



N° 3388

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DOUZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 18 octobre 2006.

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 2007* (n° 3362),

PAR M. YVES BUR,

Député.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION : UNE DÉMARCHE DE PERFORMANCE POUR LA SÉCURITÉ SOCIALE	7
A.- QUESTIONS DE MÉTHODE : LES PQE NE SONT PAS LES PAP	8
B.- LES AVANT-PROJETS DE PQE JOINTS EN ANNEXE AU PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2007	9
1.- Le programme « financement »	10
2.- Le programme « maladie » : trop d'indicateurs de contexte, pas assez d'indicateurs d'efficience	11
3.- Le programme « accidents du travail – maladies professionnelles »	13
4.- Le programme « famille »	14
5.- Le programme « retraites »	15
6.- Le programme « invalidité et dispositifs gérés par la CNSA »	17
CHAPITRE I^{ER} : LES RECETTES ET L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	19
I.- QUEL AVENIR POUR LE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ?	19
A.- MALGRÉ DES EFFORTS CERTAINS, LES DÉFICITS VONT PERDURER	19
1.- L'impact sur les comptes sociaux des mesures de la législature	19
2.- Les perspectives des comptes sociaux restent difficiles	21
a) <i>Les régimes de base</i>	21
b) <i>Les fonds de financement</i>	22
B.- LE MODE DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE DOIT ENCORE S'ADAPTER	25
1.- L'allègement des cotisations patronales	25
a) <i>L'importance structurelle des baisses de charges sociales</i>	25
b) <i>Le débat sur la réforme de l'assiette des cotisations</i>	26
2.- La poursuite de la fiscalisation de la sécurité sociale	27

<i>a) La résorption progressive des niches sociales</i>	27
<i>b) La responsabilisation des assurés sociaux par la fiscalisation des comportements à risque</i>	29
II.- QUELLE RATIONALITÉ POUR LES FLUX FINANCIERS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ?	31
A.- CONSOLIDER LES ÉLÉMENTS DE VERTU DU SYSTÈME	32
1.- Rembourser la dette sociale	32
<i>a) Sanctuariser la CADES</i>	32
<i>b) Optimiser la gestion de la dette sociale</i>	33
2.- L'intérêt des fonds sociaux	36
B.- CLARIFIER LES RELATIONS FINANCIÈRES ENTRE L'ÉTAT ET LA SÉCURITÉ SOCIALE	37
1.- Reconnaître à sa vraie valeur l'importance de l'État dans le financement de la sécurité sociale.....	37
<i>a) Les transferts financiers de l'État vers la sécurité sociale</i>	37
<i>b) Les conséquences indirectes des réformes de la fiscalité d'État</i>	39
2.- Assainir le passé pour répartir sur de nouvelles bases.....	40
<i>a) L'état des créances réciproques</i>	40
<i>b) Les avancées significatives du projet de loi de finances pour 2007</i>	41
<i>c) La mise en place d'un contrat de croissance et de solidarité entre l'État et la sécurité sociale</i>	42
CHAPITRE II : L'ASSURANCE MALADIE : DES ACQUIS CERTAINS, UN EFFORT À CONSOLIDER	45
I.- L'ÉVOLUTION DE L'ONDAM ET DU DÉFICIT DE LA BRANCHE MALADIE REFLÈTE LES ACQUIS RÉELS DE LA MAÎTRISE MÉDICALISÉE	45
A.- LES DÉPENSES DANS LE CHAMP DE L'ONDAM ET LE DÉFICIT DE LA CNAM SONT REVENUS À UN RYTHME NETTEMENT PLUS SOUTENABLE.....	45
B.- LA DÉCOMPOSITION DE L'ONDAM ENTRE 2005 ET 2007 DÉMONTRE LA CRÉDIBILITÉ DE LA POLITIQUE ACTUELLE.....	48
1.- L'ONDAM pour 2005, respecté à 180 millions d'euros près	48
2.- L'ONDAM pour 2006, menacé de dépassement excessif.....	49
3.- L'ONDAM prévu pour 2007 implique 2,8 milliards d'euros d'économies	51
4.- Le cadrage financier pluriannuel de la branche a sensiblement évolué depuis l'an dernier	54
II.- LE PILOTAGE DES SOINS DE VILLE, « TEST DE RESPONSABILITÉ » POUR 2007	55
A.- LE PLAN D'ÉCONOMIES INITIÉ EN 2004, PREMIER BILAN	56
1.- Les objectifs de maîtrise médicalisée sont précis	56
2.- Le « score » de 2005 s'établit à 72 %	57
3.- Le premier bilan qui peut être dressé pour 2006.....	58

