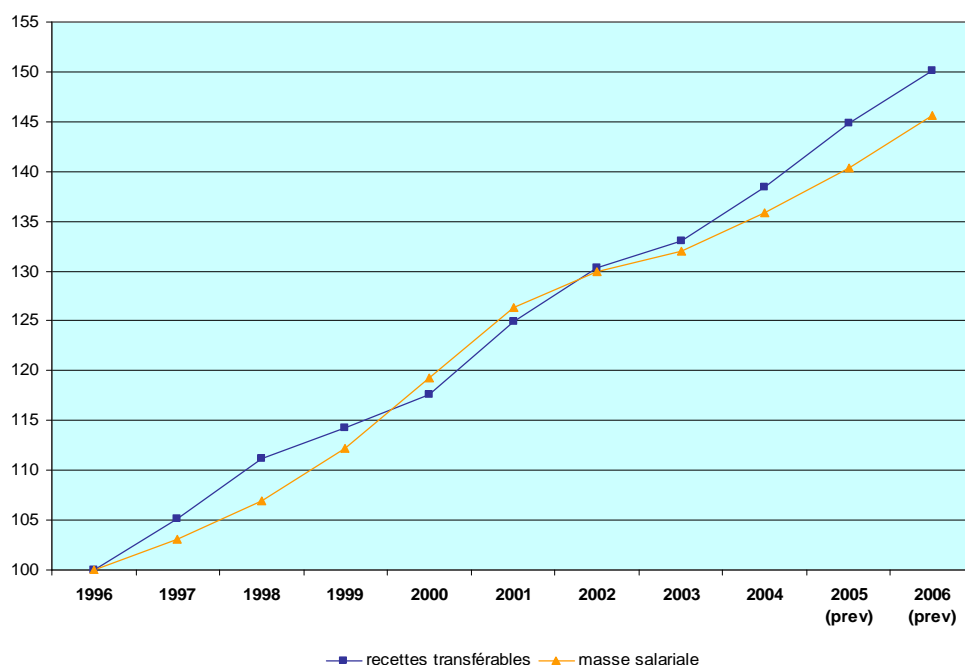
Plus fondamentalement, les allègements de charges correspondent, au niveau macroéconomique, à des baisses de prélèvements obligatoires. Il était donc financièrement contestable de les inscrire en dépenses du budget général de l'État. Il faut les traiter budgétairement conformément à ce qu'ils sont économiquement : des baisses de prélèvements obligatoires, qui doivent être compensés à la sécurité sociale par d'autres recettes qui lui seront propres et qui relèveront ensuite du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Pour assurer la compensation, un « panier » de recettes fiscales est transféré à la sécurité sociale. Les régimes de sécurité sociale concernés seront bénéficiaires d'une quote-part de l'ensemble des recettes fiscales transférées. La

mission de centralisation des recettes fiscales et leur répartition entre les branches du régime général et les autres régimes seront confiées à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), sur la base d'arrêtés fixant les clés de répartition

Les recettes affectées sont à peu près toujours en relation avec des problématiques de santé (même la taxe sur les salaires, puisque 45 % de son produit est payé par les hôpitaux). Leur montant estimé pour 2006 correspond au montant estimé des allègements, et leur dynamisme est garanti par rapport à l'évolution des salaires : sur dix ans, la somme des taxes transférée progresse comme la masse salariale, voire un peu plus vite, le faible dynamisme des unes (droits alcools) étant plus que compensé par le fort dynamisme des autres (taxe sur les salaires et TVA sur les produits vendus en pharmacie).

Evolution des recettes transférables pondérées et de la masse salariale (en base 100)



Recettes transférées de l'État à la sécurité sociale	2004	prévision 2005	prévision 2006
<b>Taxe sur les salaires (95 % du produit)</b>	8.564,25	8.977,5	9.405
<b>Anciennes taxes affectées au FOREC (hors TCA et droits tabacs)</b>			
Droit de consommation sur les alcools	1.910	1.908	1.908
Droit sur les bières et les boissons non alcoolisées	368,9	378,0	378,0
Droit de circulation sur les vins, cidres, poirés et hydromels	121,4	125,0	125,0
Droit de consommation sur les produits intermédiaires	126,4	126,0	126,0

Taxe sur les contributions patronales au financement de la prévoyance complémentaire	477,8	500	520
Taxe sur les primes d'assurance automobile	935,5	1.030	1.030
<b>Fractions de TVA</b>			
TVA brute sur les produits pharmaceutiques (commerce de gros)	2.480	2.680	2.880
TVA brute sur les tabacs	2.461	2.510	2.525
<b>TOTAL</b>	17.444,65	18.234,5	18.897

L'une de ces recettes, la taxe sur les salaires, reste cependant partagée avec l'État et pourrait permettre un ajustement en cas de révision du montant de recettes fiscales affectées au financement des allègements généraux. Compte tenu de la part prépondérante affectée à la sécurité sociale (95 %), votre Rapporteur souhaite le transfert de son recouvrement aux URSSAF. En effet, l'identité d'assiette et de redevable justifierait que les URSSAF procèdent au recouvrement de la taxe sur les salaires en même temps que celui des cotisations sociales. Ce transfert supposerait néanmoins un transfert d'informations entre l'administration fiscale et la branche recouvrement, la taxe sur les salaires étant intimement liée à l'assujettissement à la TVA, ainsi que des évolutions législatives et réglementaires non négligeables afin d'harmoniser les modalités du recouvrement.

Les droits indirects sur les alcools et autres boissons (droit de consommation sur les alcools, droit de consommation sur les produits intermédiaires, droit de circulation, sur les vins, cidres, poirés et hydromels ainsi que droit spécifique sur les bières et eaux minérales) font aussi partie des taxes intégralement transférées à la sécurité sociale. Le rendement prévisionnel des différentes recettes tirées de la fiscalité sur les alcools et boissons est quasiment stable entre 2005 et 2006. Le montant global attendu en 2006 au titre des recettes tirées de la fiscalité sur les alcools et autres boissons est de 2,9 milliards d'euros, se répartissant de la façon suivante :

Catégorie	Recette (en millions d'euros)
Droit de consommation sur les alcools (art. 403 CGI)	1.908
Droit de consommation sur les produits intermédiaires (art. 402 <i>bis</i> CGI)	378
Droit de circulation, sur les vins, cidres, poirés, hydromels (art. 438 CGI)	119
Droit spécifique sur les bières et eaux minérales (art. 520 CGI)	125
Cotisation sur les alcools de plus de 25° (art. L. 245-7 CSS)	375
Taxe "premix" (art. 1613 <i>bis</i> CGI)	0,15
<b>TOTAL</b>	<b>2.905</b>

Votre Rapporteur tient à souligner que cette affectation de recettes à la sécurité sociale ne constitue en rien une reconstitution du FOREC, dont il avait souhaité la suppression depuis sa création en 2000. La solution aujourd'hui retenue correspond en fait à celle qu'il avait défendue au sein du groupe de travail parlementaire créé par M. Jean-François Mattei au printemps 2003 sur l'avenir du FOREC. Alors que la solution de la budgétisation du FOREC avait alors été

retenue par le Gouvernement, votre Rapporteur souhaitait déjà compenser les exonérations de cotisations en affectant directement à la sécurité sociale un certain nombre de recettes fiscales (les anciennes recettes du FOREC).

Le FOREC était un établissement public distinct de la sécurité sociale, qui avait la charge de compenser ensuite à la sécu à l'euro près. Il s'agissait d'une débudgétisation, avec un système complexe et fluctuant de tuyauterie ayant permis de mettre la sécurité sociale à contribution pour le financement des 35 heures. Cette fois-ci, il s'agit d'une affectation de taxes et d'impôt « pour solde de tout compte », moyennant des clauses de revoyure<sup>(1)</sup> sécurisant l'opération pour la sécurité sociale. Au total, il s'agit donc plutôt d'une modification et d'une diversification du mode de financement de la sécurité sociale. La logique ultime consistera à barémiser les allègements de charges, c'est-à-dire les intégrer dans le barème des cotisations sociales de droit commun.

## B.- LES MESURES DE SIMPLIFICATION EN MATIERE DE COTISATIONS

1.- Le calcul des cotisations et de leurs exonérations : au-delà de la simplification, la nécessité d'aller vers la « barémisation »

### *a) La nécessaire simplification des exonérations de cotisations sociales*

Il existe aujourd'hui près de quarante mesures d'exonération de cotisations patronales de sécurité sociale. Cette multiplicité s'explique par la diversité des objectifs poursuivis : la réduction générale (Fillon) tend à favoriser l'emploi de salariés faiblement rémunérés, tandis que d'autres mesures sont ciblées sur des publics particuliers (jeunes, personnes en difficultés d'insertion professionnelle), sur des zones particulières du territoire (zones de redynamisation urbaine, de revitalisation rurale, zones franches urbaines, Corse, outre-mer) ou sur des emplois particuliers (emplois familiaux, agricoles, aides à domicile).

La principale mesure de simplification mise en œuvre a consisté en la création, au 1<sup>er</sup> juillet 2003, d'une réduction dégressive générale de cotisations patronales de sécurité sociale sur les bas et moyens salaires, déconnectée de la réduction et du temps de travail. Dans le régime définitif, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2005, son niveau maximal est de 26 % du salaire au niveau du salaire minimum de croissance (SMIC). Remplaçant la réduction dégressive sur les bas salaires (Juppé) et l'allègement lié à la mise en place d'accords de réduction du temps de travail (Aubry), cette nouvelle réduction a procédé ainsi à une première rationalisation des exonérations.

---

<sup>(1)</sup> Deux clauses de revoyure sont prévues par le projet de loi de finances : un recalage à l'euro près sur l'année 2006 via une régularisation en 2007, avec une modification du panier de recettes le cas échéant, et une clause de revoyure en 2008 et 2009 : si l'écart constaté entre le montant des allègements et le produit des recettes affectées est significatif (2 % d'écart, soit environ 400 millions d'euros), le Gouvernement s'engage à modifier le panier de recettes, de même si les allègements sont modifiés et coûtent plus cher à la sécurité sociale.

L'ordonnance du 18 décembre 2003 relative aux mesures de simplification des formalités concernant les entreprises, les travailleurs indépendants, les associations et les particuliers employeurs a poursuivi cet effort de rationalisation. En effet, elle a supprimé, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2005, l'exonération dont bénéficiaient les *entreprises d'insertion* et les *entreprises de travail temporaire d'insertion*. À cette date, ces entreprises ont basculé dans le droit commun de la réduction générale, le supplément d'allègement procuré au niveau du SMIC par l'exonération spécifique supprimée ayant été considéré comme trop peu attractif pour en justifier le maintien et les entreprises concernées bénéficiant, en contrepartie, d'une majoration de leurs aides directes.

Cette ordonnance a également abrogé, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2005, deux autres dispositifs : d'une part, *l'abattement de 30 % des cotisations patronales de sécurité sociale en faveur des embauches de salariés à temps partiel*, moins intéressant que la réduction générale pour les bas et moyens salaires, d'autre part, *l'exonération de cotisations d'allocations familiales en zones de revitalisation rurale pour certains salariés agricoles*, qui n'apportait aucun supplément d'allègement par rapport à la réduction générale. Cependant, l'exonération à hauteur de 30 % pour les temps partiels restait encore en vigueur pour les contrats ouverts avant l'entrée en vigueur des 35 heures, soit le 1<sup>er</sup> janvier 2001 pour les entreprises de plus de vingt salariés et le 1<sup>er</sup> janvier 2003 pour les entreprises de vingt salariés au plus. Aussi, afin de mettre en cohérence la politique d'exonérations de cotisations sociales, l'**article 11** du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 met fin, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2006, à l'abattement temps partiel qui subsiste pour les contrats en cours. Les employeurs pourront toutefois appliquer la réduction Fillon.

Par ailleurs, une réforme des contrats aidés a été engagée. Dans un premier temps, la loi du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social a créé le *contrat de professionnalisation* donnant lieu à une exonération des cotisations patronales de sécurité sociale pour les jeunes de moins de 26 ans et les demandeurs d'emploi âgés de plus de 45 ans. Ce nouveau contrat remplace, depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2004, les *contrats de qualification* et *d'orientation* ainsi que le *contrat d'adaptation* auquel n'est associée aucune exonération, à l'inverse des deux premiers. Dans un second temps, la loi du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale, a simplifié le paysage des contrats aidés, qui est désormais organisé autour de quatre contrats :

– **dans le secteur marchand** : le *contrat initiative emploi* (CIE), ouvert aux personnes sans emploi rencontrant des difficultés sociales et professionnelles d'accès à l'emploi, et le *contrat insertion revenu minimum d'activité* (CI-RMA), ouvert aux bénéficiaires du RMI, de l'ASS ou de l'API ; ces deux contrats ouvrent droit à des aides spécifiques ainsi qu'à la réduction Fillon.

– **dans le secteur non marchand** : le *contrat d'accompagnement dans l'emploi* (CAE), qui est issu de la fusion entre le contrat emploi consolidé (CEC) et le contrat emploi solidarité (CES), est ouvert aux personnes sans emploi

rencontrant des difficultés sociales et professionnelles d'accès à l'emploi ; le *contrat d'avenir*, ouvert aux bénéficiaires du RMI, de l'ASS ou de l'API. Ces deux contrats ouvrent droit à une exonération des cotisations patronales de sécurité sociale dans la limite du SMIC, ainsi qu'à des aides spécifiques.

*b) Vers la « barémisation » des allègements de charges*

La réduction générale des cotisations patronales de sécurité sociale, instituée par la loi du 17 janvier 2003 relative aux salaires, au temps de travail et au développement de l'emploi, et codifiée à l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, est calculée en fonction du salaire horaire. Cette réduction n'est pas forfaitisée : elle est égale à la rémunération mensuelle brute du salarié multiplié par un coefficient calculé par application d'une formule de calcul intégrant cette rémunération mensuelle brute et le nombre d'heures correspondant (le rapport de ces deux éléments donnant le salaire horaire).

Cette formule de calcul présente un double avantage : elle permet de réduire le coût du travail des bas salaires exclusivement et, à taux horaire identique, le niveau de réduction reste inchangé même dans l'hypothèse d'un nombre d'heures rémunérées plus élevé. Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2005, avec la réunification du SMIC, une formule de calcul unique est applicable à l'ensemble des salariés relevant du régime général :

$$\text{Coefficient} = \left( \frac{0,26}{0,6} \right) \times \left( 1,6 \times \frac{\text{SMIC} \times \text{nombre d'heures rémunérées}}{\text{rémunération mensuelle brute}} - 1 \right)$$

Le tableau suivant fait apparaître, par tranches de salaire de 1 SMIC à 1,6 SMIC, le montant de la réduction mensuelle, celui des cotisations de sécurité sociale restant à la charge de l'employeur, ainsi que le taux réel de cotisations patronales dues par celui-ci, dans le cas d'un salarié travaillant 35 heures par semaine, soit 151,67 heures par mois.

Salaire		Calcul de la réduction		Réalité des cotisations patronales de sécurité sociale restant dues par l'employeur	
horaire en part de SMIC <sup>(1)</sup>	mensuel brut <sup>(2)</sup>	coefficient multiplicateur <sup>(3)</sup>	réduction mensuelle <sup>(4)</sup> (en euros)	cotisations restant dues <sup>(5)</sup> (en euros)	taux réel employeur <sup>(6)</sup>
1	1217,91	0,260	316,66	51,03	4,19 %
1,1	1339,70	0,197	263,88	140,58	10,49 %
1,2	1461,49	0,144	211,10	230,12	15,75 %
1,3	1583,28	0,100	158,33	319,66	20,19%
1,4	1705,07	0,062	105,55	409,21	24,00 %
1,5	1826,87	0,029	52,78	498,75	27,30 %
1,6	1948,66	0,000	0	588,30	30,19 %

<sup>(1)</sup> SMIC horaire brut : valeur 8,03 € au 1<sup>er</sup> juillet 2005.

<sup>(2)</sup> En euros, pour 151,67 heures de travail par mois.

<sup>(3)</sup> Coeff = (0,26 / 0,6) x (1,6 (8,03 x nbr d'heures rémunérées) / rémunération brute mensuelle) - 1).

<sup>(4)</sup> Réduction (montant en euros) = coefficient arrondi à 3 décimales x rémunération brute mensuelle.

<sup>(5)</sup> Cotisations patronales de sécurité sociale, en euros.

<sup>(6)</sup> Sur un total de 30,19 % de cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur.

En réalité, la pérennisation de cet allègement des charges sociales justifie aujourd'hui son intégration directe dans le mode de calcul des cotisations patronales de sécurité sociale. Comme le prouve la dernière colonne du tableau, le taux réel de cotisations payé par les entreprises est en réalité progressif, de 4,19 % au niveau du SMIC jusqu'à 30,19 % à 1,6 SMIC, puis proportionnel au salaire. L'opération de « vérité des prix », réclamée par la Commission des finances lors de la discussion de la première partie du projet de loi de finances pour 2006 à l'initiative de son Rapporteur général, M. Gilles Carrez, consiste donc à « barémiser » les cotisations patronales, c'est-à-dire intégrer directement l'allègement Fillon dans un barème de taux de cotisations.

Le débat sur le niveau des charges sociales pourra alors s'engager sur des éléments clairs pour tous, notamment vis-à-vis des investisseurs étrangers. Il n'entraînera aucun surcoût pour les entreprises, bien au contraire : il y aura moins de risques de contentieux avec les URSSAF, et l'application informatique nécessaire ne nécessite pas plus d'investissements que ce qui a été nécessaire jusqu'à présent chaque année pour réajuster le barème des allègements.

## 2.- Le recouvrement des cotisations : simplifier la vie des entreprises

Afin de simplifier les déclarations et le recouvrement des cotisations sociales, notamment pour les petites entreprises, un « titre emploi-entreprises » a été institué, à partir de janvier 2004, par une ordonnance du 18 décembre 2003 prise en application de la loi du 2 juillet 2003 habilitant le Gouvernement à simplifier le droit. Ce dispositif permet à l'entreprise d'effectuer en une seule fois, auprès d'un centre de traitement spécialisé implanté au sein d'une URSSAF, l'ensemble des formalités liées à l'embauche et à l'emploi de salariés, ainsi que l'ensemble des déclarations de cotisations et contributions sociales et les paiements correspondants. Il est offert aux entreprises dont l'effectif n'excède pas dix salariés, ainsi qu'aux entreprises, quelle que soit leur taille, qui emploient un salarié moins de cent jours par an.

Le volet « emplois occasionnels » du « titre emploi-entreprises » a bien fonctionné (10.400 employeurs inscrits et 11.400 salariés concernés en 2004, 11.000 employeurs et 30.000 salariés fin juillet 2005, essentiellement dans les professions des hôtels-cafés-restaurants et du bâtiment-travaux publics). En revanche, le volet « salariés permanents » pour les entreprises de dix salariés au plus a suscité des oppositions et des recours juridiques de la part des experts comptables et professionnels de la paie. Il n'a pas reçu d'application effective.

Face à ces difficultés de mise en œuvre, le Gouvernement a entrepris, en 2005, de modifier le dispositif, afin de poursuivre dans la voie de la simplification dont les petites entreprises ont besoin, tout en le rendant plus acceptable pour les professionnels de la paie. Une ordonnance du 2 août 2005, prise en application de la loi du 26 juillet 2005 habilitant le Gouvernement à prendre des mesures d'urgence pour l'emploi, a ainsi créé un « **chèque-emploi pour les très petites entreprises** ». Ce nouveau dispositif, qui va donc se substituer au « titre emploi-

entreprises » pour les salariés permanents en conservant ses caractéristiques de simplification, est réservé aux entreprises de cinq salariés au plus, qui ne constituent pas la clientèle habituelle des cabinets comptables. Ce seuil maximum permet de le rendre acceptable pour ces professionnels, d'autant qu'il est prévu que ceux-ci pourront proposer directement le « chèque-emploi pour les très petites entreprises » à leurs clients, selon des modalités prévues dans une convention passée avec l'État et l'ACOSS. En outre le « chèque-emploi pour les très petites entreprises » peut comporter une formule de chèque, permettant de rémunérer le salarié.

Le « chèque-emploi pour les très petites entreprises » est entré en application au 1<sup>er</sup> septembre 2005, alors que le « titre emploi-entreprises » continue à fonctionner pour les seuls emplois « occasionnels ».

De plus, l'ordonnance du 6 juin 2005 relative à la garantie des droits des cotisants dans leurs relations avec les organismes de recouvrement des cotisations et contributions sociales, prise en application de la loi du 9 décembre 2004 de simplification du droit, comporte deux mesures qui renforcent les droits des cotisants à la sécurité sociale, en leur assurant une plus grande sécurité juridique dans leurs relations avec les organismes de recouvrement. Elle rend opposables aux organismes de recouvrement du régime général, du régime des non-salariés non agricoles et du régime agricole les circulaires ministérielles publiées, et introduit dans le domaine social un dispositif de **rescrit** qui permet aux cotisants relevant du régime général ou du régime agricole d'obtenir une position explicite de l'organisme de recouvrement dont ils relèvent sur leur situation au regard d'un dispositif particulier d'exonération ou d'autres mesures spécifiques.

Enfin, un décret dont la parution est prévue au quatrième trimestre 2005, doit instaurer une « **charte du cotisant** contrôlé » s'inspirant, en les adaptant, de dispositions existantes en matière fiscale. Ce document, fixant les droits et obligations du cotisant à l'occasion du contrôle, devra lui être remis obligatoirement, sous peine de nullité de la procédure, avant le début de toute opération de contrôle.

### C.- LA NECESSAIRE MAITRISE DES DEPENSES DE GESTION DES CAISSES

Votre Rapporteur avait insisté, à l'occasion de la réforme de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, sur la nécessité de mieux suivre la gestion interne de la sécurité sociale. Sans obtenir la création de sous-objectifs de dépenses administratives pour chaque branche, il a toutefois obtenu la création d'une nouvelle annexe (l'annexe 2), relative aux objectifs et moyens des organismes de sécurité sociale, présentant les objectifs pluriannuels de gestion et les moyens de fonctionnement dont les organismes des régimes obligatoires de base disposent pour les atteindre, tels qu'ils sont notamment déterminés conjointement entre l'État et les organismes nationaux des régimes obligatoires de base au sein des conventions d'objectifs et de gestion.



Pour compléter cette information, il faut mettre l'accent sur les nécessaires gains de productivité à mettre en œuvre dans les caisses de sécurité sociale, car l'optimisation de la gestion interne contribue également à l'équilibre général des comptes. Les fonds de gestion administrative des branches du régime général et des régimes de travailleurs non salariés font apparaître les résultats suivants<sup>1</sup> :

	Dernier budget rectificatif 2002 - Total dépenses brutes	Dépenses exécutées 2002 - Total dépenses brutes	Dernier budget rectificatif 2003 - Total dépenses brutes	Dépenses exécutées 2003 - Total dépenses brutes	Dernier budget rectificatif 2004 - Total dépenses brutes	Dépenses exécutées 2004 - Total dépenses brutes	Dernier budget rectificatif 2005 - Total dépenses brutes	Prévisions d'exécution 2005 - Total dépenses brutes	Évolution exécution 2005/2002
<b>Régime général</b>	<b>10 384,66</b>	<b>9 303,35</b>	<b>10 631,15</b>	<b>9 721,91</b>	<b>10 125,07</b>	<b>9 772,18</b>	<b>10 530,33</b>	<b>10 156,67</b>	<b>+9,17%</b>
CNAV	906,54	884,97	935,72	887,05	953,29	966,42	979,31	953,68	+7,76%
CNAF	1 896,85	1 713,02	1 879,13	1 711,31	1 862,16	1 810,85	1 800,57	1 765,50	+3,06%
CNAMTS <sup>2</sup>	6 442,89	5 669,09	6 639,7	6 015,43	6 123,98	5 835,3	6 474,29	6 210,7	+9,55%
ACOSS	1 138,38	1 036,27	1 176,6	1 108,12	1 231,26	1 159,61	1 266,94	1 226,79	+18,38%
<b>Régime des travailleurs non salariés</b>	<b>491,79</b>	<b>446,29</b>	<b>535,45</b>	<b>489,31</b>	<b>520,47</b>	<b>480,24</b>	<b>516,16</b>	<b>Non disponible</b>	<b>Non disponible</b>
CANAM	201,78	166,14	221,6	197,18	197,64	179,84	185,72		
CANCAVA	120,5	113,5	135,5	119,8	135,4	126,3	140,9		
ORGANIC	169,51	166,65	178,35	172,33	187,43	174,1	189,54		

### 1.- L'évolution des charges de personnel des caisses

Les augmentations des charges de gestion administrative des caisses de sécurité sociale s'expliquent pour l'essentiel par l'évolution des dépenses de personnel. Le tableau suivant présente les effectifs de chaque branche du régime général de sécurité sociale depuis 2002 :

<sup>1</sup> Le budget de gestion administrative associe des dépenses dont les degrés de variabilité annuelle sont différents (reliquats de dépenses de personnel, variabilité des dépenses d'investissement). Les taux d'évolution annuels doivent donc être pris avec précaution.

<sup>2</sup> Concernant la CNAMTS, les prévisions pour 2005 sont issues de l'avenant de prolongation de la COG Etat/CNAMTS 2000-2003 signé le 10 juin 2004 qui définit les bases budgétaires pour 2004 et 2005.

<b>Effectifs Équivalent Temps Plein (ETP) moyen annuel</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005 (Prévisionnel)</b>	<b>% 2005/2002</b>
Régime général	104.353	105.320	103.397	102.446	- 1,83 %
Branche maladie	34.206	34.268	34.292	34.261	+ 0,16 %
Branche famille	13.448	13.710	14.239	14.274	+ 6,14 %
Branche vieillesse	14.443	14.551	14.715	14.775	+ 2,30 %
Branche recouvrement	166.450	167.849	166.643	165.756	- 0,42 %
<b>TOTAL</b>					

Le nombre prévisionnel de départs à la retraite d'agents des caisses de sécurité sociale est retracé dans le tableau suivant. Votre Rapporteur regrette que la direction de la sécurité sociale, à laquelle il a demandé ces chiffres, ne dispose pas de projection en termes de départs à la retraite au-delà de 2012 pour la branche retraite, de 2009 pour les branches maladie et famille et 2007 pour l'ACOSS et les URSSAF. Il serait nécessaire que les caisses mettent en place une gestion prévisionnelle de leurs ressources humaines beaucoup plus fine et précise, afin de mieux faire face aux besoins qui en découleront, en développant des méthodes de gestion anticipée des ressources humaines.

**DEPARTS EN RETRAITE 2005-2012**

<b>Branches</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>Maladie</b>	2.143	2.403	3.127	3.486	3.696	?	?	?
<b>Famille</b>	462	808	869	855	815	?	?	?
<b>Retraite</b>	337	397	430	519	545	574	511	554
<b>ACOSS-URSSAF</b>	319	459	485	?	?	?	?	?

Dans le cadre des évolutions démographiques générales, l'importance des départs en retraite revêt un intérêt majeur. En effet, le non remplacement de départs en retraite permet de réaliser les économies générées par les gains de productivité dégagés. En outre, il faut tenir compte du développement de l'informatisation du réseau qui offre la possibilité de dématérialiser certains processus, mais aussi de l'organisation des réseaux grâce notamment à la mutualisation de fonctions ou de services permettant de réaliser des gains de productivité importants. Ces gains de productivité doivent être utilisés pour absorber une charge de travail supplémentaire à moyens constants.

Un objectif très ferme de non remplacement des départs à la retraite doit être strictement tenu, pour profiter des opportunités démographiques ouvertes actuellement. Dans l'avenant à la convention d'objectifs et de gestion (COG) signé par la CNAM pour la période 2004-2005, les budgets alloués tiennent compte d'une évolution des effectifs correspondant à un remplacement d'un départ à la retraite sur deux, impliquant une poursuite de la baisse des effectifs. Les négociations de la COG entre l'État et la branche maladie pour 2006-2009, qui vont prochainement commencer, devront confirmer cet objectif, et fixer

également des perspectives en terme d'évolution des effectifs intégrant des objectifs accrus de productivité.

L'objectif est en revanche loin d'être atteint pour la CNAF. Dans la branche famille, 2.100 personnes devraient ainsi être recrutées sur la période de la nouvelle COG (conclue pour 2005-2008), alors que les départs à la retraite attendus se chiffrent à près de 3.000. De même pour la branche vieillesse du régime général, sur la période de la nouvelle COG (2005-2008), les effectifs devraient augmenter en 2005 (+ 404), 2006 (+ 205) et 2007 (+ 102), pour diminuer seulement à partir de 2008 (- 220).

## 2.- Le patrimoine immobilier des caisses

Pour compléter les enquêtes menées par la Commission des finances sur le patrimoine immobilier de l'État, notamment dans le cadre de la mission d'évaluation et de contrôle, votre Rapporteur a souhaité rendre compte de la politique immobilière des caisses nationales du régime général. Le choix, dans l'ensemble des réseaux, d'implantations en location plutôt qu'en acquisition a en effet des conséquences non négligeables en termes d'augmentation des charges locatives et des dépenses de fonctionnement des caisses.

### *a) La CNAF*

En juin 2003, la CNAF a acheté un immeuble neuf où elle a regroupé tous ses services (auparavant dispersés sur plusieurs sites), 32 avenue de la Sibelle à Paris (14<sup>ème</sup>). Sa superficie est de 11.492 m<sup>2</sup> SHON, dont 10.509 m<sup>2</sup> utiles et 10.012 à usage de bureaux. Au prix d'achat de 70.444.400 euros se sont ajoutés des travaux d'agencement pour 3.677.667 euros. Cet immeuble héberge 376 personnes, soit un ratio de surface SHON de 30,5 m<sup>2</sup> par agent, et un ratio de surface utile de 28 m<sup>2</sup> par agent.

Dans le même temps, la CNAF a résilié tous ses contrats de locations et mis en vente son immeuble rue Daviel. Celui-ci a fait l'objet d'une promesse de vente pour un prix de 10.000.000 euros. La vente devrait se réaliser effectivement début 2006.

### *b) La CNAV*

La CNAV gère un patrimoine immobilier administratif important, de l'ordre de 123 000 m<sup>2</sup>, réparti de la manière suivante :

– Le siège de la CNAV situé avenue de Flandre à Paris (19<sup>ème</sup>). Les locaux sont en propriété et ont une superficie de l'ordre de 58.000 m<sup>2</sup> ;

– Le Centre informatique national situé à Tours. Les locaux sont en propriété et ont une superficie de l'ordre de 18.000 m<sup>2</sup> ;

– Les agences régionales, dont la vocation est d’animer le réseau en Île-de-France, situées à Rosny, Créteil, Cergy, Marne-la-Vallée et Saint-Quentin. Il s’agit de locaux en propriété d’une superficie comprise entre 4.000 et 6.000 m<sup>2</sup> ;

– Les agences locales, agences de proximité pour le traitement des dossiers retraite. La CNAV disposera, à échéance 2006, de 61 agences locales réparties sur l’ensemble du territoire francilien (4 nouvelles agences locales restent à ouvrir en 2005-2006). À l’exception des agences locales d’Évry, de Villejuif et des agences parisiennes situées dans les locaux de la rue d’Astorg (Paris 8<sup>ème</sup>) et de Maubert Mutualité (5<sup>ème</sup>), ils sont dans des immeubles appartenant à la CNAV. Les autres agences ouvertes et celles restant à ouvrir sont dans des locaux en location (surface de 300 m<sup>2</sup> en moyenne). En effet, le choix de la CNAV a été de privilégier la location plutôt que la propriété de locaux pour faciliter l’adaptation de son réseau de proximité à l’évolution des besoins ;

– Les Points Accueil Retraite, majoritairement dans des locaux de partenaires (mairies notamment), sont mis gracieusement et ponctuellement à disposition de la CNAV. La surface moyenne est estimée à 11 m<sup>2</sup>. Actuellement, 109 permanences sont réparties sur l’ensemble du territoire francilien. Seuls certains points d’accueil retraite ont fait l’objet d’un bail de location.

– La CNAV gère également un immeuble reçu en dotation, rue d’Astorg. Il comprend 39 lots, dont 9 sont occupés par le ministère des Affaires sociales et 7 par la Caisse elle-même. Aux termes d’un arrêté en date du 24 août 1993, cet immeuble a été affecté à titre définitif au ministère et attribué à titre de dotation à la CNAV, à l’exception des étages 2, 3 et 4 occupés par l’IGAS. Les gros travaux, en tant que charges de propriété, s’effectuent sous la responsabilité de la CNAV. Avant 1992, 6 baux commerciaux avaient été consentis pour des locaux à usage de bureau. Un bail commercial est également en cours pour le garage en sous-sol. Ces contrats ont été conclus avant que l’État ne soit propriétaire des locaux et ont été renouvelés depuis. 15 conventions d’occupation précaire d’une durée de cinq ans ont été établies pour des locaux à usage de bureau depuis le transfert de propriété de l’immeuble à l’État. Au 17 août 2005, 2 lots au 1<sup>er</sup> étage étaient vacants, l’un d’une superficie de 22,03 m<sup>2</sup>, l’autre d’une superficie de 237,67 m<sup>2</sup>. Ils font l’objet d’une recherche en location.

Le ratio d’occupation des surfaces par agent des deux principaux immeubles de la CNAV (avenue de Flandre et Tours) est de 27,6 m<sup>2</sup> par agent en surface SHON et de 9,60 m<sup>2</sup> en surface utile pour le premier, et de 25,7 m<sup>2</sup> par agent en surface SHON et de 9,69 m<sup>2</sup> par agent en surface utile pour le deuxième.

Les actions de la CNAV vis-à-vis de ses locaux administratifs ont porté sur cinq orientations principales : l’amélioration de l’environnement de travail du personnel ; l’entretien du patrimoine ; la sécurité des personnes et des biens ; la mise en œuvre d’une politique de rapprochement vis-à-vis des assurés, avec l’achèvement de l’implantation du réseau des agences locales en Île-de-France,

l'adaptation et la rationalisation en conséquence du réseau des points d'accueil retraite et la modernisation du réseau téléphonique et informatique (câblage).

*c) La CNAM*

La CNAM gère un patrimoine immobilier administratif réparti de la manière suivante :

– Le siège de la CNAM, le « Frontalis », situé avenue du professeur André Lemierre dans le 20<sup>ème</sup> à Paris, dont les bâtiments « Montreuil » et « Bagnolet », en propriété (33.907 m<sup>2</sup>, hors sous-sols), et le bâtiment « Gallieni », en location (4.218 m<sup>2</sup>) ;

– 15 sites informatiques déconcentrés, dont 15.500 m<sup>2</sup> en location et 9.700 m<sup>2</sup> en propriété.

Le ratio moyen de surface utile de travail par agent est de 30 m<sup>2</sup> par agent en surface SHON, soit 12,3 m<sup>2</sup> par agent en surface utile pour le bâtiment du « Frontalis ».

À l'exception de trois immeubles qui sont encore loués intégralement à des structures administratives ou associatives, la CNAM a vendu tous les immeubles de rapport dont elle était propriétaire-bailleur à Paris. Deux immeubles sont actuellement vacants à la suite, d'une part, du transfert des services sur le nouveau siège « Frontalis » (immeuble de la rue de l'Ourcq), d'autre part, d'une résiliation de bail de l'organisme qui occupait les lieux (l'INRS à Issy-les-Moulineaux). Ces deux immeubles font actuellement l'objet d'une procédure de vente, qui devrait aboutir fin 2005 - début 2006.

Les immeubles de rapport ne représentent plus en effet qu'une partie négligeable du patrimoine de la CNAM, après la vente, au profit de la CADES, de six immeubles, de 1997 à 1999, conformément à l'ordonnance du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale. Compte tenu des autres ventes intervenues par la suite pour financer l'acquisition du nouveau siège, la stratégie immobilière de la CNAM en matière d'immeubles de rapport ne concerne donc plus aujourd'hui que les trois immeubles occupés par des organismes dont l'assurance maladie assure le financement des charges de fonctionnement au travers de dotations (le CLEISS au 11 rue de la Tour des Dames; l'INTS et l'EFS rue Cabanel et l'association santé mentale à Soisy-sur-Seine).

La politique immobilière à adopter quant au devenir de ces trois immeubles dépend aussi de la volonté et de la capacité financière des occupants concernés à faire l'acquisition de ces immeubles. Dans l'hypothèse où, en effet, la CNAM déciderait de vendre ces immeubles à d'autres acquéreurs que les occupants actuels, et si tant est que ces derniers soient maintenus dans les lieux, il est à craindre qu'elle se trouve, en raison des dotations de fonctionnement qu'elle verse à ces organismes, dans une position délicate, à partir du moment où les

nouveaux propriétaires-bailleurs ne manqueraient pas d'appliquer aux occupants des loyers correspondant à ceux du marché.

Les cessions immobilières importantes réalisées depuis 1996 ayant privé la CNAM de revenus locatifs dont le montant annuel lui permettait de couvrir en grande partie les dépenses de loyers afférentes aux locaux parisiens de son siège social, le caractère d'éclatement géographique de ses services sur différents sites parisiens et des coûts de gestion importants, à fonds perdus, générés par les baux souscrits essentiellement dans le quartier Montparnasse, a nécessité de la part de la CNAM de rationaliser l'implantation de son siège et d'envisager l'acquisition d'un seul immeuble en pleine propriété, de préférence à la poursuite des baux en cours.

En 2004, la CNAM a donc quitté les différents locaux qu'elle occupait dans Paris pour réunir l'ensemble des services du siège dans un seul immeuble en pleine propriété, le « Frontalis ». Cet immeuble a été acquis en vente en l'état futur d'achèvement (VEFA), au prix de 139 millions d'euros. Conformément aux engagements pris dans la convention d'objectifs et de gestion, le financement de cet investissement a été en grande partie assuré par les produits provenant de la gestion immobilière, grâce notamment à trois ventes immobilières déjà réalisées en 2001 à hauteur de plus de 107,2 millions d'euros; le solde de l'opération étant couvert, d'une part par un redéploiement de crédits à l'intérieur du cadrage budgétaire autorisé par la convention d'objectifs et de gestion, d'autre part par le produit à venir des ventes en cours concernant les immeubles actuellement vacants de la rue de l'Ourcq et d'Issy-les-Moulineaux (promesses de vente signées fin 2004 et début 2005 pour un montant total de 17 millions d'euros.

Les surfaces susvisées s'étant toutefois avérées insuffisantes pour reloger tous les services du siège (notamment les services informatiques qui étaient jusqu'alors abrités dans l'immeuble de la rue de l'Ourcq), la CNAM s'est trouvée dans l'obligation de prendre à bail des locaux supplémentaires dans le bâtiment « Gallieni » du « Frontalis », mitoyen aux bâtiments « Montreuil » et « Bagnolet » dont elle est propriétaire. Ce bail, d'une durée de six ans, a été conclu moyennant un loyer annuel de 1,5 million d'euros, autofinancé sur le budget de fonctionnement de l'établissement public.

L'ensemble de cette opération a permis à la CNAM de réaliser de substantielles économies sur ses charges de fonctionnement à la suite de la libération des locaux parisiens. Le montant des derniers loyers que la CNAM devait régler avant son déménagement au « Frontalis », s'élevait en effet annuellement à plus de 10 millions d'euros, alors qu'elle n'a plus aujourd'hui à supporter qu'un loyer de 1,5 million d'euros pour le bâtiment « Gallieni » qu'elle a été obligée de prendre à bail jusqu'en 2010; soit une économie immédiate de 8,5 millions d'euros, et de 10 millions d'euros à moyen terme. Les charges locatives et autres dépenses de fonctionnement relatives à ces locaux libérés s'élevaient par ailleurs à environ 4,4 millions d'euros, compte tenu de l'organisation inefficace de ces implantations qui créait de nombreux surcoûts liés non seulement à l'éclatement en une dizaine de sites différents et à l'absence

d'une salle de réunion de grande capacité (d'où la nécessité d'avoir recours à des locations ponctuelles assez onéreuses), mais aussi et surtout à la nature spécifique des immeubles concernés (notamment immeubles de grande hauteur – IGH – comme l'« Heron Building » et la Tour Maine Montparnasse, dont les contraintes réglementaires liées à la sécurité incendie impactent fortement le niveau des charges de fonctionnement). La réunion de l'ensemble des équipes parisiennes sur un seul site, en pleine propriété et non soumis à ces contraintes réglementaires, a permis de diminuer ces coûts.

Par ailleurs, en qualité de tête de réseau de l'assurance maladie ayant en charge la responsabilité de la mise en œuvre d'un schéma directeur informatique, la CNAM s'est vue confier la gestion de sites informatiques implantés en province. Ainsi, à partir de 1992, certains centres qui jusqu'alors remplissaient des missions de production locale, notamment des centres de traitement électroniques de CPAM, ont été dévolus à la CNAM en tant que centres de recherche et de développement informatiques (CREDI), à savoir le CREDI Ouest (sites de Nantes et Angers) et le CREDI Rhône-Alpes (sites de Grenoble-Alliance, dont le bail expire le 31 mars 2006, et Lyon-Vivier Merle), le site de Toulouse (CESSI) étant quant à lui chargé de l'étude des systèmes de sécurité informatique et le site d'Evreux (CENTI) de l'informationnel inter-régimes. Plus récemment, et dans le cadre du service national informatique de l'assurance maladie (SNIAM), d'autres centres informatiques, jusqu'alors autonomes mais chargés de missions nationales sur le plan fonctionnel, ont été dissous et rattachés à la CNAM à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004.

La politique immobilière de la CNAM en ce qui concerne l'ensemble de ces sites informatiques déconcentrés est avant tout axée, dans un souci d'économies, sur l'utilisation maximale des ressources pouvant être trouvées dans le réseau, notamment au regard des capacités d'hébergement offertes par les organismes de base. L'intégration, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004, de sites supplémentaires dans le cadre du SNIAM, ayant fait apparaître la nécessité de rationaliser la gestion immobilière de l'ensemble des sites déconcentrés, la CNAM doit étudier de manière active la possibilité d'en regrouper le plus possible. Votre Rapporteur y veillera dans le cadre de sa mission permanente de contrôle.

#### *d) L'ACOSS*

Les services de l'Agence centrale sont implantés à Paris et à Valbonne dans les Alpes-Maritimes. Les effectifs parisiens sont répartis sur cinq sites :

- l'immeuble « Richard Lenoir » dont l'Agence est propriétaire, au 65 boulevard Richard Lenoir, dans le 11<sup>ème</sup>,
- un immeuble en location au 45 rue Sedaine, aussi dans le 11<sup>ème</sup>,
- cinq demi-plateaux en location dans l'immeuble du 36 rue du Chemin Vert, encore dans le 11<sup>ème</sup>,

– quatre surfaces d’activité louées dans la galerie du Paname, toujours dans le 11<sup>ème</sup>,

– et enfin une surface de stockage en location à Montreuil.

Le centre informatique de Valbonne est quant à lui installé sur deux sites :

– un immeuble « PETRA », en location,

– et un plateau en location dans l’immeuble « TETRA ».

Les surfaces locatives représentent un total de 6.700 m<sup>2</sup>, pour un coût de location hors charges de 2,2 millions d’euros. La valeur vénale de l’immeuble du 65 boulevard Richard Lenoir à Paris, dont l’ACOSS est propriétaire, a été estimée en 2003 par les services des Domaines à 24 millions d’euros, pour une surface de 6.500 m<sup>2</sup>. Sur la totalité des 13.200 m<sup>2</sup> sont implantés 600 postes de travail permettant d’accueillir les effectifs budgétaires de l’ACOSS, ainsi que les autres personnes devant être installées dans les locaux de l’établissement : présidence, contrôle général, renforts ponctuels, prestataires de services et stagiaires. Calculé sur l’ensemble des sites, le ratio est de 22 m<sup>2</sup> par poste de travail en surface SHON.

L’ACOSS a décidé de reloger son siège. L’opération est réalisée par un promoteur immobilier qui doit acquérir l’immeuble comme financeur externe puis louer les locaux, une fois construits, à l’ACOSS. La zone concernée par l’opération est une zone d’aménagement concertée (ZAC) en cours de construction. Le projet consiste en une location Porte de Vincennes dans un immeuble « Gaumont 3 » de 15.500 m<sup>2</sup> utiles (hors restaurant de 900 m<sup>2</sup>) (+ 210 places de parking en sous-sol prévues), pour un loyer de 249 euros/m<sup>2</sup>.

Ce projet permettra de rassembler sur un site unique les effectifs de l’ACOSS jusque-là dispersés sur plusieurs sites; de tirer les conséquences de la nécessité de procéder à la réhabilitation de l’immeuble principal Richard Lenoir et de remédier à l’insuffisance des salles de réunions et à l’actuel déficit de surface consécutif à l’évolution des effectifs de l’établissement public.

Le nouvel immeuble occuperait une surface répartie entre un rez-de-chaussée et 6 niveaux sous la forme de deux barres de 18 m reliés par une passerelle, 7.100 m<sup>2</sup> étant disponibles pour les espaces bureaux et une salle informatique étant prévue en niveau 2 au-dessus de la salle de restauration. La surface de cet immeuble excède légèrement les besoins de l’ACOSS (à hauteur de 2.000 m<sup>2</sup>). Aussi, l’accueil de partenaires en sous-location, dans une perspective d’optimisation financière, doit-elle être envisagée par l’ACOSS.

La livraison du bâtiment par le promoteur est prévue entre novembre 2006 et mars 2007, pour une installation des services de l’ACOSS dans les nouveaux locaux à cette échéance. Il s’agit d’une opération rentable à court terme (sur la période 2004-2010) du fait des économies de gestion attendues et des travaux importants nécessaires à la réhabilitation de « Richard Lenoir ». De plus,



l'opération est intéressante à long terme compte tenu de la vente de « Richard Lenoir ».

### 3.- Les dépenses d'investissement en informatique des caisses

En matière informatique, la CNAM a conduit entre 2000 et 2004 une réorganisation de ses centres de production informatique, mis en place des centres métiers à compétence nationale, et engagé la rénovation du socle technique de son système d'information. Ces opérations lourdes se sont faites tout en garantissant la qualité de service à l'utilisateur et en prenant en compte d'importantes évolutions de réglementation, notamment la mise en place de la CMU en 2000 et la réforme de l'assurance maladie en 2004-2005.

À partir de 2006, la CNAM sera dotée d'un socle unifié, technologiquement à jour (système d'exploitation ouvert et base de données relationnelle) : elle pourra donc plus facilement répondre aux modifications réglementaires et poursuivre la rénovation de son système d'information.

À la demande du Gouvernement, un audit du schéma directeur proposé par la CNAM et des dépenses informatiques du régime général d'assurance maladie sur la période 2004-2007 a été demandé aux inspections générales (IGF et IGAS). Les inspections ont analysé les différents projets en terme de priorité, d'opportunité, de coût et de gains attendus. Selon le rapport remis en octobre 2004, dont votre Rapporteur a obtenu communication, la plupart des projets présentés sont justifiés, mais ils peuvent être surévalués, incomplets, et sont souvent insuffisamment précis. En particulier, deux programmes, SESAM-Vitale et la refonte du système d'information (projet « d'urbanisation »), demandent à être précisés avant tout début de réalisation ; ils représentent à eux deux près de 40 % des dépenses liées aux systèmes d'information. Les inspections notent leur manque de visibilité stratégique et le besoin d'être plus sélectif en terme d'objectifs, contenus et livrables.

Les montants des investissements initialement proposés par la CNAM, 2,6 milliards d'euros sur les années 2004-2007, sont loin d'être négligeables et nécessitent un souci de plus stricte économie dans les projets à mener. À la suite de cet audit, la CNAM a réduit ses demandes à 1,85 milliard d'euros, alors que les inspections générales estiment le coût maximum entre 1,45 ou 1,55 milliard d'euros seulement, selon les options qui seront finalement retenues pour la carte Vitale 2. Il est essentiel aux yeux de votre Rapporteur que l'État utilise les résultats globaux de cet audit, notamment concernant les aspects financiers, de réforme de l'organisation et d'amélioration des méthodes de management, lors des négociations de la prochaine convention d'objectifs et de gestion et du schéma directeur informatique 2006-2009 de la CNAM, afin d'aboutir à une réelle maîtrise des coûts de gestion par la Caisse, qui doit mieux s'organiser en interne pour définir ses orientations informatiques stratégiques.

On notera avec satisfaction que les dépenses d'investissement informatique de la CNAV et de la CNAF diminuent en 2005 par rapport à 2004.

### III.- LA GESTION DE LA DETTE ET DE LA TRESORERIE

#### A.- LA CADES

##### 1.- Les missions initiales de la Caisse

La mission initiale de la CADES était, lors de sa création en 1996, d'apurer sur une durée de treize années et un mois la dette cumulée du régime général de la sécurité sociale, correspondant au financement des déficits des exercices 1994 et 1995 à hauteur de 18,3 milliards d'euros, et au financement du déficit prévisionnel pour 1996 à hauteur de 2,6 milliards d'euros représentant la partie des déficits antérieurs à 1993 non apurée à fin 1995 par le FSV. Par ailleurs, la Caisse devait effectuer sur la même période un versement annuel de 1.9 milliard d'euros à l'État, correspondant aux annuités de remboursement à l'État de l'emprunt de 16,8 milliards que celui-ci avait contracté en 1993. Enfin, la CADES a versé, au cours de la seule année 1996, 0,45 milliard d'euros à la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles (CANAM).

Au 1<sup>er</sup> janvier 1998, la mission de la CADES a été étendue au refinancement de la dette cumulée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1996 (11,4 milliards d'euros de dette cumulée au titre des exercices 1996 et 1997 s'ajoutant aux 2,6 milliards d'euros déjà financés par la CADES en 1996) et au préfinancement du déficit prévisionnel de l'exercice 1998, soit un montant total de 13,2 milliards d'euros. En conséquence, la durée de vie de la CADES a été rallongée de cinq ans et la perception de la CRDS, dont le taux et l'assiette sont restés inchangés, prolongée de janvier 2009 à janvier 2014.

À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2001, le versement annuel de la Caisse au budget de l'État a été réduit à 1,85 milliard d'euros afin de compenser partiellement les mesures d'exonération de CRDS sur les indemnités des chômeurs non imposables. Puis, la loi de finances pour 2002 a remplacé les sept derniers versements (de 1,85 milliard d'euros) de la Caisse à l'État par 4 versements de 3 milliards d'euros. La fin du versement à l'État interviendra donc au 31 décembre 2005, et la CADES ne contribuera donc plus, à compter de 2006, aux recettes non fiscales du budget de l'État.

Par ailleurs, la CADES a versé en deux fois, le 1<sup>er</sup> avril 2003 et le 1<sup>er</sup> avril 2004, une somme de 2,4 milliards d'euros au titre de l'apurement de la créance enregistrée en 2000 par les organismes de sécurité sociale au titre des exonérations de cotisation entrant dans le champ du Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC).

Le rendement de la CRDS, qui constitue l'essentiel des ressources de la CADES lui permettant de remplir ses missions, est retracé dans le tableau suivant :

Exercice	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Rendement net <i>(en millions d'euros)</i>	3.211	3.869	4.034	4.280	4.501	4.579	4.621	4.724	4.903	5.130	5.365

Le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale fixe des objectifs d'amortissement de la dette sociale, par la CADES, de 2,4 milliards d'euros pour 2005 et 2006.

## 2.- Le rôle de la CADES dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie

L'article 76 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a confié à la CADES une nouvelle mission, consistant à couvrir les déficits cumulés de la CNAM jusqu'au 31 décembre 2004, dans la limite de 35 milliards d'euros, et les déficits prévisionnels pour 2005 et 2006, dans la limite de 15 milliards d'euros. Parallèlement, les ressources de la CADES n'ayant pas été modifiées, cet article a supprimé la référence à une durée de vie précise de la CADES et conditionné celle-ci à l'extinction de ses missions.

Le dispositif adopté en 2004 a donc eu pour effet un allongement de la durée de vie de la CADES. Avant l'opération de reprise du déficit de l'assurance maladie, les estimations basées sur un scénario moyen permettaient d'envisager un remboursement de la dette en 2011. Après les opérations de reprises de déficit assignées à la CADES en 2004, les incertitudes concernant les modalités précises des opérations de reprise relatives à 2005 et 2006 d'une part, et les aléas économiques susceptibles d'intervenir pendant la durée de vie de la CADES d'autre part, rendent difficile la prévision de la nouvelle date d'achèvement du remboursement de la dette sociale. Toutefois, les estimations actuelles font ressortir que le remboursement pourrait être effectif entre 2020 et 2025.

Par ailleurs, s'agissant des modalités pratiques de sa mise en œuvre, la reprise du déficit cumulé à fin 2004 de la branche maladie a conduit la CADES à réviser son programme d'emprunts. Afin d'assurer la liquidité à court terme de la Caisse et de lui permettre de se refinancer dans des conditions de coût favorables, les financements suivants ont été mis en place :

- une facilité de crédit à un an pour 20 milliards d'euros a été signée avec dix banques ;

- des lignes bilatérales, pour un montant total de 15 milliards d'euros, ont été négociées avec quatre banques ;

- les limites des programmes à court terme de la CADES ont été augmentées par le conseil d'administration et approuvées par le ministre des finances, à hauteur de 35 milliards d'euros pour les programmes de billets de trésorerie et de papiers commerciaux, et de 15 milliards d'euros pour le programme d'emprunts à moyen terme (EMTN).

La liquidité à court terme étant ainsi assurée, la CADES a commencé, dès la fin septembre 2004 et jusqu'à début décembre 2004, à restructurer sa nouvelle dette à court terme en utilisant les instruments suivants :

– deux émissions d'emprunts de référence en euros de trois et quatre milliards d'euros d'échéances respectives dix et quinze ans ;

– une émission indexée sur l'inflation française à échéance 2019, pour un milliard d'euros.

– la poursuite de placements en devises autres que l'euro, dont la CADES doit statutairement annuler le risque de change, en revenant aussitôt en euros à des conditions très favorables. En particulier, une émission en dollar des États-Unis (USD) à échéance 2011 a été lancée en novembre 2004 pour un milliard.

Le début de l'année 2005 a été particulièrement actif avec le lancement de quatre emprunts de référence en euros pour un montant total de onze milliards d'euros, de trois émissions en USD pour 3,25 milliards de dollar, et l'augmentation de l'emprunt indexé sur l'inflation française à échéance 2013 pour 600 millions. Par ailleurs, la CADES a réalisé plus de 700 millions d'euros en placements privés en différentes devises.

Pour 2005 et 2006, les montants et les dates des versements de la CADES à l'ACOSS, correspondant à la reprise des déficits de la CNAM pour ces deux années, seront fixés par décret, après avis du secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale. La reprise du déficit 2005 de la branche maladie par la CADES devrait s'élever à 8,3 milliards d'euros, et celle du déficit effectuée au titre de l'exercice 2006 à 6,7 milliards d'euros.

Votre Rapporteur souhaite insister sur les nouvelles dispositions concernant la CADES qui ont été introduites par l'article 20 de la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale. L'article 4 *bis* inséré dans l'ordonnance du 24 janvier 1996 prévoit en effet que, sous réserve des dispositions en vigueur le 3 août 2005 (à savoir la reprise des dettes 2005 et 2006 de la CNAM), tout nouveau transfert de dette à la Caisse devra s'accompagner d'une augmentation des recettes de la Caisse permettant de ne pas accroître la durée d'amortissement de la dette sociale. Il faut se féliciter tout particulièrement que le Conseil constitutionnel ait reconnu un caractère organique à ces dispositions, empêchant leur remise en cause au détour d'une prochaine loi de financement, en vertu du fait que l'article 34 de la Constitution prévoit justement que « *les lois de financement de la sécurité sociale déterminent les conditions générales de son équilibre financier [...] dans les conditions et sous les réserves prévues par une loi organique.* » Il s'agit d'une décision du législateur organique correspondant à une éthique de responsabilité : il ne sera désormais plus possible de reporter sur les générations futures la charge des soins d'aujourd'hui.

## B.- LES PLAFONDS D'AVANCES DE TRESORERIE

Chaque loi de financement de la sécurité sociale détermine quels régimes de sécurité sociale sont autorisés, et dans quelles limites, à recourir à des ressources non permanentes pour financer leur trésorerie.

### 1.- La gestion de la trésorerie du régime général

Dans le cadre du plafond d'avances de trésorerie du régime général, fixé pour 2006 à 18,5 milliards d'euros par le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, les relations financières entre l'ACOSS et la Caisse des dépôts et consignations (CDC) sont régies par une convention du 16 octobre 2001. Cette convention, qui a remplacé celle de 1980, a amélioré les conditions de rémunération des excédents de trésorerie et diminué le coût des avances par rapport à ce qui existait auparavant, et a contribué à mieux organiser le partenariat bancaire entre les deux établissements.

Ainsi, la rémunération des disponibilités inférieures à 3 milliards d'euros s'effectue depuis lors à des conditions plus avantageuses pour l'ACOSS que celles fixées dans la convention de 1980 (EONIA<sup>1</sup> - 0,0652 contre EONIA - 0,125 auparavant), la rémunération des excédents supérieurs à 3 milliards d'euros restant au niveau inchangé de l'EONIA. De même, les conditions de taux appliquées aux avances consenties par la CDC ont été modifiées. Désormais, l'ACOSS informe chaque mois la CDC du montant prévisionnel des avances qu'elle entend solliciter pour le mois en cours et le mois suivant. Le coût de ces avances au jour le jour s'établit à EONIA + 0,20 lorsque leur montant est inférieur à 3 milliards d'euros et à EONIA + 0,25 au delà. Dans le cas où le montant de l'avance dont l'ACOSS a besoin excède sa prévision, l'avance est facturée au taux EONIA + 0,70 pour la part de dépassement supérieure à 500 millions d'euros.

Par ailleurs, ce dispositif d'avances au jour le jour est complété depuis 2003 par la mise en place par la CDC d'avances prédéterminées. L'ACOSS peut désormais emprunter à l'avance, pour une période donnée, un certain montant (minimum 500 millions d'euros). Le taux de référence reste l'EONIA, mais la marge est plus faible (0,05 ou 0,07 point de pourcentage) du fait de la réduction de l'incertitude pour le prêteur (l'ACOSS s'engage un mois à l'avance sur le montant et la durée exacts de l'emprunt). Ce mode de financement complète les avances au jour le jour pour les périodes où le besoin de trésorerie est élevé et certain : afin d'éviter le risque de sur-mobilisation des avances, le montant des avances prédéterminées ne représente en effet qu'une partie du besoin prévisionnel de trésorerie d'une période donnée, l'ajustement quotidien aux besoins se faisant grâce aux avances au jour le jour.

Le tableau suivant présente les montants de charges financières figurant dans les comptes définitifs de la CNAM pour 2002 à 2004, et retenus dans les

---

<sup>1</sup> Euro Overnight Index Average : taux effectif moyen pondéré du marché monétaire au jour le jour en euro.

prévisions du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006. Les montants réels dépendront des reprises de dettes opérées par la CADES en 2005 et 2006, conformément à la loi du 13 août 2004, et de la situation financière de la branche en 2007.

**CHARGES FINANCIERES DE LA CNAM SUR LA PERIODE 2002-2007**

*(millions d'euros)*

2002	2003	2004	2005	2006	2007
311	381	476	50	50	60

Compte tenu de l'amélioration notable de la situation de trésorerie de l'ACOSS en 2005, à la suite de la reprise par la CADES du déficit cumulé de l'assurance maladie pour 35 milliards d'euros fin 2004, l'ACOSS ne devrait faire appel qu'à la Caisse des dépôts et consignations pour ses avances de trésorerie en 2005 et 2006, en privilégiant les avances prédéterminées (moins onéreuses) complétées en tant que de besoin par des avances au jour le jour.

Sous l'hypothèse d'une reprise de déficit par la CADES intervenant au début du mois d'octobre 2006, le besoin de trésorerie le plus élevé apparaîtrait le 3 octobre 2006 et serait de 17,7 milliards d'euros. Le Gouvernement propose en conséquence de fixer le montant du plafond de recours à des avances de trésorerie du régime général à 18,5 milliards d'euros en 2006, au lieu de 13 milliards d'euros en 2005, afin de conserver une marge de sécurité compte tenu des incertitudes sur les prévisions macroéconomiques et sur le calendrier précis des encaissements et des tirages. En particulier, la situation financière dégradée du FSV en 2005 pourrait conduire à minorer encore plus les versements effectués par ce fonds à la Caisse nationale d'assurance vieillesse.

**2.- Les autres régimes autorisés à recourir à des avances de trésorerie**

Pour le **FFIPSA**, le plafond proposé pour 2006 est porté à 7,1 milliards d'euros, après 6,2 milliards d'euros en 2005 et 4,1 milliards d'euros en 2004. Sans revenir sur l'explication de la situation financière de ce fonds, **vo**tre Rapporteur constate que l'augmentation de ce plafond traduit la gravité de la situation financière du régime des exploitants agricoles, qui voit s'ajouter à sa situation démographique difficile le poids d'une charge de la dette croissante, risquant à terme de mettre en péril son existence même.

Pour la **CNRACL**, le plafond d'avances de 500 millions d'euros inscrit en loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 a tout juste permis de faire face aux besoins de trésorerie cette année. Le Gouvernement propose donc une légère augmentation du plafond pour l'année 2006, à 550 millions d'euros.

Pour la **CANSSM** (régime minier), l'évaluation des besoins de trésorerie des organismes ainsi que l'actualisation des prévisions du calendrier des compensations vieillesse font apparaître un besoin de trésorerie supérieur à 200 millions d'euros. Le Gouvernement propose donc de porter le montant d'avance, fixé à 200 millions d'euros en 2005, à 300 millions d'euros pour l'année 2006.

Pour la **CNIEG** (régime des électriciens et gaziers), la loi de financement n'étant compétente que pour fixer le niveau des ressources non permanentes des régimes de sécurité sociale de base, le plafond proposé par le Gouvernement pour cette caisse ne concerne que la partie de la trésorerie relative aux seuls droits de base adossés au régime général (partie des pensions versées par la CNIEG qui équivaut aux pensions du régime général). Un niveau d'avances de 475 millions d'euros devrait permettre de faire face au décalage existant entre, d'une part, le rythme de versement des pensions de retraite par la CNIEG à ses affiliés (versement trimestriel, au premier jour du trimestre pour le trimestre concerné) et, d'autre part, le rythme des transferts de la CNAV à la CNIEG dans les conditions de droit commun des prestations (versement mensuel à terme échu, au début d'un mois au titre du mois précédent).

Enfin, pour le **FSPOIE** (régime des ouvriers d'État), la mise en place du compte d'affectation spéciale Pensions par le projet de loi de finances pour 2006 conduit le Gouvernement à proposer, à titre de précaution compte tenu des nouvelles modalités de gestion à mettre en place, de fixer un plafond à 150 millions d'euros, correspondant au montant d'une échéance de pensions.





## CHAPITRE II

### L'ASSURANCE MALADIE : TENIR LE CAP DE LA REFORME

2005 est indéniablement une date clef dans la mise en œuvre de la réforme issue de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie : il est trop tôt pour juger de la pertinence de l'ambitieux objectif fixé à l'horizon 2007, mais un premier bilan peut déjà être tiré, quelques compléments apportés, et une projection réalisée quant à l'impact final de ce texte et des changements de comportement qu'il a commencé à provoquer.

Cette année marque également, on l'a dit, la première application de la loi organique du 2 août dernier relative aux lois de financement de la sécurité sociale. Peut-être les débats parlementaires sur cette refonte du cadre des lois de financement, auquel votre Rapporteur a pris toute sa part, auront-ils permis de prolonger l'esprit de responsabilisation qui avait présidé à l'adoption de la loi du 13 août 2004, lui donnant davantage de crédibilité que n'en eût reçu un énième « plan de sauvetage » de l'assurance maladie. Quoi qu'il en soit, cette nouvelle loi organique opère des changements tangibles dans le champ de l'assurance maladie, que résume l'encadré suivant :

#### PRINCIPALES AVANCÉES INTRODUITES PAR LA NOUVELLE LOI ORGANIQUE RELATIVE AUX LFSS DANS LE CHAMP DE L'ASSURANCE MALADIE

- Présentation de la loi de financement en quatre parties permettant de distinguer clairement l'ONDAM du dernier exercice clos, celui de l'année en cours et celui de l'année à venir.
- ONDAM pour l'année à venir comportant au moins cinq sous-objectifs, figurant dans la loi et sur la définition desquels les parlementaires sont consultés.
- Élargissement du champ des lois de financement (notamment aux dispositions relatives à la gestion du risque).
- Description des mesures prévues pour la couverture du déficit de 2004 (annexe A).
- Prévisions quadriennales de dépenses pour la branche et pour l'ONDAM (annexe B).
- Description détaillée du périmètre de l'ONDAM et de son évolution (annexe 7).
- Impact chiffré des mesures du projet de loi de financement (annexe 9).
- Description chiffrée de la convention d'objectifs et de gestion de la CNAMTS (annexe 2).

Dans ce cadre rénové, la section 1 de la quatrième partie du présent projet de loi de financement comporte 19 articles traitant de thèmes variés, et notamment :

- des dispositions améliorant l'organisation des soins (**articles 27, 29 et 39**) ;

- des mesures relatives à la tarification, aux dotations ou à l’activité des établissements de santé (**articles 28, 30 et 40**) ;
- certains transferts de prise en charge (**articles 33 et 35**) ;
- un aménagement de la CMU complémentaire (**article 36**) ;
- le maintien d’un ticket modérateur plafonné pour les actes médicaux lourds (**article 37**) ;
- la fixation à 175 millions d’euros en 2006 du financement par l’assurance maladie, *via* un fonds de concours, des plans de réponse aux menaces sanitaires graves (**article 41**) ;
- une obligation d’information en matière de promotion et de publicité alimentaire (**article 38**).

Après un bilan d’étape de la traduction effective de la réforme, qui suscite des impressions mêlées, votre Rapporteur entend faire le point sur le « plan médicament » et amorcer une réflexion à propos des dépenses hospitalières, pour conclure par quelques remarques concernant le « management » de l’assurance maladie.

## **I.– L’EVOLUTION DES DEPENSES D’ASSURANCE MALADIE ET LE SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA LOI DU 13 AOUT 2004**

### **A.– LE PREMIER BILAN EST CERTES ENCOURAGEANT EN TERMES D’ENGAGEMENT DANS LA REFORME...**

#### **1.– Le texte voté est formellement mis en œuvre de façon exemplaire**

Un peu plus de quatorze mois après la promulgation de la loi relative à l’assurance maladie, il faut rendre hommage au ministre de la Santé et des solidarités d’avoir tenu parole en assurant, comme promis, l’application rapide et le suivi de la réforme : déjà, au printemps dernier, exerçant son « droit de suite » en tant que rapporteur du texte, notre collègue Jean-Michel Dubernard <sup>(1)</sup> saluait la mise en œuvre exemplaire du texte ; aujourd’hui, c’est au tour de notre collègue sénateur Alain Vasselle <sup>(2)</sup> de dresser un bilan et de constater que 88 % des mesures réglementaires d’application ont été publiées.

Des trois volets de la réforme, celui relatif aux mesures de recettes a pu être mis en œuvre très rapidement, et tel était bien l’objectif recherché. Mais si elle s’en était tenue là, la « réforme » de l’assurance maladie n’aurait pas mérité ce nom et n’aurait pas justifié les trésors de pédagogie et de communication qu’il a fallu déployer pour la faire aboutir. C’est bien parce qu’elle comportait également

---

(1) *Doc. AN n° 2208, rapport déposé le 23 mars 2005.*

(2) *Rapport d’information n° 11 (2005-2006), déposé le 11 octobre 2005.*

une vaste réorganisation de la gouvernance de l'assurance maladie et des mesures destinées à améliorer l'efficacité du système de soins par des économies liées à des changements de comportement que la loi du 13 août 2004 était autre chose qu'un plan de redressement financier.

Ainsi, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM) et l'Union nationale des professionnels de santé ont été mises en place entre le mois de décembre 2004 et le mois de juin 2005, le caractère véritablement opérationnel de ces unions étant bien sûr fonction des entités préexistantes : l'UNOCAM n'a pas encore la même réalité que l'UNCAM. Le dispositif conventionnel entre les caisses et les professionnels a rapidement été recentré sur les nouvelles priorités (*cf. infra*) avec la mise en place du médecin traitant au cœur du parcours de soins coordonné, lequel est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet dernier.

Une autre manière de suivre la mise en œuvre de la loi relative à l'assurance maladie consiste à examiner le « tableau de bord » élaboré par le Gouvernement à cette fin. On peut y voir, toutes proportions gardées, une forme de parallèle avec les objectifs et indicateurs constitutifs du dispositif de mesure de performance du budget de l'État prévu par la LOLF.

**INDICATEURS MIS EN PLACE PAR LE GOUVERNEMENT POUR SUIVRE LA MISE EN ŒUVRE DE LA LOI DU 13 AOÛT 2004 RELATIVE A L'ASSURANCE MALADIE**

	<b>Indicateurs</b> <i>(dossier de presse ministériel du 6 avril 2005)</i>	<b>Résultats</b> <i>(communiqué ministériel du 21 juillet 2005 ; point de la CNAM du 6 octobre 2005)</i>
<b>Thème n°1</b> : accès aux soins	<i>Indicateur 1</i> : nombre d'assurés ayant choisi un médecin traitant	Alors que le parcours de soins coordonné s'est mis en place au 1 <sup>er</sup> juillet 2005, plus de 31,5 millions de Français ont déjà choisi leur médecin traitant au 6 octobre, soit environ deux tiers des assurés. Pour l'Assurance maladie, l'objectif est non seulement atteint mais supérieur à ses prévisions.
	<i>Indicateur 2</i> : part des médecins généralistes entrés dans le dispositif	Les médecins généralistes sont 99 % à être entrés dans le dispositif. Dans 99,6 % des cas, ce sont des omnipraticiens que les patients choisissent comme médecin traitant (au 6 octobre).
<b>Thème n°2</b> : accès des plus démunis à l'assurance complémentaire	<i>Indicateur 3</i> : nombre de bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire	Au 6 octobre 2005, plus de 280.000 personnes ont obtenu de leur caisse d'assurance maladie l'attestation leur permettant d'obtenir une réduction de leur prime (75 à 250 euros en fonction de leur âge) de la part de l'organisme complémentaire qu'elles choisissent.
<b>Thème n°3</b> : maîtrise des dépenses d'indemnités journalières versées lors d'arrêts maladie	<i>Indicateur 4</i> : évolution des dépenses totales d'indemnités journalières	Les dépenses d'indemnités journalières du régime général ont reculé de près de 1 % en 2004 ; sur les 6 premiers mois de l'année 2005, leur décélération est plus rapide (- 3,7 %).
<b>Thème n°4</b> : lutte contre les fraudes et les abus	<i>Indicateur 5</i> : indicateur synthétique des contrôles effectués par la CNAM	L'assurance maladie accentue son effort de contrôle : les arrêts de travail de longue durée (supérieurs à 60 jours, et non plus 90 jours comme en 2004) feront l'objet d'un contrôle systématique. À ce titre, au 30 juin 2005, plus de 250.000 arrêts de travail ont été contrôlés. Les arrêts de courte durée sont contrôlés de façon aléatoire, avec pour objectif d'en contrôler 220.000 (contre 187.000 en 2004).
<b>Thème n°5</b> : médicaments-développement des génériques	<i>Indicateur 6</i> : médicaments - développement des génériques	Pour l'ensemble du répertoire générique, la proportion des boîtes de génériques délivrées par rapport au nombre total de boîtes

	<i>Indicateur 7</i> : proportion des boîtes de génériques délivrées par rapport au nombre total de boîtes délivrées	prescrites est ainsi de plus de 50 %, contre 35 % en 2002. Le plan de redressement de l'assurance maladie prévoit de réaliser, grâce aux génériques, 1 Md€ d'économies d'ici 2007.
<b>Thème n°6</b> : qualité du système de soins	<i>Indicateur 8</i> : nombre de médecins engagés dans la procédure d'évaluation des pratiques professionnelles	Les modalités de l'évaluation des pratiques professionnelles des médecins prévue par la loi du 13 août 2004 et le décret du 14 avril 2005 viennent d'être présentées par la Haute autorité de santé.
	<i>Indicateur 9</i> : nombre d'accords cadre d'amélioration des pratiques hospitalières conclus au niveau local	Deux accords-cadres d'amélioration des pratiques hospitalières, relatifs aux prescriptions d'antibiotiques et de statines dans les établissements hospitaliers, sont en préparation.
	<i>Indicateur 10</i> : nombre de référentiels qualité élaborés par la HAS	
<b>Thème n°7</b> : évolution de l'ONDAM	<i>Indicateur 11</i> : évolution de l'ONDAM	
<b>Thème n°8</b> : développement du DMP	<i>Indicateur 12</i> : nombre d'assurés sociaux disposant d'un dossier médical	Le GIP chargé de son déploiement, après avoir été installé en avril, a tenu un séminaire, pour définir ses orientations et ses méthodes de travail. De premières expérimentations auront lieu sur des sites pilotes au second semestre 2005, en s'appuyant sur les expériences déjà existantes. Elles feront l'objet d'une évaluation approfondie au printemps 2006, au vu de laquelle la décision définitive des lancements à l'échelle nationale sera prise afin d'atteindre l'objectif d'un déploiement total à la mi-2007.

Source : d'après le ministère de la santé et des solidarités et la CNAM.

Deux éléments essentiels restent à concrétiser pour parachever la réforme : le dossier médical personnel et l'expérimentation d'agences régionales de santé – à laquelle votre Rapporteur, rappelant que la région Alsace est candidate à une telle expérimentation, attache une importance particulière.

## 2.– L'Union nationale des caisses d'assurance maladie a pris le relais de façon ambitieuse

En cohérence avec la mise en place d'une nouvelle gouvernance et d'un renforcement de l'implication des partenaires sociaux dans le pilotage du système de soins, le Gouvernement est toujours comptable de l'avancée de la réforme mais c'est en pratique à l'assurance maladie de prendre les dispositions nécessaires à sa réussite, au premier rang desquelles l'adaptation du mécanisme conventionnel.

### *a) La nouvelle convention médicale décline les aspects de la réforme*

Le 12 janvier 2005, une nouvelle convention médicale a été conclue entre l'UNCAM et les syndicats représentatifs des médecins libéraux. Trois objectifs principaux fondent cette convention.

– *Améliorer la coordination des soins, gage de leur qualité.* Cette coordination est centrée notamment sur le parcours de soins du patient à partir du **médecin traitant**. Toutefois, l'accès direct reste libre s'agissant des gynécologues, des ophtalmologues et des psychologues pour une partie des actes. Par ailleurs, les médecins traitants percevront 40 euros par an et par patient en ALD suivi. Le **médecin correspondant** est le médecin auquel le patient est adressé par le médecin traitant, et qui dans ce cas bénéficie de majorations

d'honoraires. Le patient garde le choix de consulter le médecin correspondant qu'il souhaite.

– *Préserver et améliorer l'accès aux soins par le maintien du libre choix du médecin et le respect des tarifs opposables ou maîtrisés dans le parcours de soins coordonnés.* Les médecins en secteur 2 peuvent désormais opter pour un nouveau secteur dit « secteur 2 avec option de coordination ». Ces médecins acceptent de pratiquer des dépassements moins importants (« maîtrisés ») en contrepartie de majorations du tarif de leurs consultations coordonnées et d'une prise en charge de leurs cotisations sociales (sur la base des revenus issus des honoraires à tarifs opposables). Est créée une différenciation des tarifs selon le parcours de soins épousant le schéma suivant :

**LES NOUVEAUTES CONVENTIONNELLES RELATIVES AU MEDECIN CORRESPONDANT**

	<b>Ancienne convention</b>	<b>Nouvelle convention</b>	<b>Gains</b>	<b>Pertes</b>
<b>Secteur 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Respect des tarifs opposables</li> <li>– Pas de dépassements, sauf pour exigences particulières du patient (DE)</li> <li>– C2 autorisés pour avis auprès de certaines spécialités</li> <li>– Prise en charge des cotisations sociales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– idem</li> <li>– Dépassements autorisés en accès libre et maintien des DE</li> <li>– C2 autorisés pour avis auprès de toutes les spécialités</li> <li>– Prise en charge des cotisations sociales sur la base des revenus nets de dépassements</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Majorations d'honoraires</li> <li>Dépassements</li> <li>Extension du champ</li> </ul>	
<b>Secteur 2 optionnel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Tarifs non opposables</li> <li>– Dépassements illimités</li> <li>– C2 autorisés pour avis auprès de certaines spécialités</li> <li>– Pas de prise en charge des cotisations sociales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Tarifs opposables</li> <li>– Dépassements limités</li> <li>– C2 autorisés pour avis auprès de toutes les spécialités</li> <li>– Prise en charge des cotisations sociales sur la base des revenus nets de dépassements</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Extension du champ</li> <li>Cotisations sociales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Une partie des dépassements</li> </ul>
<b>Secteur 2 non optionnel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Tarifs non opposables</li> <li>– Dépassements illimités</li> <li>– C2 autorisés pour avis auprès de certaines spécialités</li> <li>– Pas de prise en charge des cotisations sociales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Tarifs non opposables</li> <li>– Dépassements illimités</li> <li>– C2 autorisés pour avis auprès de toutes les spécialités</li> <li>– Pas de prise en charge des cotisations sociales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Extension du champ</li> </ul>	

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale.

– *Permettre de réaliser des économies par la maîtrise médicalisée des dépenses.* Le coût pour l'assurance maladie de ce nouveau dispositif est estimé à 500 millions d'euros en année pleine à comportements constants, dont environ 300 millions en 2005 compte tenu de la montée en charge du dispositif. C'est ce que résume le tableau suivant :

**VALORISATION FINANCIERE DES CONSULTATIONS  
DANS LA CONVENTION MEDICALE DU 12 JANVIER 2005**

*(en millions d'euros)*

	en année pleine	en 2005
<b>Rémunération médecin traitant (coût net)</b>	<b>203</b>	<b>86</b>
<i>Coût brut</i>	293	156
<i>Financements par redéploiement (PIRES) (1)</i>	- 90	- 70
Coût net		
<b>Permanence des soins</b>	<b>70</b>	<b>58</b>
<b>Généralistes : majoration de 5 euros</b> (consultations et visites pédiatriques jusqu'à deux ans)	<b>49</b>	<b>41</b>
<b>Ensemble des mesures touchant les généralistes</b>	<b>322</b>	<b>185</b>
<b>Valorisation du parcours de soins :</b>		
<b>Spécialistes du secteur I</b>	<b>122</b>	<b>61</b>
<b>Spécialistes en secteur 2 optionnel</b>	<b>73</b>	<b>36</b>
<i>Anticipation du paiement de la majoration de coordination (2 euros + maintien majoration psychiatrie) : depuis mars 2005</i>		23
<b>Mesures spécifiques concernant certaines spécialités</b>	<b>18</b>	<b>15</b>
Financement par redéploiement (CBP, PIRES) <sup>13(2)</sup>	- 40	- 40
<b>Ensemble des mesures touchant les spécialistes</b>	<b>172</b>	<b>95</b>
<b>Total</b>	<b>494</b>	<b>280</b>

*(1) protocole interrégimes d'examen spécial.*

*Source : CNAM.*

Quant à l'impact en 2005 et 2006 de l'ensemble des accords conventionnels conclus en 2003 et 2004 – y compris leurs avenants ultérieurs – avec toutes les professions de santé, il est évalué par le ministère à 450 millions d'euros pour 2005 et 675 millions d'euros pour 2006.

En contrepartie, la convention prévoit de parvenir à une inflexion significative des dépenses de remboursement de certains produits de santé dont les évolutions passées apparaissent sans rapport avec les besoins en santé. Un autre gisement d'économies est recherché dans une application plus conforme aux règles des dispositions relatives au champ de l'exonération du ticket modérateur. Le dispositif conventionnel repose ainsi sur des engagements quantifiés et régionalisés définis annuellement.

Pour 2005 était prévue une économie totale d'un milliard d'euros de maîtrise médicalisée et d'accords de bon usage des soins, déclinée selon le tableau suivant :

**OBJECTIFS D'ÉCONOMIES LIÉES À LA MAÎTRISE  
MÉDICALISÉE EN 2005**

*(en millions d'euros)*

Prescriptions en ALD	- 455
Statines	- 161
Indemnités journalières	- 150
Antibiotiques	- 91
Génériques	- 55
Psychotropes	- 33
Examens biologiques et coloscopies	- 30
Antiagrégants	- 23
<b>Total</b>	<b>998</b>

Source : CNAM.

Même si les résultats en termes d'impact sur l'ONDAM se font attendre sur certains de ces points (*cf. infra*), l'engagement dans le processus est indéniable. Il doit permettre d'impliquer l'immense majorité des praticiens et il doit s'appuyer sur des outils de contrôle renforcés.

*b) Couverture extensive des praticiens et efficacité des contrôles sont des gages supplémentaires de réussite*

Les engagements conventionnels ne liant, par définition, que les professionnels appartenant à l'un ou l'autre des secteurs régulés, il convient de préciser la part des médecins concernés. Tel est l'objet du tableau suivant, actualisé par l'assurance maladie :

**EFFECTIFS D'OMNIPRATICIENS ET DE SPÉCIALISTES LIBÉRAUX PAR SECTEUR DE  
CONVENTIONNEMENT**

	Secteur 1	Secteur 2	Secteur 1 avec droit à dépassement permanent	Non conventionn és	TOTAL
<b>Omnipraticiens libéraux</b>					
Généralistes	48.982	4.752	19	531	<b>54.284</b>
<i>en %</i>	<i>90,2%</i>	<i>8,8%</i>	<i>0,0%</i>	<i>1,0%</i>	<i>100%</i>
Médecins avec mode d'exercice particulier (MEP)	3.358	2.957	12	234	<b>6.561</b>
<i>en %</i>	<i>51,2%</i>	<i>45,1%</i>	<i>0,2%</i>	<i>3,6%</i>	<i>100%</i>
<b>Total omnipraticiens</b>	<b>52.340</b>	<b>7.709</b>	<b>31</b>	<b>765</b>	<b>60.845</b>
<i>en %</i>	<i>86,0%</i>	<i>12,7%</i>	<i>0,1%</i>	<i>1,3%</i>	<i>100%</i>
<b>Médecins spécialistes libéraux</b>					
<b>Effectif au 31 décembre 2002</b>	<b>32.708</b>	<b>19.903</b>	<b>619</b>	<b>112</b>	<b>53.342</b>
<i>en %</i>	<i>61,3%</i>	<i>37,3%</i>	<i>1,2%</i>	<i>0,2%</i>	<i>100%</i>
<b>Total général</b>	<b>85.048</b>	<b>27.612</b>	<b>650</b>	<b>877</b>	<b>114.187</b>
<i>en %</i>	<i>74,5 %</i>	<i>24,2 %</i>	<i>0,6 %</i>	<i>0,8 %</i>	<i>100 %</i>

Source : Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie (SNIIRAM).

Enfin, le respect des engagements conventionnels est indissociable de la question du contrôle, qui illustre à la fois le rôle actif des caisses d'assurance maladie et la possibilité concrète de lutter contre les dysfonctionnements du système de soins. Là encore, la loi du 13 août 2004 améliore l'existant.

– *Les contrôles relatifs à l'ouverture des droits à prestations*

L'article L. 314-1 du code de la sécurité sociale précise les vérifications que les caisses d'assurance maladie doivent effectuer lorsqu'elles reçoivent des documents pour l'ouverture du droit aux prestations de l'assurance maladie. Les assurés et les professionnels de santé ayant réalisé les actes ou prestations ou délivré les produits sont tenus, le cas échéant, de fournir à la caisse ou aux services du contrôle médical les éléments nécessaires aux vérifications.

La loi du 13 août 2004 renforce les contrôles d'octroi de certaines prestations dont les indemnités journalières et les frais de transport. En cas d'infractions de ces obligations, la caisse peut suspendre, réduire ou supprimer le service des prestations.

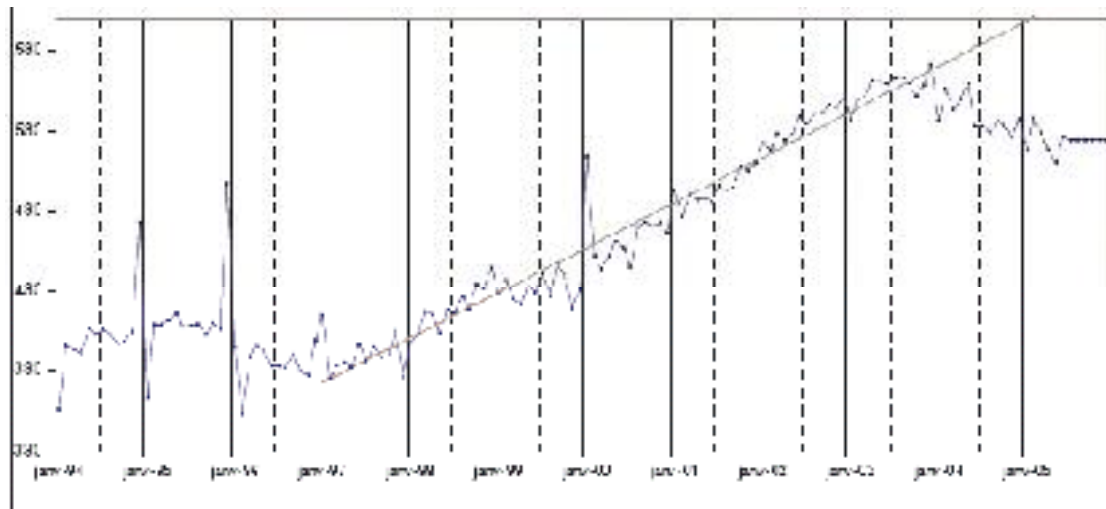
Au total, ces mesures ont un impact très fort sur la progression des indemnités journalières. Sur les huit premiers mois de l'année 2005, rapportée à la même période 2004, le montant des indemnités journalières servies par la CNAMTS a été réduit de 2,6 %. Le nombre de jours d'arrêts maladie indemnisés a été réduit de 4,6 %. La baisse du nombre d'indemnités journalières est le résultat d'une modification des comportements collectifs et d'un renforcement quantitatif et qualitatif des contrôles des caisses. Au premier semestre 2005, 250.000 contrôles d'arrêts de longue durée ont été opérés. En ce qui concerne les arrêts de travail de courte durée, l'objectif est d'assurer 220.000 contrôles en 2005 contre 187.000 en 2004.

En cas de constat d'anomalies, différentes sanctions sont applicables. Si l'irrégularité est imputable à l'assuré, la caisse peut décider la non-prise en charge des frais. L'article L. 162-1-14 permet aux directeurs des organismes d'assurance maladie de prononcer des pénalités, après avis d'une commission constituée au sein du conseil de l'organisme, en cas d'infractions des règles du code de la sécurité sociale par les professionnels de santé, les employeurs ou les assurés ayant abouti à une demande de remboursement ou de prise en charge indues (ou de remboursement ou de prise en charge indus) de prestations. Le décret n° 2005-1016 du 23 août 2005 précise les faits pour lesquels les sanctions sont applicables et les différents montants de pénalités à appliquer en fonction de leur gravité.



Le graphique suivant illustre assez la rupture de tendance opérée :

### ÉVOLUTION DES DÉPENSES D'INDEMNITÉS JOURNALIÈRES DE MALADIE



Source : Commission des comptes de la sécurité sociale.

Enfin, il faut noter que la CNAM a mis en place, au niveau national, une cellule de lutte contre les fraudes ainsi que des structures au niveau local. La cellule nationale est chargée de coordonner les différents aspects des problèmes (juridique, informatique, comptable et de liquidation) afin de développer des dispositifs de prévention et de repérage des cas de fraude.

**B.– ... MAIS SES EFFETS SUR L'EVOLUTION DE L'ONDAM SONT PLUS INCERTAINS...**

**1.– Les économies attendues sont très substantielles**

Le tableau suivant rappelle les économies prévisionnelles associées à la loi du 13 août 2004 :

**IMPACT FINANCIER DE LA REFORME EN 2007**

(en milliards d'euros)

<b>1.</b>	<b>Organisation et fonctionnement du système de soins</b>	
	Maîtrise médicalisée	3,5
	Produits de santé	2,3
	Hôpital (hors revalorisation du forfait journalier)	1,6
	Amélioration de la gestion des indemnités journalières	0,8
	Systématisation du recours contre tiers	0,3
	Économies sur les frais financiers (reprise de la dette par la CADES)	1,1
	Diminution des coûts de gestion de la CNAMTS	0,2
	<b>Total Offre de soins</b>	<b>9,8</b>
<b>2.</b>	<b>Participation de l'utilisateur</b>	
	Contribution de 1 euro par acte	0,7
	Revalorisation du forfait journalier hospitalier	0,3
	<b>Total participation de l'utilisateur</b>	<b>1</b>
<b>3.</b>	<b>Redressement financier</b>	
	Transfert d'une partie des droits tabacs de l'Etat à la CNAMTS	1
	Création d'une contribution additionnelle à la C3S	0,9
	Relèvement de la CSG :	
–	élargissement de l'assiette de la CSG aux actifs	1
–	relèvement de 0,4 point du taux de CSG des retraités imposables	0,6
–	relèvement de 0,7 point du taux sur les revenus du patrimoine	0,6
–	augmentation de 2 points du taux de CSG sur les jeux	0,1
	<b>Total volet recettes</b>	<b>4,2</b>
	<b>Total des mesures</b>	<b>15</b>

Source : ministère de la Santé et des solidarités.

L'ampleur des économies nécessaires avait été calculée à l'aune des déficits à combler. Outre les indicateurs de suivi de la réforme examinés *supra*, c'est bien l'évolution de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) qui constitue le principal point de repère, le « juge de paix » de la réforme. Encore faut-il que son périmètre soit incontesté.

2.– Dès 2004, le dépassement d'ONDAM s'est révélé moins catastrophique que prévu

Le tableau suivant retrace, avec les conventions de la Commission des comptes de la sécurité sociale, l'évolution et la décomposition de l'ONDAM en 2004 :

**DECOMPOSITION DE L'EVOLUTION DE L'ONDAM ENTRE 2003 ET 2004**

(en milliards d'euros)

	Objectif 2004			Réalizations tous régimes CCSS juin 2005		Réalizations tous régimes CCSS septembre 2005				
	Montant	Obj./Base 2003 (a)	Obj./Réal. 2003 (b) en%	Réalisations comptables 2004	Réal. 2004/Réal corrigées 2003 en %	Correction des prévisions	Réalisations 2004 corrigées	Écart à l'objectif	Évolution 2004 en %	Contribution à la croissance en %
Soins de ville	60,5	3,2	4,4	60,6	4,7	- 0,2	60,4	- 0,1	4,3	41,2
– Honoraires (yc biologie, transports)				27,9	4,6	- 0,1	27,7		4,3	19,1
– Autres dépenses de ville				32,7	4,6	- 0,1	32,6		4,3	22,1
Versements aux établissements	65,8	4,6	4,6	66,2	5,2	0	66,2	0,4	5,2	54,6
Versements aux établissements de santé	56	4,1	3,7	56,5	4,6	0	56,5	0,5	4,6	41,2
– Établissements sanitaires	48	4,1	3,8	48,2	4,4	0	48,2	0,2	4,3	32,8
– dont établissements sanitaires sous DG	47,6	4,1	4	47,7	4,4	0	47,7	0,2	4,4	33,1
– Cliniques privées	8	4,1	3,7	8,2	6,3	0	8,3	0,2	6,6	8,4
Médico-social	9,8	7,4	9,7	9,7	8,7	0	9,8	- 0,1	9	13,4
– Personnes handicapées	6,2	6	10,1	6,1	8	0	6,1	- 0,1	8,6	8
– Personnes âgées	3,6	10	9	3,6	9,8	0	3,6	0	9,6	5,4
Réseaux	0,1	171,7	495,2	0,1	184,5	0	0,1	- 0,1	184,5	0,6
ONDAM Métropole	126,4	3,9	4,6	126,9	5	- 0,2	126,7	0,3	4,8	96,5
Prestations DOM	3,1	6	1,1	3,2	6,1	0	3,2	0,1	5,5	2,7
Ressortissants français à l'étranger	0,2	3	- 3,9	0,3	21,3	0	0,3	0,1	21,3	0,8
ONDAM	129,7	4	4,5	130,4	5	- 0,2	130,1	0,5	4,9	100

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale.

Ainsi, les dépenses d'assurance maladie remboursées par le régime général ont augmenté de 4,9 % en 2004 par rapport à la base 2003 corrigée des erreurs de ventilation comptable et de la surestimation des provisions 2003. Pour la seconde année consécutive, le rythme de croissance de ces dépenses a diminué. Cette nette décélération fait suite à une forte progression des dépenses au cours de la seconde moitié des années 90 (+ 5,2 % en moyenne annuelle sur la période 1997-2002).

Le dépassement de 2004 résulte, comme le décrit le tableau précédent, de la contraction des éléments suivants :

– une progression ralentie des soins de ville, avec une réalisation inférieure à l'objectif, qui toutefois doit essentiellement à la révision des dépenses de 2003, à hauteur de 800 millions d'euros <sup>(1)</sup> ;

(1) Cette révision résulte, d'une part, de modifications de ventilation comptable des régimes agricoles, et d'autre part, de surprovisionnements effectués dans le cadre de la comptabilisation en droits constatés.

– des versements aux établissements de santé en dépassement de 500 millions d’euros, chiffre inchangé par rapport aux résultats de juin mais intégrant une moindre progression des établissements publics et un dérapage plus important des cliniques privées ;

– une sous-consommation « structurelle » de l’ONDAM médico-social liée au décalage entre l’engagement des dépenses consacrées à la création de nouvelles places et les consommations effectives occasionnées par ces capacités supplémentaires ;

– le maintien d’une croissance ralentie des dépenses des DOM.

Avec un total révisé de 130,1 milliards d’euros, l’ONDAM a été dépassé de 500 millions d’euros, soit moins de la moitié du dépassement de 2003. Le tableau suivant retrace l’historique des dépassements d’ONDAM :

#### ÉVOLUTION DE L’ONDAM VOTÉ ET DE SA RÉALISATION ENTRE 1997 ET 2005

(en milliards d’euros)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
ONDAM voté	91,5	93,6	96	100,4	105,7	112,8	123,5	129,7	134,9
Évolution en %	1,7	2,4	1	2,9	2,6	4	5,3	5	3,2 %
ONDAM réalisé	91,4	95,1	97,6	103	108,8	116,7	124,7	130,1	134,9
Évolution en %	1,5	4	2,6	5,6	5,6	7,2	6,4	5,1	3,7 %
Dépassement	- 0,1	1,5	1,6	2,7	3,1	3,9	1,2	0,5	0

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale.

Après une année 2003 en recul par rapport à 2002, l’année 2004 a été marquée par **un net ralentissement des soins de ville** qui n’ont progressé que de 4,3 % contre 6,3 % en 2002 et 2003. Pour la première fois depuis 1998, les soins de ville ont ainsi augmenté moins vite que l’ensemble de l’ONDAM. Le tableau suivant retrace cette évolution récente, pour le seul régime général :

#### CONJONCTURE DES SOINS DE VILLE REMBOURSES PAR LE REGIME GENERAL

(en %)

	Évolutions annuelles			Année 2004			
	2002/2001	2003/2002	2004/2003	TCAM 2003/1997	Prévision 2005/2004	Montants (en millions d’euros, à prix courant)	Structure
Soins de ville	7,7	7,1	4,3 (4,8)	6,8	3,2	49.689	100
dont :							
Honoraires privés	5,3	6,4	2,8	4	3,3	13.998	28,2
– généralistes	7,2	8,3	-0,8	4,6	4,1	4.517	9,1
– spécialistes	4,9	5	5,1	3,5	3,8	7.042	14,2
– sages-femmes	11,3	8,6	7,8	10,2	10,2	76	0,2
– dentistes	2,8	6,5	3,1	4	0,2	2.369	4,8
Honoraires paramédicaux	9,6	8,1	4,1	6,9	4,4	4.563	9,2
– infirmières	10,2	10,8	5,5	7,1	4,8	2.289	4,6
– kinésithérapeutes	8,5	5,1	2,3	6,6	3,3	1.909	3,8
– orthophonistes	12,9	8,2	5,8	7,4	5,6	325	0,7
– orthoptistes	12,9	15,3	7,9	8,5	5,4	34	0,1

Laboratoires	10,8	9,4	5,4	6,8	0,5	2.541	5,1
Transport des malades	9,4	8,2	8	8,9	6	1.931	3,9
Médicaments	6,6	6,7	6,4 (6,9)	7,9	3,7	15.947	32,1
– dont remboursés à 100 %	11,7	11,4	11,5 (12,4)	11,3	6,5	8.972	18,1
– dont remboursés à 35 % et 65 %	1,5	1,5	0,1	4,7	0,1	6.974	14
Indemnités journalières	10,9	6,6	-0,5	8,2	-0,3	7.371	14,8
– dont IJ maladie	10,2	6,4	-1	7,6	-0,2	5.418	10,9
. dont IJ maladie -3mois	5,3	3,2	-3	6,8	2,2	2.971	6
. dont IJ maladie +3mois	19,4	11,4	-1,7	9,6	-3,3	2.267	4,6
Dispositifs médicaux	11,8	9,9	11,6 (11,1)	15,9	8,1	2.504	5

*N.B. : les évolutions 2004 entre parenthèses correspondent aux évolutions sur le précédent champ des soins de ville compte tenu des transferts vers l'enveloppe des établissements des médicaments et dispositifs médicaux délivrés en cliniques. La prévision 2005 intègre les impacts 2005 du plan de réforme (participation forfaitaire, convention médicale, plan médicament, etc.).*

*Source : Commission des comptes de la Sécurité sociale, septembre 2005.*

Faut-il y voir déjà l'effet psychologique de la réforme ? Les comportements ont sans doute évolué, mais la modération temporaire des honoraires et la forte augmentation des contrôles ont puissamment joué. Quoiqu'il en soit, il s'agit d'une tendance qui se poursuit en 2005, sans atteindre les niveaux nécessaires à un retour effectif à l'équilibre.