B.– UN EFFORT À NE PAS RELÂCHER EN 2007	59
1.– Le plan médicament concentre, à juste titre, une grande part des gains attendus	59
a) <i>Vue d'ensemble : une politique nécessaire, des chiffres ambitieux</i>	60
b) <i>Le potentiel de développement des génériques est encore important</i>	62
2.– Pour une politique du médicament toujours plus cohérente	64
3.– Le poids des ALD justifie leur mise sous surveillance	64
4.– La question des honoraires des professionnels libéraux doit être replacée dans son contexte	65
a) <i>Les revalorisations tarifaires négociées en 2006 : un impact de 344 millions d'euros en année pleine</i>	65
b) <i>Une forte croissance du pouvoir d'achat sur la période récente</i>	65
III.– LE SECTEUR HOSPITALIER ET LES FONDS INTÉGRÉS DANS L'ONDAM MÉRITENT UNE ÉVALUATION À LA HAUTEUR DES MOYENS ALLOUÉS	68
A.– LA T2A EST L'UN DES ÉLÉMENTS QUI DOIVENT CONDUIRE L'HÔPITAL À AMÉLIORER SA PRODUCTIVITÉ	68
1.– L'outil de la tarification à l'activité	68
2.– L'indispensable réflexion sur la productivité	69
B.– LE PLAN « HÔPITAL 2007 » DEVRA FAIRE L'OBJET D'UNE ÉVALUATION APPROFONDIE	71
1.– Les objectifs fixés dans le volet investissement du plan	71
2.– Le bilan de la réalisation du plan au 31 décembre 2005	72
C.– LES DOTATIONS ALLOUÉES AUX FONDS FINANCÉS PAR L'ASSURANCE MALADIE MÉRITENT UN SUIVI ATTENTIF	73
1.– Le FMESPP et le FAQSV peuvent optimiser leur consommation	74
2.– La création d'un nouveau fonds ne saurait se traduire par un recul du contrôle parlementaire	75
CHAPITRE III : LES AUTRES POLITIQUES DE SÉCURITÉ SOCIALE	77
I.– LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES	77
A.– VERS UN SOLDE EXCÉDENTAIRE EN 2007	78
1.– Une dégradation du déficit en 2005	78
2.– L'amélioration de la situation financière de la branche en 2006 et 2007	78
B.– LES CONSÉQUENCES DE L'AMIANTE	80
1.– Le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante	81
2.– Le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	82
3.– La mission d'information parlementaire sur les risques et les conséquences de l'exposition à l'amiante	83
II.– LA BRANCHE FAMILLE	84

A.– LA SITUATION FINANCIÈRE DE LA BRANCHE FAMILLE	85
B.– LA FORTE PROGRESSION DES DÉPENSES D'ACTION SOCIALE	88
C.– UNE MEILLEURE ÉVALUATION DES ACTIONS DE LA BRANCHE.....	92
III.– LA BRANCHE VIEILLESSE	93
A.– LE CREUSEMENT DU DÉFICIT DE LA CNAV	93
1.– Un déficit prévisionnel de 3,5 milliards d'euros en 2007	93
2.– Des perspectives financières qui demeurent préoccupantes	96
B.– UNE DÉGRADATION CONTENUE DES COMPTES DU FONDS DE SOLIDARITÉ VIEILLESSE	97
1.– Une réduction du déficit du FSV en 2006 et 2007	97
2.– Un déficit cumulé qui atteindrait 5,6 milliards d'euros fin 2007	98
C.– LE FONDS DE RÉSERVE POUR LES RETRAITES	98
1.– Des sources de financement en voie de tarissement	99
2.– Les perspectives du FRR après 2020	100
IV.- LA CNSA : LE FINANCEMENT DU HANDICAP ET DE LA DÉPENDANCE	101
A.– LES RECETTES DE LA CNSA	102
B.– UNE MONTÉE EN CHARGE PROGRESSIVE DE LA CNSA	103
C.– LES PRÉVISIONS BUDGÉTAIRES DE LA CNSA POUR 2007	107
EXAMEN EN COMMISSION	109
A.– AUDITION DES MINISTRES	109
B.– EXAMEN DU PROJET DE LOI.....	137
AMENDEMENTS ADOPTÉS PAR LA COMMISSION	155
LISTE DES PERSONNES ENTENDUES PAR VOTRE RAPPORTEUR POUR AVIS	163

INTRODUCTION : UNE DÉMARCHE DE PERFORMANCE POUR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 comporte certes, plus d'articles que le projet de loi de finances lui-même, et c'est une première, mais il s'agit, pour l'essentiel, de mesures techniques qui n'engagent pas l'avenir. Votre Rapporteur pour avis souhaite donc profiter de ce dernier texte social de la législature pour ouvrir des pistes de réflexion, afin de consolider en la réformant notre sécurité sociale pour les prochaines décennies. À ce titre, des mesures fortes devront être prises par la prochaine équipe au pouvoir, dès 2007-2008.