3.– En 2005, l'ONDAM serait respecté pour la première fois depuis 1998

*a) Une croissance contenue grâce à une base de référence révisée*

Fixé par la loi de financement pour 2005 à 134,93 milliards d'euros, l'ONDAM ne dépasserait pas ce montant à la fin de cette année, comme le montre le tableau suivant :

**ONDAM 2005 : CONSTRUCTION ET PREVISION PAR POSTES**

*(en milliards d'euros)*

	Construction			Prévision			
	Base après transferts	Objectifs		Base réactualisée	Montant	Évolution (en %)	Écart (en %)
		Montant	Évolution (en %)				
I.1. Soins de ville	61,3	62,6	2,1	60,3	62	2,7	- 0,7
I.2. Versements aux établissements sanitaires publics et privés	58,8	60,9	3,6	59,2	61,6	4,1	0,6
I.3. Médico-social	10,2	10,9	7,6	10	10,9	9,3	0
I.3.1. médico-social (E.I.-A.H.)	6,3	6,7	5,3	6,2	6,7	7,3	0
I.3.2. médico-social (personnes âgées)	3,8	4,3	11,3	3,6	4,3	12,7	0
II. Ressortissants français à l'étranger	0,2	0,2	3	0,3	0,2	- 12,4	0
III. Réseaux	0,1	0,2	32	0,1	0,2	32	0
<b>ONDAM</b>	<b>130,7</b>	<b>134,9</b>	<b>3,2</b>	<b>129,9</b>	<b>134,9</b>	<b>3,8</b>	<b>0</b>

*Source : Commission des comptes de la sécurité sociale.*

Serait ainsi confirmée l'estimation du Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie, entité indépendante instituée par l'article 40 de la

loi du 13 août 2004 (article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale) et chargée d'appeler l'attention des pouvoirs publics sur un risque substantiel (0,75 %) de dépassement de l'ONDAM, en déclenchant l'action des gestionnaires, en cours d'exercice. Dans son premier avis officiel, rendu le 31 mai, le Comité d'alerte avait jugé possible le respect de l'objectif fixé, et n'a pas depuis lors révisé son jugement.

Il n'est pas inutile à ce stade de mentionner les réserves exprimées par la Cour des comptes dans son rapport de septembre 2005 sur *La sécurité sociale* :

*« Le rôle du comité d'alerte rencontre [...] deux limites. D'une part, il n'examine que l'évolution des dépenses, sans la comparer à celle des recettes alors qu'en 2005, contrairement aux années précédentes, le désajustement entre l'évolution des dépenses et celle des recettes risque de constituer l'un des principaux problèmes. D'autre part, son avis ne porte que sur l'évolution globale des dépenses du champ de l'ONDAM, sans distinction de l'évolution propre de chaque ligne : certains postes en fort dépassement peuvent donc ne faire l'objet d'aucune alerte ni d'aucune mesure de redressement si ces dépassements sont compensés par une sous-consommation sur d'autres lignes de l'ONDAM. »*

Votre Rapporteur, tout en partageant ces remarques, veut les nuancer en notant que, d'une part, le Comité s'efforce de préciser dans son avis les tendances contradictoires à l'œuvre entre les différentes composantes de l'ONDAM, et que d'autre part, à l'image du déficit du budget général de l'État, l'ONDAM est, par construction, un indicateur à apprécier globalement.

Plus préoccupante est la donnée selon laquelle **le respect affiché de l'ONDAM résulte en fait d'une révision à la baisse de la base de référence**, que montre le tableau précédent : si, en valeur, l'objectif n'est pas dépassé, il l'est en volume (3,8 % au lieu de 3,2 %). L'écart tient à la réactualisation de la base 2004, à 129,9 milliards d'euros contre 130,7 milliards pour la prévision initiale.

L'essentiel de ce réajustement tient aux soins de ville (*cf. infra* b), mais d'autres transferts sont à prendre en compte, comme le précise la Commission des comptes de la sécurité sociale :

#### **TRANSFERTS AFFECTANT LA BASE DE DÉPENSES DE L'ONDAM POUR 2005**

Un certain nombre de transferts pour un montant net de 244 millions d'euros minorent la base de dépenses 2004. Il s'agit :

- du transfert, au 1<sup>er</sup> juillet 2005, aux collectivités locales des Instituts de formation en soins infirmiers relevant antérieurement des établissements de santé financés par dotation globale pour 178 millions d'euros (1) ;
- de la minoration des dépenses hospitalières au titre du transfert partiel du financement du fichier des greffes pour 1,5 million d'euros (2) ;
- du débasage relatif au compte épargne-temps pour 208 millions d'euros, anticipant en partie la suppression totale devant intervenir en 2006 (3) ;

– de l’annulation de la provision pour revalorisation du point fonction publique qui n’est finalement pas intervenue dans les établissements médico-sociaux (4).

Dans le sens contraire, les transferts qui majorent la base de dépenses 2004 correspondent à :

– l’apport de la Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie de 151 millions d’euros devant financer des mesures nouvelles (5) ;

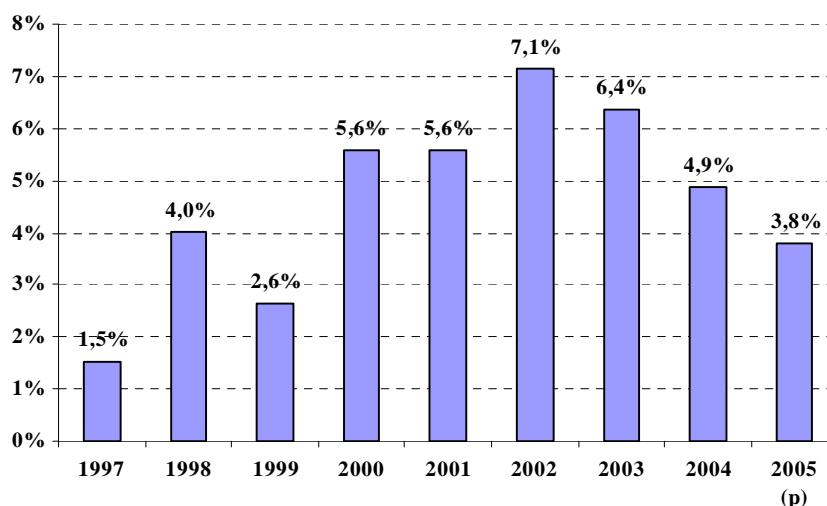
– l’intégration des dépenses de Saint Pierre et Miquelon et de Mayotte dans les dépenses hospitalières de l’ONDAM pour 66 millions d’euros (6).

	IFSI (1)	EFG (2)	CET (3)	Surprovi- sionnement (4)	Transfert CNSA vers pers. âgées (5)	Saint- Pierre et Miquelon, Mayotte (6)	<b>Ensemble</b>
Établissements de santé	- 178	- 2	- 200	0	0	66	- 314
Établissements médico-sociaux	0	0	- 8	- 74	151	0	<b>69</b>
<b>Total</b>	<b>- 178</b>	<b>- 2</b>	<b>- 208</b>	<b>- 74</b>	<b>151</b>	<b>66</b>	<b>- 244</b>

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2005.

En définitive, il faut saluer le retour à un profil plus soutenable d’évolution de l’ONDAM :

#### RYTHME DE PROGRESSION DE L’ONDAM



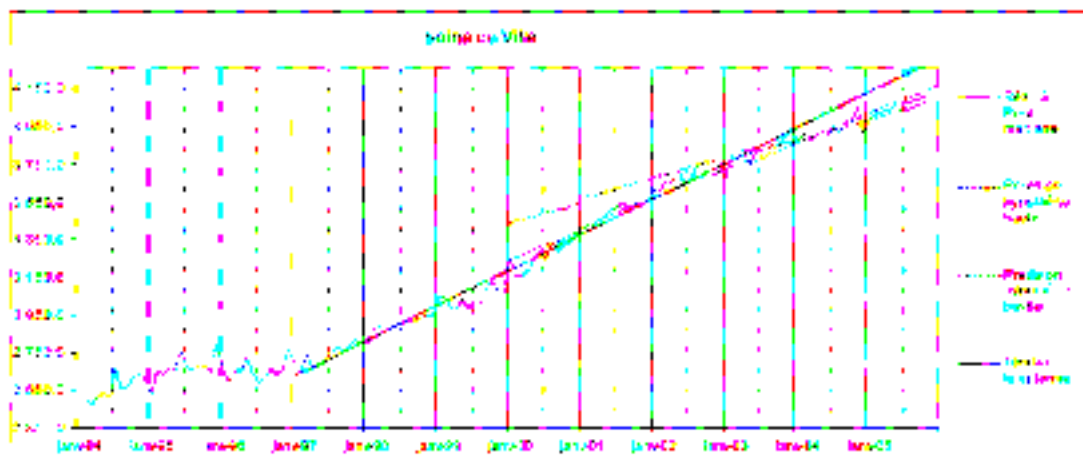
Source : ministère de la Santé et des solidarités.

*b) Une évolution favorable des soins de ville qui demeure insuffisante et masque d’autres dérapages*

En 2005 comme en 2004, l’évolution la plus notable et la plus encourageante pour le succès de la réforme est celle des soins de ville, dont la tendance haussière fléchit très nettement, comme le relevait déjà le Comité d’alerte dans son avis du 31 mai dernier, et comme l’illustre le graphique suivant :

## ÉVOLUTION PRÉVISIONNELLE DES DÉPENSES DE SOINS DE VILLE DU RÉGIME GÉNÉRAL

### Evolution des soins de ville du régime général : tendance prévisionnelle 2005/2004



Source : Commission des comptes de la sécurité sociale, juin 2005

En dépit de cette notable amélioration, les objectifs ambitieux de maîtrise médicalisée des dépenses fixés dans la réforme de 2004 et rappelés *supra* ne seront pas atteints. Deux éléments commandent cette appréciation mesurée de résultats apparemment spectaculaires : les effets de base d'une part, et l'insuffisante efficacité de la maîtrise médicalisée d'autre part.

S'agissant des effets de base, la Commission des comptes de la sécurité sociale peut écrire :

« La base des dépenses pour 2004 sur laquelle est assise la prévision 2005 avait été révisée d'environ 800 millions d'euros dans le rapport de la Commission des comptes de juin (500 millions d'euros liés à une surestimation des provisions et des écarts d'imputations comptables, ainsi que 300 millions d'euros liés à une surestimation de la tendance 2004 lors de la définition de la base de dépenses pour 2005 en septembre 2004). À cette révision de la base déjà identifiée, l'analyse des provisions comptabilisées au titre de 2004 fait apparaître un probable surprovisionnement qui conduit à réviser de nouveau à la baisse pour 200 millions d'euros la base de dépenses de l'année 2004.

« En définitive, la révision de la base de dépenses pour 2005 serait d'environ 1 milliard d'euros. La sous-consommation de l'objectif 2005 serait donc liée exclusivement à des effets de base, l'évolution prévisionnelle des dépenses pour 2005 étant légèrement supérieure au taux d'évolution de l'objectif (2,7 % contre 2,1 %). »

**Concernant la maîtrise médicalisée, selon les estimations les plus récentes de la CNAM, seules des économies de 675 millions d'euros seront réalisées en 2005, soit deux tiers de l'objectif initial de 998 millions d'euros.**

Si les résultats sont très satisfaisants s'agissant de la maîtrise des indemnités journalières d'arrêts de travail, qui diminuent en 2005 de l'ordre de



3 %, ainsi que pour la prescription des psychotropes, ils sont encore, début septembre, imparfaits sur plusieurs postes. Indéniablement enclenchée, la dynamique conventionnelle du 12 janvier 2005 n'est donc pas encore suffisamment puissante. Votre Rapporteur en veut pour preuve les deux exemples suivants :

– le meilleur respect de l'assujettissement au ticket modérateur des dépenses de patients en ALD pour les prescriptions non liées à l'affection exonérante était censé conduire à 455 millions d'euros d'économies en 2005. Alors que la CNAM attendait ainsi une décroissance de 5 % du ratio *dépenses en rapport avec une ALD / total des dépenses des patients en ALD*, celui-ci n'est passé que de 82 % à 81,4 %. L'utilisation correcte de l'ordonnancier bizona pour distinguer ces deux types de prescriptions semble progresser légèrement chez les médecins libéraux, ce qui est loin de suffire. Il faut ici déplorer une certaine force des habitudes – en l'occurrence le remboursement global et systématique à 100 % – et un manque d'empressement, à tous les stades de la chaîne de prescription et de remboursement, pour effectuer les vérifications nécessaires. Votre Rapporteur déposera de nouveau cette année un amendement sur ce point, crucial entre tous lorsque l'on sait que les dépenses remboursées par l'assurance maladie sont à 58 % dues aux ALD, et se concentrent par conséquent sur 13 % des assurés, lesquels sont globalement remboursés en moyenne à 92,5 %, et mieux remboursés d'année en année, pour un volume de dépenses qui augmente depuis 4 ans à un rythme annuel d'environ 12 % (près de deux fois supérieur à celui de l'ensemble de la population) ;

– la rationalisation des prescriptions de statines, d'antibiotiques et de psychotropes devait permettre de moindres dépenses, à hauteur de 285 millions d'euros, chiffre qui ne sera pas, tant s'en faut, atteint d'ici la fin de l'année, comme le montre le tableau suivant :

**SUIVI DES OBJECTIFS DE LA RATIONALISATION DE LA PRESCRIPTION  
DE CERTAINS MÉDICAMENTS AU 27 SEPTEMBRE 2005**

	Objectif en %	Objectif en M€	Évolution (1) du nombre de boîtes vendues	Évolution (1) du montant remboursé
Statines	– 1,5 %	– 161 M€	8,2 %	5,2 %
Antibiotiques	– 10 %	– 91 M€	1,7 %	4 %
Psychotropes	– 10 %	– 33 M€	– 0,5 %	– 3,2 %
<b>Total</b>		<b>– 285 M€</b>		

(1) Évolutions constatées, corrigées du nombre de jours ouvrés, entre les périodes janvier-juillet 2004 et janvier-juillet 2005.

Source : CNAM.

Mais c'est surtout le dérapage des dépenses hospitalières qui doit retenir l'attention, et ce d'autant plus que ses déterminants sont beaucoup moins bien connus, principalement en raison du mode de financement des établissements de santé et de la quasi-absence de l'assurance maladie dans le pilotage de leurs dépenses (*cf. infra II*).

Dans ce contexte, **l'annexe 7** du présent projet, issue de la loi organique du 2 août 2005, semble, dans sa partie décrivant les tendances d'évolution de l'ONDAM, assez dépourvue d'ambition : prudente, plus descriptive qu'analytique, insuffisamment prospective, elle se borne à distinguer effet prix, effet volume et effet de structure, tout en soulignant la difficulté qu'il y a à établir leur contribution relative à l'évolution globale. Cette annexe est plus convaincante lorsqu'elle aborde le périmètre de l'ONDAM et ses retraitements. Malheureusement, ces retraitements sont précisément l'objet, dans le rapport précité de la Cour des comptes, de vives critiques.

#### 4.– La question du périmètre de l'ONDAM demeure en débat

##### *a) Les critiques de la Cour des comptes sur les retraitements passés sont justifiées*

Avant d'aborder les problèmes de base de référence servant à la construction de l'ONDAM, rappelés *supra* pour les années 2003-2005, le rapport de la Cour des comptes de septembre 2005 sur l'application des lois de financement contient une charge sévère à propos du périmètre et de la définition de l'ONDAM, en ce qu'il comporte des imputations erronées entre sous-enveloppes et retrace par suite de façon insincère l'évolution des différents postes de dépenses.

En « décortiquant » l'ONDAM de 2004, la Cour aboutit au tableau suivant :

#### DEFAUTS D'IMPUTATION DES CHARGES ENTRE LIGNES DE L'ONDAM

(en milliards d'euros)

Ligne d'imputation en 2004 « majorée »	Nature des prestations	Montant en 2004
Établissements sous dotation globale	Personnes âgées :	<b>2,2</b>
	dont USLD	1,4
	dont subvention au budget principal des hôpitaux	0,8
Soins de ville	EHPAD dépenses résidents	<b>1,5</b>
Soins de ville	Cliniques :	<b>4,5</b>
	dont honoraires	3
	dont produits consommables	1,5
Soins de ville	Établissements sous DG	<b>6,3</b> (2003)
<b>Total</b>		<b>14,5</b>

Source : Cour des comptes

Selon la Cour, ces imputations contestables, outre qu'elles portent sur plus de 11 % des dépenses, « ne sont pas sans conséquences :

« – elles présentent une image déformée du poids relatif de chaque poste de dépenses. La ligne “cliniques” ne représente par exemple que 63 % des

dépenses des cliniques comprises dans l'ONDAM, la ligne personnes âgées seulement moins de la moitié des dépenses afférentes aux établissements et services pour personnes âgées ;

« – surtout, elles conduisent à une appréciation erronée de l'évolution de chacun des postes qui peut ensuite affecter le choix des mesures de régulation. Par exemple, une part importante de la croissance des soins de ville, généralement très forte, résulte en réalité de la croissance de dépenses procédant des établissements privés et publics ou déterminées par eux. »

Les recommandations du rapport concernant l'ONDAM sont les suivantes :

**RECOMMANDATIONS DE LA COUR DES COMPTES RELATIVES À L'ONDAM**

1. Améliorer la cohérence du champ de l'ONDAM en y intégrant diverses dépenses qui en sont aujourd'hui exclues.
2. Mettre fin aux défauts d'imputation entre les lignes de l'ONDAM en y intégrant la totalité des dépenses qui normalement s'y rapportent.
3. Rendre cohérente la méthode de « rebasage » entre les différentes enveloppes et intégrer l'impact de l'ensemble de mesures nouvelles dans le taux de croissance de l'ONDAM.
4. Mentionner dans l'annexe au PLFSS le taux de croissance par rapport à l'ONDAM initial de l'année précédente.
5. Corriger les montants définitifs des dépenses du champ de l'ONDAM une fois connu l'écart entre charges réelles et provisions.

La question du « rebasage », à laquelle votre Rapporteur avait déjà consacré des développements dans son rapport pour avis sur le projet de loi organique relative aux LFSS <sup>(1)</sup>, est également abordée par la Cour, qui produit cet intéressant tableau :

**LES DIVERSES PRESENTATIONS DE L'ONDAM**

(en milliards d'euros)

	2001	2002	2003	2004	2005
ONDAM initial (LFSS Initiale)	105,7	112,8	123,5	129,7	134,9
ONDAM révisé	108,3	116,7	124,7	131	–
ONDAM réalisé*	109,2	116,7	124,1	130,4	–
ONDAM réalisé*/ ONDAM réalisé *	6 %	6,8 %	6,3 %	5 %	–
ONDAM initial / ONDAM révisé précédent		4,1 %	5,8 %	4 %	3 %
ONDAM initial / ONDAM révisé rebasé (base de calcul retenue)	2,6 %	4 %	5,3 %	4 %	3,2 %
ONDAM initial / ONDAM initial de l'année précédente	5,5 %	6,7 %	9,5 %	5 %	4 %

\* Le montant des dépenses réalisées dans le champ de l'ONDAM tient compte de l'écart entre charges réelles et provisions.

Source : Cour des comptes

(1) Doc. AN n° 2245, 13 avril 2005, pp. 44-45 et 48-49.

Et la Cour d'estimer : « *Ce tableau montre qu'aucune des nombreuses présentations actuellement utilisées ne permet de procéder à des comparaisons de l'ONDAM à périmètre constant, ce qui est pourtant indispensable pour une bonne information du Parlement et du Gouvernement.* » L'annexe 7 précitée au présent projet améliore sensiblement cet état de fait.

*b) La nouvelle définition issue de la loi organique du 2 août 2005 est nettement mieux explicitée*

Conformément à la nouvelle loi organique, une annexe au projet de loi de financement décrit le périmètre et l'évolution de l'ONDAM et le projet lui-même (**article 43**) détaille les sous-objectifs de l'ONDAM pour l'année à venir. Fixés par le Gouvernement après consultation des commissions chargées des affaires sociales dans les deux assemblées, ils seront l'an prochain au nombre de six :

– les **dépenses de soins de ville** qui comprennent pour l'essentiel les remboursements d'honoraires des professionnels de santé, de médicaments et dispositifs médicaux, ainsi que les indemnités journalières de maladie et, à compter de 2006, de nouvelles dépenses (*cf.* tableau *infra*) ;

– l'**objectif de dépenses relatives aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique (ODMCO)** de l'ensemble des établissements de santé, publics et privés, à l'exception des hôpitaux locaux, et la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) ;

– les **autres dépenses de soins en établissement de santé** qui recouvrent essentiellement les dépenses afférentes aux activités de soins de suite et de réadaptation et de psychiatrie des établissements publics et privés, aux hôpitaux locaux et aux unités de soins de longue durée. De surcroît, est incluse à partir de 2006 la dotation de l'assurance maladie au Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés ;

– les **soins en établissements et services pour personnes âgées** ;

– les **soins en établissements et services pour personnes handicapées**, dont le champ est réduit, conjointement avec celui du sous-objectif précédent, à due proportion de la prise en charge des dépenses correspondantes par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ;

– d'**autres dépenses de soins**, à savoir les soins pour les ressortissants français à l'étranger, la dotation nationale en faveur des réseaux et les dépenses médico-sociales non déléguées à la CNSA (qui concernent notamment les dépenses de centres de soins spécialisés pour toxicomanes, des centres de cure en alcoologie et des appartements de coordination thérapeutique), le champ de ces dernières dépenses étant élargi en 2006.

Le tableau de l'article 43 est le suivant :

**ONDAM DÉCLINÉ EN SOUS-OBJECTIFS DANS LE PLFSS POUR 2006**

(article 43 du projet)

(en milliards d'euros)

Dépenses de soins de ville	65,3
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	45,8
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	17,9
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	4,3
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	6,6
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	0,7
<b>Total</b>	<b>140,7</b>

**En 2006, l'ONDAM progresserait ainsi de 2,7 % à champ constant par rapport à 2005 et de 2,5 % dans le nouveau champ de dépenses.** Le tableau suivant, issu de l'annexe 7, détaille, en les chiffrant, les changements de périmètre opérés pour 2006 :

**IMPACT DES CHANGEMENTS DE PÉRIMÈTRE DE L'ONDAM POUR 2006**

(en milliards d'euros)

	<b>Objectif de dépenses</b>
Dépenses de soins de ville (à périmètre 2005)	62,4
+ prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé	2,1
+ exonération de ticket modérateur sur les 31 <sup>e</sup> et 32 <sup>e</sup> maladies au titre des ALD (1)	0,3
+ dotation du FAQSV	0,1
+ aides à la télétransmission	0,1
+ clause de sauvegarde (2)	0,4
<b>1. Dépenses de soins de ville (à périmètre 2006)</b>	<b>65,3</b>
<b>2. Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité</b>	<b>45,8</b>
Autres dépenses relatives aux établissements de santé (à périmètre 2005)	17,6
+ FMESPP	0,3
<b>3. Autres dépenses relatives établissements de santé (à périmètre 2006)</b>	<b>17,9</b>
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées (à périmètre 2005)	4,9
– apport de la CNSA	– 0,6
<b>4. Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées (à périmètre 2006)</b>	<b>4,3</b>
Contribution l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées (à périmètre 2005)	<b>6,9</b>
– apport de la CNSA	– 0,2
<b>5. Contribution l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées (à périmètre 2006)</b>	<b>6,6</b>
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge (à périmètre 2005)	0,7
transferts de l'État vers l'assurance maladie du financement des CAARUD (3)	0,0

<b>6. Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge (à périmètre 2006)</b>	<b>0,7</b>
Total ONDAM à périmètre 2005	138,2
+ impact des modifications de périmètre	2,5
<b>Total ONDAM à périmètre 2006</b>	<b>140,7</b>

- (1) *La 31<sup>e</sup> maladie est une affection grave, non inscrite sur la liste des 30 ALD fixée par décret, comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. La 32<sup>e</sup> correspond aux polyopathologies nécessitant des soins continus de longue durée.*
- (2) *Le rendement de la clause de sauvegarde pharmaceutique sera désormais traité comme une recette et ne viendra plus en diminution de l'ONDAM (cf. infra III).*
- (3) *Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (article 33 du projet de loi de financement).*

*Source: d'après le ministère de la Santé et des solidarités.*

Précisons également que les dépenses dans les DOM ne figurent plus sur une ligne distincte mais sont réintégrées dans les sous-objectifs sectoriels.

Plus complet, le champ de l'ONDAM sera ainsi plus pertinent. Le redécoupage des sous-objectifs relatifs aux établissements, qui privilégie l'approche de la tarification à l'activité en lieu et place d'une conception obsolète fondée sur le statut juridique, est cohérent avec la réaffirmation de la montée en charge de la T2A.

Enfin, l'équilibre entre les montants des divers sous-objectifs est désormais ouvert aux amendements parlementaires, à la hausse comme à la baisse, pour autant que le montant global de l'ONDAM ne dépasse pas celui contenu dans le projet. Ainsi, par exemple, il est loisible à un parlementaire de redéployer, au sein des dépenses prévues par le Gouvernement pour financer les établissements de santé, entre la partie tarifée à l'activité et la sous-enveloppe correspondant aux autres dépenses.

Dernière novation du projet de loi de financement : figure désormais en annexe une prévision d'évolution à quatre ans de l'ONDAM. Le présent projet indique ainsi qu'il progresserait au rythme modéré de 2,2 % l'an entre 2007 et 2009. Les annexes contiennent aussi de nouvelles indications relatives à la branche maladie.

5.– Le déficit de la branche maladie, désormais inscrit dans une annexe au projet de loi de financement, se réduirait de 2,2 milliards d'euros en 2006

*a) La couverture du déficit de 2004 est détaillée*

Comme l'a souligné le Premier président de la Cour des comptes, M. Philippe Séguin, à l'occasion de la remise au Parlement du rapport précité de la Cour sur la sécurité sociale, le déficit courant atteint en 2004 est le plus élevé jamais constaté dans l'histoire de la sécurité sociale : **13,2 milliards d'euros de déficit global, dont 12,3 milliards pour la branche maladie.** Ces chiffres sont

plus élevés que ceux mentionnés par le rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale : respectivement **11,9 et 11,6 milliards**. Cette divergence résulte du fait que, comme l’an dernier, la Cour distingue le résultat courant du résultat net, afin d’isoler l’impact du versement exceptionnel de 1,1 milliard d’euros fait par la CADES au régime général. Ce versement, qui solde les dettes du FOREC et qui vient réduire l’ampleur du déficit de l’année, ne concerne que les comptes des années 2003 et 2004.

En application de la loi organique du 2 août 2005, le présent projet de loi de financement comprend une **annexe A** « *décrivant les mesures prévues pour l’affectation des excédents ou la couverture des déficits constatés sur l’exercice 2004* », aux termes de laquelle le déficit de 11,6 milliards d’euros a été couvert par des versements de la CADES, en application de l’article 76 de la loi du 13 août 2004. Ainsi, quatre versements ont été effectués par la CADES en 2004 pour un montant total de 35 milliards d’euros correspondant à la prévision de déficit cumulé à financer ; l’excédent de versement de 1,7 milliard d’euros fera l’objet d’une régularisation lors de la reprise du déficit 2005, également prévue par la loi du 13 août 2004.

Étant de très loin la plus endettée, la branche maladie est celle qui en 2006 doit contribuer le plus significativement au redressement des comptes du régime général, passant de – 8,3 milliards d’euros en 2005 à – 6,1 milliards d’euros l’an prochain, selon les prévisions du Gouvernement. Sans les mesures contenues dans le présent projet de loi de financement, le déficit s’établirait à 7,2 milliards d’euros.

*b) La prévision pluriannuelle de solde de la branche est optimiste*

L’**annexe B** établit un scénario d’évolution du solde de la branche maladie à l’horizon 2009, date à laquelle, pour le régime général, ce solde deviendrait positif :

**PRÉVISION PLURIANNUELLE DE RECETTES ET DE DÉPENSES DE LA BRANCHE MALADIE**

(en milliards d’euros)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Ensemble des régimes obligatoires de base</b>						
produits	133,4	140,3	146,4	151,5	157,3	163,3
dépenses	145	149,7	153,4	156,1	160	163,8
<b>solde</b>	<b>– 11,7</b>	<b>– 9,4</b>	<b>– 7</b>	<b>– 4,6</b>	<b>– 2,8</b>	<b>– 0,5</b>
<b>Régime général</b>						
recettes	113,4	120,6	125,8	130,9	136,3	141,9
dépenses	125	128,8	131,9	134,5	138	141,3
<b>solde</b>	<b>– 11,6</b>	<b>– 8,3</b>	<b>– 6,1</b>	<b>– 3,5</b>	<b>– 1,7</b>	<b>0,6</b>

Source : projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006.

Au vu des constats qui précèdent, de telles prévisions font apparaître l’explication succincte de la prévision pluriannuelle d’évolution de l’ONDAM qui

sous-tend celle de la branche – « *Le taux de croissance de l'ONDAM retenu dans cette prévision, 2,2 %, suppose une poursuite de l'effort de redressement engagé par la réforme de 2004* » – comme une litote.

**C.– ... ET TENIR LE PARI DU RETOUR VERS L'EQUILIBRE JUSTIFIE, A MINIMA, LES MESURES VOLONTARISTES CONTENUES DANS LE PRESENT PROJET DE LOI DE FINANCEMENT**

1.– Le rythme de modération des dépenses prévu par la réforme de 2004 ne sera pas pleinement tenu en 2005

Les effets attendus de la réforme de 2004 dans le champ de l'ONDAM en 2005 étaient les suivants :

**EFFETS SUR L'ONDAM 2005 DES MESURES D'ÉCONOMIE ISSUES DE LA RÉFORME**

*(en milliards d'euros)*

<b>1.</b>	<b>Organisation et fonctionnement du système de soins</b>	
	Maîtrise médicalisée	1
	Indemnités journalières	0,3
	Plan médicament	0,7
	Modernisation de la gestion hospitalière	0,2
	<b>Total Offre de soins</b>	<b>2,2</b>
<b>2.</b>	<b>Participation de l'utilisateur</b>	
	Contribution de 1 euro par acte	0,6
	Revalorisation du forfait journalier hospitalier	0,1
	<b>Total participation de l'utilisateur</b>	<b>0,7</b>
	<b>Total des mesures</b>	<b>2,9</b>

*Source : ministère de la Santé et des solidarités.*

2.– Le présent projet de loi de financement inclut lucidement de nouvelles mesures d'économies

L'ensemble mesures nouvelles d'économies pour la branche maladie dans le présent projet de loi de financement représente 86 millions d'euros (soit la moitié des 172 millions d'euros d'économies nouvelles prévues pour le régime général dans le même projet).

Quant aux mesures ayant un impact sur les comptes de 2006, elles sont désormais décrites par l'**annexe 9** du projet :



MESURES A EFFET SUR LES COMPTES 2006

(en millions d'euros)

	Régime général	Tous régimes
<b>Mesures d'économies sur les dépenses d'assurance maladie</b>	<b>3.968</b>	<b>4.708</b>
Mesures sur les produits de santé	1.751	2.085
Mesures sur les établissements de santé	958	1.140
Revalorisation du forfait journalier hospitalier	84	100
Maîtrise médicalisée	748	890
Lutte contre les fraudes	126	150
Maintien d'un ticket modérateur plafonné sur les actes au-delà de 91 euros	84	100
Autres mesures (dont solde net sur les indemnités journalières : 20 millions d'euros tous régimes)	80	95
Revalorisation du forfait CMU complémentaire	138	148

Source : annexe 9 du projet de loi de financement.

Votre Rapporteur laisse à d'autres le soin de s'interroger sur le statut des mesures de rationalisation des dépenses contenues dans le présent projet de loi de financement au regard du plan associé à la loi du 13 août 2004 : l'essentiel est que ces mesures existent et qu'elles soient cohérentes avec la philosophie de la loi relative à l'assurance maladie, réaffirmée à l'occasion des débats sur la loi organique relative aux lois de financement. Le grand mérite de la loi de 2004 est d'avoir inversé la spirale des déficits ; elle contenait, en germe, des mesures du type de celles qui sont aujourd'hui proposées.

L'article 37 prévoit de maintenir un ticket modérateur sur les actes lourds – c'est-à-dire dont le tarif est supérieur à 91 euros, ce qui correspond à l'ancienne notion de cotation supérieure à K 50 –, dont la loi (l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale) dispose qu'il est fongible avec le forfait journalier. Le pouvoir réglementaire fixera ce ticket modérateur à 18 euros. Il étendra également cette participation forfaitaire aux actes pratiqués en ville. Une large série d'exonérations est prévue :

– pour certains patients (malades atteints d'une affection de longue durée, femmes enceintes, nouveau-nés, titulaires d'une rente pour accident du travail ou maladie professionnelle ou d'une pension d'invalidité, bénéficiaires de la CMU complémentaire pour lesquels la prise en charge incombera à l'État) ;

– pour certains actes (radiologie, scanner, imagerie à résonance magnétique et analyses de biologie).

Lors de son audition devant la commission des Finances et celle des Affaires culturelles, familiales et sociales, le ministre de la Santé et des solidarités a précisé : « Pour les 92 % de Français qui en disposent, cette participation sera prise en charge par leurs complémentaires santé, lesquelles peuvent sans peine consentir à un tel effort, qui ne représente que 0,58 % du montant total des remboursements qu'elles effectuent. [...] Dans le cas des 4,7 millions de

*personnes couvertes par la CMUC, la participation sera acquittée par l'État.* » Le principe selon lequel, en substance, plus un acte médical est coûteux et mieux il est remboursé par les régimes de base, ne sera pas démenti pour autant. Le montant attendu des moindres dépenses s'élève à 100 millions d'euros, dont 84 pour le régime général. Le même montant d'économies est prévu avec le passage de 14 à 15 euros du forfait journalier, selon l'échéancier établi par la loi du 13 août 2004.

Il faut, pour être complet sur ce sujet, souligner également que le présent projet propose de relever l'aide à l'acquisition d'un contrat de couverture complémentaire pour ceux qui se trouvent juste au-dessus du seuil de l'admission au bénéfice de la CMU complémentaire : l'**article 36** porterait l'aide, versée sous forme de crédit d'impôt aux organismes d'assurance complémentaire, de 75 à 100 euros par an pour les moins de 25 ans, de 150 à 200 euros par an pour les 25-59 ans et de 250 à 400 euros par an pour les plus de 60 ans. 2 millions de personnes seraient concernées, à comparer aux 265.000 bénéficiaires du dispositif institué en 2004. Le même article 36 prévoit de faire passer de 1,75 % à 2,5 % la taxe sur les organismes complémentaires instaurée en 1999 au profit du Fonds de financement de la CMU complémentaire, de laquelle les organismes peuvent déduire un forfait par bénéficiaire dont ils gèrent la CMU-C ; ce forfait serait relevé de 304,52 euros à 340 euros par an. Le produit de la taxe s'élèverait à 316 millions d'euros en 2006, contre 294 millions d'euros en 2005.

Enfin, comme l'an dernier, votre Rapporteur déposera un amendement de responsabilisation des patients et des organismes complémentaires, proposant que pour les médicaments remboursés à 35 % ou au nouveau taux temporaire de 15 %, c'est-à-dire ceux reconnus comme ayant un service médical rendu insuffisant, faible ou modéré, soit supprimée la possibilité d'une prise en charge à 100 % par l'assurance maladie, notamment pour les patients reconnus atteints d'une ALD. En effet, il semble particulièrement peu cohérent que l'assurance maladie rembourse intégralement des produits de santé dont l'efficacité médicale a été reconnue comme insuffisante par des instances scientifiques. Il y va de la crédibilité des travaux de la Haute Autorité de santé.

Mais en donnant ainsi aux assureurs complémentaires la possibilité de compléter la prise en charge au-delà de 15 % ou de 35 %, il faut aussi leur donner les moyens de ne pas prendre en charge non plus ces médicaments moins performants. C'est pourquoi l'amendement propose de leur permettre l'accès, pour ces médicaments seulement, au code CIP <sup>(1)</sup>. L'assuré pourra alors choisir le type de contrat qu'il entend souscrire, en toute connaissance de cause, compte tenu de sa propre consommation médicale de médicaments peu efficaces sur le plan médical. La responsabilisation doit être partagée.

---

(1) Le Club inter-pharmaceutique attribue à chaque médicament bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché un code à 7 chiffres qui sert à l'AFSSAPS de numéro d'ampliation de l'AMM. Cette donnée neutre répond ainsi aux légitimes préoccupations de respect du secret médical.

### 3.– Des mesures plus structurelles complètent l'effort engagé

#### *a) Les promesses de la Haute Autorité de santé*

Créée par la loi du 13 août 2004 en tant qu'« *autorité publique indépendante à caractère scientifique* » et mise en place au 1<sup>er</sup> janvier dernier, la Haute Autorité de santé est chargée :

- d'évaluer l'utilité médicale de l'ensemble des actes, prestations et produits de santé pris en charge par l'assurance maladie ;
- de mettre en œuvre la certification des établissements de santé ;
- de promouvoir les bonnes pratiques et le bon usage des soins auprès des professionnels de santé et du grand public.

La Haute Autorité de santé reprend ainsi les missions de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), celles de la Commission de la transparence et de la Commission d'évaluation des produits et prestations, et s'en voit adjoindre de nouvelles. En matière d'évaluation de l'utilité médicale en particulier, l'action de la Haute Autorité permet ainsi de généraliser un dispositif d'évaluation qui n'existait en pratique que pour le médicament et les dispositifs médicaux.

De par son statut et sa légitimité, la Haute Autorité est idéalement placée pour rationaliser le système de soins dans nombre de ses dimensions, toujours avec la perspective d'améliorer la qualité des pratiques et des prescriptions. Votre Rapporteur soutient fermement son action et approuve totalement sa stratégie, qui repose sur le principe d'accompagnement du progrès médical et non sur une hypothétique « traque » du moindre coût. Cette adaptation doit se traduire par un mécanisme régulé d'entrées et de sorties, qu'il s'agisse du champ des prescriptions remboursables ou encore du statut de patient reconnu en ALD.

C'est dans cet esprit que la Haute Autorité s'est très vite attelée à sa tâche, qui peut se décliner en quatre thèmes :

- l'évolution des hommes avec la formation médicale continue et l'évaluation des pratiques professionnelles ;
- l'évolution des produits avec la révision du service médical rendu ;
- l'évolution des pathologies à prendre en charge ;
- l'évolution des structures avec le mouvement d'accréditation et de certification.

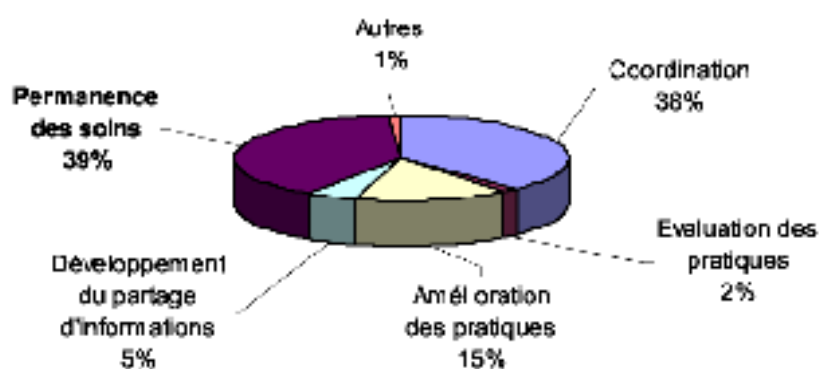
Les deux premiers thèmes ont déjà été abordés par la Haute Autorité, les deux derniers le seront prochainement ; il est crucial pour la sauvegarde de notre système de santé que la HAS y prenne toute sa place et que ses avis et recommandations soient suivis d'effet. À cet égard, on ne peut que se féliciter des récentes décisions gouvernementales de déremboursement et de baisses de taux de remboursement (*cf. infra* II A 1 c) qu'appelaient les conclusions de la Haute Autorité.

*b) La pérennisation du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville*

Créé par la loi de financement pour 1999, le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville a vu sa mission régulièrement prolongée au-delà des cinq années initialement prévues. L'**article 39** du présent projet prévoit de le pérenniser et de continuer à élargir son champ d'intervention. Alors qu'il contribuait déjà à l'amélioration de la coordination des soins dispensés en ville, au développement des réseaux de soins, à l'évaluation des pratiques professionnelles et, depuis 2004, à des expérimentations de partage de données médicales, il est proposé de lui faire financer, d'une part, de façon désormais explicite dans la loi, des structures participant à la permanence des soins, et d'autre part, la montée en charge du dossier médical personnel.

Les dépenses du Fonds se répartissaient ainsi pour le dernier exercice connu :

**RÉPARTITION DES MONTANTS ALLOUÉS PAR LE FAQSV**



Source : ministère de la Santé et des solidarités.

Le tableau suivant retrace l'évolution récente du budget du Fonds :

**ÉVOLUTION DU BUDGET DU FAQSV**

(en millions d'euros)

	2002	2003	2004	2005 (p)
<b>Ressources</b>	<b>76,6</b>	<b>20</b>	<b>15,4</b>	<b>60</b>
Participation des régimes d'assurance maladie	76,2	20	15	60
Autres produits	0,4		0,4	
<b>Dépenses</b>	<b>50,3</b>	<b>54,5</b>	<b>59,4</b>	<b>15,9 (*)</b>
<b>Solde annuel</b>	<b>26,3</b>	<b>- 34,5</b>	<b>- 44</b>	
<b>Solde cumulé</b>	<b>143</b>	<b>108,5</b>	<b>64,5</b>	

(\*) au 30 juin.

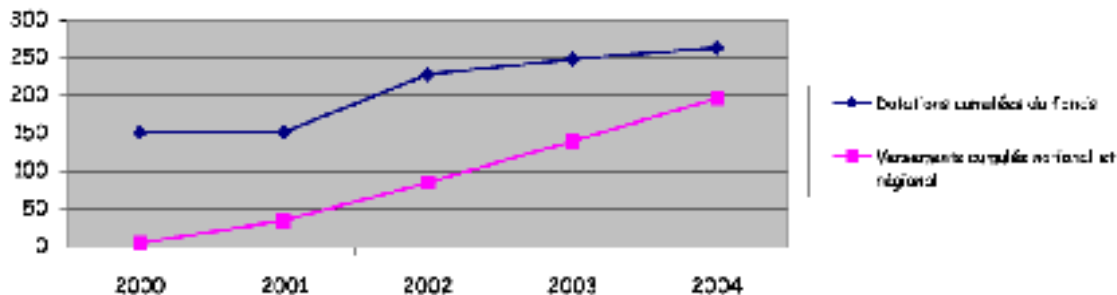
Sources : ministère de la Santé et des solidarités (pour 2002 à 2004, comptes de résultat établis par la CNAM).

Dans son rapport de l'an dernier, votre Rapporteur s'était ému de la propension des divers fonds médicaux et hospitaliers à accumuler des réserves tout en voyant leur dotation reconduite d'année en année. S'agissant du FAQSV,

le graphique suivant montre cependant un mouvement vertueux ces dernières années :

#### ÉVOLUTION DES DOTATIONS ET DE LA CONSOMMATION DU FAQSV

(en millions d'euros)



Source : ministère de la Santé et des solidarités.

L'article 39 du présent projet propose de fixer à 110 millions d'euros la dotation du Fonds pour 2006 et à 150 millions d'euros le plafond de ses dépenses, soit un volume qui témoigne concrètement de l'élargissement de ses missions.

#### c) L'amélioration du contrôle

Composant à lui seul la section 5 – « *Dispositions relatives à la gestion du risque* » – de la quatrième partie du projet, l'**article 57** est consacré au renforcement du cadre législatif du contrôle et de la lutte contre la fraude dans l'ensemble des régimes et des branches. Le chapitre IV *ter* nouveau *ad hoc* qu'il est proposé d'insérer dans le titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale vise en substance :

- à renforcer le contrôle des revenus perçus à l'étranger ;
- à mieux encadrer l'action des associations domiciliant les patients sans domicile fixé ;
- à créer une obligation d'engagement de poursuites pour les organismes de sécurité sociale lorsqu'ils détectent des cas de fraude ;
- à renforcer les échanges et la coopération entre organismes et avec les administrations (fisc, autorité judiciaire, régime d'assurance chômage) ;
- à prévenir très en amont les fraudes liées à l'usage de la carte Vitale 2.

Votre Rapporteur avait, l'an dernier, souhaité que soit mieux traduit dans les faits le renforcement des contrôles prévu par la loi du 13 août 2004 ; il se félicite par conséquent de l'inscription de cet article dans le projet, non pas par goût pour ces dispositions en elles-mêmes mais par le message qu'elles véhiculent en termes de responsabilisation pleinement assumée.

Il déposera par ailleurs deux amendements visant à renforcer l'efficacité du contrôle du bien-fondé des prestations : l'un pour obliger les assurés à informer leur caisse de tout changement de leur situation au regard de leurs droits ouverts, l'autre pour subordonner l'utilisation du mécanisme du tiers payant en officine à la

vérification en temps réel, lors de l'utilisation de la carte Vitale, de droits ouverts, le GIE SESAM Vitale ayant annoncé que cette possibilité technique serait offerte en 2006. À ce jour en effet, selon les informations recueillies par votre Rapporteur, il existe une liste d'opposition contenant un nombre cumulé de 275.000 cartes Vitale, auxquelles s'ajoutent près de 15.000 cartes perdues ou volées chaque mois. Or la « liste d'opposition active » dont disposent les pharmaciens d'officine est limitée, pour des raisons techniques, à 43.000 seulement. Par conséquent, seul un système d'appel de vérification des droits des assurés, en temps réel permet d'actualiser cette liste d'opposition, qui pourra dès lors être consultée en totalité. Il faut naturellement souhaiter que l'assurance maladie accompagne les pharmaciens d'officine dans l'amélioration de leur équipement informatique pour mettre en place ce dispositif.

Le volontarisme ne peut certainement pas nuire à l'efficacité globale du système. Dans un autre domaine, le « Plan médicament » en est l'illustration.

## **II.- LA POLITIQUE DU MEDICAMENT OU LES A-COUPS DE LA RESPONSABILISATION**

Une partie importante des économies attendues au titre de la réforme de 2004 réside dans la mise en œuvre d'un ambitieux plan relatif au médicament, étalé sur les trois années 2005 à 2007. Votre Rapporteur a déjà eu l'occasion de décrire dans son rapport de l'an dernier certaines des spécificités de ce marché ; l'une des plus importantes est le pilotage fin qu'il est donné aux pouvoirs publics de réaliser en actionnant une série de leviers à efficacité généralement immédiate. En somme, après les « pures » mesures de recettes, les mesures affectant le médicament sont les plus efficaces d'un plan de maîtrise médicalisée.

Cependant, il serait à terme irresponsable de s'en tenir au réglage fin de dispositions financières sans envisager ni l'économie du secteur ni les évolutions structurelles de la prise en charge des médicaments.

### **A.- AU TIERS DU PARCOURS, DES RESULTATS FINANCIERS TANGIBLES POUR LE « PLAN MEDICAMENT » 2005-2007**

#### **1.- 1,05 milliard d'euros d'économies attendues, d'ici 2007, de la promotion des génériques**

Le développement des médicaments génériques est intervenu plus tardivement en France que dans d'autres pays européens. C'est avec la mise en place du droit de substitution par les pharmaciens que ce marché est véritablement apparu. La progression des ventes de médicaments génériques est restée modérée jusqu'en juin 2002. Ainsi, le protocole du 28 avril 1999 fixait un objectif de substitution de 35 % sur le champ du 5<sup>e</sup> répertoire de l'AFSSAPS (ce qui revenait à une baisse du coût moyen de 10,5 % pour l'ensemble des groupes génériques) qui n'a pas été atteint puisqu'au terme de la période contractuelle du 1<sup>er</sup> juillet

1999 au 30 juin 2000, la substitution n'a permis qu'une baisse de 6,7 % du coût moyen.

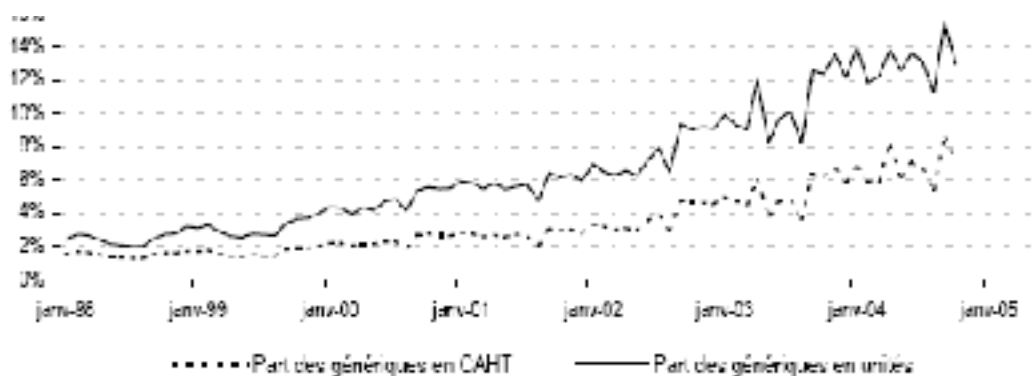
Des efforts importants ont été réalisés, en particulier par l'assurance maladie, pour promouvoir la prescription en dénomination commune internationale et inciter les pharmaciens à substituer et les patients à accepter la substitution.

Le développement des médicaments génériques étant encore trop lent au regard des besoins de financement de la sécurité sociale, le Gouvernement a décidé d'en activer les gains en mettant en place des tarifs forfaitaires de responsabilité (TFR) dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003. Ce mécanisme consiste à rembourser les médicaments, qu'ils soient sous brevet ou génériques, sur la base du prix des génériques.

L'ensemble de ces mesures a permis d'accroître significativement la part de marché des génériques qui représentait 52,2 % du répertoire en juin 2005. Néanmoins, la proportion de médicaments génériques délivrés en France (14,9 % des boîtes délivrées en juin 2005) demeure moindre que celle de pays comme l'Allemagne ou le Royaume-Uni.

Le graphique suivant décrit l'évolution de la part des génériques dans le marché des médicaments remboursables :

#### ÉVOLUTION DE LA PART DES GÉNÉRIQUES DANS LE MARCHÉ DES MÉDICAMENTS REMBOURSABLES

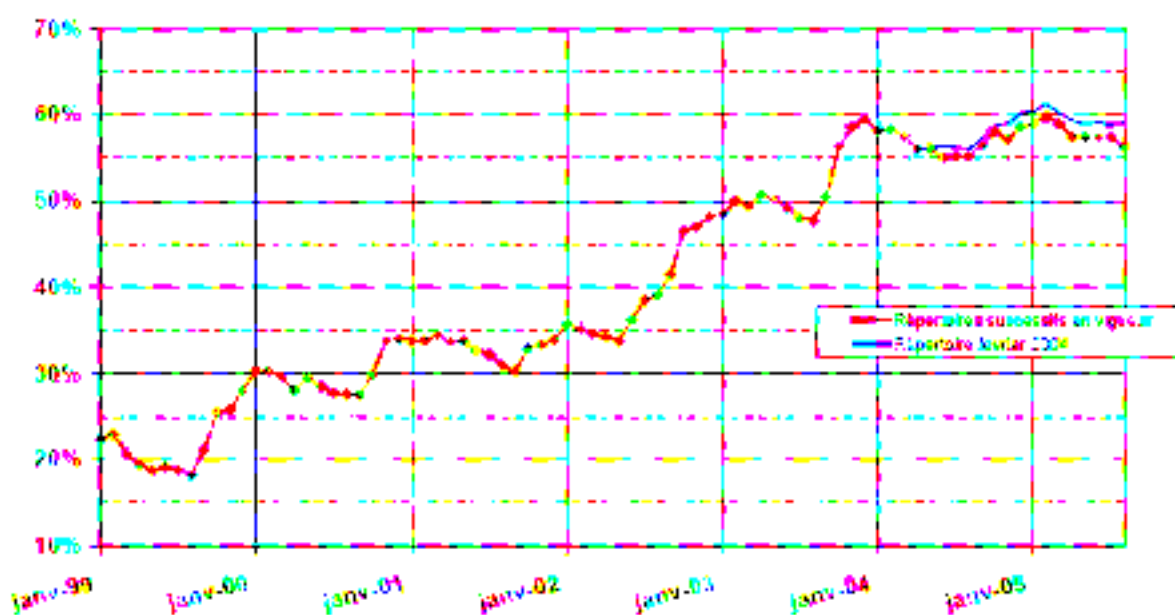


CAHT : chiffre d'affaire hors taxe.

Source : Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques.

Si l'on raisonne en termes de part des génériques dans l'ensemble des médicaments « généricables », la courbe suit une pente similaire mais les taux sont naturellement plus élevés :

## TAUX DES GÉNÉRIQUES DANS L'ENSEMBLE DES MÉDICAMENTS GÉNÉRICABLES



Source : ministère de la Santé et des solidarités.

Enfin, le tableau suivant précise ce que représentent ces taux en valeur :

### ÉVOLUTION DE LA PART DE MARCHÉ DES GÉNÉRIQUES

	Unités vendues			Chiffre d'affaires hors taxe (en millions d'euros)		
	1999	2004	Cumul mobile annuel à fin juin 2005	1999	2004	Cumul mobile annuel à fin juin 2005
Génériques	105	364	386	244	1.169	1.279
Part des génériques dans le répertoire	24,4 %	47,6 %	50,8 %	18,1 %	30,9 %	35,1 %
Part des génériques dans le marché global	4 %	13,3 %	14 %	2 %	7,8 %	7,4 %

Source : ministère de la Santé et des solidarités.

Le répertoire s'est considérablement élargi. Par rapport à celui de décembre 2003, il comporte une vingtaine de molécules supplémentaires. Avant la tombée de leur brevet, ces molécules réalisaient plus d'un milliard de chiffre d'affaires, soit 6,6 % du marché des médicaments remboursables alors que le répertoire de l'époque ne représentait que 14,2 % de ce marché. Le chiffre d'affaires hors taxe, au prix actuel du princeps, des molécules tombant dans le domaine public en 2005 est de 830 millions d'euros, ceux tombant en 2006 de 810 millions d'euros et ceux tombant en 2007 de 930 millions d'euros.

Les travaux de la CNAM montrent par ailleurs une répartition inégale de la pénétration des génériques sur le territoire. Il faut ici noter que l'assurance maladie a lancé une campagne d'envoi de courriers personnalisés aux assurés faibles consommateurs de génériques qui obtient des résultats très satisfaisants : en Île-de-France et en région PACA, où la campagne a débuté au mois de juillet



dernier, 30 % des assurés concernés ont d'ores et déjà changé leurs comportements en choisissant dorénavant le générique de leur médicament chronique à la place du médicament de marque. Preuve que la pédagogie peut réellement influencer sur les comportements individuels.

2.– Une panoplie d'autres mesures pour un effet global de quelque 2,3 milliards d'euros

Des **baisses de prix de produits sous brevet**, négociées par convention avec les laboratoires en fonction du cycle de vie des produits devraient permettre de dégager **350 millions d'euros** à l'horizon 2007. Les baisses de prix sont en effet d'autant plus légitimes que les médicaments sont anciens. L'impact de ces baisses devrait s'élever à 160 millions d'euros en 2005.

**250 millions d'euros d'économies** seraient liées aux conséquences à tirer du **SMR insuffisant**. La Haute Autorité de santé a fait part de ses recommandations concernant la « deuxième vague » des médicaments à service médical rendu insuffisant. Elle prône un déremboursement rapide de 221 médicaments. Le ministre de la Santé et des solidarités a annoncé son intention de procéder au plus vite au déremboursement de la majorité d'entre eux pour ne conserver que les veinotoniques pour une période transitoire. En effet, ces médicaments ont un impact fort sur certaines populations souvent fragiles et nécessitent qu'une période de transition soit aménagée avant un déremboursement total. C'est la raison pour laquelle a été décidé le déremboursement au 1<sup>er</sup> mars 2006 de 156 médicaments à service médical rendu insuffisant ainsi que, s'agissant de 62 veinotoniques, la baisse du tarif – à hauteur de 20 % – et du taux de remboursement, ramené à 15 % jusqu'au début de 2008. On estimait à 16 % la part des prescriptions de médicaments à SMR insuffisant dans l'ensemble des prescriptions en France en 2003, contre 8,6 % en Allemagne, 5,8 % en Espagne et 0,3 % au Royaume-Uni.

**180 millions d'euros** seraient dégagés grâce aux **grands conditionnements**. À l'occasion des débats sur la réforme de 2004 avait été retenue l'idée d'une telle action. Le plan prévoit ainsi de mettre sur le marché des médicaments remboursables de nouveaux conditionnements plus en adéquation avec les besoins de malades souffrant de pathologies chroniques tout en améliorant l'observance des traitements. Des conditionnements en boîtes de trois mois de traitement permettront de réaliser des économies sur les marges de distribution. L'impact 2005 selon les estimations actuelles conduit à une économie de l'ordre de 70 millions d'euros.

**250 millions d'euros** proviendraient d'économies réalisées sur les **dispositifs médicaux**.

**100 millions d'euros** sont attendus d'une gestion plus économe du **médicament à l'hôpital**. L'année écoulée a en effet vu la mise en place de deux réformes importantes du médicament à l'hôpital qui devraient chacune apporter

des économies à l'horizon 2007 : l'encadrement de la rétrocession et la tarification à l'activité.

Dans ce dernier cas, une dérogation au principe de la prise en charge par un forfait selon le groupe homogène de malades a été mise en place pour les médicaments qui ne peuvent être remboursés sur cette base : ils sont alors payés sur facture, mais leur prix est encadré par le CEPS. Leur prescription est également encadrée grâce à la mise en place de contrats de bon usage à l'hôpital dans lequel les établissements s'engageront à respecter des règles de bonne gestion et de bon usage des soins.

L'encadrement de la rétrocession s'est traduit par une restriction considérable des médicaments autorisés à être ainsi cédés au public par les pharmacies hospitalières. Nombre de médicaments qui étaient auparavant ainsi vendus devront dorénavant être distribués par les pharmacies de ville et donc leur prix fixé par le CEPS. De plus, la totalité des médicaments dont la rétrocession est autorisée, voient leur prix fixé par le CEPS.

Enfin, **100 millions d'euros** pourraient être économisés sur les **marges de distribution**. La modification de ces marges devrait concerner essentiellement les grossistes répartiteurs et dans une moindre mesure les pharmaciens d'officine sur les produits les plus chers.

Le total des économies attendues à terme et des résultats estimés pour 2005 figure dans le tableau suivant :

**OBJECTIFS ET ETAT D'AVANCEMENT DU PLAN MEDICAMENT**

(en milliards d'euros)

Composantes du plan médicament	Objectifs 2007	État d'avancement 2005
Politique du générique	1,1	0,2
Baisse de prix selon le cycle de vie des produits	0,4	0,2
Gestion des tarifs des dispositifs médicaux	0,3	0,1
Marges distribution	0,1	0
Médicament à l'hôpital	0,1	0,1
<i>Sous-total politique de baisse de prix autre que générique</i>	<i>0,8</i>	<i>0,3</i>
Conditionnements	0,2	0,1
Adaptation du remboursement des médicaments à SMR insuffisant	0,3	0
<i>Sous-total adaptation de la prise en charge</i>	<i>0,4</i>	<i>0,1</i>
<b>Total</b>	<b>2,3</b>	<b>0,6</b>

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale, juin 2005.

Le Gouvernement, par le présent projet de loi de financement ainsi que les mesures réglementaires annoncées en marge de sa présentation, entend consolider l'effort entrepris avec succès ; l'équilibre global de ces mesures peut toutefois être retouché à la marge.

## B.– LES MESURES SUPPLEMENTAIRES CONTENUES DANS LE PROJET DE LOI POSENT LA QUESTION D'UNE REGULATION PLUS APAISEE

### 1.– Les leviers des taxes, des baisses de prix et du TFR élargi

**Dans le domaine de la promotion des génériques**, l'objectif d'1,05 milliard d'euros d'économies pour l'assurance maladie du « Plan médicament » d'ici la fin 2007 devrait être atteint avec la poursuite de la mise en œuvre du TFR couplée au développement du générique. À cet égard, le ministre de la santé a chargé le comité économique des produits de santé de fixer des objectifs cible de pénétration du marché par les génériques. Si ces objectifs de pénétration ne sont pas remplis, le groupe générique sera susceptible de passer sous tarif forfaitaire de responsabilité. Ainsi, chaque mois, le comité de suivi des génériques se réunit pour étudier le cas des groupes génériques commercialisés depuis un an. Ceux dont le taux de pénétration ne se situera pas entre 50 et 60 % seront mis sous TFR. Ce taux est fixé à 60-65 % pour les groupes commercialisés entre 12 et 18 mois et à 70 % pour les groupes commercialisés depuis plus de 18 mois.

#### **L'EXTENSION PROGRESSIVE DU TFR**

La loi réformant l'assurance maladie confie désormais au Comité économique des produits de santé la responsabilité de la fixation des TFR.

En mars 2005, une deuxième vague de TFR, après celle intervenue en octobre 2003, a été mise en œuvre selon les instructions ministérielles suivantes :

– un prix des médicaments génériques déjà sur le marché réduit de 7,5 % pour ceux dont la part de marché est supérieure à 60 % et de 7,5 % de plus lorsque cette part de marché atteint 70 % ;

– un TFR appliqué dans les nouveaux groupes génériques si le taux de pénétration des génériques en volume n'atteint pas 50 % pour les produits les moins vendus voire 60 % pour les molécules à fort chiffre d'affaires un an après leur inscription au répertoire. Le TFR pourra aussi s'appliquer dans les groupes dans lesquels les génériques ne progressent plus après deux ou trois ans.

La seconde vague de TFR entrée en vigueur en juin 2005 a concerné 11 molécules nouvelles pour 18 groupes génériques ; elle devrait rapporter 40 à 50 millions d'euros en année pleine. Elle a été prise en accord avec le comité de suivi des médicaments génériques, placé auprès du CEPS et constitué des professionnels de santé concernés afin de gérer le périmètre de l'application du TFR, et de décider après observation des taux de substitution par groupe générique des nouveaux groupes à passer sous TFR.

Ainsi, 2 nouveaux groupes passeront sous TFR au 1<sup>er</sup> novembre 2005 (décision du 8 juillet 2005), rapportant environ 5,6 millions d'euros à l'assurance maladie.

Par ailleurs, dans les groupes déjà sous TFR, des baisses de niveau de TFR sont envisagées. Celle de l'énalapril intervenue en 2005 entraînera une économie de l'ordre de 3 millions d'euros en 2005.

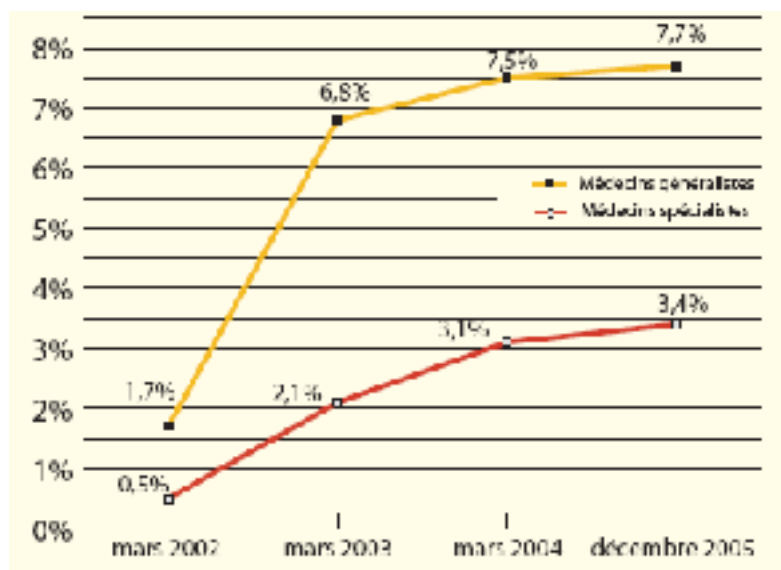
Toutefois, le taux de pénétration des génériques semble ne pas devoir franchir facilement les 60 %. C'est pourquoi le Gouvernement a souhaité une baisse de 13 % des prix des médicaments du répertoire du générique, ainsi que l'application d'un délai butoir de 24 mois pour le remboursement par l'assurance maladie sur la base du prix des génériques, mesures d'ordre réglementaire. L'ensemble devrait engendrer une économie supplémentaire pour 2006 de près de 700 millions d'euros, dont 450 millions d'euros pour les seules baisses de prix.

Dans son rapport de l'an dernier sur le projet de loi de financement pour 2005, votre Rapporteur avait plaidé pour de telles baisses de prix, ainsi que pour la levée du tabou sur la question des marges arrière des pharmaciens. Il n'est en effet pas concevable de laisser penser que des économies sur le poste « médicament » puissent se traduire à due proportion par une augmentation des ristournes au bénéfice des pharmaciens d'officine. Il faut avoir le courage de lever ce voile et de mieux faire jouer, pour redresser les comptes de l'assurance maladie, les mécanismes du marché du médicament.

À cet égard, il n'est pas anodin que le ministre de la Santé et des solidarités ait au cours de son audition à l'Assemblée sur le présent projet, même brièvement, abordé la question, en ces termes : « *La loi du 13 août 2004, en faisant baisser le prix des génériques, a permis de réguler et de limiter les "marges arrière" des pharmaciens. C'est un sujet qui a fait l'objet d'une concertation entre le Gouvernement et les représentants de la profession.* »

Un autre moyen de faire progresser le développement des génériques est de promouvoir la prescription en dénomination commune internationale. On recense aujourd'hui plus de 8.000 présentations de marque pour seulement 1.700 DCI. Certes, la situation va en s'améliorant : les généralistes qui libellent plus de 10 % de leurs ordonnances en DCI sont passés de 5 % en 2002 à 37 % en 2005, et comme le montre le graphique suivant, le taux de prescription en DCI atteindrait 7,7 % chez les généralistes et 3,4 % chez les spécialistes.

### ÉVOLUTION DU TAUX DE PRESCRIPTION EN DÉNOMINATION COMMUNE INTERNATIONALE PAR TYPE DE MÉDECIN



Source : FNMF.

Mais pour hâter le pas, votre Rapporteur déposera un amendement confiant à la Haute Autorité de santé un rôle plus actif dans la promotion de la DCI à travers son pouvoir de certification des logiciels d'aide à la prescription médicale : il faut aboutir au maximum d'automatisme de l'utilisation de cette dénomination commune par les prescripteurs.

Par ailleurs, le Gouvernement souhaite que les **médicaments rétrocedés à l'hôpital** fassent l'objet des mêmes encadrements de prix et de volume que les médicaments de ville avec l'élargissement de la clause de sauvegarde à la rétrocession hospitalière. Tel est l'objet des **I à III de l'article 15** du projet de loi, qui fait varier la contribution en fonction de l'écart entre le taux d'accroissement du chiffre d'affaires et le taux de progression de l'ONDAM, jusqu'à un maximum de reversement de 70 % du chiffre d'affaires excédentaire. Justifiant son appellation de clause de sauvegarde, cette contribution n'est pas due par les entreprises ayant conclu avec le CEPS un accord conventionnel de régulation des prix et volumes.

Les **IV et V** même article proposent d'augmenter la participation des industries des dispositifs médicaux à l'effort partagé pour l'assurance maladie en étendant de deux manières l'assiette de la « *contribution à la charge des fabricants ou distributeurs de dispositifs médicaux, tissus et cellules, produits de santé autres que les médicaments et prestations associées* » instituée par la loi de financement pour 2004 sur les dépenses de promotion de ces entreprises et dont le taux de 5 % a été porté à 10 % par la loi du 13 août 2004 précitée :

– d'une part, en y incluant les dispositifs médicaux implantables aujourd'hui pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation dans le cadre de la tarification à l'activité ;

– d’autre part, en ramenant de 100.000 à 50.000 euros l’abattement d’assiette.

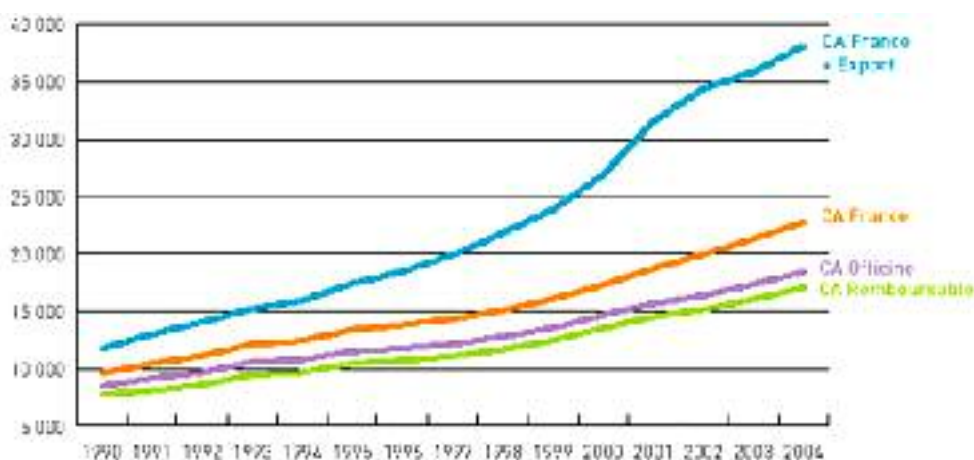
La contribution est due au plus tard le 1<sup>er</sup> décembre de chaque année. Au titre de 2004, 33 entreprises en étaient redevables, pour un produit fort modeste de 2 millions d’euros. Le tome I de l’annexe *Évaluation des voies et moyens* au projet de loi de finances pour 2006 fait apparaître un produit attendu de 40 millions d’euros en 2005 et de 44 millions d’euros en 2006.

Enfin, le VI de cet article 15 prévoit, à titre exceptionnel, d’augmenter pour l’année 2006 le taux de la contribution des laboratoires pharmaceutiques exploitant des médicaments bénéficiaires d’une AMM, assise sur leur chiffre d’affaires et instituée par la loi du 13 août 2004 au taux de 0,6 %. Porté à 1,96 %, ce taux permettrait à la contribution d’atteindre un rendement de 435 millions d’euros, soit 310 millions d’euros supplémentaires par rapport à 2005.

Avec un chiffre d’affaires hors taxes en France – telle est l’assiette de la contribution – de 22,76 milliards d’euros en 2004, dont la croissance est illustrée par le graphique suivant, le secteur doit pouvoir absorber cette augmentation.

#### ÉVOLUTION DU CHIFFRE D’AFFAIRES DE L’INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE

(en millions d’euros)



Sources : Leem, d’après le Groupement pour l’élaboration et la réalisation de statistiques et la direction générale des Douanes et des droits indirects.

Cependant, votre Rapporteur déposera deux amendements visant à modifier ce dispositif :

– l’un pour exonérer de la contribution les médicaments dits orphelins et reconnus comme tels par un règlement communautaire <sup>(1)</sup>, par cohérence avec les autres exonérations dont ils bénéficient déjà et par souci d’équité vis-à-vis d’autres médicaments exonérés comme les génériques ;

– l’autre pour minorer l’augmentation proposée pour 2006, ainsi qu’il a été dit *supra* à propos de la création d’une taxe sur le chiffre d’affaires des

(1) Règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement et du Conseil du 16 décembre 1999.

cigarette. Un taux de 1,5 % paraît raisonnable et représenterait déjà un produit supplémentaire de l'ordre de 220 millions d'euros.

Plus fondamentalement, la question se pose des relations de meilleure confiance à établir avec l'industrie pharmaceutique dans le cadre de la politique de régulation des dépenses de médicaments remboursables.

## 2.- La surconsommation manifeste de médicaments en France ne suffit pas à justifier les à-coups de la politique de régulation des dépenses

Il existe aux yeux de votre Rapporteur une vraie nécessité de donner un minimum de vision de moyen terme aux entreprises pharmaceutiques, qui ne peuvent continuer à subir sans préavis, chaque année, des mesures qui affectent leurs prévisions de développement. Aborder cette question avec franchise suppose de recenser une série d'éléments :

- il est certain que le marché du médicament en France présente un rendement potentiel considérable pour un secteur dont on a rappelé plus haut l'évolution du chiffre d'affaires ;

- ce secteur est également un pourvoyeur d'emplois et il participe à l'amélioration du solde de notre balance commerciale ;

- l'innovation dans le champ des produits de santé est une composante indispensable de l'amélioration de notre système de soins ;

- le marché du médicament est très spécifique et particulièrement complexe et évolutif, sur le plan économique comme sur le plan scientifique. En particulier, la décomposition de l'évolution des dépenses fait apparaître la forte prépondérance d'un effet de structure par rapport à l'effet volume (nombre de boîtes vendues) ou à l'effet prix (montants remboursés). Ainsi en 2004, pour une croissance des dépenses du poste « médicaments » de 6,2 %, l'effet de structure représentait + 7,9 %, l'effet volume - 1,2 % et l'effet prix - 0,4 % ;

- l'assurance maladie contribue largement à la bonne santé du secteur, et il n'est par conséquent pas illégitime que des taxes particulières viennent abonder son budget et réguler la croissance des remboursements sur un poste de dépenses très dynamique ;

- l'interaction entre mécanismes de marché et mécanismes de régulation par l'assurance maladie aboutit à des stratégies de négociation très élaborées et à des difficultés d'appréciation de l'impact de telle ou telle mesure prise par les pouvoirs publics.

Dans ce contexte d'incertitude, votre Rapporteur voudrait insister sur deux éléments structurels : la surconsommation médicamenteuse en France et la relative insécurité juridique dans laquelle sont maintenues les entreprises pharmaceutiques.

La France se distingue par une forte consommation médicamenteuse : une ordonnance française compte en moyenne 4,5 médicaments contre 0,8 dans les pays du Nord de l'Europe. Les médicaments constituent le premier poste de consommation de soins des Français : 9 personnes sur 10 en consomment et chacun a acheté en moyenne 40 boîtes de médicaments en 2001. C'est le deuxième poste le plus coûteux pour l'assurance maladie après l'hospitalisation, avec 388 euros par personne et par an.

La surconsommation de médicaments est particulièrement forte concernant les antibiotiques, les statines et les psychotropes. Cette surconsommation pose un double problème : un problème de santé publique tout d'abord, par le risque iatrogène surtout lié à la polymédication. Les personnes âgées y sont particulièrement exposées. Un problème de maîtrise des dépenses ensuite : la convention passée entre l'assurance maladie et les médecins libéraux estime à plus de 300 millions d'euros les économies réalisables sur ces prescriptions, et précise les engagements correspondants.

Selon une enquête réalisée par Ipsos pour la CNAM, 90 % des consultations chez un médecin de ville se concluent en France par la délivrance d'une ordonnance, contre 83 % en Espagne, 72 % en Allemagne et 43,2 % aux Pays-Bas. Une autre enquête, réalisée par la Mutualité française sur des données de 2003, indique qu'en France sont consommées 8 boîtes de médicaments à SMR insuffisant par habitant et par an, contre 3 boîtes en Allemagne, 2 en Espagne et 1 au Royaume-Uni et au Canada.

Antibiotiques, anxiolytiques et médicaments destinés à réduire le LDL-cholestérol étant les classes les plus manifestement consommées sans modération, c'est avec juste raison que le volet de maîtrise médicalisée de la réforme de 2004 se concentre sur ces produits.

Mais il faut bien constater que les mesures d'économies visant le médicament paraissent trop souvent calibrées pour servir au « bouclage » financier d'une réforme. Pour être courante – les finances sociales n'en ayant pas l'apanage –, cette pratique n'en est pas moins critiquable sur un point : la stabilité économique minimale que l'on doit à des entreprises souvent cotées sur les marchés financiers, qui se trouvent brusquement contraintes de réviser leurs résultats, en fin d'année, du fait de l'instauration soudaine d'une taxation supplémentaire. Tout à fait légitime, la mise à contribution de l'industrie pharmaceutique pourrait peut-être, pour la satisfaction de tous les acteurs, être mieux planifiée, plus stable et partant, mieux acceptée.



### III.– LA SITUATION FINANCIERE TENDUE DU SECTEUR HOSPITALIER

#### A.– L'EVOLUTION PREOCCUPANTE DES DEPENSES DES ETABLISSEMENTS APPELLE UNE FERME REACTION

##### 1.– L'ONDAM hospitalier connaît d'importants dépassements

L'évolution historiquement modérée des dépenses de soins de ville cache un dérapage des dépenses des établissements qui ne laisse pas d'inquiéter. Selon la Commission des comptes de la sécurité sociale, **les objectifs des établissements de santé pourraient être dépassés de 650 millions d'euros en 2005**, les versements effectués par l'assurance maladie aux établissements de santé s'élevant à 61,6 milliards d'euros, soit une croissance de 4,1 % par rapport à 2004. Le dépassement de 2004 sur cette ligne, qui progressait de 4,6 %, s'établissait déjà à 500 millions d'euros.

Au regard des résultats du premier semestre d'activité des établissements publics et privés, la croissance du volume d'activité aurait été plus forte que prévue lors de la construction des objectifs de l'exercice 2005. Mais de nombreuses difficultés subsistent dans l'évaluation du niveau des dépenses des établissements pour 2005. D'une façon générale, l'appréhension du secteur et de sa gestion sont largement méconnues.

Une mission conjointe de l'Inspection générale des finances et de l'Inspection générale des affaires sociales a examiné en détail le dépassement des dépenses d'assurance maladie des établissements de santé sous dotation globale en 2004. La mission a tout d'abord noté que jusqu'en 2004, aucun dispositif ne garantissait le respect de l'ONDAM hospitalier. En effet, le pilotage des dépenses était effectué au plan régional et au plan national en dépenses encadrées (somme des dépenses d'assurance maladie et des recettes de groupe 2<sup>(1)</sup>). Par ailleurs, dans la procédure budgétaire entre les établissements et les Agences régionales de l'hospitalisation, une attention très limitée était portée aux recettes de groupe 2. Enfin s'agissant des payeurs, c'est-à-dire les caisses pivots des régimes d'assurance maladie, aucun suivi du respect de l'ONDAM n'était en place.

Les deux inspections concluent qu'il n'est pas possible de déterminer de manière certaine le montant exact du dépassement. Les données de la DHOS conduisent à un dépassement de 341 millions d'euros en dépenses d'assurance maladie, contre 325 millions d'euros d'après les données comptables de la CNAM, soit environ 0,7 % de l'objectif. La mission explique le dépassement principalement par la sous-estimation de la part de l'assurance maladie dans les bases budgétaires (130 millions d'euros), la sous-tarifcation des prestations par les établissements (entre 130 et 150 millions d'euros) et la non-réalisation d'une recette attendue de l'État au titre de l'aide médicale d'urgence (36 millions

---

(1) Ces recettes sont principalement composées des produits du forfait journalier et du ticket modérateur payés par les assurés.

d'euros). À ce dépassement s'ajouteront, selon la mission, les moins-values qui seront constatées aux comptes administratifs, estimées à 100 millions d'euros.

La mission estime enfin que la question du financement de ce dépassement – par des économies, par l'augmentation des tarifs des prestations ou par l'assurance maladie – reste ouverte et doit être envisagée établissement par établissement au vu des marges de manœuvre et des politiques tarifaires de chacun.

## 2.– L'évolution des salaires est un déterminant essentiel des dépenses relatives aux établissements de santé

La principale composante de l'évolution des dépenses des établissements de santé est un effet prix à travers les coûts liés à la fois à la mise en place de la réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics et aux importantes revalorisations tarifaires intervenues dans les cliniques. En effet, environ 70 % des dépenses de l'hôpital public sont constituées par les rémunérations des personnels : sur les exercices 2002, 2003 et 2004, l'effet de la RTT et des protocoles destinés à financer les remplacements d'agents absents ont représenté globalement 40 % de la hausse totale des dépenses hospitalières. Cet effet tend néanmoins à diminuer avec la fin de la montée en charge de ces dispositifs.

La progression des versements aux établissements de santé s'explique également par d'importants effets de structure représentés par des mesures de santé publique (plan national pour améliorer la prise en charge des maladies rares, programme national de lutte contre les infections nosocomiales, plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008, programme national de lutte contre le VIH-SIDA et les infections sexuellement transmissibles 2005-2008, plan périnatalité 2005-2007, plan urgences 2004-2008, plan cancer).

Enfin, l'activité des établissements de santé mesurée sur la base du nombre d'admissions et du nombre de journées diminue régulièrement depuis 2000. Toutefois, à partir de 2004, les premiers résultats disponibles afficheraient un rebond modéré de l'activité des établissements. Cette évolution modérée de l'activité doit être nuancée par celle, très forte, de l'hospitalisation partielle qui, en 2004, progresse de 4,5 % dans les hôpitaux publics et 10,2 % dans les cliniques.

## 3.– Les disparités entre établissements militent pour une application sans faiblesse de la convergence tarifaire

M. Xavier Bertrand, ministre de la Santé et des solidarités, a indiqué lors de son audition devant votre Commission et celle des Affaires culturelles, familiales et sociales, qu'il avait diligenté une mission de l'Inspection générale des affaires sociales sur les conditions de la convergence entre les tarifs pratiqués dans les cliniques et dans les hôpitaux, dans le cadre de la mise en œuvre de la tarification à l'activité. Les conclusions en seront remises à la fin de l'année. En attendant, les premiers éléments recueillis incitent le Gouvernement, sans remettre

en cause l'objectif ultime, en 2012, de convergence dans la limite des écarts justifiés par les différences dans la nature des charges, à supprimer l'échéance intermédiaire de 2008 qui devait, selon le plan initial de montée en charge de la tarification à l'activité, marquer le cap des 50 % de financement tarifaire.

Votre Rapporteur déposera un amendement à l'**article 30** tendant à rétablir ce jalon intermédiaire, garantie d'une conduite ambitieuse de la convergence tarifaire. Celle-ci se révèle très nécessaire, non pas pour elle-même ou par idéologie, mais parce qu'il n'apparaît pas possible de justifier des écarts de tarifs tels que ceux constatés par la mission IGF-IGAS précitée. Pour ne citer qu'un seul exemple : le coût moyen d'une journée d'hospitalisation varie entre 1.151 euros au CHR de Metz et 3.126 euros au CHU de Clermont-Ferrand.

## B.- LES FONDS : LE FMESPP FINANCE LE PLAN « HOPITAL 2007 », L'ONIAM NE SERA PAS DOTE EN 2006

### 1.- La dotation annuelle du FMESPP sera légèrement réduite

Le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), créé sous le nom de Fonds pour la modernisation des établissements de santé par la loi de financement pour 2001, s'est substitué au Fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé (FASMO) créé par loi de financement pour 1998 et est devenu FMESPP à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2003 en reprenant les créances et obligations du Fonds pour la modernisation des cliniques privées.

Dès 1998, la recomposition du tissu hospitalier avait justifié la mise en place d'un dispositif exceptionnel de financement des établissements de santé, distincts des crédits versés par les caisses d'assurance maladie et comptabilisés en dehors de l'ONDAM. Les missions du fonds, qui est géré par la Caisse des dépôts, ont progressivement été élargies puisqu'il participe au financement :

- des contrats d'amélioration des conditions de travail ;
- des actions de modernisation sociale ;
- des aides individuelles destinées à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels des établissements engagés dans des opérations de recomposition ;
- des dépenses d'investissement et de fonctionnement des établissements de santé, en particulier dans le cadre du plan « Hôpital 2007 ».

Il finance par ailleurs les missions créées dans le cadre de ce plan : la mission d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH), la mission « Tarification à l'activité », la mission nationale d'appui à l'investissement (MAINH) et les missions nationales régionales ou interrégionales d'appui à l'investissement placées auprès des directeurs d'agences régionales de l'hospitalisation.

Le tableau suivant retrace l'évolution de ses produits et de ses charges depuis 2003 :

**ÉVOLUTION DES RESSOURCES ET DÉPENSES DU FMESPP**

*(en millions d'euros)*

		2003	2004	2005 (prévision)	TOTAL		
<i>Abondement prévu par la LFSS</i>		montants <i>annuels</i> <b>450</b>	<b>470</b>	<b>405</b>	<b>1.721,4</b>		
		montants <i>cumulés</i> 846,4	1.316,4	1.721,4	–		
<b>REPARTITION THEMATIQUE DES CREDITS OUVERTS</b>	<b>Volet "RESSOURCES HUMAINES"</b>	<b>AIDES INDIVIDUELLES</b>	30	48,7	50,5	<b>190,2</b>	
		<b>AIDES COLLECTIVES</b>	CLACT		–		<b>117</b>
			Projets sociaux	15	12	6	<b>94</b>
			Promotion professionnelle	60	48	24	<b>186,2</b>
			IFSI - Fonctionnement	8	–		<b>21,8</b>
			IFSI - Investissement		–		<b>88,3</b>
			Fonctionnement / Investissement		–		<b>88,3</b>
		<b>TOTAL</b>	<b>83</b>	<b>60</b>	<b>30</b>	<b>507,3</b>	
	<b>Autres</b>	Soutien exceptionnel IFSI		2	2	<b>4</b>	
		Conseillers généraux des hôpitaux			2,5	<b>2,5</b>	
	<b>Total volet "ressources humaines"</b>		<b>113</b>	<b>110,7</b>	<b>85</b>	<b>704</b>	
	<b>Volet INVESTISSEMENT</b>	<b>Plan hôpital 2007 - aides en capital</b>	299	301,9	261,2	<b>862</b>	
		<b>Autres opérations d'investissement</b>	14,2	8,4	5,3	<b>27,9</b>	
	<b>Canicule</b>			6,7		<b>6,7</b>	
	<b>MISSIONS HOPITAL 2007</b>	MISSION T2A	2	3,9	5,3	<b>11,2</b>	
		MISSION AINH	6	6,2	8,8	<b>21</b>	
		MISSION EAH	5	7	7,8	<b>19,8</b>	
		Audits			10,4	<b>10,4</b>	
		<b>Total missions</b>	<b>13</b>	<b>17,1</b>	<b>32,3</b>	<b>62,4</b>	
	<b>Autres</b>	Expérimentation gouvernance		8,4	8,4	<b>16,8</b>	
Etude COMPAQH		0,4	0,2	0,1	<b>0,6</b>		
Accréditation manuel V2			2,9	12,1	<b>15</b>		
Soutien aux établissements privés sous OQN			14,5	15	<b>29,5</b>		
Expérimentation PMSI-SSR		6			<b>6</b>		
Appui mise en œuvre PMSI - HAD				2,4	<b>2,4</b>		
Appui mise en œuvre PMSI -Psychiatrie				5,5	<b>5,5</b>		
<b>Total tous volets</b>		<b>445,6</b>	<b>470,7</b>	<b>427,2</b>	<b>1.738,8</b>		
		montants <i>cumulés</i> 840,9	1.311,6	1.738,8	–		
<i>Crédits non notifiés (hors reprise FMCP et hors résultats financiers)</i>		montants <i>annuels</i> 4,4	– 0,7	– 22,2	<b>– 17,4</b>		
		montants <i>cumulés</i> 5,5	4,8	– 17,4	–		
<i>Reprise des crédits FMCP (destinés à financer l'étude COMPAQH)</i>		montant 0,2			<b>0,2</b>		
<i>Résultats financiers nets</i>		montants <i>annuels</i> 4,8	2,5	2,5	<b>16,8</b>		
		montants <i>cumulés</i> 16,8	19,3	21,8	–		
<i>Frais de gestion (Caisse des dépôts)</i>		montants <i>annuels</i> 0,5	0,7	0,7			
<b>TOTAL des crédits disponibles (non notifiés)</b>		montants <i>annuels</i> 8,7	1,1	– 20,4	<b>– 0,3</b>		

Source : ministère de la Santé et des solidarités.

Le Fonds finance, sur la durée du plan « Hôpital 2007 », des établissements publics de santé pour 59 %, des cliniques privées pour 31 % et des établissements participant au service public hospitalier pour les 10 % restants. Pour 2006, l'**article 40** prévoit de le doter de 327 millions d'euros. Ce montant inclut, dans le volet « ressources humaines », la montée en charge du dispositif d'accompagnement des réformes hospitalières annoncé le 26 mai 2005 et celle du plan « Psychiatrie et santé mentale » annoncé le 4 février. Ce dernier plan comprend aussi un volet « investissement ». Cependant, l'essentiel de l'investissement sera consacré à « Hôpital 2007 », pour 100 millions d'euros.

## 2.- L'ONIAM devra réduire son fonds de roulement

L'an dernier, votre Rapporteur avait critiqué la dotation initialement prévue pour l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM), obtenant sa réduction à 30 millions d'euros, après 70 millions d'euros de 2002 à 2004 et la constitution d'un important fonds de roulement : 208 millions d'euros au 1<sup>er</sup> juillet 2005.

Les dépenses se sont en effet seulement élevées à 2,8 millions d'euros en 2003 et à 9,1 millions d'euros en 2004 ; elles sont évaluées à 21 millions d'euros en 2005, dont 14,5 millions d'euros au titre de l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux. Aucune dotation n'est donc prévue pour 2006. De surcroît, l'**article 35**, après le transfert à l'office, par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, des missions du Fonds d'indemnisation pour les personnes contaminées par le VIH, supprime la dotation de l'État qui avait été instituée à l'occasion du transfert. Les disponibilités de l'ONIAM devraient suffire à honorer les dépenses de 2006.

## IV.- LE MANAGEMENT DU SYSTEME DE SOINS, COMPOSANTE DE LA REFORME DE L'ÉTAT

Au cours des auditions qu'il a menées et au vu des travaux de divers « auditeurs » de notre système de santé – Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, inspections générales ou Cour des comptes notamment –, votre Rapporteur a acquis la conviction du déficit de management dont souffre ce système dans son ensemble. Les plans de maîtrise des dépenses auront beau se succéder et les nouvelles structures de coordination se mettre en place, s'il manque une impulsion, une vision stratégique de la réforme et une volonté opiniâtre d'aboutir, les résultats ne seront pas au rendez-vous.

Une logique simple voudrait que l'on donnât au financeur, c'est-à-dire dans une très large mesure à l'UNCAM, les moyens de piloter le système dans le sens d'une meilleure efficacité, en d'autres termes d'une véritable gestion du risque. Il appartient en effet au conseil de la CNAM, d'après la loi du 13 août

2004, de déterminer « *les orientations de la politique de gestion du risque et les objectifs prévus pour sa mise en œuvre* », sur proposition du directeur général.

C'est ainsi qu'a été lancé au printemps dernier un projet d'orientations pluriannuelles en matière de gestion du risque, dont les grandes lignes sont résumées dans l'encadré suivant :

### **Les cinq orientations principales proposées au conseil de la CNAM**

#### *1. – Développer la prévention et l'information de l'assuré*

Chaque assuré doit pouvoir disposer d'informations (sur le coût, les conditions de remboursement et la qualité des soins) pour avoir un recours efficace et responsable au système de soins. Des services d'information davantage personnalisés (en fonction de la consommation médicale) devront être mis en place dans ce but. La prévention représente un enjeu essentiel pour l'assurance maladie.

Dans ce domaine, Il s'agit de renforcer la coopération avec les associations de malades et les organismes complémentaires pour développer l'information sur la prévention des pathologies graves. L'assurance maladie devra aussi mieux accompagner les 7 millions de patients atteints d'une pathologie lourde (notamment les maladies chroniques du type asthme, etc.) en leur fournissant des informations utiles pour leur prise en charge médicale (prévention des complications, conseils pour le bon suivi des traitements).

#### *2. – Soutenir la formation, l'information et la qualité des soins des professionnels de santé*

L'assurance maladie souhaite développer ses actions de soutien des bonnes pratiques médicales (financement de la formation continue, visites des délégués de l'assurance maladie, entretiens réguliers avec les médecins-conseil de l'assurance maladie). Il s'agit également de donner un caractère plus pédagogique à la politique de contrôle en communiquant régulièrement des résultats des contrôles réalisés par l'assurance maladie. Enfin, les accords entre professions de santé seront encouragés pour soutenir l'amélioration de la coordination des soins.

#### *3. – Mettre en œuvre des règles de remboursement justes et efficaces*

Les dépenses de santé prises en charge par l'assurance maladie doivent correspondre à des soins de qualité, c'est-à-dire reconnues nécessaires par la communauté scientifique. L'assurance maladie compte développer dans ce but les contrôles avant remboursement de certaines prescriptions pour vérifier qu'elles correspondent bien aux recommandations des autorités sanitaires.

Parallèlement, l'assurance maladie entend pleinement jouer son rôle en matière d'admission au remboursement des actes médicaux en réactualisant régulièrement la liste des actes et prescriptions remboursables à l'aune de leur rapport coût efficacité.

#### *4. – Promouvoir une organisation efficace des soins.*

Pour favoriser l'accès de tous les assurés à des soins de qualité, l'assurance maladie souhaite participer activement à la réduction des disparités géographiques d'installation des professionnels de santé (développement des services de conseil aux jeunes médecins, aides à l'installation, incitation à la création de cabinets de groupe, etc.).

Elle mettra également à disposition des pouvoirs publics sa capacité d'expertise (base de données sur l'activité médicale) pour favoriser une plus grande complémentarité

entre médecine libérale, hospitalier et médico-social. L'assurance maladie est prête également à soutenir l'expérimentation de nouveaux processus de coopération entre professionnels de santé (délégation de certains actes techniques à des auxiliaires médicaux spécialement formés).

*5. – Moderniser la tarification et le niveau de prise en charge des soins*

L'assurance maladie souhaite utiliser davantage ses compétences en matière de tarification pour favoriser des démarches de prévention menées par des professionnels de santé, ainsi que des processus de soins les plus efficaces (par exemple, les alternatives à l'hospitalisation).

De façon plus prosaïque, il faut dénoncer les lourdeurs administratives souvent insoupçonnées sur lesquelles se brise l'élan de la réforme. Votre Rapporteur veut citer à cet égard l'exemple de la lenteur de la certification du PIREs, le protocole interrégimes d'examen spécial, un formulaire destiné à rationaliser l'entrée en ALD, qui est emblématique des délais procéduraux.

Sur ce dossier, la Mission des imprimés nationaux a été contactée par la direction compétente de la CNAM au cours du mois de février 2005 – soit six mois après la publication de la loi portant réforme de l'assurance maladie – afin de préparer une maquette de formulaire.

- Le projet retenu, après travail entre les services de la CNAM et le ministère, a été soumis aux représentants des professionnels de santé, entre autres, qui ont donné un avis favorable (courant mai).
- Cette version a été envoyée au ministère le 23 mai 2005 et le dossier de saisine de la Délégation aux usagers et aux simplifications administratives, chargée de valider tout formulaire « cerfa », expédié le 6 juin suivant.
- Des corrections ont été demandées par le ministère. Cela a entraîné la réalisation de trois versions supplémentaires (juillet).
- La Délégation a validé le nouveau protocole de soins le 29 juillet et adressé la lettre officielle au ministère le 1<sup>er</sup> août.
- Le ministère a homologué cet imprimé le 11 août, et l'a notifié à la CNAM le 16 août.
- La Mission des imprimés nationaux a fait fabriquer les films dans les jours qui ont suivi.
- Les épreuves corrigées ont été envoyées à l'Union des caisses nationales de sécurité sociale le 2 septembre.
- Les nouveaux formulaires sont disponibles depuis le 15 octobre dernier.

Soit un total de huit mois pour l'homologation d'un formulaire d'une page... et autant de temps perdu pour mieux encadrer les ALD, dont on a rappelé qu'elles représentent 58 % des dépenses de l'assurance maladie et devaient contribuer à hauteur de près de la moitié aux économies sur les soins de ville attendues de la réforme en 2005.

\*

En conclusion, c'est un appel à une plus grande implication dans la réforme, à une responsabilisation de tous les acteurs que votre Rapporteur voudrait lancer :

– les pilotes de cette réforme, politiques et administratifs, y compris les partenaires sociaux présents dans les conseils des caisses ;

– l'assurance maladie *via* de meilleurs contrôles et un fonctionnement plus efficient ;

– les organismes complémentaires qui ne doivent pas être cantonnés au rôle de payeur subsidiaire mais mis en situation de contribuer à gérer le risque maladie, et de le signifier aux assurés. Les « contrats responsables » bénéficiant d'un régime fiscal et social favorable en contrepartie d'une prise en charge qui tienne compte du respect du parcours de soins, seront mis en place au 1<sup>er</sup> janvier prochain, et constituent un progrès notable ;

– les professionnels de santé pour lesquels il ne serait pas absurde d'envisager une forme de « prime au mérite » destinée à encourager les plus vertueux, modalité de rémunération au forfait utilisée comme puissant levier d'incitation à un comportement responsable pour la sauvegarde du système de soins fondé sur une médecine libérale. Ce serait aussi une façon de parachever la démarche engagée avec le dispositif du médecin traitant au cœur du parcours de soins : une étape supplémentaire dans l'optimisation de notre réseau de soins de ville. Ce serait également un moyen de sortir par le haut des échecs à répétition des mesures censées influencer sur les comportements, dont la Cour des comptes a crûment dressé la typologie dans son rapport de septembre dernier sur la sécurité sociale. Ses recommandations, tout à fait pertinentes, ne vont pas jusqu'à préconiser un tel système de « récompense » pour les professionnels vertueux ; la seule préconisation liée à l'évolution du mode de rémunération consiste à prévoir d'expérimenter la rémunération du suivi des patients de certaines ALD sous une forme forfaitaire ;

– les acteurs de la filière du médicament, des fabricants aux pharmaciens d'officine ;

– les établissements de soins, qui présentent une grande marge de progression en termes de rationalisation de l'activité ;

– les patients qui doivent prendre conscience des efforts qui incombent à chacun pour la sauvegarde de l'assurance maladie au bénéfice de tous.

Nous serons tous comptables devant nos enfants de la mise en œuvre de la réforme initiée en 2004.



## CHAPITRE III : LES AUTRES POLITIQUES DE SECURITE SOCIALE

### I.- LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

La branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP) ne représente que 10 milliards d'euros au sein de la loi de financement de la sécurité sociale, mais elle connaît une sérieuse dégradation de sa situation financière depuis 2002, sous l'effet de plusieurs facteurs : croissance des dépenses de santé, augmentation du coût de prise en charge des maladies professionnelles, financement du risque « amiante ».

La dynamique des dépenses, + 6 % depuis 1998, est désormais supérieure à celle des recettes, assises sur des cotisations patronales qui progressent comme le PIB, soit + 4 % par an. Les déficits ont jusqu'à présent été absorbés grâce aux réserves accumulées pendant les années 1990 (compte ACOSS créditeur). Mais la trésorerie de la branche s'épuisera au début du second trimestre 2006. En l'absence de mesures de redressement, les réserves vont disparaître et une dette risque de se constituer.

Dans cette situation, deux risques menacent la branche : le recours à l'endettement ou le risque de défausse, sur l'État (au titre de l'amiante) ou sur l'assurance maladie (au titre des maladies professionnelles non reconnues). La branche, co-gérée par les partenaires sociaux, ne doit pas emprunter pour financer ses dépenses courantes, ni se défausser sur d'autres acteurs publics. L'autonomie de la branche doit avoir pour corollaire la responsabilisation des partenaires sociaux.

#### A.- LA SITUATION FINANCIERE DE LA BRANCHE

La branche AT/MP du régime général est devenue déficitaire en 2002 (45 millions d'euros). Le déficit du régime s'est aggravé les années suivantes<sup>1</sup> et devrait atteindre 534 millions en 2005. En 2006, le déficit est évalué à 152 millions d'euros, une fois intégré l'effet sur les recettes de l'augmentation du taux de cotisation de 0,1 point au 1<sup>er</sup> janvier 2006.

#### SOLDE DE LA BRANCHE AT/MP DU REGIME GENERAL ENTRE 1997 ET 2006

En millions d'euros										
CNAM AT-MP	1997 (*)	1998 (*)	1999 (*)	2000	2001	2002	2003	2004	2005P	2006P
Résultat	42	239	161	350	20	-45	-476	-184	-534	-152

source : Direction de la Sécurité sociale (SDEPF/6A)

<sup>1</sup> Mis à part en 2004 où le déficit s'est réduit sans toutefois revenir au niveau du déficit de 2002.

Afin d'expliciter les raisons de la dégradation du résultat de la branche depuis 2000, il convient de comparer l'évolution des principaux postes de charges et de produits de la branche AT/MP entre 2000 et 2006.

**COMPTE DE LA CNAM AT/MP – ÉVOLUTION 2000-2006**

En droits constatés et en milliards d'euros

CNAM AT-MP	2000	2001	2002	2003	2004	2005P	2006P	évolution 2000-2006
<b>Charges</b>	<b>7,2</b>	<b>8,0</b>	<b>8,3</b>	<b>9,0</b>	<b>9,0</b>	<b>9,5</b>	<b>9,9</b>	37%
Prestations légales	5,5	5,7	6,1	6,3	6,5	6,7	6,9	25%
Dotations aux fonds amiante	0,1	0,6	0,5	0,6	0,6	0,8	1,0	886%
Reversement branche maladie	0,1	0,1	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	134%
Autres transferts de la branche (mines, salariés agricoles et FCAT)	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	-2%
Autres charges	0,8	0,8	0,8	1,1	0,9	1,0	1,0	25%
<b>Produits</b>	<b>7,5</b>	<b>8,0</b>	<b>8,3</b>	<b>8,5</b>	<b>8,8</b>	<b>9,0</b>	<b>9,7</b>	29%
Cotisations	7,3	7,9	8,0	8,1	8,4	8,6	9,4	29%
Autres produits	0,2	0,1	0,3	0,4	0,4	0,3	0,3	39%
<b>Résultat</b>	<b>0,4</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>-0,5</b>	<b>-0,2</b>	<b>-0,5</b>	<b>-0,2</b>	
<i>Résultat avant dotations aux fonds amiante</i>	<i>0,5</i>	<i>0,7</i>	<i>0,4</i>	<i>0,2</i>	<i>0,4</i>	<i>0,3</i>	<i>0,9</i>	

source : Direction de la Sécurité sociale (SDEPF/6A)

Les données présentées dans le tableau ci-dessus mettent en évidence quatre éléments principaux, qui expliquent la situation financière de la branche :

– Une augmentation des dotations aux fonds amiante (FIVA et FCAATA), qui sont passées de 103 millions d'euros en 2000 à plus de 1 milliard en 2006 ;

– Une augmentation du reversement à la branche maladie, qui est passé d'un peu plus de 140 millions en 2000 et 2001 à 300 millions en 2002 et 330 millions pour chacun des exercices de 2003 à 2006. Cette progression est néanmoins plus limitée que celle des dotations aux fonds amiante ;

– Une croissance des prestations légales (72 % des charges du régime en 2004) comparable à celle des cotisations AT/MP, principale recette de la branche : + 25 % pour les prestations légales et + 29 % pour les cotisations, la progression légèrement plus rapide des cotisations s'expliquant pour l'essentiel par l'augmentation du taux de cotisation de 0,1 point en 2006. La croissance des prestations légales a toutefois été plus rapide pour les maladies professionnelles que pour les accidents du travail. En effet, alors que le nombre d'accidents avec arrêt a légèrement diminué, passant de 755.778 en 2000 à 725.862 (chiffre provisoire) en 2003<sup>1</sup>, le nombre de maladies professionnelles déclarées constatées

<sup>1</sup> Source : statistiques trimestrielles des accidents du travail publiées par la Direction des risques professionnels de la CNAM en mars 2005.

et reconnues par la branche a progressé de près de 50 % sur la même période, passant de 30.224 en 2000 à 44.379 en 2003.

– Une légère diminution des transferts de la branche aux régimes AT/MP des mines et des salariés agricoles et au FCAT entre 2000 et 2006 (- 2 %).

## B.- LA GESTION DE LA BRANCHE

La première convention tri annuelle (2004-2006) d'objectifs et de gestion de la branche accidents de travail et maladies professionnelles a été signée le 25 février 2005 par les ministres de la santé, du travail et des finances d'une part, le président de la CAT/MP et le directeur général de la CNAM d'autre part.

La signature de cette convention, prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003, a donné lieu à d'importants travaux au cours des deux années 2003 et 2004. À l'image des autres conventions d'objectifs et de gestion déjà conclues, elle engage la branche accidents du travail et maladies professionnelles dans un programme d'amélioration de la qualité du service rendu aux usagers, avec pour objectif premier de garantir l'homogénéité de la gestion, l'information des victimes et des employeurs ainsi que l'optimisation des délais de traitement. Elle couvre une période de trois ans s'achevant en 2006, ce qui permettra que la période de la prochaine convention corresponde à celle de la prochaine convention d'objectif et de gestion de la branche maladie.

Plus précisément, cette convention engage une nouvelle dynamique à la prévention, en conformité avec le plan santé au travail 2005-2009 présenté en février 2005 par le ministre chargé du travail : l'État et la branche AT/MP devront mettre en place un dispositif d'analyse et de développement des connaissances en matière de risques professionnels. Ils devront mener des actions de protection des travailleurs dans des métiers ciblés en étroite collaboration avec la profession, et évalueront le dispositif des déclarations relatives aux procédés de travail dans le but d'accroître son efficacité. Ils devront aussi encourager l'action pluridisciplinaire, s'attacher à améliorer la synergie entre la CNAM et l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS) et le fonctionnement des instances paritaires, et faire les efforts nécessaires pour disposer d'une offre de formation experte en matière de santé et de sécurité au travail. Pour l'accomplissement de ces actions, la convention tri annuelle fixe les moyens financiers du fonds de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles à près de 950 millions d'euros pour la période conventionnelle.

Afin de simplifier les obligations déclaratives, la convention prévoit de raccourcir les délais de traitement et de permettre des opérations automatiques. La branche devrait procéder, courant 2006, à la révision et à la dématérialisation du support déclaratif ; les déclarations dématérialisées alimenteront en outre le système SITERE, alors qu'actuellement la déclaration d'accident de travail est faite à la CPAM par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. La

convention prévoit également, afin de faciliter la déclaration de salaire par l'employeur, de raccourcir les délais de traitement et de permettre des opérations automatiques. La CNAM devra pour cela procéder à la révision et à la dématérialisation du support déclaratif.

Si la convention d'objectifs et de gestion intègre des indicateurs de gestion, elle ne comporte pas en revanche d'indicateurs de productivité spécifiques à la branche, ce que regrette votre Rapporteur. En effet, l'objectif de productivité devrait être directement associé aux indicateurs de gestion. Il serait donc souhaitable de fixer, dans les conventions suivantes, des indicateurs de productivité spécifiques.

Afin de renforcer la capacité de la branche à s'adapter à l'évolution de ses missions, les partenaires de la convention devront également s'attacher à moderniser les mécanismes financiers et tarifaires, mener des travaux de fond sur l'évolution de la branche aussi bien dans la perspective de la réparation des préjudices causés aux victimes que dans le domaine de la tarification des risques.

Enfin, les partenaires sociaux ont été invités à engager des négociations en ce sens et à remettre au Parlement et au Gouvernement des propositions de réforme de la branche, conformément à l'article 54 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Votre Rapporteur souhaite que les partenaires sociaux saisissent cette occasion pour prendre une initiative sur la réforme du fonctionnement et du financement de la branche.

### C.– LES FONDS AMIANTE (FCAATA ET FIVA)

La branche AT/MP intervient à un triple titre dans le financement des conséquences sanitaires de l'amiante : elle prend en charge les maladies professionnelles liées à l'amiante dans les conditions de droit commun, elle finance un dispositif spécifique de préretraites pour les personnes exposées à l'amiante (Fonds de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante – FCAATA) et elle indemnise les personnes atteintes d'une maladie liée à l'amiante, selon le principe de réparation intégrale (Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante – FIVA).

#### DOTATIONS DE LA BRANCHE AT/MP AUX FONDS AMIANTE

(en millions d'euros)

	2002	2003	2004	2005	2006
Dotation au FCAATA	300	450	500	600	700
Dotation au FIVA	180	190	100	200	315
<b>Total annuel</b>	<b>180</b>	<b>640</b>	<b>600</b>	<b>800</b>	<b>1.015</b>
Total cumulé	1.227	1.867	2.467	3.267	4.282

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale.

## 1.- Le Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante

Le Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante a été institué par l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, afin de verser une allocation, un revenu de remplacement, au bénéfice des salariés de moins de 50 ans qui cessent de travailler ou ont travaillé dans des établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amiante et figurant sur une liste fixée par décret et au bénéfice de salariés atteints d'une maladie professionnelle due à l'amiante figurant sur une liste <sup>(1)</sup>. Le FCAATA concentre la majeure partie des dépenses de la branche AT/MP, du fait de sa très forte attractivité par rapport aux autres dispositifs de préretraites.

S'agissant du financement, il a été prévu initialement que le fonds, géré par la Caisse des dépôts et consignations<sup>(2)</sup>, devait être alimenté par une contribution de l'État et un versement de la branche accidents du travail.

La contribution de l'État a été remplacée, dans la loi de financement pour 2000, par une fraction égale à 0,39 % du produit de droits de consommation sur les tabacs. Depuis la loi de financement pour 2004, cette fraction est fixée à 0,31 %.

### ÉVOLUTION DES RECETTES DU FCAATA

*(en millions d'euros)*

Années	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Contribution branche AT-MP du régime général	205,8	300	450	500	600	700
Droits sur les tabacs	31,5	34,3	32,4	29	29	29
Total	237,3	334,3	482,4	529	629	729

L'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 a complété ce dispositif de financement, en instituant une contribution à la charge des entreprises au profit du Fonds. Cette contribution est due par les entreprises pour chaque salarié ou ancien salarié à raison de son admission au bénéfice de l'allocation de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante. Le décret n° 2005-417 du 2 mai 2005 a précisé les modalités de calcul de la contribution et organisé la répartition des tâches entre les CRAM et l'URSSAF chargée de son recouvrement.

La contribution est plafonnée à 2,5 % de la masse salariale de l'entreprise et ne peut pas dépasser 2 millions d'euros. Elle n'est pas due pour le premier bénéficiaire admis au cours d'une année civile. En outre, les entreprises placées en redressement ou liquidation judiciaire sont exemptées du paiement de la contribution. Les CRAM sont chargées d'identifier les entreprises redevables et de calculer le montant de la contribution puis de communiquer ces informations à

(1) Le dispositif a été étendu aux salariés des établissements de flocage, de calorifugeage et de la réparation navale ainsi qu'aux dockers professionnels ayant manipulé des sacs d'amiante, et, fin 2001, aux personnels portuaires assurant la manutention et l'assouplissement des conditions de manipulation. Des arrêtés ont fixé, puis étendu, la liste des établissements et des ports.

(2) Les prestations sont quant à elles gérées par les caisses régionales d'assurance maladie.

l'URSSAF. L'URSSAF est chargée d'appliquer les différents plafonds et exonérations au montant de la contribution calculé par la CRAM avant de procéder à son appel et à son recouvrement.

Compte tenu de la charge croissante que représente le financement de l'allocation, qui est passé de 54 millions d'euros en 2000 à 324 millions d'euros en 2002 et qui devrait atteindre 770 millions d'euros en 2005, et de son poids sur l'ensemble des entreprises, cette mesure permet de mettre plus particulièrement à contribution, dans des limites économiquement raisonnables, les entreprises dont les salariés ou anciens salariés bénéficient de l'allocation. Ces entreprises prennent à leur charge 15 % du coût total de l'allocation dont bénéficient leurs salariés ou anciens salariés entrant dans le dispositif.

Cette nouvelle contribution est cependant loin d'avoir atteint le rendement escompté : seulement 30 millions d'euros de recettes, contre 120 millions d'euros attendus. En conséquence, le Gouvernement se voit contraint, pour 2006 de demander une augmentation de 100 millions d'euros du versement de la branche accidents du travail au FCAATA, et de prévoir en conséquence une majoration des cotisations AT/MP payées par toutes les entreprises.

Pour garantir l'efficacité de la mesure votée l'an dernier, et responsabiliser ainsi les entreprises responsables des maladies de l'amiante, votre Rapporteur propose d'augmenter le rendement de la contribution due par ces entreprises, ce qui permettra en contrepartie une non augmentation des cotisations payées par toutes les entreprises. Il s'agit de l'application du principe pollueur = payeur.

En ce qui concerne l'optimisation de la gestion du fonds, les ministres chargés de la santé et du travail ont chargé l'IGAS d'une mission d'évaluation, pour proposer des pistes de réforme. Votre Rapporteur attend les conclusions de cet audit, dont les conclusions devraient être rendues à la fin du mois d'octobre 2005.

## 2.- Le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), établissement public administratif, a été créé par l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 afin de procéder à la réparation intégrale des préjudices subis par les personnes ayant obtenu la reconnaissance d'une maladie professionnelle occasionnée par l'amiante ou par les personnes ayant été exposées directement à l'amiante.

Ce fonds doit permettre de limiter le développement des actions judiciaires tendant à obtenir le versement d'indemnités réparatrices intégrales en cas de faute. En effet, lorsqu'un accident est dû à la faute inexcusable de l'employeur, la victime a droit à une indemnisation complémentaire, versée par la caisse et récupérée ensuite par celle-ci auprès de l'employeur. Le dispositif prévoit que l'acceptation des offres du fonds vaut désistement des actions juridictionnelles en

indemnisation en cours et rend irrecevable toute autre action juridictionnelle future en réparation du même préjudice, le fonds étant subrogé, à due concurrence des sommes versées, dans les droits que possède le demandeur contre la personne responsable du dommage.

Le Fonds est alimenté par une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général et par une contribution de l'État fixée en loi de finances. L'évolution de ces contributions est rappelée dans le tableau suivant :

**COMPTE DE RÉSULTAT DU FIVA DE 2003 À 2006**

(en millions d'euros)

	2003	2004	2005	2006
Contribution de la branche AT/MP	190	100	200	315
Contribution de l'État	40	0	52	52
Total des recettes par année	230	100	252	367
Total des charges	177	462	440	512
Résultat net annuel	53	- 362	- 188	- 145
Résultat cumulé	696	334	146	1

Depuis sa création en 2001, le Fonds a reçu près de 22.462 dossiers d'indemnisation, dont 8.042 depuis juin 2004. Au 30 juin 2005, 17.459 offres d'indemnisation ont été faites par le FIVA et 95 % d'entre elles ont été acceptées par les victimes et leurs ayants droit. À la même date, les dépenses d'indemnisation s'élevaient à 757 millions d'euros depuis la création du fonds. Les indemnisations versées sur le seul exercice 2005 devraient atteindre 440 millions d'euros.

Le barème d'indemnisation des victimes de l'amiante a été voté par le Conseil d'Administration du Fonds le 21 janvier 2003. Il s'agit d'un barème *ad hoc*, qui prend en compte la spécificité des pathologies propres à l'amiante : angoisse liée à l'incertitude quant à l'évolution de la pathologie et impossibilité, dans la plupart des cas, de définir une date de consolidation de la pathologie. Ce barème poursuit l'objectif d'indemniser de façon juste, équitable et intégrale l'ensemble des préjudices subis par toutes les victimes de l'amiante. Il tente ainsi de remédier aux disparités géographiques d'indemnisations attribuées par les juridictions. Les victimes atteintes des maladies les plus graves (mésothéliome, cancer non opérable) perçoivent une indemnisation de leurs préjudices extra patrimoniaux (préjudices moral, physique, d'agrément et esthétique) à la hauteur du niveau d'indemnisation accordé par le Fonds d'indemnisation des transfusés et hémophiles (FITH), soit 150.000 euros pour une personne atteinte à 45 ans d'un mésothéliome (pathologie propre à l'exposition à l'amiante) ou d'un cancer à issue fatale, et 100.000 euros à 65 ans. Les personnes bénéficient par ailleurs, en sus, d'une indemnisation de leur incapacité permanente, sous la forme d'une rente annuelle de 16.000 euros, en partie réversible au conjoint en cas de décès.

Compte tenu de l'explosion des dépenses d'indemnisation et pour assurer la pérennité de ce fonds, votre Rapporteur souhaite qu'une réflexion soit menée

rapidement sur l'évolution du dispositif afin, notamment, d'assurer une meilleure cohérence entre les indemnisations accordées par le fonds et celle des tribunaux.

## II.- LA BRANCHE FAMILLE

### A.- LA SITUATION FINANCIERE DE LA BRANCHE

Les comptes de la branche famille, en droits constatés, se présentent de la façon suivante :

#### COMPTES DE LA CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES

(droits constatés, en millions d'euros)

	2003	2004	Évolution 2004/2003 (en %)	2005	Évolution 2005/2004 (en %)	2006	Évolution 2006/2005 (en %)
Charges nettes	46.695	48.870	4,7	51.059	4,5	53.142	4,1
Produits nets	47.121	48.513	3,0	49.973	3,0	51.921	3,9
<b>Résultat net</b>	<b>426</b>	<b>- 357</b>	-	<b>- 1.086</b>	-	<b>- 1.221</b>	-

Source : ministère de la Santé et des solidarités

**En 2004, pour la première fois depuis 1998, la branche famille a enregistré un déficit de 357 millions d'euros.**

Cette dégradation des comptes est due à une progression importante de trois postes de dépenses. Les dépenses de prestations légales ont connu une forte hausse, notamment en raison de la montée en charge de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) (+ 4,2 % pour les prestations légales) mais également d'une forte croissance de l'allocation logement à caractère familial (+ 6,3 %). Les dépenses d'action sociales ont enregistré une progression très importante de 17,6 %.

Les recettes assises sur les revenus d'activité ont progressé de 2,8 %, soit un rythme lent, bien qu'un peu plus soutenu qu'en 2003. Les cotisations des travailleurs indépendants ont enregistré une baisse exceptionnelle de 2,7 %, en raison d'une importante modification du calendrier de recouvrement (suppression de l'ajustement).

Rappelons qu'en 2004, a été mis en place le plan d'aide au financement de nouvelles places de crèches : le dispositif d'aide à l'investissement pour la petite enfance <sup>(1)</sup>. Par ailleurs, à compter du second trimestre 2004, un ensemble de mesures portant sur les allocations logement (suppression de l'abattement de frais de garde, suppression du mois de rappel en cas de chômage, hausse de la participation minimale et du seuil de non-versement) ont entraîné une économie de 40 millions d'euros. Ce montant devrait doubler en 2005.

(1) Après les précédents fonds d'investissement pour la petite enfance et de l'aide exceptionnelle à l'investissement.



**En 2005, le déficit de la CNAF devrait se creuser et atteindre 1,08 milliard d'euros.**

Le rythme de croissance des prestations légales devrait demeurer dynamique (+ 4,4 %) en raison de la poursuite de la montée en charge de la PAJE. La participation de la branche famille au financement de l'aide personnelle au logement (APL) progresserait de 7,5 %, principalement en raison d'une modification de la clé de financement de ces aides, qui devrait augmenter la charge de la branche de 270 millions d'euros. La hausse des dépenses de prestations extralégales devrait ralentir par rapport à 2004, mais le rythme de croissance, encadré par la nouvelle convection d'objectifs et de moyens, devrait rester à un niveau élevé de 7,2 %.

S'agissant des recettes, les cotisations des salariés – y compris exonérations – devraient connaître une hausse modérée de 2,9 %. Les cotisations des non salariés profiteraient de la croissance retrouvée des revenus des travailleurs indépendants après une année 2003 difficile.

Soulignons qu'à partir de 2005, le transfert de la gestion des prestations de fonctionnaires de l'État aux caisses d'allocations familiales devrait entraîner une augmentation des dépenses sociale de la branche de l'ordre de 56 millions d'euros. Enfin, depuis le 1<sup>er</sup> août 2005, la prime d'adoption a vu son montant doublé.

**En 2006, le déficit de la branche famille est évalué à 1,22 milliard d'euros.** Les charges nettes de la branche devraient connaître une hausse de 4,1 % et s'établir à 53,142 milliards d'euros. La hausse des recettes nettes de la branche devrait être plus modérée – 3,9 % – celles-ci étant évaluées à 51,921 milliards d'euros.

Le tableau suivant retrace le coût cumulé des différentes mesures nouvelles prises depuis 2003 :

**COUTS CUMULES POUR LA CNAF DES MESURES NOUVELLES PRISES DEPUIS 2003<sup>(1)</sup>**

(en millions d'euros)

	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
Allocations familiales	15	98	110	110
PAJE	–	275	775	1.200
Doublement de la prime d'adoption	–	–	1	1
ALF	–	– 20	– 40	– 40
Allocation d'éducation spéciale	–	–	–	15
<b>Total des mesures sur prestations légales</b>	<b>15</b>	<b>353</b>	<b>846</b>	<b>1.286</b>
Dotations FNH-FNAL	–	– 20	– 40	– 40
Majorations pour enfants	451	982	1.048	1.095
Plans crèches (FIPE, AEI, DAIPE)	70	92	124	80
Transferts gestion PF des fonctionnaires	–	–	56	56

Source : rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale

**B.- LA MONTEE EN CHARGE DE LA PRESTATION D'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT (PAJE)**

Les années 2005 et 2006 devraient être principalement marquée par la montée en charge de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE). Ce nouveau dispositif étant ouvert aux naissances postérieures au 1<sup>er</sup> janvier 2004, il remplace progressivement les allocations destinées à l'aide à la petite enfance et achèvera sa montée en charge lors de l'exercice 2007. Il s'articule selon trois modules :

- une prime de naissance suivie d'une allocation forfaitaire venant remplacer l'APJE ;
- une aide à la garde se substituant à l'AFEAMA et à l'AGED ;
- un complément d'activité, se substituant progressivement à l'APE, destiné aux parents qui cessent ou réduisent leur activité professionnelle à la naissance d'un enfant.

En 2004, première année de mise en œuvre de la prestation, celle-ci a eu un coût net, en tenant compte du remplacement progressif par la PAJE des prestations à destination du jeune enfant (APJE, allocation d'adoption, APE, AFEAMA et AGED), estimé à **275 millions d'euros**. En 2005, ce coût net atteindrait **775 millions d'euros** puis **1.200 millions d'euros** en 2006.

La forte progression de cette prestation résulte des éléments suivants :

- la montée en charge de la prime à la naissance ou à l'adoption est achevée en 2005 ; elle représente aujourd'hui une dépense de l'ordre de 600 millions d'euros par an. De 50.000 à 55.000 familles sont bénéficiaires de la mesure chaque mois ;

(1) Ce tableau présente des écarts à un compte tendanciel sous-jacent à législation constante. Ainsi, la mise en œuvre de la PAJE a un coût estimé de 275 millions d'euros en 2004 et 500 millions d'euros supplémentaires en 2005, soit 775 millions d'euros de coût cumulé fin 2005 par rapport à un compte tendanciel sans réforme.

– *la couverture des familles bénéficiaires de l'allocation de base* est en progression de 15 % par rapport à l'allocation pour jeune enfant, qu'elle a remplacée. La montée en charge de l'allocation de base et l'extinction de l'APJE seront achevées en 2007. On dénombre environ 940.000 familles bénéficiaires de l'allocation de base de la PAJE pour un coût de 2,2 milliards d'euros en 2005 ;

– *le complément de libre choix d'activité* compte 37.000 bénéficiaires au titre d'un enfant de rang un, 150.000 bénéficiaires au titre d'un enfant de rang deux et 89.000 bénéficiaires au titre d'un enfant de rang trois et plus, soit 276.000 bénéficiaires au total, pour un coût de 1,2 milliard d'euros en 2005.

– on dénombre environ 203.000 bénéficiaires du *complément de libre choix du mode de garde* de la PAJE, dont 189.000 au titre de la garde par un assistant maternel agréé, pour un coût total de 1 milliard d'euros.

– en application de la loi du 4 juillet 2005 relative à l'adoption, le *montant de la prime à l'adoption* de la PAJE a été doublé par rapport à la prime à la naissance à compter du 1<sup>er</sup> août 2005, soit 1.660 euros, afin d'aider les familles à supporter les charges supplémentaires liées à l'adoption d'un enfant.

Par ailleurs, il apparaît que le nombre d'allocataire a été sous-évalué. Trois facteurs expliquent cette situation. L'effet de la hausse du plafond de ressources de l'allocation de base a été initialement sous-estimée et se traduit par un surcoût croissant tout au long de la montée en charge du dispositif.

En outre, le complément d'activité succède à l'allocation parentale d'éducation en proposant trois modifications importantes : la création d'une aide dès le premier enfant, une restriction des conditions d'accès aux aides au deuxième enfant et au-delà, ainsi qu'une majoration de l'aide destinée aux parents travaillant à temps partiel ; il semble, d'une part, que l'impact du resserrement des conditions d'accès au complément d'activité soit moindre que prévu et que, d'autre part, le recours aux aides à taux partiel soit devenu plus fréquent (les précédentes prévisions n'intégraient pas une telle modification de comportement).

Enfin, le complément de libre choix de mode de garde succède à l'allocation de garde d'enfant à domicile et à l'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée en proposant deux modifications substantielles : les montants servis au titre des trois niveaux de compléments ont été revalorisés de façon importante et le segment de revenus sur lequel est servi le complément intermédiaire a été élargi. Il en résulte une attractivité accrue qui a augmenté le taux de recours au dispositif, alors que les prévisions de montée en charge avaient été réalisées à comportements constants.

**Soulignons que l'article 54 du projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit, contrairement à ce qui était prévu dans le dispositif initial, que les enfants nés entre le 1<sup>er</sup> janvier 2001 et le 1<sup>er</sup> janvier 2004 ne pourront pas se trouver régis à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2007 par le régime de la PAJE.**

## C.- LES MESURES DE LA CONFERENCE DE LA FAMILLE

La Conférence de la famille qui s'est tenue le 22 septembre dernier a retenues deux problématiques pour 2006 : l'accompagnement des familles dans l'usage des nouvelles technologies et l'approfondissement de la notion de libre choix des familles. En conséquence, deux mesures du projet de loi de financement de la sécurité sociale répondent à cette seconde priorité.

En premier lieu, l'article 52 du projet de loi de financement **propose de créer un complément optionnel de libre choix d'activité**. Cette composante de la prestation d'accueil du jeune enfant est attribuée au parent qui choisit de ne plus exercer d'activité professionnelle ou de l'exercer à temps partiel pour s'occuper d'un enfant jusqu'à son troisième anniversaire. Le dispositif ne correspond pas à l'attente de tous les publics. En raison de sa durée (3 ans), les parents peu qualifiés peuvent avoir de grandes difficultés à se réinsérer dans le monde du travail. Par ailleurs, en raison de son montant (513 euros), la perte de revenu peut, pour certaines catégories, être importante.

Le dispositif actuel est maintenu, mais il est proposé d'offrir une alternative plus courte (un an) et mieux rémunérée (750 euros) : c'est l'objet du complément optionnel de libre choix d'activité (COLCA). Ce choix est effectué à l'ouverture du droit au complément et est définitif. Ce COLCA est réservé aux personnes qui assument la charge d'au moins trois enfants. L'activité professionnelle antérieure minimale exigée est identique à celle du complément de rang trois de droit commun (deux ans dans les cinq dernières années). Ce complément optionnel est toutefois réservé aux personnes bénéficiaires du choix d'activité à taux plein : l'option n'est ainsi pas ouverte aux personnes souhaitant conserver une activité à temps partiel.

Ce dispositif devrait entrer en vigueur au 1<sup>er</sup> juillet 2006 pour tous les enfants nés ou adoptés à compter de cette date. **Le coût, en année pleine, de cette mesure a été évalué à 140 millions d'euros pour un nombre de bénéficiaires estimé à 50.000.** Compte tenu de la mise en œuvre de la mesure au 1<sup>er</sup> juillet 2006 et des délais de montée en charge du dispositif, **le coût 2006 serait limité à 35 millions d'euros.**

Par ailleurs, **l'article 53 du projet de loi de financement de la sécurité sociale propose de rénover l'allocation de présence parentale**. En effet, malgré les améliorations apportées en 2002 au dispositif de congé et d'allocation de présence parentale créés en 2001, le comité de suivi de la prestation a constaté que l'allocation de présence parentale versée à 3.600 personnes au 31 décembre 2004 ne rencontrait toujours pas le public attendu lors de sa création (13.000). De plus, il a mis en exergue le caractère rigide des modalités du congé de présence parentale (nécessité d'une cessation totale ou partielle d'activité sans possibilité d'absences ponctuelles variant selon l'évolution de l'état de santé de l'enfant, durée minimale du congé de 4 mois notamment).

Comme c'est le cas à présent, le dispositif rénové s'adresserait aux parents qui exercent une activité professionnelle salariée ou non, sont à la recherche d'un emploi ou sont stagiaires rémunérés de la formation professionnelle. L'enfant doit être atteint d'une maladie, d'un handicap ou être victime d'un accident, nécessitant une présence soutenue ou des soins contraignants pendant une durée minimale.

Le parent, qui a à faire face subitement à cette situation difficile, sera assuré d'une plus grande souplesse dans la mesure où il pourra prétendre à un **congé de présence parentale sous forme de jours d'absence - 310 jours ouvrés - au sein d'une période (maximale) de droit de 3 ans.**

Pour caractériser la gravité de la maladie ou de l'accident de l'enfant, le médecin devra attester de la nécessité d'une présence soutenue des parents ou de soins contraignants d'une durée initiale de 4 mois (ou 2 mois en cas d'affection périnatale). Par ailleurs, et cela constitue une novation, le médecin qui suit l'enfant, devra indiquer la durée prévisible du traitement de l'enfant.

S'ouvrira alors une période dont la durée est égale à cette durée prévisible déterminée par le médecin au cours de laquelle le parent pourra bénéficier de son droit à congé et adopter l'organisation la plus adaptée à la situation sanitaire de son enfant. Tous les 6 mois, le droit à l'allocation journalière de présence parentale fera l'objet d'un réexamen qui pourra se traduire par une prolongation ou non de ce droit.

Chaque mois, l'allocataire fera connaître à l'organisme débiteur des prestations familiales le nombre de jours de présence passés auprès de l'enfant sur la base d'une déclaration sur l'honneur. Pour chacun de ces jours sera versée une allocation journalière de présence parentale d'un montant de 38,44 euros, majorée en cas d'isolement du parent soit 45,65 euros par jour. Ces montants sont équivalents à ceux versés dans le cadre de l'allocation actuelle. De plus, lorsque la maladie de l'enfant exigera des déplacements, un complément d'un montant mensuel forfaitaire de 100 euros sera versé. Enfin, le parent est affilié obligatoirement et gratuitement à l'assurance vieillesse au titre de l'assurance vieillesse du parent au foyer selon des modalités rénovées.

La présente réforme devrait s'appliquer à toute nouvelle demande d'allocation journalière de présence parentale déposée à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2006. Les bénéficiaires actuels de l'allocation de présence parentale continueraient à en bénéficier dans les conditions applicables à la date de l'ouverture du droit.

**Le coût total de la mesure – évalué au terme de la montée en charge, en 2008, à 79 millions d'euros** – résulte de la combinaison de deux effets : un effet prix lié à la création du nouveau complément pour frais de 100 euros, et un effet volume lié à l'attractivité accrue du dispositif qui devrait drainer un nombre accru de bénéficiaires (13.000 bénéficiaires potentiels).

**Compte tenu de la mise en œuvre de la mesure au 1<sup>er</sup> juillet 2006 et des délais de montée en charge du dispositif, le coût 2006 serait limité à 21 millions d'euros.**

### III.- LA BRANCHE VIEILLESSE

#### A.- LA CNAV ENREGISTRE UN DEFICIT DE 2 MILLIARDS D'EUROS EN 2005

En 2004, le solde du compte de résultat de la CNAV est resté excédentaire de 255 millions d'euros, en baisse de près de 700 millions d'euros par rapport à 2003. Cette dégradation est due à la montée en charge de la mesure relative au départ anticipé à la retraite des travailleurs âgés, alors que la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites ne produit pas encore ses effets positifs sur les comptes.

Au 30 juin 2005, 182.100 retraites anticipées « longue carrière » ont été attribuées depuis l'origine de la mesure. 111.800 correspondent à un départ au cours de l'année 2004, et 70.300 à un départ en 2005. En prolongeant les tendances observées, on devrait enregistrer environ 100.000 départs au cours de l'année 2005, et près de 80.000 pour l'année 2006. Les flux 2004 et 2005, dans une moindre mesure, sont particulièrement importants du fait de l'effet de « rattrapage de stock » lié à l'ouverture du dispositif au 1<sup>er</sup> janvier 2004. Le coût de la mesure devrait néanmoins être croissant, car les bénéficiaires restent en moyenne deux ans dans le dispositif<sup>(1)</sup>. On peut estimer le coût de la mesure à 560 millions d'euros en 2004, 1,3 milliard en 2005 et 1,7 milliard en 2006.

En 2005, la CNAV devrait enregistrer un déficit de près de 2 milliards d'euros. Les charges de la CNAV devraient atteindre 80,8 milliards d'euros en 2005, soit une progression de 6,7 % par rapport à 2004 (contre + 5 % entre 2003 et 2004). L'accélération est due à deux phénomènes :

- la montée en charge de la retraite anticipée, pour 1,3 milliard d'euros ;
- l'intégration des retraites des agents des industries électriques et gazières (IEG), pour environ 1,4 milliard d'euros.

Les recettes ne devraient progresser que de 3,8 % en 2005, ce qui explique le creusement du déficit. Hors IEG, la progression des cotisations est de 3 %. À celles-ci s'ajoutent 790 millions d'euros de cotisations versées par les IEG. En outre, la caisse nationale des IEG verse à la CNAV en 2005 un vingtième des 40 % de la « soulte » qui n'ont pas été payés en 2004.

#### **L'adossment du régime de retraite des IEG aux régimes de droit commun**

La loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz a posé le principe de l'adossment du régime spécial des industries électriques et gazières (IEG) aux régimes de droit commun, tout en garantissant aux personnels le maintien de leur statut actuel. La caisse nationale des IEG créée à cette occasion gère ce régime spécial. La responsabilité financière de ce régime est répartie entre la CNAV, l'AGIRC, l'ARRCO et la nouvelle caisse, pour les droits excédant ceux à la charge des

(1) L'âge moyen des attribution de l'année 2004 était très proche de 58 ans. Les personnes sortent de la mesure lorsqu'elles atteignent l'âge de 60 ans.

régimes de droit commun. Les salariés et les employeurs de IEG versent des cotisations aux régimes d'accueil, au taux de droit commun : la cotisation salariale est de 12 %, la cotisation patronale de 24 % (régimes de base et complémentaire). En contrepartie, les régimes de droit commun verseront le montant des pensions calculées selon leurs propres règles.

Des conventions financières ont été conclues entre la CNIEG et les régimes de droit commun (CNAV, AGIRC, ARRCO) afin d'adosser le régime IEG dans le respect du principe de neutralité financière pour l'ensemble des assurés sociaux. La différence entre les cotisations acquittées dans l'avenir par les IEG, et les droits payés aux retraités des IEG, permet de définir une contribution de maintien de droits, communément appelée « soulte ».

En ce qui concerne le régime de base, le montant de la contribution exceptionnelle due à la CNAV a été fixé à 7,6 milliards d'euros. 40 % de cette soulte, soit 3 milliards d'euros, ont été versés par la CNIEG, dès 2005, au fonds de réserve des retraites. Celui-ci en assure la gestion financière pour le compte de la CNAV jusqu'en 2020. Les 60 % restants seront payés par la CNIEG à la CNAV en 20 annuités de 287 millions d'euros chacune, à compter de 2005.

Le montant de la contribution exceptionnelle due au titre des régimes de retraite complémentaire AGIRC et ARRCO s'élève à 799 millions d'euros pour la branche, dont 90 % seront versés en 2005 et 10 % en 2006. En outre, une contribution de maintien de droits a été intégrée aux accords ; elle sera définitivement fixée en 2010, en fonction de l'évolution de la masse salariale des IEG. Elle est plafonnée à 918 millions d'euros.

La CNIEG prend en charge les droits spécifiques, c'est-à-dire ceux qui excèdent les droits garantis par les régimes de droit commun.

La loi du 9 août 2004 a instauré au profit de la CNIEG une contribution tarifaire sur le transport et la distribution d'électricité et de gaz naturel (CTA). Elle permettra à la CNIEG de financer les droits spécifiques passés et une partie de la soulte versée à la CNAV. La mise en place de la CTA s'accompagne d'une diminution des tarifs d'utilisation des réseaux publics, ce qui permet d'assurer la neutralité tarifaire TTC pour les clients finals.

L'article 22 du PLFSS prévoit un déficit de l'ordre de 1,4 milliard d'euros en 2006 pour le régime général.

L'objectif de dépenses est de 83,1 milliards d'euros (article 50 du présent projet de loi), et les prévisions de recettes de 81,6 milliards d'euros (article 20). Cette prévision prend en compte l'augmentation prévue des cotisations retraites : la cotisation salariale passe de 6,55 à 6,70 %, et la cotisation employeur de 8,2 à 8,25 %. Cette augmentation rapporta 880 millions d'euros de recettes supplémentaires à la CNAV.

Les perspectives financières de la CNAV sont préoccupantes. L'annexe B du projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit pour les années 2007 à 2009 des déficits de l'ordre de 1,7 milliard, 1,8 milliard et 2,2 milliards d'euros respectivement. Le Conseil d'orientation des retraites (COR) a débattu, le 10 octobre dernier, des projections financières des régimes de retraite à l'horizon 2050. La réforme de la loi Fillon du 21 août 2003 devrait améliorer les comptes de la CNAV de 4,9 milliards d'euros en 2020 et de 12,1 milliards d'euros en 2050.

Elle devrait enregistrer un déficit de l'ordre de 4,3 milliards d'euros en 2020 (au lieu de 9,2 milliards s'il n'y avait pas eu de réforme) et de 52,1 milliards en 2050 (au lieu de 64,2 milliards). Toutefois, ces projections s'appuient sur l'hypothèse d'un retour à un taux de chômage de 4,5 % à partir de 2015.

## B.- LE FONDS DE SOLIDARITE VIEILLESSE (FSV)

Le FSV est un établissement public administratif placé sous la tutelle du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget. Il assure le financement des avantages d'assurance vieillesse à caractère non contributifs relevant de la solidarité nationale. À ce titre, il a en charge trois catégories de dépenses : le minimum vieillesse, les majorations de pensions pour enfants et conjoints à charge et les cotisations prises en charge au titre des périodes validées gratuitement par les régimes d'assurance vieillesse de base et complémentaires (préretraites, chômage...).

Les comptes du FSV sont par nature sujets à des fluctuations importantes. En effet, une large part de ses produits et de ses charges est étroitement corrélée à la conjoncture économique : ainsi, les recettes de CSG sont fortement liées à la progression de la masse salariale, et les dépenses au titre du chômage dépendantes du marché de l'emploi.

<b>COMPTE DE RÉSULTAT DU FSV</b>			
<i>(en milliards d'euros)</i>			
	<b>Montants 2004</b>	<b>Montants 2005*</b>	<b>Montants 2006*</b>
<b>Nature de la recette</b>			
CSG	9,56	9,83	10,24
Prélèvement social de 2 %	0,38	0,37	0,42
C3S	1,30	0,20	0,24
Transfert CNAF	1,96	2,07	2,16
Produits financiers	0,01	0,00	0,00
Autres cotisations	0,01	0,04	0,04
Reprises sur provisions	0,02	0,02	0,02
Produits exceptionnels	0,12	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>13,36</b>	<b>12,53</b>	<b>13,12</b>
<b>Nature de la dépense</b>			
Chômage	7,91	8,27	8,18
Minimum vieillesse	2,54	2,61	2,63
Majorations de pensions	3,35	3,52	3,63
Charges techniques diverses, financières et exceptionnelles	0,20	0,16	0,16
<b>Total</b>	<b>14,00</b>	<b>14,56</b>	<b>14,60</b>
<b>Résultat net</b>	<b>- 0,64</b>	<b>- 2,03</b>	<b>- 1,48</b>
* : <i>Montants en italique = estimations</i>			
Source : PLFSS			



### 1.– L'augmentation continue des charges du FSV

Les dépenses du FSV augmentent de 4 % en 2005. La croissance des prestations dues au titre du minimum vieillesse ralentit (+ 1,6 % en 2004, + 2,7 % en 2005 et + 0,8 % en 2006). Les majorations de pension pour enfant continuent d'augmenter à un rythme soutenu (+ 5 % environ en 2004 et 2005, + 3,1 % en 2006).

Les transferts au titre du chômage diminuent (- 1 %) après avoir fortement augmenté en 2004 et 2005 (respectivement + 7,5 % et + 4,6 %). Cette augmentation est en partie due à la revalorisation du SMIC horaire au 1<sup>er</sup> juillet 2005, conséquence de la convergence programmée du SMIC et des GMR entre le 1<sup>er</sup> juillet 2003 et le 1<sup>er</sup> juillet 2005.

### 2.– Des produits insuffisants

Les ressources du FSV sont constituées d'une fraction de CSG, une fraction du prélèvement social de 2 %, une partie de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S), une participation de la CNAF à la prise en charge des majorations de pensions, et le produit des placements du fonds.

Depuis 2000, les recettes traditionnelles du FSV ont été en partie détournées pour financer les allègements de charges liés aux 35 heures (*via* le FOREC), puis l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), sans qu'aucune logique ne guide ces affectations de recettes.

En 2004, le FSV a bénéficié exceptionnellement d'un double versement de C3S, l'un relatif à l'excédent dégagé en 2003, et l'autre au titre du versement anticipé de l'excédent de C3S relatif à 2004 (soit 1,3 milliard d'euro au total). En effet, jusqu'en 2004, le FSV recevait l'excédent de C3S du dernier exercice clos restant après répartition au profit de la CANAM, de l'ORGANIC et de la CANCAVA, et du BAPSA<sup>(1)</sup>. En 2004, ce décalage a été supprimé : ainsi, le solde de l'année 2003 et celui prévisionnel de l'année 2004 ont été reversés au FSV en 2004. Et, à partir de 2005, le solde du produit de la C3S de l'année sera affecté au FSV durant le même exercice. Les recettes de C3S du FSV tombent à 0,2 milliard d'euros en 2005.

### 3.– Un déficit historique en 2005

Le FSV est déficitaire depuis 2002. En 2004, il a enregistré un déficit un peu moins élevé qu'en 2003 (639 millions d'euros contre 934 millions d'euros).

En 2005, le déficit devrait atteindre 2 milliards d'euros, son plus bas niveau depuis sa création. Il devrait remonter légèrement en 2006, pour atteindre - 1,5 milliard.

---

(1) En 2005, le régime des exploitants agricoles (FIPSSA) n'est plus destinataire d'attribution de C3S.

Le déficit du FSV est structurel. Il tient d'une part à la réduction progressive des sources de financement du fonds, conséquence des mesures successives prises dans les lois de financement de la sécurité sociale, et d'autre part, à l'accroissement des dépenses, notamment celle du financement de la retraite de base des chômeurs.

Or, la situation déficitaire du fonds a pour conséquence le non-remboursement à la CNAV d'une partie de ses dépenses de solidarité. C'est sur la trésorerie de la CNAV que pèsent les dettes et retards de paiement du FSV.

### C.- QUEL AVENIR POUR LE FONDS DE RESERVE DES RETRAITES (FRR) ?

Le Fonds de réserve pour les retraites (FRR) a été instauré par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999. La loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001 en a fait un établissement public administratif, le rendant indépendant du FSV qui le gérât auparavant. L'objectif initialement fixé était d'accumuler un capital de l'ordre de 150 milliards d'euros pour 2020, afin d'aider les régimes de retraite à surmonter le déséquilibre démographique de la période 2020-2040.

La loi de financement de la sécurité sociale a confié au FRR la mission de gérer pour le compte de la CNAV 40 % de la soulte versée par la caisse nationale des industries électriques et gazières (soit 3,06 milliards d'euros), jusqu'en 2020.

#### 1.- La disparition progressive des sources de financement du FRR

En 2004, les recettes du fonds se sont élevées à 2,5 milliards d'euros. En 2005, ainsi qu'en 2006, elles ne devraient atteindre que 1,7 milliard d'euros.

On constate une baisse continue des recettes depuis 2002, due au tarissement des ressources normalement affectées au fonds et prévues à l'article L. 135-7 du code de la sécurité sociale. Ces ressources sont les suivantes :

– une fraction du solde du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés (C3S) : le produit de cette cotisation étant en priorité destiné à équilibrer la situation financière des régimes des « non non », le résidu attribué au FRR est aléatoire ; aucun versement n'est encore intervenu depuis 2000 ;

– tout ou partie des excédents du FSV : le FSV étant déficitaire depuis 2002, le FRR n'en a rien reçu ; la situation financière du FSV dépendant largement du marché du travail, le FRR ne peut pas attendre d'abondement de la part du FSV à court terme ;

– l'excédent de la CNAV au titre du dernier exercice clos ; en 2004, le versement de l'exercice 2003 a été de 946 millions d'euros ; votre Rapporteur se réjouit que le projet d'attribuer l'excédent de la CNAV de l'exercice 2004 (255 millions d'euros) au FSV ait été abandonné, notamment à la suite de l'avis

défavorable émis à l'unanimité par le conseil d'administration de la CNAV ; en effet, cette disposition ne résolvait pas le problème des déficits récurrents du FSV, tout en contournant celui du tarissement des ressources du FRR, dont la fonction est d'accumuler des réserves pour l'avenir ; depuis l'exercice 2005, la branche vieillesse est déficitaire ; étant donné la situation démographique, le FRR ne doit plus compter sur des versements de la part de la CNAV à l'avenir ;

– des recettes de privatisations ; le dernier versement au titre des privatisations remonte à 2002 ; fin 2003, le FRR avait au total reçu 6 milliards d'euros de produits de cessions d'actifs ; il n'est pas prévu d'affecter de recettes des privatisations récentes au FRR ;

– une fraction égale à 65 % du prélèvement social de 2 % sur les revenus du patrimoine ; elle constitue la part la plus importante des ressources du FRR, soit 1,2 milliard d'euros en 2005 et 1,2 milliard également prévus pour 2006 ;

– les produits des placements financiers du fonds lui-même ; ils devraient être de 500 millions d'euros en 2005, et 600 millions en 2006.

**En définitive, le FRR ne peut plus compter que sur les deux dernières ressources mentionnées.** L'accumulation de réserves est donc nettement ralentie par la baisse des recettes versées au fonds. Au 31 décembre 2005, les réserves du fonds devraient atteindre 20,6 milliards d'euros, hors soulte des industries électriques et gazières. À législation constante, elles seront de 22,3 milliards d'euros fin 2006.

**RECETTES ET RESERVES DU FONDS DE RESERVE DES RETRAITES <sup>(1)</sup>**

(en milliards d'euros)

	<b>Recettes</b>	<b>Réserves au 31 décembre</b>
2001	3,9	7
2002	5,8	12,8
2003	3,7	16,5
2004	2,5	18,9
2005 <sup>(2)</sup>	1,7	20,6
2006 <sup>(2)</sup>	1,7	22,3

<sup>(1)</sup> : Hors soulte et hors plus-values latentes

<sup>(2)</sup> : Prévisions.

Source : commission des comptes de la sécurité sociale

**2.– La question de l'avenir du FRR est posée**

Au rythme actuel, les réserves accumulées en 2020 n'atteindront pas l'objectif des 150 milliards d'euros initialement fixé. À législation constante, le solde cumulé en 2020 serait d'environ 56 milliards d'euros.

Une réflexion devrait être ouverte sur la justification de cet objectif. Quelle proportion des cotisations devra-t-il prendre en charge entre 2020 et 2040 ? En fonction de cette donnée, de quelles réserves a-t-il besoin ? Votre Rapporteur estime que le Gouvernement devrait dire clairement ce qu'il attend du FRR.

Si l'on assigne comme fonction au FRR de pallier le déséquilibre démographique après 2020, il faut lui en donner les moyens. Il en va de la solidarité entre les générations. Votre Rapporteur estime que les recettes de privatisations doivent être affectées aux générations futures. Il faudrait associer une décision ferme d'affectation d'une fraction des ressources de cessions d'actifs, à l'intérieur d'une doctrine d'emploi qui serait énoncée sous la forme, par exemple, d'une règle de trois tiers : un tiers pour le désendettement de l'État, un tiers pour la croissance à long terme (innovation et recherche), et un tiers pour les retraites.

Par ailleurs, le FRR offre l'avantage pour l'économie française d'être un investisseur stable d'un poids significatif. Plus de 55 % de ses actifs (25 milliards d'euros fin 2005) sont investis en actions.

Ainsi, le FRR peut apporter une réponse au débat récent qui a mis en évidence les conséquences de la faiblesse des fonds de pensions français sur la fragilité de la structure capitalistique de certaines de nos entreprises. Sans être un fonds de pension, le FRR n'en est pas moins un investisseur de long terme très majoritairement investi en actions. Il possède déjà plus de 20 % de bon nombre d'entreprises du CAC 40. En 2006, il compte investir près d'1,5 milliards d'euros dans le non-côté. Le FRR est donc, indirectement, un outil de nature à contribuer, en partie, à la consolidation de la structure capitalistique des entreprises françaises.

#### **La gestion financière des réserves du fonds**

Après une période transitoire de mise en place de l'établissement public, le FRR est entré en 2004 en phase active de placement de ses fonds.

Dans le cadre de la gestion financière déléguée, et à condition qu'il respecte les règles prudentielles définies à l'article R. 135-29 du code de la sécurité sociale, le FRR dispose d'une grande liberté de choix quant aux modalités d'investissement de ses ressources : celles-ci peuvent être placées en actions, titres de créances, parts ou actions d'organismes de placement collectifs et instruments financiers à terme. Il est cependant prévu par la loi que les orientations de la politique de placement du FRR prennent en compte des considérations sociales, environnementales et éthiques, ce dont le directoire rend régulièrement compte au conseil de surveillance.

Le conseil de surveillance a arrêté en avril 2003 les grandes orientations de placement suivantes : les investissements du fonds seront répartis entre les principales classes d'actifs à hauteur de 55 % en actions et 45 % en obligations, dont 38 % pour les actions et les obligations de la zone euro.

Le directoire a lancé, en juillet 2003, une procédure d'appel d'offres pour préparer la délégation de gestion de ses actifs, pour un montant de 16 milliards d'euros. La procédure d'appel d'offres a abouti à la sélection de 38 mandats de gestion.

Les placements sont progressivement activés depuis le milieu de l'année 2004, en fonction de l'évolution des marchés. Ainsi, au 31 décembre 2004, la répartition des actifs du FRR était la suivante : 25,6 % en actions, 7,8 % en obligations et 66,6 % en trésorerie (comptes à terme précités). Les placements activés (actions et obligations) s'élevaient à 6,12 milliards d'euros. Ils ont permis de dégager un résultat financier de 52,7 milliards d'euros et une plus-value latente de 310 milliards d'euros (qui correspond à la plus-value potentielle que le FRR aurait réalisée, si le portefeuille de titres avait été vendu le 31 décembre 2004).

Au 30 juin 2005, le FRR avait placé 14,06 milliards d'euros auprès des gestionnaires sur les 16 milliards d'euros d'appel d'offres initial. Il poursuit actuellement l'activation de ses mandats et a lancé de nouveaux appels d'offres pour deux types de mandats de gestion : les premiers caractérisés par des critères socialement responsables et les seconds relatifs aux marchés non cotés.

Par ailleurs, le FRR gère également la soulte versée par les IEG. Elle est gérée comme l'ensemble des actifs du fonds, mais est identifiée dans ses comptes afin d'être reversée dans son intégralité (augmentée de son rendement de placement) à la CNAV à compter de 2020.

#### **IV.- LE FINANCEMENT DU HANDICAP ET DE LA DEPENDANCE PAR LA CNSA**

Créée par la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) est chargée de la mise en œuvre de la politique de prise en charge de la dépendance tant des personnes âgées que des personnes handicapées.

Elle rassemble en une caisse unique les moyens mobilisables par l'État et les organismes de sécurité sociale pour prendre en charge la perte d'autonomie et une partie des dépenses de soins de ces personnes. La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a défini les missions définitives de la caisse qui devra assurer la répartition équitable, sur le territoire national, du montant des dépenses des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées ou handicapées financés par l'assurance maladie.

La CNSA est dotée de produits propres :

- 0,1 point de CSG ;
- la « contribution de solidarité pour l'autonomie » (CSA), prélevée au taux de 0,3 % sur les revenus salariaux à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2004, en contrepartie de la suppression d'un jour férié ;
- une contribution additionnelle de 0,3 point au prélèvement social de 2 % assis sur les revenus du patrimoine et de placement.

La CNSA dispose, par ailleurs, des produits de différents transferts financiers issus des régimes d'assurance maladie et vieillesse. Ces transferts se mettent en place selon un calendrier de montée en charge prévu de 2004 à 2006.

La structure des produits et des charges en 2004 et 2005 reflète la montée en charge de la caisse.

##### **A.- LA MISE EN PLACE DE LA CNSA EN 2004**

En 2004, la CNSA a financé exclusivement des actions en faveur des personnes âgées. Elle a notamment repris les charges et les produits du fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (FFAPA). Elle apporte en outre une première contribution au financement des établissements médico-sociaux pour personnes âgées.

**EXÉCUTION DU BUDGET DE LA CNSA EN 2004**

*(en millions d'euros)*

<b>DÉPENSES</b>		<b>RECETTES</b>	
<b>Section I : Remboursement de l'emprunt</b>			
Remboursement de l'emprunt FFAPA 2003	223		
Charges financières	9	Contribution solidarité autonomie	410
<b>Excédent</b>	<b>178</b>		
<b>Section II : Financement des établissements et services médico-sociaux pour les personnes âgées</b>			
Contribution aux régimes obligatoires de base de l'assurance maladie	145	Contribution solidarité autonomie	150,5
Abondement section V	4,5		
Diverses charges techniques	1		
<b>Section III : Concours aux départements pour le financement de l'APA</b>			
Concours aux départements	895	Contribution sociale généralisée non déductible	496
		Contribution de solidarité autonomie	351
Diverses charges techniques	3	Reprise de l'excédent section I du FFAPA pour 2004	11
		Excédent section IV	40
<b>Section IV : Modernisation de l'aide aux personnes âgées</b>			
Dépenses de modernisation des services	30	Contribution sociale généralisée non déductible	26
		Produits exceptionnels	10
Transfert à section III	40	Divers autres produits techniques	33
<b>Section V : Actions d'animation et de prévention relatives aux personnes âgées</b>			
Dépenses d'animation et de prévention	0,4		
		Prélèvement sur les ressources de la section II	4,5
<b>Excédent</b>	<b>4,1</b>		
<b>Section VI : Frais de gestion</b>			
Autres services extérieurs	0,3	Prélèvement sur les ressources des sections II à IV	0,3
<b>TOTAL</b>	<b>1351,2</b>	<b>TOTAL</b>	<b>1532,3</b>
<b>EXCEDENT</b>			<b>181,1</b>

*Source : direction de la sécurité sociale*

La contribution de solidarité pour l'autonomie a été prélevée en demi-année, à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2004, pour une recette de 911 millions d'euros.

En ce qui concerne la section I, dédiée à l'opération de remboursement de l'emprunt de 400 millions d'euros souscrit en 2003 pour financer un supplément de concours APA aux départements, l'excédent de 177,3 millions d'euros correspond à la part de l'emprunt (et aux charges d'intérêt afférentes) qui a été remboursée fin janvier 2005, et figure à la section 1 du budget 2005 de la CNSA <sup>(1)</sup>.

*(1) arrêté du 28 avril 2005.*

Dans la section II, 145 millions d'euros ont été alloués au financement des établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées, dans le cadre du plan « vieillissement et solidarité » (2004-2007).

On relève une large sous-consommation de la section V « Animation – prévention en faveur des personnes âgées », qui ressort avec un excédent de 4 millions d'euros. Cette situation s'explique par la nouveauté de cette mission et la mise en place très lente des projets.

## B.– DES COMPTES EXCEDENTAIRES EN 2005

En 2005, le budget de la CNSA est présenté en 5 sections, conformément à l'article 13 de la loi du 30 juin 2004, modifié par l'article 100-II de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005. Une section en faveur des personnes handicapées est créée.

La section I est dédiée aux actions en faveur des personnes âgées. Elle permet de financer trois catégories de dépenses : une contribution aux régimes de base de l'assurance maladie au titre des dépenses relatives aux établissements médico-sociaux pour personnes âgées (368 millions d'euros), des dépenses d'animation et de prévention en faveur des personnes âgées (10 millions d'euros), et des opérations d'investissement et d'équipement des établissements pour personnes âgées et en faveur des personnes souffrant de troubles de la désorientation (fonds de concours pour 50 millions d'euros). Cette section est financée par une fraction de 40 % des produits de la contribution de 0,3 point sur les revenus salariaux et de la contribution additionnelle de 0,3 point au prélèvement social sur les revenus du patrimoine et des placements.

La section II est destinée aux actions en faveur des personnes handicapées. Elle finance une contribution aux régimes de base de l'assurance maladie au titre des dépenses relatives aux établissements médico-sociaux pour personnes âgées (116 millions d'euros), les dépenses correspondant à une accélération du « plan autisme » (33,5 millions d'euros). Cette section apporte également 459 millions d'euros en 2005 à divers fonds de concours du budget de l'État, en vue notamment d'améliorer le niveau des prestations versées aux personnes les plus lourdement handicapées. Cette section est financée, comme la première, par une fraction de 40 % du produit des deux contributions précédemment mentionnées.

La section III apporte un concours aux départements pour le financement de l'APA. Ce concours est de 1,35 milliard d'euros en 2005. La section est financée par une fraction de 20 % du produit des deux contributions précédemment mentionnées.

La section IV est consacrée à la modernisation de l'aide à domicile des personnes âgées. Elle est financée par une fraction de la CSG comprise entre 5 et 12 % de cette contribution (5 % en 2005, soit 47 millions d'euros).



La section V finance les frais de gestion de la CNSA, par un prélèvement sur les sections I et II.

Le tableau suivant présente le budget rectifié par l'arrêté du 28 avril 2005 du budget de la CNSA pour 2005.

**BUDGET DE LA CNSA POUR 2005**

*(en millions d'euros)*

<b>DÉPENSES</b>		<b>RECETTES</b>	
<b>Section I : Actions en faveur des personnes âgées</b>			
Remboursement solde de l'emprunt FFAPA 2003	177	Excédent 2004 de la section « Remboursement de l'emprunt »	177
Contribution aux régimes de base d'assurance maladie	368	Contribution solidarité autonomie	774
Dépenses d'animation et de prévention	10	Abondement de la section V	- 4
Abondement de fonds de concours <sup>(1)</sup>	50	Reprise de l'excédent animation prévention 2004	4
Charges techniques	2		
Excédent	344		
<b>Section II : Actions en faveur des personnes handicapées</b>			
Contribution aux régimes de base d'assurance maladie	116	Contribution solidarité autonomie	774
Accélération du plan autisme	34		
Abondements pour divers fonds de concours	459		
Charges techniques	2	Abondement de la section V	- 4
Excédent	160		
<b>Section III : Concours aux départements pour le financement de l'APA</b>			
Concours aux départements	1.348	Contribution sociale généralisée non déductible	902
Charges techniques	3	Contribution de solidarité autonomie	387
		Contribution des régimes d'assurance vieillesse	62
<b>Section IV : Modernisation de l'aide à domicile aux personnes âgées</b>			
Dépenses de modernisation des services	47	Contribution sociale généralisée non déductible	47
<b>Section V : Frais de gestion</b>			
Frais de gestion	8	Prélèvement sur les ressources des sections I et II	8
<b>TOTAL</b>	<b>2.624</b>	<b>TOTAL</b>	<b>3.127</b>
<b>EXCEDENT</b>			<b>503</b>

*(1) Fonds de concours pour l'investissement et l'équipement des établissements, contribution financière en faveur des personnes souffrant de troubles de la désorientation ainsi que pour les mises aux normes techniques.*

*Source : PLFSS*

### C.— À PARTIR DE 2006, LA CNSA GERE L'ONDAM MEDICO-SOCIAL

2006 constituera la première année de fonctionnement plein de la CNSA, qui devrait être en mesure d'assumer l'intégralité de ses missions, détaillées à l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles. Elle devrait être marquée par l'intégration de l'ONDAM médico-social dans le champ de gestion de la caisse.

Les produits et les charges de la caisse devraient atteindre près de 14 milliards d'euros en 2006, ces montants recouvrant des transferts très importants avec l'assurance maladie (11 milliards d'euros reçus de l'assurance maladie, et 12 milliards apportés). Un objectif de gestion des dépenses sera mis en place et délégué à la CNSA. Elle sera chargée de la répartition équitable sur le territoire des enveloppes limitatives de dépenses découlant de cet objectif, en prenant notamment en compte le souci de résorption des disparités existantes.

Les dispositions de la loi du 11 février 2005 en faveur des personnes handicapées attribuent à la CNSA d'autres compétences à partir de 2006. Les nouvelles charges sont : la prestation de compensation du handicap (PCH), (environ 503 millions d'euros), les maisons départementales du handicap (20 millions d'euros) et la majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (anciennement AES) pour les familles monoparentales (15 millions d'euros). L'ensemble de ces charges sera financé sur les produits de la CSA.

La mise en œuvre de ses attributions par la CNSA s'effectuera dans le cadre d'une convention d'objectifs et de gestion avec l'État, en cours d'élaboration, et qui devrait être conclue avant la fin de l'année 2005.

Les dépenses de la CNSA seront à nouveau retracées dans 6 sections comptables distinctes en 2006. Votre Rapporteur regrette que les prévisions de recettes et de dépenses de la CNSA ne figurent pas dans le champ des lois de financement de la sécurité sociale, contrairement à ce qu'il avait proposé lors de l'examen de la loi organique relative au financement de la sécurité sociale.

## BUDGET PRÉVISIONNEL DE LA CNSA POUR 2006

(en millions d'euros)

<b>DÉPENSES</b>		<b>RECETTES</b>	
<b>SECTION I – FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX</b>			
<b>Sous section 1 – Financement des établissements médico-sociaux pour personnes handicapées :</b>			
Versements aux caisses d'assurance maladie	227	Fraction contribution solidarité autonomie	254,40
Dépenses des régimes d'assurance maladie au titre de l'ONDAM	6.630	Crédits des régimes d'assurance maladie au titre de l'ONDAM	6.630
Fonds de concours GEM	20		
Diverses charges	0,50	Prélèvement section 6	- 6,90
<b>Total dépenses sous section 1</b>	<b>6.877,50</b>	<b>Total recettes sous section 1</b>	<b>6.877,50</b>
<b>Sous section 2 – Financement des établissements médico-sociaux pour personnes âgées</b>			
Versements aux caisses d'assurance maladie	594	Fraction contribution solidarité autonomie	799,40
Dépenses des régimes d'assurance maladie au titre de l'ONDAM	4.289	Crédits des régimes d'assurance maladie au titre de l'ONDAM	4.289
Prélèvement pour dépenses section 5	10		
Diverses charges	2	Prélèvement section 6	- 5,10
Mise en réserve	188,30		
<b>Total dépenses sous section 2</b>	<b>5.083,30</b>	<b>Total recettes sous section 2</b>	<b>5.083,30</b>
<b>SECTION II – CONCOURS APA</b>			
Concours aux départements	1.399,80	Fraction CSG	935,77
Diverses charges	3,30	Fraction contribution solidarité autonomie	399,70
		Participation des régimes vieillesse	64
		Produits financiers	5
		Prélèvement section 6	- 1,40
<b>Total dépenses section II</b>	<b>1.403,10</b>	<b>Total recettes section II</b>	<b>1.403,10</b>
<b>SECTION III – CONCOURS PCH</b>			
Concours au titre de la PCH	503,10	Fraction contribution solidarité autonomie	545,00
Concours au titre des MDH	20		
Remboursement CNAF au titre de la majoration AEEH	15		
Prélèvement pour dépenses section 5	10	Produits financiers	5
Diverses charges	1,40	Prélèvement section 6	- 0,5
<b>Total dépenses section III</b>	<b>549,50</b>	<b>Total recettes section III</b>	<b>549,50</b>
<b>SECTION IV – MODERNISATION AIDES A DOMICILE</b>			
Dépenses de modernisation	59,5	Fraction CSG	59,70
Diverses charges	0,10	Prélèvement section 6	- 0,1
<b>Total dépenses section IV</b>	<b>59,60</b>	<b>Total recettes section IV</b>	<b>59,60</b>
<b>SECTION V – AUTRES DÉPENSES</b>			
Autres dépenses en faveur des personnes âgées	10	Prélèvement section 1	10
Autres dépenses en faveur des personnes handicapées	10	Prélèvement section 3	10
Opérations d'investissements	-	Prélèvement section 6	0
<b>Total dépenses section V</b>	<b>20</b>	<b>Total recettes section V</b>	<b>20</b>
<b>SECTION VI – FRAIS DE GESTION</b>			
Frais de gestion	14	Prélèvements section 1 à 5	14
<b>TOTAL</b>	<b>13.818,70</b>	<b>TOTAL</b>	<b>14.007</b>
<b>EXCÉDENT</b>	<b>188,30</b>		

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



## EXAMEN EN COMMISSION

### A.- AUDITION DES MINISTRES

Au cours de sa séance du 12 octobre 2005, la Commission a entendu **M. Xavier Bertrand, ministre de la Santé et des solidarités** et **M. Philippe Bas, ministre délégué à la Sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille** sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, lors d'une audition conjointe avec la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales.

**M. Jean-Michel Dubernard, Président de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales**, a souhaité la bienvenue à M. Xavier Bertrand, ministre de la Santé et des solidarités, et à M. Philippe Bas, ministre délégué à la Sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille.

Les ministres sont venus aujourd'hui présenter le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, dont les délais d'examen et de discussion par la représentation nationale sont particulièrement brefs cette année. Ce matin, lors de l'adoption du projet en Conseil des ministres, le Président de la République a souligné que le déficit de la sécurité sociale demeure trop élevé et qu'il faut renforcer l'esprit de responsabilité de tous pour retrouver l'équilibre.

Ce projet a été rédigé en ce sens. Conformément à la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale adoptée cet été, la présentation du projet de loi de financement a été profondément modifiée. Les conditions de la discussion ont changé et les prérogatives des parlementaires ont été renforcées. Ce sont près de 60 articles qu'ils devront examiner. Cette année, la discussion s'apparentera à une sorte d'expérimentation.

**Le Président Pierre Méhaignerie** s'est dit convaincu que le temps est venu de passer de la culture de la dépense publique à la culture de la performance de cette dépense, principe qui s'applique tout particulièrement aux dépenses sociales. Il convient pour cela de garantir la transparence et la clarté des financements, ce que la complexité des mécanismes et des structures actuels rend malaisé, mais aussi de stabiliser le dispositif de réduction des cotisations sociales. En effet, les taux de cotisations ont certes été ramenés de 46 % à 26 %, mais il n'est pas certain que les employeurs s'en soient rendus compte. L'important est donc, désormais, de plafonner et de clarifier l'ensemble du système, et ce dans la plus grande transparence.

**M. Xavier Bertrand, ministre de la Santé et des solidarités**, a souhaité, avant de présenter dans le détail les mesures figurant dans le projet de loi de

financement de la sécurité sociale pour 2006, revenir sur les principes qui le sous-tendent. Le premier de ces principes est la continuité dans la mise en œuvre des réformes engagées, qui visent à sauvegarder les fondements de la sécurité sociale. La réforme de l'assurance maladie, en particulier, repose sur la maîtrise médicalisée et les changements de comportements. Elle doit être menée dans la durée, avec persévérance et vigilance, pour obtenir des résultats durables, car voter est une chose, mais l'impérieuse nécessité est d'appliquer les décisions prises. Le gouvernement s'engage sur des objectifs précis et il est pleinement confiant que les résultats visés seront atteints. La même continuité s'impose s'agissant de la politique familiale.

Le projet est ensuite fondé sur la détermination absolue de parvenir au redressement des comptes. La réduction des déficits ne doit évidemment pas être recherchée pour elle-même, mais bien parce qu'ils déséquilibrent le système de sécurité sociale français et compromettent sa viabilité. Or la volonté du gouvernement est précisément d'assurer la pérennité de ce système, en le modernisant et en l'organisant mieux, afin de pouvoir faire face aux défis nouveaux que sont le vieillissement de la population et la poursuite du progrès médical. La réduction des déficits exige donc des efforts qui doivent être menés avec détermination, car si aucune mesure n'était prise, la tendance serait à une augmentation inexorable de la dépense annuelle de trois milliards d'euros. Cette augmentation est normale, en raison du vieillissement de la population, mais il faut en mesurer les conséquences.

Après les efforts demandés l'année passée aux Français, ce qui est demandé cette année dans ce projet, c'est un effort particulier à l'industrie du médicament et, dans une moindre mesure, aux organismes complémentaires. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale confirme le respect de l'orientation solidaire de la réforme. En témoignent en particulier l'amélioration du dispositif d'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire et l'augmentation de l'incitation faite aux assurances complémentaires de s'impliquer dans la gestion du dispositif de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) par une hausse du montant de ce forfait. En témoigne également le renforcement du plan vieillissement et solidarités, celui du plan Alzheimer et celui des moyens consacrés à l'amélioration de la qualité de vie des personnes handicapées.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 ouvre également le chantier de la démographie médicale, en permettant une meilleure répartition des médecins sur le territoire par des mesures incitatives et non par le biais d'une coercition qui serait obligatoirement vouée à l'échec. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 traduit l'engagement pris par le gouvernement d'accompagner et de renforcer la modernisation de l'hôpital.

Le contexte financier dans lequel s'inscrit ce projet a été décrit en premier lieu par la dernière commission des comptes de la sécurité sociale. En 2005, le déficit de l'ensemble des comptes du régime général est stabilisé par rapport à 2004, à 11,9 milliards d'euros, malgré le redressement important de l'assurance

maladie. Cette stagnation est d'abord due au fait que la situation financière de la sécurité sociale pâtit en 2005 du ralentissement de la croissance de la masse salariale : par rapport aux prévisions initiales de l'an dernier, 0,8 point de masse salariale a été perdu, ce qui se traduit par une moindre progression des recettes de 1,2 milliard d'euros. La réduction significative du déficit de l'assurance maladie, qui passe de 11,6 à 8,3 milliards, conformément aux engagements du gouvernement et grâce aux premiers effets de la mise en œuvre de la réforme, marque une rupture très nette avec le creusement du déficit que connaissait cette branche jusqu'en 2004. Elle n'est toujours pas suffisante, et ne suffit pas à compenser les soldes négatifs enregistrés par les autres branches. Au total, le déficit de l'ensemble du régime général se maintient donc au même niveau, élevé, qu'en 2004, soit 11,9 milliards d'euros. Il aurait été, sans la réforme de l'assurance-maladie, de 16 milliards d'euros. Le gouvernement a l'ambition et le devoir de le réduire significativement, pour préserver la viabilité du système de sécurité sociale, en le ramenant à 8,9 milliards d'euros, soit une baisse de 25 %.

Il est temps de moderniser la procédure de présentation des projets de loi de financement de la sécurité sociale. Il est de tradition, avant sa présentation en conseil des ministres et son dépôt sur le bureau des Assemblées, d'en exposer les grandes lignes à la commission des comptes de la sécurité sociale, puis de l'adresser aux différentes caisses de sécurité sociale afin qu'elles l'examinent et émettent un avis. Dorénavant, pour garantir la transparence de l'information, le projet de loi de financement sera transmis en même temps aux caisses et aux parlementaires, et fera l'objet d'une présentation exhaustive au moment de la commission des comptes afin que le débat public ait lieu dans les meilleures conditions, l'ensemble des acteurs disposant simultanément d'une information transparente et exhaustive.

En 2005, l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) sera respecté. Pour les soins de ville, cela se traduit par un important infléchissement des dépenses. Alors que les dépenses de soins de ville progressaient jusqu'en 2003 au rythme de 7 à 8 %, leur croissance, selon les dernières données de la CNAM, n'est que de 1,9 % pour les huit premiers mois de l'année 2005 par rapport à la même période de 2004, alors que le début de l'année a été marqué par une forte épidémie de grippe hivernale que la France n'a pas connue en 2004. L'inflexion est particulièrement nette pour les honoraires médicaux, qui affichent sur les premiers mois de l'année une quasi-stabilité. Elle est encore plus marquée pour les indemnités journalières, qui décroissent de 2,6 % sur les huit premiers mois de l'année, après des hausses de plus de 10 % en 2002 et de 6,6 % en 2003. Ces bons résultats doivent être confortés. Ils sont certes encourageants, mais ils ne doivent pas conduire à relâcher un effort qui doit être permanent. Les Français ont compris la nécessité d'un changement de comportement, comme en témoigne leur adhésion massive au dispositif du parcours de soins. Ils sont près de 32 millions à avoir désigné leur médecin traitant, soit deux tiers des assurés, ce qui fait mentir les Cassandre professionnelles. L'ensemble des règles relatives au parcours de soins entrera en vigueur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2006, avec la mise en place des « contrats

responsables » entre les assurances complémentaires et les patients et l'instauration de la majoration de participation pour les assurés qui ne passent pas par leur médecin traitant.

Dans son article 57, le projet de loi de financement de la sécurité sociale comporte un important volet de renforcement de la lutte contre les fraudes et abus. Si l'on veut que la solidarité nationale continue de garantir à tous ceux qui en ont besoin un haut niveau de prise en charge de leurs dépenses de santé, il faut faire cesser les dépenses abusives, *a fortiori* frauduleuses, financièrement et moralement inacceptables. Le projet prévoit ainsi de poursuivre les efforts de contrôle des indemnités journalières et de sanction des comportements abusifs, d'obliger les caisses de sécurité sociale à engager des poursuites lorsqu'elles détectent des fraudes et de renforcer la coopération entre les organismes de sécurité sociale, parce qu'il n'est pas normal que les cloisonnements entre administrations puissent permettre aux fraudeurs d'échapper aux sanctions. L'article propose également un meilleur contrôle des ressources perçues à l'étranger, parce qu'il n'est pas supportable de voir certains étrangers bénéficier gratuitement de la CMU alors qu'ils perçoivent par ailleurs des revenus confortables dans leur pays, et un suivi renforcé des associations de domiciliation.

La maîtrise médicalisée sera également poursuivie. Le volet 2006 du plan de redressement permettra de dégager une économie de près de 900 millions d'euros. Des actions spécifiques porteront sur les actes de biologie et les transports sanitaires, dont les dépenses croissent à un rythme élevé, comme vient de le rappeler la Cour des comptes. Concernant notamment la biologie, il est prévu à l'article 27, conformément à la recommandation de la Cour, de simplifier la procédure en cas de simple adaptation de la nomenclature, afin de faire évoluer plus facilement la nomenclature en fonction des coûts de production. La mise en œuvre du « plan médicament » doit aussi être poursuivie. Trois axes guident la politique du gouvernement, dans la continuité du plan de redressement. Le premier est la prise en charge du médicament à son juste prix. Cet objectif sera poursuivi à travers la mise en cohérence des prix des médicaments génériques en France avec les prix européens, avec une baisse de 13 % du prix du répertoire du générique au 1<sup>er</sup> janvier 2006. Il s'agit également de la poursuite de l'incitation à la substitution avec un délai butoir de 24 mois pour le remboursement par l'assurance maladie, sur la base du prix du générique. Le plan sur les produits de santé est poursuivi avec notamment la montée en charge des nouveaux conditionnements de trois mois, la baisse de prix de certaines spécialités que le progrès permet de produire à meilleur coût, et la consolidation du système conventionnel avec le comité économique des produits de santé (CEPS) pour le prix du médicament à l'hôpital. Le développement des médicaments génériques représente en effet un axe privilégié de la réforme de l'assurance maladie. En trois ans, la part des médicaments génériques dans les prescriptions est ainsi passée de 30 à 60 %. Puisque 89 % des Français se déclarent aujourd'hui favorables aux médicaments génériques, il est nécessaire d'accentuer l'effort.



L'adaptation de la prise en charge des médicaments dont la Haute Autorité de santé a jugé le service médical rendu insuffisant a fait que 156 médicaments ne seront plus remboursés à partir du 1<sup>er</sup> mars 2006, et 62 autres verront leur prise en charge ramenée de façon temporaire à 15 %, jusqu'au début de 2008. Parallèlement, afin de favoriser la prise en charge du médicament à son juste prix, une baisse de 20 % sera appliquée au tarif de ces produits. Elle bénéficiera avant tout aux patients, ainsi qu'à l'assurance maladie obligatoire et aux assureurs complémentaires. Ces derniers seront libres de prendre en charge ces traitements au-delà du taux de 15 % ou non, dans la logique des contrats responsables que peuvent dès à présent proposer les assureurs complémentaires. Pour ce qui est de l'aménagement des contributions de l'industrie pharmaceutique à la modération des dépenses d'assurance maladie, deux mesures sont proposées à l'article 15. La première consiste en une augmentation de la taxe sur le chiffre d'affaires de médicaments remboursables, dont le taux sera porté de 0,6 % à 1,96 % à titre exceptionnel en 2006, pour un rendement attendu de 300 millions d'euros. La seconde est l'élargissement des accords conventionnels prix-volumes passés entre les industriels et le comité économique des produits de santé ; ces accords seront en effet étendus aux médicaments vendus par les pharmacies hospitalières aux patients de ville. L'ensemble de ces mesures conduit à un effort de 2,1 milliards, hors mesures de taxe, dont 990 millions au titre du volet 2006 du plan de redressement.

Mieux gérer l'assurance maladie, c'est aussi continuer à mieux organiser le système de santé à moyen terme, qu'il s'agisse du système hospitalier ou de la démographie des professions de santé et de leur répartition équilibrée sur le territoire. Le monde hospitalier est engagé dans une réforme de grande ampleur : réforme de la gouvernance, nouvelles règles de planification, modernisation de la gestion, tarification à l'activité sont des réformes de fond qui nécessitent un temps d'adaptation pour tous. Personne n'ignore ni la situation financière tendue de nombre d'établissements de santé, ni le défi considérable que représente la mise en œuvre des réformes profondes des modes de tarification et de gouvernance des hôpitaux. Il faut donc accompagner les établissements dans leurs efforts d'adaptation et les aider à réussir leur modernisation pour mieux répondre aux besoins des Français. Afin de permettre aux établissements de santé de poursuivre leur modernisation et de répondre à leurs missions de service public, les moyens consacrés à l'hospitalisation progresseront de plus de 2 milliards d'euros après prise en compte du dépassement 2005, soit une augmentation de 3,44 %. Ces moyens nouveaux permettront de faire face à l'accroissement de la masse salariale et à la hausse du coût de la vie. Ils financent également la relance de l'investissement prévue dans le plan hôpital 2007 et les plans de santé publique. En définissant de nouvelles modalités de financement pour les établissements de santé, le gouvernement a souhaité que les règles de tarification soient d'une part plus justes et équitables, d'autre part mieux harmonisées entre le secteur public et le secteur privé, « dans la limite des écarts justifiés par les différences dans la nature des charges », comme l'indique la formule consacrée. Les outils nécessaires à la mesure de ces écarts sont complexes et tous ne sont pas encore

disponibles ; ils sont pourtant indispensables à la réussite de cette convergence des tarifs. Une convergence réussie est préférable à une convergence précipitée ; il a donc été confié à l'IGAS une mission sur les conditions de cette convergence. Les conclusions définitives seront remises à la fin de l'année. Cependant, sur la base des premières indications de cette mission, le projet est conduit à proposer d'adapter le calendrier en supprimant l'échéance intermédiaire de 2008. Les enjeux définitifs sont inchangés. Parallèlement, il faut souhaiter des progrès rapides dans la construction d'une échelle de coût commune public privé, gage d'une transparence accrue. Par ailleurs, afin de garantir une répartition territoriale équilibrée de l'offre de soins, l'article 30 comporte une disposition tirant les conséquences de la suppression de la carte sanitaire. Avec la publication des nouveaux schémas régionaux d'organisation sanitaire, en mars 2006, les contraintes liées à la carte sanitaire, jugée inadaptée par tous, auront en effet pris fin. La définition d'objectifs quantifiés d'activité, qui figureront dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens négociés entre les établissements de santé et les agences régionales de l'hospitalisation, garantira que l'évolution de l'activité des établissements est strictement conditionnée à celle des besoins de santé de la population. Le Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés est quant à lui doté de 327 millions destinés à soutenir à la fois l'investissement des établissements et leur modernisation sociale. Afin d'atténuer la charge pesant sur l'assurance maladie, une partie des subventions d'investissement sera remplacée par des aides en fonctionnement permettant de prendre en charge les surcoûts liés à un recours accru à l'emprunt. Pour donner un nouvel élan à l'hôpital et promouvoir sa modernisation, il faut poursuivre les efforts d'amélioration de la gestion hospitalière. Le volet hospitalier du plan de réforme de l'assurance maladie sera poursuivi, à travers l'amélioration de la politique des achats et de la gestion interne des établissements, qui devront également s'engager dans la maîtrise médicalisée. Les prescripteurs hospitaliers, comme leurs collègues exerçant en ville, doivent être responsabilisés.

S'agissant de la démographie des professions de santé, chantier prioritaire, le projet comporte, dans ses articles 27, 29 et 39, des dispositions qui s'inscrivent dans le cadre du rapport rédigé par le professeur Yvon Berland et complètent les mesures relatives à la répartition des professions de santé sur le territoire déjà prises par le gouvernement. En particulier, les aides conventionnelles à l'installation seront élargies aux remplaçants : le remplacement, passage quasi obligé des jeunes professionnels avant l'installation, est en effet une période importante pour faire naître des vocations d'installation. Cette nouvelle aide pourra être versée aux jeunes médecins effectuant des remplacements dans des zones déficitaires, ce qui permettra également d'alléger la charge de travail des médecins installés dans ces zones. Par ailleurs, les patients qui consulteront un médecin récemment installé qui n'est pas leur médecin traitant ne se verront pas appliquer la majoration de ticket modérateur, de façon à ne pas pénaliser la constitution de clientèle des jeunes médecins. Les moyens du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) sont également renforcés, et sa pérennité enfin assurée dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale, afin d'affirmer sa

vocation à financer des projets facilitant la permanence des soins ou la bonne répartition des professionnels sur le territoire. Ces propositions seront complétées dans le cadre du plan de démographie médicale que le gouvernement mettra en place d'ici le 1<sup>er</sup> janvier 2006 pour garantir à tous un égal accès aux soins sur tout le territoire.

Afin de favoriser le retour à l'emploi, le projet prévoit également des mesures visant à éviter la rupture des droits aux indemnités journalières maladie et maternité pour les chômeurs qui reprennent une activité. L'article 26 prévoit ainsi que les demandeurs d'emploi qui reprennent une activité puissent conserver les droits à indemnité journalière dont ils bénéficiaient au titre de leur régime chômage.

Enfin, pour faire face, notamment, au risque de pandémie de grippe d'origine aviaire, le projet prévoit une dotation accrue de l'assurance maladie au fonds de concours des plans de réponse aux menaces sanitaires graves, et le gouvernement proposera au parlement de porter le montant de la dotation pour la grippe aviaire à 200 millions.

L'ensemble de ces mesures se traduit par un ONDAM 2006 de 138,5 milliards d'euros, en progression de 2,7 % à périmètre constant et de 2,5 % hors CNSA. Comme indiqué, l'objectif de dépenses des établissements de santé devrait progresser de 3,44 % et l'objectif des soins de ville hors produits de santé de 3,2 %.

Pour atteindre l'objectif de réduction significative du déficit, des recettes complémentaires seront également affectées à l'assurance maladie. Le plan de redressement conçu à l'été 2004 avait en effet été bâti sur des hypothèses de croissance de la masse salariale de 4,7 %, alors que la prévision d'évolution de la masse salariale est aujourd'hui 3,7 %, différence qui fait perdre près d'un milliard d'euros de recettes à la branche maladie. Pour compenser cette perte, le projet prévoit de prélever par anticipation les cotisations dues sur les intérêts capitalisés des plans d'épargne-logement (PEL) de plus de dix ans. Cette mesure ne constitue pas un nouvel impôt. Ni les règles d'assujettissement des PEL ni le taux des cotisations perçues ne sont modifiés. Il s'agit simplement de prélever par anticipation des sommes immobilisées sur les comptes et qui, en tout état de cause, étaient dues au dénouement du plan. D'autres mesures de recettes plus ponctuelles sont proposées dans le projet, pour un montant total de 172 millions d'euros pour le régime général, dont 86 millions pour la branche maladie, 60 millions pour la branche vieillesse, 18 millions pour la branche famille et 9 millions pour la branche AT-MP. Une disposition vise à aménager le régime d'assujettissement aux cotisations sociales des indemnités de rupture. En outre, pour achever la mise en cohérence de la politique d'exonérations de charges sociales, il est proposé de supprimer l'abattement de 30 % des cotisations patronales créé en 1992 pour les salariés à temps partiel. Cet abattement a en effet cessé de s'appliquer aux nouvelles embauches un an après l'abaissement de la durée légale du travail. En le supprimant, le gouvernement rationalise le droit des

exonérations. Les employeurs pourront appliquer le dispositif d'allégement général des cotisations sociales, la « réduction Fillon » qui a remplacé les anciennes aides. Pour les employeurs de salariés dont la rémunération est inférieure à 1,33 fois le SMIC, cette réduction est d'ailleurs plus avantageuse que l'abattement supprimé. D'autres mesures visent également à clarifier l'assiette des cotisations et contributions sociales et à renforcer les moyens de lutte contre le travail dissimulé, notamment en instaurant un système de sanctions administratives permettant d'exclure du bénéfice des aides à l'emploi les entreprises dans lesquelles du travail dissimulé a été constaté.

Une autre mesure de recette est proposée au profit de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé : l'article 38 clarifie l'obligation faite aux annonceurs d'accompagner les publicités alimentaires de messages à caractère sanitaire ou, à défaut, de verser une contribution financière à l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES). Cette mesure s'inscrit dans le cadre de la politique de prévention et de sensibilisation des consommateurs aux problèmes de santé publique dont l'impact financier est très lourd pour l'assurance maladie. Le forfait hospitalier journalier passera, comme décidé en 2004, de 14 à 15 euros.

Enfin, il est proposé d'instaurer une participation, plafonnée à 18 euros, sur les actes d'une valeur supérieure à 91 euros. Aujourd'hui, lorsqu'un assuré reçoit, en ville ou dans le cadre d'une hospitalisation, des soins médicaux d'un coût de plus de 91 euros, il est dispensé de ticket modérateur. Désormais, cette participation sera étendue aux actes d'une valeur supérieure à 91 euros et aux séjours hospitaliers au cours desquels un tel acte a été pratiqué, et plafonnée à 18 euros quel que soit le montant total des frais encourus. Cette participation ne concernera pas les personnes bénéficiant d'une exonération totale : les femmes enceintes, les nouveau-nés hospitalisés, les titulaires d'une rente pour accident du travail ou maladie professionnelle ou d'une pension d'invalidité, ainsi que les six millions de personnes reconnues atteintes d'une affection de longue durée. Elle ne portera pas non plus sur les actes de biologie et de radiologie. Pour les 92 % de Français qui en disposent, cette participation sera prise en charge par leurs complémentaires santé, lesquelles peuvent sans peine consentir à un tel effort, qui ne représente que 0,58% du montant total des remboursements qu'elles effectuent. La plus grande transparence doit prévaloir à ce sujet, afin que les Français sachent si les augmentations de primes qui leur seraient éventuellement demandées sont justifiées. Dans le cas des 4,7 millions de personnes couvertes par la CMUC, la participation sera acquittée par l'Etat.

Parallèlement, afin de permettre aux Français qui, pour des raisons financières, renoncent actuellement à souscrire un contrat de couverture complémentaire, l'aide à l'acquisition d'une complémentaire sera substantiellement relevée : le montant de l'aide sera ainsi porté de 75 à 100 euros par an pour les moins de 25 ans, de 150 à 200 euros pour les 25-59 ans, et de 250 à 400 euros pour les plus de 60 ans, ce qui représente une hausse de 60 %. Deux millions de Français sont concernés, et 265.000 seulement ont bénéficié du dispositif institué

en 2004, qu'il fallait rendre plus attrayant encore et qu'il faudra mieux faire connaître. Par ailleurs, afin d'inciter davantage les organismes complémentaires à la gestion du dispositif de la CMU complémentaire, le projet prévoit de porter de 304,52 à 340 euros par an, soit une revalorisation de 11,6 %, le forfait de la CMUC. Par ailleurs, le taux de la taxe instaurée au profit du fonds CMU lors de la mise en place de la CMU en 2000 passera de 1,75 % à 2,5 %. Cette hausse, d'un rendement d'environ 200 millions, est très inférieure aux économies que les organismes complémentaires vont réaliser du fait des mesures prévues par le projet de loi de financement de la sécurité sociale dans le domaine du médicament.

**M. Philippe Bas, ministre délégué à la Sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille**, a souligné que, s'il faut ne retenir qu'un chiffre du projet, ce serait la réduction de 25 % du déficit de la sécurité sociale en 2006. En effet, l'effort considérable consenti fera que le déficit passera de 11,9 milliards d'euros en 2005 à 8,9 milliards fin 2006. Si la réduction des déficits n'est pas une fin en soi, elle permettra de sauver l'assurance maladie et de dégager des marges supplémentaires pour faire face à l'évolution des besoins. On connaît les listes d'attente qui caractérisent le système britannique et on sait que le système américain laisse à l'écart non seulement les plus démunis, mais une bonne partie de la classe moyenne. Le modèle français de sécurité sociale que le gouvernement s'attache à préserver, c'est celui qui finance l'accès au progrès médical pour tous. On a beaucoup parlé du retrait de plusieurs médicaments de confort mais, ce faisant, on a oublié que 196 médicaments innovants et efficaces ont été ajoutés à la liste des médicaments remboursés et que le plan Hôpital 2007 a été mis en œuvre.

Le projet tient compte des mutations démographiques en cours en proposant d'augmenter de plus de 13 % les dépenses au bénéfice des personnes âgées dépendantes. Le rythme de création de places en institutions est doublé par rapport à ce qui était prévu dans le plan « vieillissement et solidarités » lancé en 2003 ; en deux ans, 20.000 places auront été créées dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), et 17.000 places pour services de soins infirmiers à domicile. Le même effort vaut pour les personnes atteintes de handicaps, avec une augmentation de 5 % de la partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale qui traite du handicap, et d'un peu plus de 6% en tenant compte de la participation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Cela permettra de créer des places en établissements médico-sociaux et de financer le doublement des sommes servies par les départements au titre de l'allocation compensatrice pour tierce personne. Au total, le projet consacre plus de 800 millions d'euros aux soins destinés aux personnes âgées dépendantes et aux personnes handicapées en établissements médico-sociaux.

Dans le domaine de la politique familiale, la convention d'objectifs et de gestion signée avec la CNAF prévoit une évolution de 7,5 % par an du fonds national d'action sociale. Au total, 72.000 places de crèche auront ainsi été créées entre 2002 et 2008. Par ailleurs, conformément aux annonces faites lors de la

dernière conférence de la famille et qui tendent à permettre de concilier vie familiale et vie professionnelle dans une France qui connaît le meilleur taux de natalité d'Europe, le projet offre une nouvelle possibilité aux parents, en créant un complément optionnel de libre choix d'activité grâce auquel l'un ou l'autre parent peut choisir de bénéficier, à partir du troisième enfant, d'un congé d'un an rémunéré à hauteur de 750 euros. Cette option permettra à celles ou ceux qui la choisiront de revenir plus facilement vers l'emploi, ce qui favorisera le bon déroulement de leur carrière. Pour donner suite à la conférence de la famille, le projet prévoit également la réforme de l'allocation de présence parentale auprès d'un enfant gravement malade. Elle sera désormais accessible à 13.000 familles au lieu de 3.000 actuellement ; de plus, un complément sera versé lorsque le traitement de l'enfant implique de déplacements importants. Le déficit de la branche famille est stabilisé à 1,1 milliard d'euros. Il est conjoncturel et le retour à l'équilibre est prévu pour 2009. Enfin, ce sont 250.000 familles qui auront accès à la PAJE d'ici à 2007, soit plus que les prévisions initiales.

Le déficit de l'assurance vieillesse sera ramené de 2 milliards d'euros à 1,4 milliard, en raison du « papy boom » mais aussi des départs anticipés à la retraite qui ont déjà profité à plus de 200.000 personnes qui avaient commencé à travailler très jeunes. Les bénéficiaires de ce dispositif seront 300.000 fin 2006. Cela a certes un coût, mais c'est un très grand progrès social. Pour faire face à ces dépenses accrues, la hausse des cotisations de 0,2 point décidée dans le cadre de la réforme des retraites prendra effet en 2006 selon une répartition entre part patronale et part salariale qui se fera dans un souci d'équité, après concertation avec les partenaires sociaux. Cette majoration contribuera fortement à la réduction du déficit de la branche vieillesse. Le projet prévoit également deux mesures relatives à la gestion des régimes de retraite. D'une part, il parachève l'intégration du régime vieillesse des cultes au régime général et d'autre part son article 47 prévoit l'instauration de nouvelles règles de gouvernance des régimes d'avantage social vieillesse gérés par les sections professionnelles de la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS).

Enfin, deux mesures sont prévues pour limiter le déficit du Fonds de solidarité vieillesse. En recettes, il est proposé d'élargir l'assiette de la contribution sociale de solidarité des sociétés en y incluant les entreprises du secteur public assujetties à la taxe sur la valeur ajoutée. L'impact de cet élargissement est estimé à 70 millions d'euros, dont 56 millions pour le FSV et 14 millions pour la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. En dépenses, il est proposé d'harmoniser les règles de service du complément d'allocation unique de solidarité avec celles des autres minima sociaux, en conditionnant son versement à la résidence sur le territoire. Jusqu'à présent, les lacunes de la législation ont en effet suscité un vaste effet d'aubaine, certains non-résidents bénéficiant d'un minimum vieillesse d'autant plus important qu'ils avaient peu travaillé en France. Cela jouera pour quelque 200.000 personnes en 2006 et, sachant que l'augmentation du nombre de bénéficiaires est de 10 à 15 % chaque année, il était grand temps d'agir. Cependant, on ne reviendra pas sur les droits acquis. Cette mesure devrait permettre de dégager une économie de l'ordre de 50 millions en 2006 et de

900 millions cumulés à la fin de 2009. Afin d'alléger les charges qui pèsent sur la FSV, le gouvernement avait proposé de lui transférer les excédents de la CNAVTS en 2004, proposition sur laquelle la CNAVTS a émis un avis négatif. Soucieux de concertation, le gouvernement a tenu compte de cet avis en décidant d'affecter cet excédent non pas au FSV, mais au Fonds de réserve des retraites.

S'agissant enfin de la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles, la loi du 13 août 2004 avait invité les partenaires sociaux à émettre des propositions pour une réforme de la branche, qui devrait notamment passer par une refonte du système de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles. Ils doivent encore le faire et, dans l'attente du résultat de cette concertation, le gouvernement propose de ramener de 590 à 175 millions le déficit prévisionnel de la branche, grâce à une augmentation provisoire et immédiate de 0,1 point du taux de cotisation.

Après l'exposé des ministres, **M. Jean-Michel Dubernard, Président de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales**, a posé les questions suivantes :

– M. Philippe Séguin, Premier président de la Cour des comptes, s'est montré d'une extrême sévérité sur l'état des finances sociales lors de son audition par la commission sur le rapport 2005 de la Cour consacré à la sécurité sociale, en appelant à une « révolution » dans ce domaine. Compte tenu de la complexité des circuits et de l'effet déplorable des multiples accommodages proposés année après année, une remise à plat du système ne s'impose-t-elle pas ?

– Compte tenu des résultats de l'étude menée par l'office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (OPEPS) sur l'augmentation prévisible de la prévalence de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, comment le gouvernement prépare le choc financier que représentera la prise en charge de ces malades à l'horizon 2020 ?

– Les travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) portent sur l'organisation et les coûts de gestion des branches de la sécurité sociale ; est-ce que les conventions d'objectifs et de gestion (COG) conclues avec les branches maladie et vieillesse comportent bien l'objectif d'une amélioration dans ces deux domaines ? En particulier, comment sont calculées les enveloppes budgétaires ?

**M. Gilles Carrez, Rapporteur général**, a rappelé que 20 milliards d'euros de recettes fiscales du budget de l'Etat doivent être désormais affectées au financement de la politique d'allègement des charges sur le travail, notamment sur les bas salaires. Il a demandé au ministre si la dynamique de ces recettes épousera exactement celle des allègements de charges et si une clause de « revoyure » est prévue comme il en existe une dans le cadre de la décentralisation en ce qui concerne les transferts de compétences et de recettes correspondantes. Il a également souhaité connaître le sentiment du ministre sur ce risque pour les

comptes sociaux et lui a demandé s'il n'estimait pas venu le temps de la transparence sur les taux de cotisations.

**Le Président Pierre Méhaignerie** a constaté que le Gouvernement propose d'augmenter les cotisations vieillesse de 0,2 point. Pourtant, l'augmentation permanente des cotisations a ses limites et les pays scandinaves, ayant fait le constat d'une relation directe entre créations d'emplois et prélèvements obligatoires, ont entrepris de réduire délibérément ces derniers. La France doit donc faire un effort exceptionnel et ne pas devenir, en cette matière, le champion de l'Union européenne.

Sans revenir sur le cadrage financier de la réforme de l'assurance-maladie, qui est conforme à la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, **M. Jean-Pierre Door, rapporteur de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales pour les recettes et l'équilibre général**, a posé les questions suivantes :

– Est-il possible d'aller plus loin dans certains domaines, pour les consultations externes à l'hôpital par exemple, ou en matière d'application aux pharmaciens des dispositions de la loi « Dutreil » relatives aux marges arrières.

– Concernant la question générale de l'avenir des ressources de la protection sociale, son financement est devenu complexe au point d'être illisible. Ne serait-il pas opportun de créer un organisme de concertation chargé de réfléchir à des réformes radicales ?

– Etant donnée la situation désastreuse du Fonds de financement des prestations sociales des non salariés agricoles (FFIPSA), dont le déficit est structurel, le comité de surveillance a proposé l'émission d'un emprunt dont les intérêts seraient amortis par l'Etat : quelle est la position du gouvernement sur la question ?

– Ne serait-il pas opportun d'étendre la réforme de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) portant création d'un directeur général aux autres branches du régime général. En outre, le gouvernement entend-il suivre les recommandations de la mission de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale des finances (IGF) relatives aux lacunes du pilotage de la gestion informatique des caisses en renforçant les moyens de la tutelle ? L'article 41 du projet de loi de finances semblant contredire l'idée d'un mécanisme garantissant une compensation automatique, à l'euro près, des exonérations de cotisations sociales par l'Etat, il serait nécessaire d'obtenir des précisions à ce sujet. Enfin, quel est l'état d'avancement des négociations relatives à la conclusion de la COG de la branche maladie ?

**M. Jacques Domergue, rapporteur de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, après avoir constaté que tout laisse à penser que l'ONDAM « soins de



ville » sera respecté mais qu'un effort doit être fait sur la prescription des médicaments, a demandé au ministre de confirmer la baisse du prix des médicaments et la généralisation des tarifs forfaitaires de responsabilité.

Le poids de la prise en charge des affections de longue durée dans les dépenses de santé s'accroît : le périmètre des ALD ne doit-il pas être précisé ? Tel qu'il est rédigé, l'article 29 du projet, qui traite des mesures relatives à l'installation des jeunes médecins, les dispense du suivi du parcours de soins lors de leur installation, quelle que soit la zone considérée ; ne faudrait-il pas prévoir expressément que cette disposition s'appliquera à la condition que la nouvelle installation se fasse dans une zone paupérisée ou sous-médicalisée ?

Enfin, s'agissant de la convergence entre hôpitaux publics et hôpitaux privés, deux théories s'opposent : les hôpitaux privés souhaitent qu'elle soit réalisée au plus vite, conformément aux échéances prévues, les hôpitaux publics tiennent un discours inverse en insistant sur ce qu'ils tiennent pour le danger de la convergence. Quelle est la position du gouvernement ?

Après avoir demandé au ministre comment le gouvernement prévoit d'abonder le Fonds de réserve des retraites et comment il entend résorber le déficit du Fonds de solidarité vieillesse, **Mme Cécile Gallez, rapporteure de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales pour la branche vieillesse**, a souhaité faire le point sur l'état d'avancement des conventions tripartites avec les établissements d'accueil des personnes âgées et demandé au ministre si la tarification pouvait être revalorisée pour tenir compte des difficultés particulières liées à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer. Elle a ensuite posé les questions suivantes :

– les logements-foyers bénéficieront-ils de forfaits soins revalorisés annuellement, même s'ils ne signent pas ces conventions ?

– comment régler le problème de la prise en charge du transport des personnes âgées dépendantes si l'on souhaite développer l'accueil temporaire ou de jour ?

– le projet de loi réorganisant le régime des pharmacies à usage interne des établissements d'hébergement des personnes âgées, quel sera l'impact de ces modifications pour les résidents ?

– la mise aux normes de sécurité représente de très fortes dépenses pour les maisons de retraite et les logements-foyers : dans ce contexte, des aides à l'investissement pourraient-elles être prévues ? Les normes pourraient-elles être moins rigoureuses ?

– pourquoi le montant de l'allocation personnalisée d'autonomie versée aux personnes hébergées en établissement est plus faible que celui prévu pour les personnes vivant à leur domicile ? Cette allocation ne pourrait-elle pas être versée directement aux logements-foyers ?

– dans quel délai sera remis le rapport de faisabilité de l'IGAS et de l'IGF quant à la création d'une assurance complémentaire contre la dépendance proposée par le sénateur Alain Vasselle ?

Après avoir noté que la politique familiale menée depuis 2002 a consisté essentiellement à faciliter la conciliation entre vie professionnelle et vie privée par l'adoption de mesures aidant les familles à financer le recours à un mode de garde, **Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales pour la branche famille**, a jugé que cette politique doit être complétée par un autre volet, plus redistributif, destiné aux familles en situation de précarité. Ainsi, les familles monoparentales sont souvent réduites à vivre de l'allocation de parent isolé (API), car leur insertion professionnelle est impossible, faute de mode de garde rapidement mobilisable. Comment leur donner une réelle priorité pour l'obtention de places en crèche ? En 2004, la conférence de la famille avait retenu comme thème principal « Pauvreté et précarité » : quelles suites le gouvernement envisage-t-il de donner au rapport de M. Martin Hirsch ?

Puis elle a posé les questions suivantes :

– La création du nouveau congé parental de courte durée est présentée par le Premier ministre comme une première étape. À combien estime-t-on les bénéficiaires potentiels de ce dispositif ? Comment est-il envisagé de faire évoluer le congé parental ? Sera-t-il ouvert aux familles de deux, voire d'un enfant ?

– S'agissant des aides au logement, alors que les aides personnelles au logement n'ont pas été revalorisées depuis 2003, un simple relèvement de 1,8 % du loyer-plafond à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2005 a été annoncé, le plafond de ressources et le forfait de charges restant inchangés. Le gouvernement peut-il apporter quelques éclaircissements sur cette question, essentielle pour les familles modestes dont le taux d'effort pour l'accès au logement ne cesse d'augmenter ? Pourquoi, par ailleurs, la branche famille devrait-elle supporter la totalité de la charge de l'APL versée aux familles locataires, alors que l'Etat en assumait 48,35 % jusqu'à présent ? Ce transfert de charges, estimé à 271 millions en 2005, est-t-il un nouveau signe du désengagement de l'Etat de la politique du logement ?

– La signature de la convention d'objectifs et de gestion de la CNAF résulte d'un compromis avec l'Etat, prévoyant notamment l'augmentation de 7,5 % par an du Fonds national d'action sociale (FNAS) pour la période 2005-2008, soit bien moins que les 13 % que souhaitait la caisse. Cette restriction des moyens destinés à l'action sociale imposera une plus grande sélectivité aux interventions de la branche. Quels domaines d'action en subiront les conséquences ?

– Alors que la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) devait entrer en application pour tous les enfants à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2007, le maintien des anciennes prestations « petite enfance » jusqu'en 2009 a été annoncé. Est-il exact

que les économies ainsi réalisées – et estimées à 440 millions d’euros sur trois ans – permettront de financer la création du congé parental de longue durée ? Ou bien s’agit-il d’un désengagement de plus ?

En conclusion, **la rapporteure de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, pour la branche famille** a signalé que beaucoup des questions qu’elle a adressées par écrit au gouvernement au cours des derniers mois étaient restées sans réponse et a demandé où en était leur traitement.

**Votre rapporteur** a souligné que la réforme de l’assurance-maladie adoptée en 2004 repose sur la volonté de changer profondément les comportements des acteurs du système de santé. Un an après, force est de reconnaître que les résultats sont là, mais aussi qu’ils sont insuffisants. Le changement de comportement des prescripteurs a ainsi permis d’économiser 600 millions d’euros, mais ce n’est qu’un premier pas, et l’objectif visé en 2006 est d’un milliard et demi. Quant aux Français eux-mêmes, ils ont maintenant choisi, dans leur majorité, un médecin traitant, et sont incités à modifier leurs habitudes de consommation médicamenteuse. Enfin, les hôpitaux sont engagés dans une vaste réforme, et il est souhaitable que le plan Hôpital 2007 soit mis à profit pour encourager les changements susceptibles d’avoir un « retour sur investissement ».

La gestion du risque constitue, pour l’assurance maladie, une culture nouvelle, à laquelle elle n’est pas encore habituée. À titre d’exemple, il a fallu plus d’un an pour modifier les formulaires protocole inter-régime d’examen spécial (PIRES) relatifs aux affections de longue durée (ALD). Mais, au-delà du rythme d’avancement de la réforme, au-delà de l’optimisation des comportements, qui finira bien par atteindre ses limites, il faut poser sans attendre cette question fondamentale : l’équilibre passe-t-il par un simple accroissement des recettes, au risque d’allourdir le coût du travail, ou bien par une responsabilisation accrue des Français et des caisses complémentaires ?

S’agissant enfin de l’assurance vieillesse, le rythme, relativement faible, auquel est actuellement abondé le Fonds de réserve des retraites, dont les actifs n’atteignent que 25 milliards d’euros à ce jour, et ne devraient s’accroître que de 2 milliards en 2006, permet-il d’envisager qu’il puisse remplir, à l’horizon 2020, la fonction de « lissage » qui lui était assignée à l’origine ? Quel niveau devrait-il atteindre pour cela ? Le Premier ministre qui a décidé sa création, M. Lionel Jospin, envisageait 1 000 milliards de francs, soit environ 150 milliards d’euros...

**M. Jean-Marie Le Guen** a indiqué que le groupe socialiste ne partage pas l’enthousiasme avec lequel les ministres ont présenté le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006. C’est en effet un projet de loi de financement de la sécurité sociale lourdement déficitaire, qui fragilise durablement le système de protection sociale, et prétendre que le déficit serait deux fois plus élevé si la politique menée sous la précédente législature avait été poursuivie après 2002 n’est qu’un sophisme. Au demeurant, les prévisions pluriannuelles présentées, qu’il s’agisse de l’ONDAM ou des recettes, ne sont jugées crédibles

par personne. Quant à l'idée de supprimer tout décalage entre le moment où certaines dispositions sont soumises à la concertation et celui où elles sont transmises au Parlement, on ne peut s'empêcher d'y voir, outre l'effet du récent et unanime avis négatif des caisses sur le présent projet, le souci que la presse ne fasse plus état prématurément de certaines mesures susceptibles d'être mal accueillies, tel le forfait de 18 euros sur les actes médicaux lourds, qui constitue au demeurant un précédent on ne peut plus regrettable.

Au-delà du caractère irréaliste et farfelu des tableaux de financement présentés, le plus contestable – du point de vue de la méthode – est que la plupart des mesures importantes annoncées ne sont pas dans le projet, qu'il s'agisse de la politique du médicament, de la politique hospitalière ou de la politique des soins de ville. Il est singulier qu'un an seulement après le vote de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, le Parlement continue de débattre sur la base d'engagements purement verbaux du gouvernement ; ainsi, concernant la franchise élargie, seul le principe du forfait sera inscrit dans la loi, et son montant, de 18 euros initialement, pourra être réévalué par simple décret. La faible portée du vote du Parlement sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale est un élément supplémentaire d'affaiblissement du lien de confiance entre les citoyens et leurs gouvernants.

**Mme Jacqueline Fraysse** a déclaré, au nom du groupe des député(e)s communistes et républicains, s'être réjouie lorsque le ministre a annoncé un « coup de pouce » en faveur de l'hôpital, mais n'en avoir été que plus déçue en constatant que l'ONDAM hospitalier ne progresse que de 3,44 % – au lieu des 4,32 % réclamés par la Fédération hospitalière de France -, soit moins encore que les 3,6 % de l'an dernier – alors que la FHF demandait, cette fois, 4,74 %. Elle s'est par ailleurs préoccupée de l'endettement des hôpitaux : est-il vrai que 70 % des établissements publics sont endettés ?

Elle a ensuite posé les questions suivantes :

– Dans le domaine de la prévention et de la santé publique, des moyens importants ont certes été annoncés pour lutter contre le risque de grippe aviaire, mais il semble que l'État ne verse pas un centime et mette à contribution les caisses de sécurité sociale. N'est-ce pas pourtant une mission qui lui appartient en propre ?

– Dans le domaine du médicament, combien de produits nouveaux ont été mis sur le marché en 2005, et à quel prix, compte tenu des dispositions de 2002 relatives à la liberté tarifaire pour les médicaments nouveaux ?

– S'agissant des prévisions de recettes, le gouvernement confirme-t-il que le montant des exonérations de charges patronales non compensées s'élève à 21,6 milliards d'euros, et si oui, à quelle période de référence s'applique ce montant ? L'État envisage-t-il de payer un jour à la sécurité sociale les arriérés qu'il lui doit ?

– Enfin, la référence que, dans ses discours, le gouvernement fait à la solidarité n'est-elle pas contradictoire avec les aides et incitations à la souscription de couvertures complémentaires ? La solidarité doit consister d'abord à garantir à chaque Français une bonne couverture de base, au lieu de la réduire sans cesse, par exemple par le nouveau forfait de 18 euros, au point que la France n'est plus, pour ce critère, qu'au dix-septième rang des pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE).

**M. Jean-Luc Prével**, s'exprimant au nom du groupe UDF, a dit craindre que l'on ne perde de vue l'objectif qui doit être celui d'une politique de santé digne de ce nom : assurer l'égalité d'accès à des soins de qualité. La France s'oriente de plus en plus, en effet, vers une médecine à plusieurs vitesses : les dépassements d'honoraires, les baisses de taux de remboursement, l'augmentation du forfait hospitalier, le nouveau forfait de 18 euros aggravent l'inégalité devant la santé, au détriment de ceux qui n'ont pas les moyens de s'offrir une bonne couverture complémentaire.

S'agissant de l'institution du médecin traitant, il est abusif de présenter comme un succès le nombre de formulaires renvoyés ; on pourrait invoquer, inversement, l'enquête réalisée auprès de 14.000 médecins, dont 14 % seulement considèrent qu'il s'agit d'une bonne réforme !

Le gouvernement avait lui-même qualifié d'« historique » le déficit de 2004, qui s'élevait, toutes branches confondues à 11,9 milliards d'euros. Que dire de celui de 2005, dont le montant est identique, et qui, pour la première fois, touche les quatre branches ? Certes, le déficit de l'assurance maladie est réduit de 3 milliards d'euros, mais l'exploit n'a rien de remarquable, quand les recettes supplémentaires augmentent de 4,6 milliards, dont 2,2 milliards au titre de la contribution sociale généralisée (CSG), 0,8 milliard au titre de la contribution sociale de solidarité (C3S), 1 milliard au titre des taxes sur le tabac, de 0,5 milliard grâce au forfait d'un euro et 0,1 milliard grâce à l'augmentation du forfait hospitalier. Et si l'on ajoute au déficit de la sécurité sociale proprement dite celui du FSV, celui du FFIPSA – privé cette année de la subvention de l'Etat – et celui de l'UNEDIC, on dépasse les 18 milliards d'euros. La vérité est que, comme l'a dit le Premier président de la Cour des comptes, la protection sociale n'est plus financée.

S'agissant du système de santé lui-même, l'hôpital va mal : la plupart des établissements ont des reports de charges, et le taux de 3,44 % retenu pour la progression de l'ONDAM est construit sur un rebasage. On ignore encore, en outre, le taux de tarification à l'activité pour 2006 : restera-t-il de 25 %, ou sera-t-il augmenté ?

La politique contractuelle menée ces trois dernières années avec l'industrie pharmaceutique risque fort, par ailleurs, d'être mise à mal par le revirement du gouvernement, qui a décidé unilatéralement, sans concertation, de la ponctionner

de 2 milliards supplémentaires. S'il persiste dans cette voie, y aura-t-il encore une industrie pharmaceutique en France dans quelques années ?

Dans le domaine des soins ambulatoires, peut-on espérer la revalorisation des frais de déplacement, ainsi que leur harmonisation entre les différentes professions, le prix de l'essence étant le même pour tout le monde ?

Enfin, le Fonds d'aide à la qualité des soins (FAQSV) est doté de 100 millions d'euros, mais il est prévu de le mettre à contribution pour la mise en place du dossier médical personnel, dont le coût est estimé à un milliard d'euros par M. Dominique Coudreau, qui préside le groupement d'intérêt public de préfiguration du dossier médical personnel. Quelle sera la hauteur de sa participation ?

**M. Denis Jacquat**, après avoir rappelé que Mme Georgina Dufoix, lorsqu'elle était ministre en charge de la sécurité sociale, jugeait impossible que l'on arrive jamais à équilibrer la sécurité sociale, a loué, au nom du groupe UMP, les efforts et le volontarisme déployés par les ministres pour parvenir néanmoins à cette fin.

Leur souci de relever le défi de la longévité par une meilleure prise en charge des personnes âgées est à saluer ; cependant, l'obstacle que représente la difficulté de faire le partage entre ce qui relève du sanitaire et ce qui relève du médico-social est difficile, la frontière étant souvent ténue, voire subjective. L'on invoque souvent, s'agissant du taux d'encadrement des maisons de retraite, le modèle scandinave ou allemand ; cependant, des études comparatives réalisées entre établissements mosellans et sarrois ont fait apparaître que ce taux était en réalité plus faible dans ces derniers – et encore il comprend souvent des étudiants qui y travaillent bénévolement. Il ressort en outre du rapport réalisé par Mme Cécile Gallez au nom de l'OPEPS que, du fait du succès de la politique visant à favoriser le maintien à domicile, les personnes âgées le sont de plus en plus lorsqu'elles entrent en institution et qu'un grand nombre d'entre elles sont en fait atteintes de maladies neuro-dégénératives, plus que de handicaps physiques ou physiologiques. Peut-être conviendrait-il de prévoir, dans les établissements, davantage de lits adaptés à ces maladies que de lits médicalisés proprement dits ?

S'agissant des retraites, l'existence du Fonds de réserve, qui avait été une bonne initiative, n'a de sens que s'il est alimenté par des recettes pérennes. Sera-ce bien le cas ?

Enfin, il n'est pas gênant qu'il n'y ait pas de ligne budgétaire spécifique pour la lutte contre la grippe aviaire, distincte des autres actions de prévention.

Après avoir rappelé qu'il avait été rapporteur sur cette question à l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, **M. Denis Jacquat**, a expliqué que son rapport, qu'il a défendu le lendemain même de la présentation du plan de prévention de la pandémie par le ministre, reprenait le contenu de l'intervention du ministre et qu'il a obtenu une approbation à l'unanimité.

**M. Maxime Gremetz** a estimé que la prétendue réforme de l'assurance maladie dont se targue le gouvernement n'en est pas une. Il s'agit simplement de réduire un peu le déficit et de faire payer les Français, en accélérant la privatisation des soins tout en étatisant, paradoxalement, la gouvernance. Pour être bien soigné, il est devenu impératif de disposer d'une bonne couverture complémentaire : toutes les mesures prises vont dans ce sens, la dernière en date étant l'institution d'une participation de 18 euros pour les actes médicaux lourds, qui rapportera autant que le cadeau fiscal fait aux 14.000 plus riches assujettis à l'impôt sur la fortune.

Aucun gouvernement n'a voulu aborder la question de fond : celle du financement même de la sécurité sociale. Pour garantir durablement celui-ci, il faudrait, comme n'ont cessé de le proposer les députés communistes et républicains, développer l'emploi, augmenter les salaires, et surtout réformer l'assiette, en taxant les revenus financiers, en revenant largement sur les quelque 21 milliards d'euros d'exonérations de cotisations patronales – qui sont, de l'aveu même du Premier président de la Cour des comptes, M. Philippe Séguin, un gaspillage générateur de simples effets d'aubaine – et en modulant les cotisations. Il n'est pas normal de mettre davantage à contribution l'entreprise qui embauche que celle qui licencie.

**M. Gérard Bapt** s'est d'abord inquiété des moyens dont disposera le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) pour remplir, en plus de toutes ses missions, celle de financer les structures participant à la permanence des soins, telles que les maisons médicales de garde ; il a ensuite plaidé pour que les praticiens hospitaliers titulaires d'un diplôme étranger voient leur statut, leurs conditions de travail et leur rémunération – souvent inférieure à 1.500 euros par mois, ce qui est scandaleux – revalorisés.

Il serait bon de connaître la date de publication des textes d'application de l'article 38 du projet relatif aux « *messages publicitaires en faveur de boissons avec ajouts de sucres, de sel ou d'édulcorants de synthèse ou de produits alimentaires manufacturés* ». En outre, il est très étonnant que l'affectation à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) du produit de la taxe de 1,5 % perçue lorsque ces messages ne comporteront pas d'information à caractère sanitaire suffisante soit présentée, aux termes mêmes de l'exposé des motifs de l'article, comme ouvrant la voie à un allègement de la contribution de l'assurance maladie au financement de l'INPES, de façon que sa part soit ramenée aux deux tiers de ce budget, au lieu de 71 % actuellement. Un tel dispositif est tout à fait contraire à l'esprit de l'article L. 2133-1 du code de la santé publique, tel que l'Assemblée l'avait adopté à l'initiative des députés membres du groupe d'études sur la prévention de l'obésité.

En réponse aux questions de Mme Cécile Gallez, **M. Philippe Bas, ministre délégué à la Sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille** a apporté les précisions suivantes :

– Le plan « Vieillesse et solidarités » et le plan « Alzheimer » se mettent en place bien plus vite que prévu : 261 lieux de consultation « mémoire » de proximité ont été créés, l'objectif étant de parvenir à 600. Grâce à ces centres de ressources et de diagnostic, il sera possible de proposer un dépistage, un diagnostic et, le cas échéant, un traitement, un accompagnement social, ainsi qu'une formation des aidants familiaux, au moment le plus efficace. De même, le programme de création de places, dont un certain nombre de places « Alzheimer », a pris de l'avance, et plus un seul établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) ne s'ouvre sans une section dédiée. L'objectif de création de 1 822 places « Alzheimer » en 2004 et d'un nombre équivalent en 2005 sera tenu. En outre, la tarification de ces établissements et la fixation de leur dotation minimale tiendront désormais compte de ce facteur.

– Il n'est actuellement pas possible de servir l'APA aux résidents des foyers-logements, à moins que ceux-ci ne se transforment en EHPAD et ne se conventionnent. Cela dit, le gouvernement est disposé à reconsidérer la question. Par ailleurs, il est prévu de revaloriser le forfait de soins applicable aux foyers-logements.

– Le transport sur prescription médicale de résidents d'un EHPAD est possible, l'établissement étant considéré comme un substitut du domicile, mais il serait possible de prévoir des possibilités supplémentaires d'exonérations.

– La modernisation des EHPAD pour faire face au vieillissement nécessite de lourds investissements et le gouvernement réfléchit actuellement à une initiative qu'il pourrait prendre pour favoriser ceux-ci.

**MM. Pierre Morange et Dominique Tian** se sont interrogés sur le calendrier de la convergence des tarifications applicables aux hôpitaux publics et aux hôpitaux privés et notamment sur l'étape 2008.

En réponse aux différents intervenants, **M. Xavier Bertrand, ministre de la Santé et des solidarités**, a apporté les précisions suivantes :

– Le taux de réponse aux questions des parlementaires est, s'agissant du ministère de la Santé, de 60 % pour le PLFSS, ce qui est davantage que par le passé, mais de 24 % seulement pour les questions relatives au projet de loi de finances. Des dispositions sont prises pour que la situation soit redressée d'ici la fin de la semaine. Cela dit, il faut rappeler que le nombre de questions relatives au PLF a été de 469 cette année au lieu de 260 l'année dernière – ce qui peut être une explication, mais en aucun cas une excuse.

– Des réflexions du Premier président de la Cour des comptes, rappelées par M. Jean-Michel Dubernard, sur les réformes successives de l'assurance maladie, a été tirée la conclusion qu'une réforme de fond est nécessaire ; l'ambition de la réforme actuellement mise en œuvre est de mériter cette appellation. Pour mieux organiser et mieux gérer le système de santé, il convient avant tout de réduire les dépenses inutiles, les doublons, les gaspillages, que



dénonce à juste titre la Cour des comptes et que l'on peut estimer entre 6 et 8 milliards d'euros. Le dossier médical partagé y contribuera. Rien qu'en obtenant des « gros prescripteurs » qu'ils se rapprochent des bonnes pratiques qui font largement consensus chez leurs confrères, on réaliserait déjà des économies considérables. Il en va de même pour la consommation de médicaments, lorsque l'on songe que les trois quarts des boîtes vendues ne sont pas consommées entièrement, et qu'un cinquième ne sont même pas ouvertes !

– La question de la barémisation, abordée par le rapporteur général, est d'une grande complexité technique. Le « panier » de recettes transféré à l'ACOSS semble suffisamment dynamique, étant donné qu'il a évolué au même rythme que la masse salariale. Une clause de « revoyure » est cependant prévue pour 2007, afin d'évaluer le coût des allègements en 2006 et de vérifier qu'il n'y a pas de divergence significative.

– La loi du 13 août 2004, en faisant baisser le prix des génériques, a permis de réguler et de limiter les « marges arrière » des pharmaciens. C'est un sujet qui a fait l'objet d'une concertation entre le gouvernement et les représentants de la profession.

– Faut-il créer une nouvelle instance de réflexion et de concertation sur l'avenir de la sécurité sociale ? Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie est à même de jouer ce rôle, en tout cas pour sa partie, et à condition qu'il le souhaite : c'est aux partenaires sociaux représentés en son sein qu'il appartient de le dire.

– La maîtrise médicalisée des dépenses doit s'appliquer à la médecine de ville comme à l'hôpital, ainsi qu'aux prescriptions externes ; une convention a d'ailleurs été signée avec les représentants des transporteurs.

– S'agissant des affections de longue durée, c'est la Haute autorité de santé qui produira, en fonction de critères purement scientifiques, les référentiels nécessaires et les protocoles de soins. Elle a choisi de commencer par le diabète, les affections psychiatriques et l'hypertension artérielle. Tout cela se fera dans la plus grande transparence, en liaison avec les associations de patients. La logique reste bien une logique médicalisée et il n'est pas question de changer les règles d'admission en ALD.

– Les efforts demandés à l'industrie du médicament sont compatibles avec le maintien, et même le développement du secteur. Le gouvernement a choisi de privilégier l'action sur les prix parce que c'est elle qui donne les résultats les plus lisibles.

– En matière de tarification à l'activité, il n'y a pas, à ce jour, de constat partagé sur les écarts de coûts. Le gouvernement a donc confié une mission à l'IGAS, et a renoncé à l'idée d'une étape intermédiaire en 2008. Le fait que la MECSS se soit saisie du sujet est de nature à nous éclairer. Il n'y a aucune raison pour que l'échéance de 2012 ne soit pas respectée.

– Les aides à la primo-installation sont l'un des éléments du débat en cours sur la démographie médicale. La question de la réinstallation est différente, mais des incitations peuvent être envisagées en faveur des zones sous-médicalisées.

– La nécessité d'accompagner les établissements qui se restructurent est une évidence. Les établissements les plus dynamiques sont ceux qui ont le plus à gagner à la tarification à l'activité (TAA), mais il faudra, au cours des prochaines années, organiser des complémentarités qui profitent à tous les établissements, quelle que soit leur taille.

– Certes, il est compréhensible M. Jean-Marie Le Guen ne partage pas l'enthousiasme du gouvernement ; cependant, il est regrettable qu'il ne lui fasse pas confiance. Le déficit annoncé pour 2005 était de 8 milliards d'euros ; il sera de 8,3 milliards. Il est donc permis d'espérer que l'objectif de 6,1 milliards annoncé pour l'an prochain sera tenu. Quant aux prévisions pluriannuelles, elles ne tiennent évidemment pas compte de l'éventualité de recettes plus fortes que prévu, ni de celle de mesures nouvelles.

– La participation forfaitaire de 18 euros pour les interventions médicales lourdes a vocation à être prise en charge par les complémentaires. Lorsque l'on entend certains de leurs représentants prétendre que cela pourrait les conduire à relever leurs tarifs de 6 ou de 9 %, ou encore que l'obligation d'informer leurs assurés va alourdir leurs frais généraux, on ne peut qu'être choqué, car ces complémentaires vont réaliser, d'un autre côté, des économies importantes grâce à la baisse du prix des médicaments.

– Les nouveaux médicaments mis sur le marché étaient au nombre de 196 en 2004, et de 60 au cours des neuf premiers mois de 2005, selon le CEPS. Il n'y a pas de liberté tarifaire, et seuls huit médicaments ont bénéficié, depuis 2003, de la procédure accélérée d'autorisation de mise sur le marché. Il faut, cela dit, rémunérer à leur juste prix les produits qui constituent une véritable innovation thérapeutique, tel le nouveau traitement de la polyarthrite rhumatoïde, pris en charge à hauteur de 1.463 euros par mois ; il s'ensuit qu'un nombre réduit de médicaments innovants ne correspond pas forcément à une réduction équivalente des montants remboursés.

– S'agissant de l'endettement des hôpitaux, 30 à 35 % des dépenses d'investissement des établissements correspondent à des remboursements d'emprunts, ratio que la Banque de France considère comme normal et acceptable.

– S'agissant des situations relatives des établissements publics et privés et de l'exactitude de l'information selon laquelle 70 % des hôpitaux sont endettés, une réponse écrite sera adressée ultérieurement sur le premier point ; s'agissant du second point, ce chiffre date de septembre 2005 et ne tient compte ni de la récente délégation de crédits de 350 millions d'euros récemment signée, ni de celle, imminente, d'un montant de 450 millions. Les dotations des établissements auront augmenté de 2 milliards d'euros en 2005 par rapport à 2004.

– Si le gouvernement s’estime fondé à dire que l’institution du médecin traitant est un succès, c’est parce que 32 millions de Français ont déjà choisi le leur, qui était déjà, dans la grande majorité des cas, leur médecin de famille. Les personnes résolument hostiles sont finalement peu nombreuses : 11 % de la population selon les enquêtes d’opinion, et il y a tout lieu de croire que ce pourcentage va encore baisser.

– Quant à la politique du médicament, également critiquée par M. Jean-Luc Prével, d’aucuns avaient au contraire reproché au gouvernement son manque de vigueur ; il s’agit en fait d’une politique équilibrée, qui reste dans le cadre conventionnel.

– S’agissant des frais de déplacement des praticiens libéraux, une mesure d’actualisation des barèmes kilométriques sera bientôt adoptée.

– Le Gouvernement sait gré aux députés du groupe communiste et républicain de s’attacher à assortir leurs critiques de propositions, quand bien même celles-ci ne lui semblent pas opportunes. La discussion du projet en séance publique sera l’occasion de poursuivre le débat de fond évoqué par M. Maxime Gremetz.

– Les maisons médicales de garde doivent absolument être pérennisées, et c’est pourquoi le Fonds d’aide à la qualité des soins de ville est chargé, entre autres, de cette mission. Grâce à un amendement voté l’an dernier par le Parlement, il dispose cette année de 60 millions supplémentaires, et sans doute de 150 millions en 2006, compte tenu des reliquats. Il reste à s’assurer que l’argent du FAQSV arrive bien sur le terrain.

– Un ensemble de mesures a été annoncé en faveur des praticiens hospitaliers, français ou étrangers, titulaires de diplômes étrangers. Quelque 600 places seront mises en 2006 aux concours qui leur sont réservés, dans toutes les spécialités.

– L’affectation à l’INPES de la taxe de 1,5 % sur les dépenses de publicité en faveur de certaines boissons sucrées vise bien à accroître les moyens de cet institut et il n’est pas question de chercher à réduire le montant de la participation de l’assurance maladie. Le gouvernement souhaite que la discussion de l’article 38 en séance publique permette de rassurer ceux qui, tel M. Gérard Bapt, s’en inquiéteraient.

– S’agissant enfin de la lutte contre le bioterrorisme et les menaces sanitaires, évoquée par M. Denis Jacquat, le choix qui a été fait en 2001 est celui d’un fonds de concours spécifique, alimenté par l’assurance maladie, mais qui pourra recevoir des financements supplémentaires si besoin est, car il n’est évidemment pas question de financer à moyens constants les actions qui seront nécessaires.

Répondant à une question de M. Jean-Pierre Door sur les moyens d'améliorer la situation du Fonds de solidarité vieillesse, **M. Philippe Bas, ministre délégué à la Sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille** a précisé que le projet y pourvoit, tant par la suppression de l'« exportation » du minimum vieillesse que par les prélèvements anticipés sur les intérêts des PEL de plus de dix ans et par l'élargissement de la contribution sociale de solidarité des sociétés (CSSS). Ces trois mesures ont un rendement cumulé de 253 millions d'euros. Tout ce qui permet de faire progresser l'emploi améliore les comptes du FSV en réduisant ses charges au titre des demandeurs d'emploi. Il a ensuite apporté les réponses suivantes aux questions des commissaires :

– En réponse à M. Jean-Luc Prél, il a indiqué que les retraites seraient revalorisées de 1,8 % en 2006.

– À M. Denis Jacquat, il a indiqué que le ministère a lancé une mission relative à la répartition entre le médico-social et le sanitaire. Il semble en effet que 20 % seulement des personnes âgées résidant dans des établissements de long séjour aient besoin d'un traitement hospitalier et que les autres devraient être en EHPAD. L'analyse doit être affinée avant que des mesures soient prises. Il faut se féliciter de l'enquête citée par M. Denis Jacquat, qui montre que, contrairement à une idée reçue, le taux d'encadrement n'est pas moindre en France qu'en Allemagne.

– En réponse à M. Jean-Pierre Door, les COG signées avec la branche famille et avec la branche vieillesse comportent toutes deux des indicateurs de performance et de suivi.

– S'agissant des souhaits de MM. Jean-Pierre Door et Gilles Carrez d'étendre à toutes les branches du régime général les dispositions ayant modifié la gouvernance de la branche maladie, la principale difficulté pour la branche famille est l'apprentissage de la gestion du risque et non plus seulement la rapidité des remboursements. Les autres branches ont une gestion beaucoup plus simple et qui donne satisfaction ; aussi la question ne se pose-t-elle pas dans les mêmes termes ni avec la même urgence pour toutes. S'agissant de la productivité du réseau des caisses d'allocations familiales, la COG prévoit 3.000 départs en retraite pour 2.100 recrutements, soit le non-remplacement d'un agent sur trois. Cela constitue un effort de productivité considérable, ainsi que le prouve la prise en charge, sans moyens supplémentaires, des prestations familiales de 500.000 fonctionnaires.

– La transformation, de nature juridique, du BAPSA en FFIPSA ne modifie pas son mode de financement ; une réflexion sur la résorption du déficit est en cours sous l'égide du ministère de l'agriculture, mais cela n'a pas d'impact sur les comptes des régimes de sécurité sociale.

– Conformément aux préoccupations de Mme Marie-Françoise Clergeau, les familles en situation de précarité seront aidées. Le Premier ministre a annoncé

une réforme des minima sociaux qui favorisera le retour à l'emploi tout en instituant des mesures d'accompagnement. Ainsi, les bénéficiaires de l'allocation de parent isolé auront un accès privilégié aux modes de garde et à des formations. Quant au rapport de M. Martin Hirsch, il a constitué une source de réflexion précieuse lors de l'élaboration du projet de financement.

– S'agissant de la réforme du congé parental, le projet traduit les décisions prises lors de la conférence de la famille en ouvrant la possibilité d'un congé d'un an rémunéré à hauteur de 750 euros mensuels aux parents de trois enfants et plus. Le gouvernement table sur 50.000 bénéficiaires, et l'on peut espérer que ces prévisions seront dépassées. Selon les résultats obtenus, le gouvernement envisagera d'étendre la mesure pour le deuxième enfant, et éventuellement pour le premier enfant, mais il est encore prématuré d'en décider.

– L'allocation logement a été revalorisée de 1,8 % le 1<sup>er</sup> septembre 2005. Pour ce qui est de la répartition de la charge des APL entre l'Etat et la branche famille, il est exact qu'une évolution a eu lieu : par souci de clarification, l'Etat paye désormais pour les célibataires et la branche famille pour les familles. Dans le même temps, la branche famille bénéficie de l'augmentation de la cotisation de l'Etat, passée de 5,2 % à 5,4 % pour un rendement de 100 millions d'euros, et de la réforme des tutelles et des curatelles, qui lui apporte 100 autres millions.

– Enfin, la COG garantit une augmentation de 7,5 % par an des crédits du fonds d'action sociale de la CNAF pendant les quatre prochaines années ; ainsi, 72 000 places de crèche auront pu être créées entre 2002 et 2008, ce qui représente un accroissement de 30 % du parc, sans qu'en pâtissent les autres actions sociales, et notamment les contrats « temps libre ».

**M. Pierre Morange** a remercié les ministres pour leurs réponses précises. Il a souligné la durée exceptionnelle et la qualité des échanges avec les deux ministres, tous les nombreux députés présents qui le souhaitaient ayant pu s'exprimer longuement. Il a rappelé que la Commission examinera les amendements à partir du mardi 18 octobre à 17 heures.

## B.- EXAMEN DU PROJET DE LOI

Au cours de sa réunion du 19 octobre 2005, la Commission a examiné pour avis **projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006** (n° 2575).

**Votre Rapporteur** a souligné que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 est le premier à être présenté selon la nomenclature et les règles fixées par la nouvelle loi organique du 2 août 2005, qui est la transposition de la LOLF aux finances sociales ; il appartient cependant au Parlement de s'approprier ce nouvel outil et de faire vivre la réforme, en s'attelant à la lourde tâche de l'optimisation de la gestion de la sécurité sociale.

À ce titre, la démarche, proposée par M. Gilles Carrez, Rapporteur général, visant à « barémiser » les allègements de charges sociales, afin de montrer aux entreprises ce qu'elles payent réellement, soit 4 % de cotisations au niveau du SMIC, doit être approuvée. Cette orientation serait en outre favorable au financement de la sécurité sociale, car elle permettrait de sortir du sempiternel débat sur la « compensation intégrale » et sur les relations financières entre l'État et la sécurité sociale.

La situation financière de cette dernière est tributaire d'une conjoncture économique incertaine. Le ralentissement de la croissance de la masse salariale s'est traduit en 2005 par un manque de recettes de 1,2 milliard d'euros par rapport à la loi de financement de la sécurité sociale votée l'an dernier. Pour autant, les mesures correctrices courageuses prises par le Gouvernement permettront de ramener le déficit du régime général, toutes branches confondues, de 11,9 milliards d'euros en 2004 et 2005 à 8,9 milliards d'euros en 2006 et 6,5 milliards d'euros en 2007.

Le déficit de la branche famille atteindra 1,1 milliard d'euros en 2005 comme en 2006, du fait du dynamisme plus rapide que prévu des aides au logement, des prestations d'action sociale et, surtout, de la prestation d'accueil du jeune enfant, la PAJE, qui est un vrai succès. Le projet de loi prévoit de modifier le complément de libre choix d'activité, en ajoutant la possibilité de toucher 750 euros par mois pendant un an.

La branche vieillesse a vu son déficit se creuser en 2005 à 2,1 milliards d'euros, déficit qui sera ramené à 1,8 milliard d'euros en 2006 avec l'augmentation des cotisations qui avait été prévue dès la loi Fillon en 2003. Ce déficit s'explique notamment par la montée en charge de la mesure permettant les départs anticipés à la retraite. Le gouvernement de M. Lionel Jospin n'avait pas satisfait cette revendication légitime des salariés âgés, de même qu'il n'avait prévu aucune solution de financement pérenne pour faire face à la charge liée à l'augmentation des retraites. La réforme de 2003 va donc dans le bon sens, mais beaucoup de chemin reste à parcourir.

Il faut cependant s'interroger sur le rôle que pourra réellement jouer ce fonds dans le lissage du financement des retraites à l'horizon 2020, compte tenu de son relativement faible montant actuel, de l'ordre de 25 milliards d'euros, et de l'incertitude qui plane sur les abondements futurs. Il est nécessaire que le Gouvernement apporte rapidement des éclaircissements sur ce point. Son rôle de fonds de pension à la française, investi en actions, est pour autant favorable à l'économie.

Des mesures devront également être prises rapidement en ce qui concerne les fonds de financement, FSV et FFIPSA notamment, mais aussi les fonds amiante, car on ne peut laisser s'accumuler des déficits qui aggravent l'endettement et les charges d'intérêt. Les marges de manœuvre financières sont, certes, très étroites, mais des efforts et des choix seront nécessaires.

La situation de la branche maladie s'améliore quelque peu grâce aux mesures de recettes et d'économies contenues dans la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, mais aussi grâce à la nouvelle organisation mise en place pour piloter le système de santé, davantage tourné vers la qualité des prescriptions et des soins.

Comme l'ont montré les rapports parlementaires de suivi de l'application de la loi, celle-ci a été mise en œuvre de façon exemplaire : la Haute Autorité de santé, l'UNCAM pour les caisses nationales, l'UNOCAM pour les organismes complémentaires, sont désormais en place ; la convention médicale du 12 janvier 2005 a mis en forme le parcours de soins coordonné et le dispositif du médecin traitant, qui concerne déjà 32 millions de Français et 99 % des médecins généralistes ; ne manquent plus que le déploiement du dossier médical personnel, prévu pour 2007 et dont le projet de loi assure le financement pour 2006, et les expérimentations relatives aux agences régionales de santé, notamment en Alsace.

S'agissant du bilan de cette réforme, après un an seulement d'application, il convient d'attacher une attention particulière aux changements de comportements, qui doivent concerner tous les acteurs : les pilotes de la réforme, c'est-à-dire le ministère de la Santé et des solidarités et l'UNCAM, qui ont déjà commencé à prendre des décisions courageuses, comme les remboursements de médicaments à service médical rendu insuffisant ou les baisses de prix ; les professionnels de santé, appelés à modérer les prescriptions d'indemnités journalières et à promouvoir les génériques ; les caisses, qui doivent renforcer leurs contrôles ; les organismes complémentaires, assureurs et mutuelles, qui ne pourront rester longtemps encore des payeurs passifs ; les entreprises pharmaceutiques mises à contribution à travers un nouveau plan médicament ; les patients « responsabilisés », enfin, qui doivent comprendre que l'assurance maladie est condamnée si la spirale des déficits n'est pas enrayée.

La maîtrise médicalisée des dépenses représentera 675 millions d'euros cette année, grâce aux efforts conjugués engagés pour réduire les prescriptions

inappropriées d'arrêts maladie, d'antibiotiques, d'anxiolytiques et de statines, et pour promouvoir les génériques.

L'ONDAM 2005 sera le premier, depuis 1997, à n'être pas dépassé. Mais les dépenses qu'il recouvre n'en auront pas moins progressé de 5 milliards d'euros en un an ! L'ONDAM pour 2006, fixé à 140,7 milliards d'euros en incluant ses changements de périmètre, représentera une nouvelle progression annuelle de près de 6 milliards d'euros - 3,3 milliards si l'on retenait le périmètre 2005. Quant au déficit de la branche maladie, qui atteindra 8,3 milliards d'euros cette année, il devrait être ramené à 6,5 milliards d'euros en 2006 et à 3,5 milliards en 2007, avec retour à l'équilibre à l'horizon 2008-2009.

Des interrogations subsistent, concernant en particulier l'hôpital, qui doit encore améliorer substantiellement son management, tant administratif que médical, et résister aux tentations de freiner la mise en place de la tarification à l'activité. Le fait que le coût moyen d'une journée d'hospitalisation varie entre 1.151 euros au CHR de Metz et 3.126 euros au CHU de Clermont-Ferrand montre que des marges de manœuvre existent.

**M. Gérard Bapt** a dit ne pas partager l'optimisme du Rapporteur quant aux effets de la réforme de l'assurance maladie, et jugé irréalistes les prévisions macroéconomiques sur lesquelles reposent tant le projet de loi de financement de la sécurité sociale que le projet de loi de finances. La sincérité des comptes est altérée, de surcroît, par de nombreux transferts de dépenses, par exemple l'indemnisation des victimes de l'amiante ou le financement de la CMU complémentaire.

L'assurance maladie se défause de nombreuses dépenses sur les complémentaires, et en particulier sur les mutuelles, et il serait bon que le Rapporteur fasse une évaluation chiffrée et rigoureuse des charges nouvelles qui leur incombent – la dernière en date étant le forfait de 18 euros applicable aux actes coûtant plus de 91 euros, mesure annoncée comme devant « responsabiliser » les patients, alors que la responsabilité, s'agissant d'interventions ou d'exams « lourds », appartient évidemment aux prescripteurs.

Les économies réalisées en 2005 grâce à la maîtrise médicalisée des dépenses auront été d'un tiers inférieures aux prévisions : 660 millions d'euros au lieu des 985 millions prévus. Les deux tiers de ces économies portent sur les indemnités journalières, les arrêts de travail faisant l'objet de contrôles accrus à la demande des entreprises, qui accentuent ainsi la pression sur leurs salariés. C'est donc bien sur ces derniers que repose l'essentiel de l'effort, tandis que les professions de santé ont vu leurs honoraires revalorisés – et cela sans même parler des dépassements « sauvages » que l'on observe souvent.

Un autre transfert caché est celui de l'aide médicale d'État, qui concerne les étrangers en attente de décision sur leur situation personnelle.



**Le Président Pierre Méhaignerie** a fait observer que ces crédits relèvent de la mission Solidarité et intégration, et non du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

**M. Gérard Bapt** en a convenu. Toutefois, il a observé que le risque est grand que ces personnes s'adressent aux services d'urgences des hôpitaux, déjà surchargés, ou ne se soignent pas, ce qui peut poser un problème de santé publique. Force est enfin de constater qu'il n'aura pas fallu un an pour observer que la réforme de 2004 ne permettra pas de rétablir – contrairement à ce qu'avait annoncé le ministre de la Santé de l'époque, M. Philippe Douste-Blazy, mais alors contesté par une note de la direction de la Prévision du ministère de l'Économie – l'équilibre de l'assurance maladie en 2007.

**M. Pascal Terrasse** a estimé le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 économiquement irréaliste, socialement inacceptable et médicalement contestable. Ce projet signe l'échec de la réforme de l'assurance maladie intervenue en 2004. Le déficit tendanciel continue de se creuser, malgré l'oubli, dans les comptes tels qu'ils sont présentés, de certaines dépenses – parmi lesquelles 2,8 milliards d'euros au titre de la dette du FOREC – et malgré des hypothèses de croissance d'un optimisme exagéré – les conjoncturistes les plus sérieux s'accordent tous à prévoir, pour 2006, une progression du PIB non pas égale à 2,5 %, mais inférieure à 2 %. Ce sont les salariés, une fois de plus, qui paieront l'essentiel de la résorption partielle du déficit des comptes sociaux : 3 milliards d'euros, contre 0,8 milliard pour les entreprises. Si les économies faites sur le médicament sont la partie la moins critiquable du dispositif, la participation de 18 euros à laquelle donnera lieu tout acte d'un coût supérieur à 91 euros touche à l'essence même de la sécurité sociale, c'est-à-dire l'universalité de la prise en charge. C'est un précédent dangereux, qui dissuadera les patients modestes de se faire opérer, mais aussi de passer certains examens de prévention, tels qu'une scintigraphie ou une microbiopsie. Quant aux mutuelles, déjà lourdement pénalisées par l'augmentation à 2,5 % du taux de la taxe pour financer la CMU, elles ne pourront prendre en charge ce nouveau ticket modérateur sans augmenter leurs cotisations. Il s'agit, ni plus ni moins, d'une désocialisation des recettes et donc d'un véritable démantèlement de la sécurité sociale.

**M. Richard Mallié** s'est inscrit en faux contre ce jugement, et a considéré que la réforme de 2004 vise avant tout à changer l'état d'esprit de l'ensemble des acteurs du système. C'est une évolution qui ne se fera pas en quelques mois, et il est déjà reconfortant de constater que le déficit de 2006 sera inférieur à celui de 2005, lui-même inférieur à celui de 2004.

**M. Charles de Courson** a rappelé que le groupe UDF n'a pas voté la réforme de 2004 et observé que le déficit global des comptes sociaux ne se résorbe pas. S'il y a en effet une légère amélioration sur le front de l'assurance maladie, les trois autres branches – vieillesse, famille, accidents du travail et maladie professionnelle – enregistrent une dégradation. L'inscription d'une « provision pour recettes » de 2 milliards d'euros, au titre d'une soulte que seraient

susceptibles de verser la Poste et la Banque de France, est contestable. Où en sont les négociations avec ces deux établissements et quel serait leur écot respectif ? Le procédé, pour le moins singulier, illustre, en l'aggravant, la dérive récente qui consiste à tirer des traites sur l'avenir. Quant au FFIPSA, son déficit devient un gouffre, qui se creuse de 1,7 à 1,9 milliard d'euros chaque année, soit un montant cumulé de 7,7 milliards d'euros depuis 2004, le montant des dettes transférées par l'État étant de 3,2 milliards d'euros. Or, la seule proposition concrète faite par le Gouvernement consiste à porter l'autorisation de découvert en trésorerie à 8,1 milliards d'euros, ce qui est tout à fait extravagant puisque le montant annuel des dépenses est de 14 milliards d'euros environ ! Par ailleurs, le taux de croissance de l'ONDAM pour 2006 est fixé à 2,5 %. Certes, on observe, depuis trois ans, une décélération d'année en année, mais l'objectif est-il bien réaliste ? Enfin, il serait intéressant de savoir quelle recette est attendue, en 2006, de la participation de 18 euros laissée à la charge des patients.

**Le Président Pierre Méhaignerie** a demandé si les tarifs de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) sont fixés par la CNAF seule, ou si l'État intervient également. S'agissant de la branche maladie, des économies pourraient être réalisées grâce à une meilleure gestion des établissements hospitaliers, ce qui suppose que le ministère de la Santé et des solidarités cesse d'établir tous les trois mois de nouvelles orientations...

**Votre Rapporteur** a apporté aux divers intervenants les réponses suivantes :

– les modalités de la soulte de La Poste et celle de la Banque de France ne sont pas encore connues. Les partenaires sociaux sont légitimement inquiets. Le Gouvernement devra apporter des précisions et des garanties pour le régime général ;

– le déficit du FFIPSA est un vrai problème. La meilleure solution serait que l'État reprenne à sa charge les 3,2 milliards d'euros de dettes transférés en 2004 et décide, simultanément, d'affecter à celui-ci des recettes nouvelles. Mais lesquelles ? C'est toute la question ;

– l'ONDAM 2005 a été presque atteint, ce qui n'avait jamais été le cas auparavant, notamment grâce aux efforts considérables réalisés par les praticiens de ville. Pour poursuivre la décélération amorcée, il faut absolument réduire les dépenses inutiles, que ce soit dans le secteur du médicament, où persiste une certaine réticence à développer l'usage des génériques, ou, surtout, à l'hôpital. Les effectifs ont progressé entre 1999 et 2003 de 7,75 % à l'hôpital public, de 9,61 % dans les établissements privés sous budget global et de 3 % dans les établissements sous objectif quantifié national – et respectivement de 11,34 %, de 16 % et de 5,4 % s'agissant des seuls personnels administratifs – sans que le service rendu se soit véritablement amélioré. Les combats d'arrière-garde visant à retarder la mise en place de la tarification à l'activité sont une mauvaise chose.

Avant de remettre à plat la question du financement, il faut aller jusqu'au bout de la démarche d'optimisation des dépenses ;

– le forfait de 18 euros, qui sera perçu sur certains actes à l'hôpital devrait rapporter chaque année 100 millions à l'assurance maladie sous forme de dépenses en moins. Il ne devrait pas avoir de conséquences dramatiques pour les assurés, étant donné qu'il sera pris en charge, dans neuf cas sur dix, par les mutuelles. S'agissant de ces dernières, on doit regretter, cependant, qu'elles servent, trop souvent encore, de variable d'ajustement, faute d'un vrai partage négocié des responsabilités entre le ministère, l'UNCAM et l'UNOCAM. L'existence d'une double prise en charge est en effet une heureuse spécificité du système français, grâce à laquelle, ainsi que l'a établi le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, la part laissée à la charge du patient est l'une des plus faibles d'Europe.

**M. Pierre Hériaud** s'est étonné, s'agissant du FFIPSA, que l'on s'attache à résoudre le seul problème de trésorerie, et non celui du déficit structurel – de 1,7 milliard d'euros en 2005 sur un total de dépenses de 13,9 milliards. Au lieu de transférer une charge de 3,2 milliards d'euros du BAPSA au FFIPSA, ne conviendrait-il pas plutôt de l'intégrer au programme Engagements financiers de l'État et de trouver une recette appropriée pour équilibrer le fonds ? Quant au Fonds de réserve pour les retraites (FRR), conçu à l'origine pour disposer de l'équivalent de 150 milliards d'euros à l'horizon 2020, il ne s'élève à ce jour qu'à 25 milliards d'euros. Le rendement des sommes investies varie entre 4,7 % et 7,5 % par an. Il serait souhaitable de savoir de combien ce fonds devrait être abondé annuellement pour pouvoir jouer, le moment venu, le rôle qui lui a été assigné.

**Votre Rapporteur** a apporté les réponses suivantes :

– S'agissant du FFIPSA, plusieurs solutions sont à l'étude. M. Yves Censi, Président du comité de surveillance du fonds, a proposé un emprunt d'État, remboursable sur une dizaine d'années, mais il faut, en outre, résorber le déficit structurel du fonds. Parmi les recettes suggérées, il semble que la taxation des boissons sucrées ne soit pas à la hauteur du problème, si elle ne s'accompagne d'une taxation des alcools ;

– le FRR a atteint, en 2005, quelque 25 milliards d'euros, et devrait être abondé de 1,4 milliard d'euros l'an prochain. La gestion du fonds, exemplaire, est l'illustration de ce que pourrait être un fonds de pension à la française, partenaire du développement à long terme des entreprises et de l'économie du pays. Les travaux du Conseil d'orientation des retraites permettront bientôt de préciser, compte tenu de la réforme « Fillon », sa fonction de « lissage ». Pour jouer ce rôle, il a vraisemblablement besoin d'être abondé de quelque 5 milliards d'euros par an, somme d'autant plus considérable que d'autres fonds, comme par exemple le FSV, sont en déficit structurel. Il faut enfin rappeler que la création du FRR avait

été utilisée, par le gouvernement de l'époque, pour faire diversion et différer l'indispensable réforme des retraites, aggravant d'autant le déficit à financer.

Soulignant que, selon le Gouvernement, les charges brutes de pensions de l'État employeur passeront de 37 à 42 milliards d'euros entre 2005 et 2006, et les charges nettes de 28 à 31 milliards d'euros, **le Président Pierre Méhaignerie** s'est inquiété d'une éventuelle augmentation des cotisations des collectivités territoriales à la CNRACL.

**M. Charles de Courson** a rappelé qu'une augmentation de 0,2 point par an avait été programmée, et que l'échéancier s'arrêtait à la fin de 2005.

**Votre Rapporteur** a insisté sur les conséquences des politiques de recrutement menées par les collectivités territoriales au cours des dernières années, et plaidé pour le non-remplacement d'une grande partie des départs à la retraite.

La Commission est ensuite passée à l'examen des amendements au projet de loi.

**Article 10** : Conditions d'assujettissement des intérêts des plans d'épargne logement aux prélèvements sociaux

La Commission a examiné un amendement de suppression de l'article présenté par M. Gérard Bapt. **Son auteur** a estimé qu'il s'agissait d'une recette très aléatoire, qui chuterait l'année suivante pour ne plus représenter qu'un dixième du produit prévu pour 2006.

**Votre Rapporteur** a reconnu qu'il ne s'agissait pas d'une mesure structurelle mais qu'elle représente néanmoins une clarification et qu'elle ne fera peser aucun prélèvement supplémentaire sur les épargnants.

Suivant l'avis du Rapporteur, la Commission a *rejeté* cet amendement.

### **Après l'article 10**

La Commission a examiné un amendement de **M. Gérard Bapt** visant à mettre entièrement à la charge de l'employeur la hausse de cotisation vieillesse de 0,2 point qui interviendra au 1<sup>er</sup> janvier 2006, contrairement à ce que laisse entrevoir l'avant-projet de décret, lequel prévoit de faire porter cette charge à 0,15 % sur la part salariale et à 0,05 % sur la part patronale.

**M. Charles de Courson** a souhaité savoir si la répartition actuellement envisagée était bien celle annoncée par l'auteur de l'amendement. Par ailleurs, se pose le problème de l'équité entre agents du secteur public et salariés du secteur privé. On rencontre dans le secteur public des situations éminemment critiquables, telles celle de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRAL). L'augmentation des cotisations de ce régime ne pèse que sur l'employeur. La retenue pour pension stagne à 7,85 % depuis des années. Or, ce mécanisme est de niveau législatif quant à l'encadrement des taux. Dès lors, ne

pourrait-on demander cette année une légère hausse des cotisations salariales, de l'ordre de 0,1 ou 0,2 point ?

**Votre Rapporteur** s'est dit défavorable à l'amendement, qui relève du domaine réglementaire. Il semble que le partage envisagé par le Gouvernement évolue vers une parité entre employeur et salarié. Le Gouvernement s'exprimera sans doute sur ce point. Il faut en effet rechercher davantage de justice entre secteur public et secteur privé dans le domaine de la retraite.

**Le Président Pierre Méhaignerie** a ajouté que cette iniquité s'observait également pour l'âge de départ à la retraite : les douaniers dits en service actif peuvent, depuis peu, bénéficier de conditions encore plus avantageuses qu'auparavant.

**M. Louis Giscard d'Estaing** a soulevé la question globale du partage du poids des cotisations entre salariés et employeurs, qu'aborde en creux l'article 41 du projet de loi de finances pour 2006. Sur un tel partage, la décision revient-elle au Gouvernement ou aux partenaires sociaux ?

Après que **votre Rapporteur** eut répondu que la décision était réglementaire, **M. Charles de Courson** a ajouté que les principes régissant ce type de décision relèvent du domaine législatif.

La Commission a *rejeté* cet amendement.

### **Après l'article 13**

La Commission a examiné un amendement de **votre Rapporteur** destiné à exercer un droit de suite sur la mise en œuvre de la réforme de l'assurance maladie de 2004, en prévoyant 300 millions d'euros d'économie au titre de la systématisation du recours contre tiers. L'indemnité forfaitaire pour frais de dossier à la charge du tiers responsable et au profit des caisses d'assurance maladie serait revalorisée de près de 15 %. Cet amendement avait été adopté l'an dernier, puis dénaturé au Sénat et censuré par le Conseil constitutionnel. Il faut espérer que le Sénat reconsidère cette année sa position.

La Commission a *adopté* cet amendement.

### **Après l'article 14**

La Commission a examiné un amendement de **votre Rapporteur** tendant à assujettir les cigarettiers à une contribution sur leur chiffre d'affaires hors taxe réalisé en France, dont le taux progresse en fonction de l'indice des prix à la consommation. Il s'agit d'écarter les marges de ces entreprises de façon similaire à ce que prévoit la taxe sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques. C'est à la fois une mesure de rendement pour l'assurance maladie et une mesure de santé publique, qui ne se répercutera ni sur le prix de vente des cigarettes, ni sur les ventes des buralistes. La recette ainsi créée doit permettre une augmentation de

la taxe sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques moindre que celle prévue à l'article 15.

**M. Charles de Courson** a estimé que le véritable problème réside dans les importations transfrontalières de cigarettes. Leur consommation représenterait 40 % du volume total de consommation dans certaines zones.

**M. Richard Mallié**, évoquant l'augmentation de taxe prévue à l'article 15 du projet, l'a jugée trop importante et contradictoire avec la négociation qui a eu lieu l'an dernier pour fixer le taux de ladite taxe. Pour autant, il n'est pas acceptable de compenser une moindre augmentation de cette taxe sur les entreprises pharmaceutiques par une ponction supplémentaire sur l'industrie du tabac. Des économies sont à trouver au sein des dépenses de l'assurance maladie, par exemple sur les médicaments génériques, dont le prix, semble-t-il, baisserait prochainement.

**M. Yves Bur, Rapporteur pour avis**, a précisé qu'il entendait également s'attaquer à la question des achats transfrontaliers de tabac à travers un autre amendement. Il existe par ailleurs un débat au sujet de la convergence à rechercher entre la taxation du tabac et celle de l'alcool. Quant à la consommation clandestine, elle fait souvent l'objet d'une désinformation délibérée. Cet amendement, qui vise un produit très particulier, s'inscrit en cohérence avec la moindre augmentation de la taxe pharmaceutique ; il est normal d'opérer un prélèvement sur les marges existantes.

**M. Gérard Bapt** a approuvé la philosophie de cet amendement et de celui figurant à l'article 15 du projet.

La Commission a *adopté* cet amendement.

Puis la Commission a examiné un amendement de **vo**tre **Rapporteur** proposant de modifier le code général des impôts afin de mieux encadrer la circulation des produits du tabac et de ramener les seuils de détention de tabacs manufacturés au minimum autorisé par la législation communautaire.

Après que **M. Charles de Courson** eut évoqué un risque d'incompatibilité avec le principe de libre circulation des marchandises au sein de l'Union européenne, **vo**tre **Rapporteur** a précisé qu'il s'agissait précisément d'en appeler à la Commission européenne. Il faut insister sur la spécificité du tabac, produit dangereux pour la santé publique. La Commission doit pouvoir entendre cet argument, qu'il reviendra au Gouvernement de porter.

La Commission a *adopté* cet amendement.

**Article 15** : Spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste des médicaments rétrocedés – Taxe sur les dépenses de promotion – Contribution des laboratoires pharmaceutiques assise sur le chiffre d'affaires

La Commission a examiné deux amendements identiques de **votre Rapporteur** et de **M. Richard Mallié** ramenant à 1,5 % le taux de la contribution des laboratoires pharmaceutiques exploitant des médicaments bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) que le projet de loi prévoit de porter exceptionnellement de 0,6 % à 1,96 % en 2006. Le Rapporteur a rappelé la cohérence de cet amendement avec la création d'une taxe sur le chiffre d'affaires des cigarettiers qui vient d'être votée par la Commission. Il s'agit en outre de préserver l'attractivité du « site France ».

La Commission a *adopté* ces amendements.

Puis la Commission a examiné un amendement de **votre Rapporteur** visant à exonérer de la taxe précitée les médicaments dits « orphelins ».

La Commission a *adopté* cet amendement.

#### **Après l'article 26**

La Commission a examiné un amendement de **votre Rapporteur pour** proposant d'affilier au régime étudiant tous les étudiants inscrits dans un établissement d'enseignement supérieur, quelle que soit leur activité éventuellement exercée par ailleurs.

**M. Charles de Courson**, rappelant l'obligation d'affiliation autonome à partir de l'âge de 21 ans, a estimé que cet amendement allait provoquer un transfert vers le régime général, qui est aussi le régime étudiant, de tous les affiliés à d'autres régimes.

**Votre Rapporteur** a nié que l'amendement aurait un tel effet, dans la mesure où il vise les étudiants salariés, donc en grande majorité affiliés au régime général. L'âge d'affiliation est maintenu, aucun problème de cotisation ne se posera et la prise en charge des étudiants concernés sera plus adaptée.

La Commission a *adopté* cet amendement.

#### **Après l'article 27**

La Commission a examiné un amendement présenté par votre Rapporteur, visant à faciliter la prescription des médicaments en dénomination commune internationale (DCI).

**Votre Rapporteur** a constaté que, bien qu'étant en progression sensible, la prescription en dénomination commune internationale en lieu et place du nom de marque reste marginale. On estime ainsi qu'à la fin de l'année 2005, 7,7 % des

généralistes et 3,4 % des spécialistes prescriront en DCI. On recense par ailleurs plus de 8.000 présentations de marque pour seulement 1.700 DCI. Or, l'utilisation de la DCI est un puissant levier de promotion des médicaments génériques, et permet par ailleurs d'éviter certaines interactions médicamenteuses. Il convient donc de rendre aussi automatique que possible la prescription en DCI, et pour ce faire, l'amendement propose de confier à la Haute Autorité de santé, au titre de sa mission de certification des logiciels d'aide à la prescription, le soin de vérifier, sinon d'exiger, que ces logiciels incitent bien à une prescription directe en DCI sans l'intermédiaire obligatoire d'un nom de marque.

La Commission a *adopté* cet amendement.

Elle a ensuite examiné un amendement présenté par M. Yves Bur, Rapporteur pour avis, créant un mécanisme de révision triennale du prix des médicaments.

**Votre Rapporteur** a indiqué que la mise en place d'un tel mécanisme automatique permettra de décharger le Comité économique des produits de santé (CEPS) de toute difficulté éventuelle de renégociation périodique et d'assurer, en s'inspirant de la philosophie de la Haute Autorité de santé, une adaptation régulière des mécanismes de prise en charge à l'évolution du progrès médical. Par ailleurs, ce mécanisme ne remet pas en cause les conventions passées entre le Comité et les entreprises pharmaceutiques, ni les pouvoirs dont disposent les ministres compétents.

La Commission a *adopté* cet amendement.

Elle a ensuite examiné un amendement présenté par votre Rapporteur pour avis, prévoyant que le prix de vente au public des médicaments appartenant à un même groupe générique est égal au prix de référence de ce groupe.

**Votre Rapporteur** a estimé illégitime que l'assurance maladie rembourse durablement deux médicaments identiques à des prix différents. Il faut donc aligner progressivement le prix des médicaments d'un même groupe générique, en proposant un échancier réglementaire de convergence des prix. Cela conduit, d'une part, à assurer une cohérence de prix entre tous les médicaments d'un même groupe générique, d'autre part à aligner progressivement, sur une période de trois ans, le prix des princeps sur les génériques en prenant comme référence pour cet alignement le prix le plus bas majoré d'un pourcentage dégressif. Pour les groupes génériques apparus avant le 1<sup>er</sup> janvier 2005, le cas échéant, ces trois étapes d'alignement des prix devraient se faire respectivement en 2006, 2007 et 2008.

La Commission a *adopté* cet amendement.

## **Après l'article 28**

La Commission a examiné un amendement présenté par votre Rapporteur, permettant aux organismes d'assurance maladie de conclure avec les



établissements de santé des conventions réglant les conditions de prise en charge des prescriptions hospitalières réalisées en ville.

Après que **votre Rapporteur** a estimé nécessaire de permettre aux caisses de conclure avec les établissements de santé publics et privés des conventions relatives aux prescriptions hospitalières réalisées en ville, la Commission a *adopté* cet amendement.

Elle a ensuite examiné un autre amendement de votre Rapporteur prévoyant la remise par le Gouvernement d'un rapport annuel au Parlement sur les prescriptions hospitalières réalisées en ville. **Votre Rapporteur** a estimé nécessaire d'améliorer l'information du Parlement sur cette question et de lui permettre de suivre, annuellement, l'évolution des prescriptions hospitalières réalisées en ville, qui augmentent de manière significativement plus élevée qu'en ville. L'adoption de cet amendement permettra de demander au Gouvernement de faire un effort particulier sur ce segment de la dépense.

Après que **le Président Pierre Méhaignerie** se soit interrogé sur la charge administrative que constitue la multiplication des demandes de rapports, la Commission a *adopté* cet amendement.

**Article 30** : Dispositions diverses relatives à l'application de la tarification à l'activité aux établissements de santé

La Commission a examiné un amendement présenté par votre Rapporteur, maintenant l'étape intermédiaire pour la convergence de la tarification entre établissements publics et privés. **Votre Rapporteur** a rappelé que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a ambitieusement lancé la généralisation de la tarification à l'activité (T2A) des établissements de santé publics et privés en organisant une convergence des tarifs à l'horizon 2012. Or cet article aménage la mise en œuvre de la T2A, sans remettre en cause l'échéance de 2012 mais en supprimant le point de repère à mi-parcours, en 2008. Il faut maintenir la disposition selon laquelle « *l'objectif de convergence des tarifs devra être atteint à 50 % en 2008.* » Il y va de la crédibilité de cette réforme nécessaire.

**M. Gérard Bapt** n'a pas estimé opportun de rétablir l'étape intermédiaire en 2008, que supprime à juste titre le Gouvernement dans l'attente d'un rapport de mission IGF-IGAS sur la mise en œuvre de la T2A.

La Commission a *adopté* cet amendement.

### **Après l'article 30**

La Commission a examiné un amendement présenté par M. Gérard Bapt, demandant la remise d'un rapport de l'IGAS au Parlement sur les pratiques de dépassement d'honoraires médicaux notamment en secteur hospitalier.

**M. Gérard Bapt** a rappelé que le directeur général de l'UNCAM a dénoncé, début septembre 2005, les dépassements tarifaires « *déraisonnables* » pratiqués par certains chirurgiens du secteur 2, notamment en Île-de-France ou dans la région PACA. Ces dépassements contreviennent à la réglementation qui impose au secteur 2 une politique tarifaire modérée. Pour autant, ils interviennent dans un secteur aux honoraires libres. Tel n'est pas le cas des dépassements sauvages qui seraient pratiqués notamment par les praticiens hospitaliers du secteur 1 ou par des médecins de ville en secteur 1. De tels comportements contreviennent gravement aux règles de la pratique médicale et organisent de fait une sélection des patients par l'argent. Afin que les pouvoirs publics puissent bénéficier d'une photographie officielle de la réalité de ces pratiques, pour l'instant dénoncées dans la presse, il est donc nécessaire que le Gouvernement diligente une enquête de l'IGAS sur ce sujet, qui sera transmise au Parlement.

**Votre Rapporteur** a donné un avis favorable à l'amendement, estimant que la notion de tact et de mesure dans les honoraires doit être respectée.

Après que **le Président Pierre Méhaignerie** se soit interrogé sur les différences qui existent entre régions en la matière, la Commission a *adopté* cet amendement.

**Article 32 :** Convention pluriannuelle, forfait soins des établissements médico-sociaux et fonctionnement des pharmacies à usage interne

La Commission a examiné un amendement présenté par votre Rapporteur, supprimant la prolongation jusqu'au 31 décembre 2007 du délai de signature des conventions tripartites par les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD). **Votre Rapporteur** a estimé qu'il n'est pas de bonne politique de repousser, d'année en année, la date limite de signature des conventions tripartites entre les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, les conseils généraux et l'État. Maintenir les dates existantes reste le meilleur moyen d'inciter à la conclusion des conventions pluriannuelles. Il faut fixer un butoir, pour donner un signal fort aux établissements.

**M. Pascal Terrasse** a soutenu cet amendement, car la réforme de la tarification des EHPAD tarde toujours à se mettre en place, ce qui empêche les établissements de recevoir les financements annoncés depuis trop longtemps par l'État. On constate ainsi, dans les comptes de la CNSA, que 600 millions d'euros ne sont pas utilisés, alors qu'il y a de fortes attentes sur le terrain.

La Commission a *adopté* cet amendement.

**Article 37 :** Modification de la règle d'imputation du forfait journalier sur le ticket modérateur pour les actes dont le tarif est supérieur à 91 euros

La Commission a examiné un amendement de suppression présenté par M. Gérard Bapt.

**M. Gérard Bapt** a constaté que la création d'un ticket modérateur de 18 euros pour les soins dont le prix dépasse 91 euros constitue un nouveau déremboursement unanimement dénoncé par tous les partenaires sociaux. Ce ticket modérateur ne peut pas être justifié par une quelconque volonté de modération du recours aux soins, car il s'agit d'actes lourds que les patients n'ont pas la capacité d'imposer. Les personnes le plus en difficultés seront les premières pénalisées par cette mesure.

Après que **Votre Rapporteur** a rappelé que les bénéficiaires de la CMU ne sont pas concernés, que les organismes complémentaires prendront en charge ce ticket modérateur et que ces derniers ont les moyens financiers de le faire, la Commission a *rejeté* cet amendement.

### **Après l'article 37**

La Commission a examiné un amendement présenté par votre Rapporteur, prévoyant que la participation de l'assuré ne peut pas être limitée ou supprimée pour les médicaments remboursés à 35 % ou à 15 %, et que les organismes complémentaires d'assurance maladie ont accès au code CIP de ces médicaments.

**Votre Rapporteur** a rappelé que le ticket modérateur peut être limité ou supprimé dans certains cas, en particulier pour les patients hospitalisés ou pour les personnes atteintes d'une affection de longue durée. Mais pour les médicaments remboursés à 35 % ou à 15 %, c'est-à-dire ceux reconnus comme ayant un service médical rendu insuffisant, faible ou modéré, il serait responsable de supprimer la possibilité d'une prise en charge à 100 % par l'assurance maladie. En effet, il semble particulièrement peu cohérent que l'assurance maladie rembourse intégralement des produits de santé dont l'efficacité médicale a été reconnue comme insuffisante par des instances scientifiques. Il y va de la crédibilité des travaux de la Haute Autorité de santé.

En donnant ainsi aux assureurs complémentaires la possibilité de compléter la prise en charge au-delà de 15 % ou de 35 %, il faut aussi leur donner les moyens de ne plus prendre en charge ces médicaments moins performants. C'est pourquoi cet amendement propose de leur permettre l'accès, pour ces médicaments seulement, au code CIP. L'assuré pourra alors choisir le type de contrat qu'il entend souscrire, en toute connaissance de cause, compte tenu de sa propre consommation médicale de médicaments peu efficaces sur le plan médical. La responsabilisation doit être partagée.

La Commission a *adopté* cet amendement.

### **Article 38 : Messages à caractère sanitaire dans les publicités alimentaires**

La Commission a *rejeté* un amendement de suppression présenté par M. Gérard Bapt, après que **son auteur** a déploré la trahison opérée par le Gouvernement de la volonté du Parlement au travers de cet article relatif à la lutte

contre les excès publicitaires concernant les produits sucrés à destination des enfants.

#### **Article 42** : Objectifs de dépenses de la branche maladie pour 2006

La Commission a examiné un amendement présenté par votre Rapporteur, réduisant de 100 millions d'euros l'objectif de dépenses administratives de la CNAM. **Votre Rapporteur** a considéré que cet amendement permet d'exercer un droit de suite sur la mise en œuvre de la réforme de l'assurance maladie de 2004, qui prévoyait 200 millions d'euros d'économies au titre de la diminution des coûts de gestion de la CNAM. Or, aucun résultat financier à ce titre ne semble encore tangible. Aucune mesure nouvelle n'est ainsi chiffrée à ce titre dans le projet de loi. Bien au contraire, les charges de gestion courante de la CNAM augmentent de 5,3 à 5,4 milliards d'euros entre 2005 et 2006, selon les hypothèses de la Commission des comptes de la sécurité sociale.

Il faut donc se donner les moyens d'atteindre les résultats annoncés. Un effort important doit être entrepris pour accroître la productivité des caisses d'assurance maladie. Une réduction de 100 millions d'euros de leurs dépenses de gestion paraît tout à fait raisonnable, car elle permet de maintenir l'existant, sans augmentation par rapport à 2005.

Un objectif encore plus ambitieux de réduction devra être intégré dans la négociation de la nouvelle convention d'objectifs et de gestion de la CNAM, prévue pour entrer en vigueur en 2006.

La Commission a *adopté* cet amendement.

#### **Après l'article 43**

La Commission a examiné un amendement présenté par votre Rapporteur, mettant en réserve 1 % des dépenses de l'ONDAM, hors soins de ville, pour en garantir le respect en exécution. **Votre Rapporteur** a cité l'exemple du mécanisme introduit, pour le budget de l'État, au 4° *bis* de l'article 51 de la LOLF par la loi organique du 12 juillet 2005. Cet amendement propose d'appliquer un taux de mise en réserve aux sous-objectifs de l'ONDAM qui concernent les établissements de santé et les établissements médico-sociaux, en le fixant à 1 % pour 2006. En effet, contrairement aux soins de ville et aux « autres modes de prise en charge », ces dépenses font l'objet de procédures de délégation par arrêté interministériel qui rendent applicable un mécanisme voisin de la régulation budgétaire. Le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie créé par la loi du 13 août 2004 serait chargé de donner sur le « dégel » de cette réserve un avis motivé, lui qui a pour mission de veiller au respect de l'ONDAM et de déclencher, dès qu'il perçoit un risque sérieux de dépassement de 0,75 %, une procédure devant conduire à des mesures de redressement. La crédibilité de l'ONDAM s'en trouverait renforcée.

La Commission a *adopté* cet amendement.

## **Après l'article 44**

La Commission a *rejeté* deux amendements présentés par M. Gérard Bapt demandant au Comité d'alerte de publier des prévisions d'évolution des dépenses hospitalières.

**Article 49 :** Contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante et au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

La Commission a examiné un amendement présenté par votre Rapporteur, augmentant la contribution due par les entreprises dont des salariés bénéficient de la préretraite amiante, et diminuant en contrepartie la cotisation due par toutes les entreprises au titre des accidents du travail.

**Votre Rapporteur** a rappelé que les dépenses dues au titre des préretraites amiante continuent d'augmenter, sans qu'une solution pérenne de financement n'ait été trouvée. La contribution instituée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, à la charge des entreprises ayant employé des personnes amiantées, est loin d'avoir atteint le rendement escompté : seulement 30 millions d'euros de recettes, contre 120 millions d'euros attendus. En conséquence, le Gouvernement se voit contraint pour 2006 d'augmenter de 100 millions d'euros le versement de la branche accidents du travail au fonds des préretraites amiante (FCAATA), et donc de prévoir une augmentation des cotisations payées par toutes les entreprises. Pour garantir l'efficacité de la mesure votée l'an dernier, et mieux impliquer les entreprises responsables des maladies de l'amiante, il est proposé par cet amendement d'augmenter le rendement de la contribution due par ces entreprises, ce qui permettra en contrepartie une non augmentation des cotisations payées par toutes les entreprises. Il s'agit de l'application du principe pollueur-payeur.

La Commission a *adopté* cet amendement.

## **Article 57 : Contrôle et lutte contre la fraude aux prestations sociales**

La Commission a examiné un amendement présenté par votre Rapporteur, instaurant un mécanisme de lutte contre la fraude en cas de non déclaration par les assurés d'un changement de leur situation au regard de leurs droits à prestations. **Votre Rapporteur** a rappelé que cet article prévoit que, pour les branches famille et vieillesse, « *l'inobservation des règles du code ayant abouti à une demande de remboursement ou de prise en charge ou à un remboursement ou à une prise en charge indus peuvent faire l'objet d'une pénalité* ». Il serait intéressant d'élargir à la branche maladie le champ des pénalités qui pourraient être infligées à des assurés qui ne signalent pas des changements intervenus dans leur situation, et qui devraient avoir pour conséquence la perte de leurs droits. A titre d'exemple, certains assurés sociaux transfèrent leur résidence à l'étranger sans restituer leur carte Vitale. Dans ces conditions, ils peuvent continuer à utiliser leur carte à

l'occasion de leur séjour en France et bénéficier ainsi des prestations en nature, malgré une perte de droits.

La Commission a *adopté* cet amendement.

### **Après l'article 57**

La Commission a examiné un amendement présenté par votre Rapporteur, subordonnant le bénéfice du tiers payant pour les médicaments remboursés délivrés en pharmacie à la vérification préalable par les pharmaciens d'officine, lors de la délivrance des prestations, des données de prise en charge détenues par l'organisme dont relève chaque bénéficiaire de l'assurance maladie.

**Votre Rapporteur** a rappelé que la lutte contre la fraude à l'assurance maladie constitue une priorité. Pour être efficace, cette lutte passe par la vérification en temps réel, lors de l'utilisation de la carte Vitale, des droits des assurés. Le GIE SESAM Vitale ayant annoncé qu'il était en mesure de déployer une offre en ligne dans le courant de l'année 2006, il est important que ce dispositif se déploie dans les pharmacies, afin de garantir la conformité des droits des assurés avec les informations présentes sur la carte Vitale.

**M. Pascal Terrasse** a souligné les carences du GIE SESAM Vitale, qui met en circulation des cartes à puce non sécurisées. Il faudrait que le Parlement mène une enquête approfondie sur le fonctionnement de ce GIE.

**M. Louis Giscard d'Estaing** s'est interrogé sur la possibilité d'insertion d'une photo sur la carte Vitale.

**Votre Rapporteur** a rappelé qu'il est aujourd'hui techniquement possible de mettre une photo sur la carte Vitale, mais que cette demande récurrente, votée par le Parlement à l'occasion de la réforme de l'assurance maladie, ne sera pas mise en œuvre avant la diffusion des cartes Vitale 2, pour des raisons de coût. D'ici là, des mesures de sécurisation et la résolution d'un certain nombre de problèmes techniques liés à la carte doivent intervenir. L'amendement proposé s'inscrit dans ce cadre de sécurisation des échanges de données entre caisses, professionnels de santé et pharmaciens.

La Commission a *adopté* cet amendement.

Puis elle a donné un *avis favorable* à l'adoption de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, ainsi modifié.

## AMENDEMENTS ADOPTES PAR LA COMMISSION

### *Après l'article 13*

#### **Amendement n° 40 présenté par M. Yves Bur, Rapporteur pour avis**

Insérer l'article suivant :

I. - L'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

« 1° Dans la dernière phrase du septième alinéa, les montants : « 760 € » et « 76 € » sont remplacés respectivement par les montants : « 910 € » et « 91 € » ;

« 2° Après le septième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2007, les montants mentionnés à l'alinéa précédent sont révisés chaque année, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, pour tenir compte de l'évolution prévisionnelle des prix de l'année civile en cours. »

II. - L'article L. 454-1 du même code est ainsi modifié :

« 1° Dans la dernière phrase du huitième alinéa, les montants : « 760 € » et « 76 € » sont remplacés respectivement par les montants : « 910 € » et « 91 € » ;

« 2° Après le huitième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2007, les montants mentionnés à l'alinéa précédent sont révisés chaque année, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, pour tenir compte de l'évolution prévisionnelle des prix de l'année civile en cours. »

III. - L'assureur du tiers responsable est tenu d'informer, s'il peut être identifié, l'organisme d'assurance maladie complémentaire de la personne victime de la survenue des lésions causées par un tiers dans des conditions fixées par décret. La méconnaissance de cette obligation d'information donne lieu à paiement d'une indemnité forfaitaire déterminée par le même décret.

### *Après l'article 14*

#### **Amendement n° 41 présenté par M. Yves Bur, Rapporteur pour avis**

Insérer l'article suivant :

« Après l'article L. 137-11 du code de la sécurité sociale, il est inséré une section 6 intitulée : « Contribution sur les entreprises de commercialisation en gros de tabacs » comprenant un article L. 137-12 ainsi rédigé :

« *Art. L. 137-12.* – I.- Les personnes mentionnées au 1. de l'article 565 du code général des impôts sont assujetties à une contribution lorsque leur chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au cours de l'année civile, au titre de l'activité mentionnée à cet article, s'est accru par rapport au chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, au même titre, d'un pourcentage excédant le taux de progression de l'indice des prix à la consommation hors tabac prévue dans le rapport économique, social et financier annexé à la loi de finances pour l'année considérée.

« Le montant total de cette contribution est calculé comme suit :

TAUX D'ACCROISSEMENT du chiffre d'affaires A de chaque redevable	TAUX DE LA CONTRIBUTION due par chaque redevable, exprimé en pourcentage de son chiffre d'affaires déclaré
A supérieur à I (*) et/ou égal à I + 0,5 point	0,15
A supérieur à I + 0,5 point et inférieur ou égal à I + 1 point	0,65
A supérieur à I + 1 point et plus	1,3

« (\*) I = taux de progression de l'indice des prix à la consommation hors tabac prévue dans le rapport économique, social et financier annexé à la loi de finances, arrondi à la décimale la plus proche.

« II.- La contribution est versée de manière provisionnelle le 1<sup>er</sup> septembre de chaque année, pour un montant correspondant à 80 % de la contribution due au titre de l'année civile précédente. Une régularisation annuelle intervient au 31 mars de l'année suivante, sur la base du chiffre d'affaires réalisé pendant l'année civile et déclaré le 15 février de l'année suivante.

« III.- La contribution est recouvrée et contrôlée en application des dispositions prévues aux articles L. 138-20 à L. 138-23. Les modalités particulières de recouvrement de la contribution, notamment les majorations, les pénalités, les taxations provisionnelles ou forfaitaires, sont précisées par décret en Conseil d'État.

« IV.- Le produit de la contribution est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. »

#### **Amendement n° 42 présenté par M. Yves Bur, Rapporteur pour avis**

Insérer l'article suivant :

« Le code général des impôts est ainsi modifié :

« I- Dans l'article 575 G du code général des impôts, remplacer le nombre « 2 » par le nombre « 1 ».

« II- Dans l'article 575 H du code général des impôts, en fin de phrase, remplacer le nombre « 10 » par le nombre « 2 ». »

#### *Article 15*

#### **Amendement n° 43 présenté par M. Yves Bur, Rapporteur pour avis et M. Richard Mallié**

Dans le VI de cet article, substituer au taux « 1,96 % », le taux « 1,5 % ».

#### **Amendement n° 44 présenté par M. Yves Bur, Rapporteur pour avis**

I.- Après le VI de cet article, insérer le paragraphe suivant :

« VI bis.- Au deuxième alinéa de l'article L. 245-6 du même code, après les mots : « sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, à l'exception », insérer les mots :

« des médicaments orphelins désignés comme tels en application du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins et ».

II.- Compléter cet article par le paragraphe suivant :



« Les pertes de recettes pour la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés sont compensées par la majoration à due concurrence des droits visés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts. »

*Après l'article 26*

**Amendement n° 45 présenté par M. Yves Bur, Rapporteur pour avis**

Insérer l'article suivant :

« I.- Dans la première phrase de l'article L. 381-4 du code de la sécurité sociale, les mots : « , n'étant pas assurés sociaux à un titre autre que celui prévu à l'article L. 380-1 ou ayants droit d'assuré social, » sont supprimés.

« II.- Dans le premier alinéa du 1° de l'article L. 381-8 du code de la sécurité sociale, après le mot : « bénéficiaires, », sont insérés les mots : « à l'exception des personnes également salariées qui cotisent au titre de leur emploi, ».

« III.- Le présent article entre en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre 2006. »

*Après l'article 27*

**Amendement n° 46 présenté par M. Yves Bur, Rapporteur pour avis**

Insérer l'article suivant :

« Le premier alinéa de l'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale est complété par la phrase suivante : « Elle s'assure notamment que ces logiciels permettent directement la prescription en dénomination commune internationale. »

**Amendement n° 47 présenté par M. Yves Bur, Rapporteur pour avis**

Insérer l'article suivant :

I.- L'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

« A.- Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il est révisé au moins tous les trois ans. ».

« B.- À l'avant-dernier alinéa, après les mots : « de fixation », sont insérés les mots : « et de révision ».

II.- Après la première phrase de l'article L. 165-3 du même code, il est inséré une phrase ainsi rédigée : « Ces prix sont révisés au moins tous les trois ans. ».

**Amendement n° 48 présenté par M. Yves Bur, Rapporteur pour avis**

Insérer l'article suivant :

Après l'article L.162-16-6 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L.162-16-7 ainsi rédigé :

« Le prix de vente au public des médicaments appartenant à un même groupe générique, en application du 5° de l'article L.5121-1 du code de la santé publique, est égal au prix le plus bas, dit prix de référence, de ce groupe. Les modalités de fixation de ce prix sont définies par décret en Conseil d'État. ».

*Après l'article 28*

**Amendement n° 49 présenté par M. Yves Bur, Rapporteur pour avis**

Insérer l'article suivant :

Après l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-22-7-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-22-7-2.*— Les organismes d'assurance maladie peuvent conclure avec les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 des conventions réglant les conditions de prise en charge des prescriptions hospitalières réalisées en ville. ».

**Amendement n° 50 présenté par M. Yves Bur, Rapporteur pour avis**

Insérer l'article suivant :

« Le Gouvernement adresse au Parlement, le 15 octobre de chaque année, un rapport sur les prescriptions hospitalières réalisées en ville. »

*Article 30*

**Amendement n° 51 présenté par M. Yves Bur, Rapporteur pour avis**

Supprimer le C du I de cet article.

*Après l'article 30*

**Amendement n° 52 présenté par M. Yves Bur, Rapporteur pour avis, MM. Gérard Bapt, Alain Claeys et les autres commissaires membres du groupe socialiste**

Insérer l'article suivant :

« Six mois après la publication de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales sur les pratiques de dépassement d'honoraires médicaux, notamment en secteur hospitalier. »

*Article 32*

**Amendement n° 53 présenté par M. Yves Bur, Rapporteur pour avis**

Supprimer le I de cet article.

*Après l'article 37*

**Amendement n° 54 présenté par M. Yves Bur, Rapporteur pour avis**

Insérer l'article suivant :

« I.— L'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La participation de l'assuré ne peut pas être limitée ou supprimée pour les médicaments figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 162-17 et remboursés à 35 % ou à 15 %. ».

« II.— Les organismes complémentaires d'assurance maladie ont accès au code CIP des médicaments figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 162-17 du même code et remboursés à 35 % ou à 15 %. »

*Article 42*

**Amendement n° 55 présenté par M. Yves Bur, Rapporteur pour avis**

I.- Dans le 1° de cet article, substituer au montant : « 153,4 » le montant : « 153,3 ».

II.- En conséquence, dans le 2° de cet article, substituer au montant : « 131,9 » le montant : « 131,8 ».

*Après l'article 43*

**Amendement n° 56 présenté par M. Yves Bur, Rapporteur pour avis**

Insérer l'article suivant :

« Afin d'assurer en exécution le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2006, il est appliqué au montant de chacun des sous-objectifs mentionnés à l'article précédent, à l'exception des sous-objectifs " dépenses de soins de ville " et " dépenses relatives aux autres modes de prise en charge ", un taux de mise en réserve de 1 %. Cette réserve ne peut être rendue disponible, pour chacun des sous-objectifs concernés, qu'après avis motivé du Comité visé à l'article 114-4-1 du code de la sécurité sociale. »

*Article 49*

**Amendement n° 57 présenté par M. Yves Bur, Rapporteur pour avis**

I.- Au début de cet article, insérer le paragraphe suivant :

« I. A – Dans la dernière phrase du premier alinéa du II de l'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 (n° 2004-1370), le taux : « 15 % » est remplacé par le taux : « 25 % ».

II.- En conséquence, dans le I de cet article, substituer au montant : « 700 » le montant : « 600 ».

*Article 57*

**Amendement n° 58 présenté par M. Yves Bur, Rapporteur pour avis**

Après le II de cet article, insérer le paragraphe suivant :

« II *bis* .- Dans la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-1-14 du même code, après le mot : « consultation » sont insérés les mots : « ou l'absence de déclaration par les assurés d'un changement dans la situation justifiant le service de ces prestations ».

*Après l'article 57*

**Amendement n° 59 présenté par M. Yves Bur, Rapporteur pour avis**

Insérer l'article suivant :

« La dispense d'avance de frais totale ou partielle consentie à l'assuré est subordonnée, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2007, à la vérification préalable par les pharmaciens d'officine lors de leur facturation :

« 1° de la non inscription de la carte de l'assuré sur la liste d'opposition mentionnée à l'article L.161-31 du code de la sécurité sociale ;

« 2° du respect de l'ensemble des conditions auxquelles est soumise la prise en charge des prestations délivrées, notamment les exigences prévues aux articles L.162-17, L.165-1, et L.324-1 du même code.

« Cette vérification est opérée par la consultation, lors de la délivrance des prestations, des données de prise en charge détenues par l'organisme dont relève chaque bénéficiaire de l'assurance maladie.

« Si la vérification prévue à l'alinéa précédent n'est pas opérée, la garantie de paiement n'est pas assurée pour la transaction effectuée par le pharmacien d'officine.

« Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale informatique et libertés, détermine les modalités d'application du présent article. »

-----  
N° 2610 – Avis au nom de la commission des finances sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 (n° 2575) (M. Yves Bur)