Réformer notre modèle social pour l'adapter aux contraintes d'un monde où les pays, les cultures et les modèles économiques et sociaux sont en compétition, est en effet une obligation éthique. La protection sociale constitue un socle du modèle social français, un modèle qui donne la priorité à la solidarité collective face aux aléas de la vie. Le périmètre de ce modèle est très étendu et englobe aussi bien les relations sociales liées au travail, le droit à la santé pour tous, les contours de la politique en faveur des familles, sans oublier les garanties de ressources pour la retraite.

Ce modèle social français, que nous considérons comme étant le plus abouti au monde et auquel nous conférons, en conséquence, une portée universelle comme bien d'autres spécificités hexagonales, est profondément ancré dans la conscience collective, au point que les Français semblent même prêts à accepter les inégalités criantes qui se pérennisent alors que le financement fait défaut et se reporte sur les générations futures. L'imprégnation de cette culture d'un modèle social idéalisé dans l'ensemble des relations sociales, au cœur de l'État et parmi les partenaires sociaux rend particulièrement délicate son adaptation aux exigences d'un monde globalisé, tant sont fortes les résistances et les incompréhensions.

Les Français ne resteront attachés à ce modèle social, qui peut attirer de nombreux travailleurs de qualité dans un contexte de concurrence économique internationale, qu'à la condition que la sécurité sociale soit la plus performante possible. À ce titre, la mesure de la performance doit être développée, pour mettre en place une culture de résultat, comme cela se produit avec la LOLF pour le budget de l'État.

Or l'outil a d'ores et déjà été prévu par la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS) : il s'agit des **programmes de qualité et d'efficience (PQE)** relatifs aux dépenses et aux recettes de chaque branche de sécurité sociale, qui doivent être joints, annuellement, au projet de loi de financement. La même loi organique a prévu un mécanisme transitoire menant au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 qui comprendra, pour la première fois, l'annexe relative à ces PQE. Après des échanges prospectifs avec les commissions chargées des affaires

sociales dans les deux assemblées sur la forme et le contenu des PQE, le dépôt du présent projet de loi de financement s'accompagne de la version quasiment aboutie de ces programmes. Dès lors, il a paru opportun à votre Rapporteur pour avis de formuler quelques remarques à leur sujet, et, ce, à un double titre :

– d'une part, le suivi de la mise en œuvre de la LOLFSS à l'élaboration de laquelle il a contribué, au nom de votre commission des Finances ;

– d'autre part, l'expérience que peut faire valoir votre Commission alors que le projet de loi de finances pour 2007 est déjà le deuxième à comporter, en annexe, des projets annuels de performances (PAP), dont les PQE s'inspirent explicitement.

Il faut toutefois noter que l'exercice de présentation des PQE est bien différent de celui qu'illustrent les PAP. Après avoir approuvé et souligné cette différence de méthode faite par le Gouvernement lui-même, votre Rapporteur pour avis souhaite exposer, programme par programme, quelques observations à verser au débat.

A.- QUESTIONS DE MÉTHODE : LES PQE NE SONT PAS LES PAP

Les PQE s'inspirent bien des PAP ; des dépenses sociales supérieures à celles du budget de l'État, et qui font l'objet, annuellement, d'une loi de financement, ne sauraient s'exonérer d'une gestion par la performance. Mais de fait, la démarche par objectifs et résultats existait dans la sphère sociale avant que d'être utilisée par le budget de l'État, au travers des conventions d'objectifs et de gestion instituées par l'ordonnance du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale.

Cela amène à poser la question fondamentale, bien plus complexe que dans le cadre du budget de l'État : de quelle structure s'agit-il de mesurer la performance de gestion, de « la sécurité sociale », du régime général, de ses branches ? Pour prendre l'exemple de la branche maladie du régime général, s'agit-il de la performance de la CNAM, de l'État dans son champ d'intervention, des partenaires sociaux signataires des conventions, des personnels de santé censés s'y conformer, des multiples acteurs de la chaîne du médicament, etc ? La mesure de la performance n'a de sens que si les évalués ont les instruments qui leur permettent d'agir sur les données soumises à évaluation.

De façon connexe avec ce qui précède, les dépenses sociales sont tributaires d'éléments de contexte qui n'ont guère de commune mesure avec ceux qu'influent sur les dépenses de l'État. Telle est d'ailleurs la raison pour laquelle les objectifs de dépenses votés en loi de financement de la sécurité sociale n'ont pas la même portée normative que les crédits du budget général.

Le projet d'annexe 1 joint au présent projet de loi de financement souligne bien ces contraintes et ces limites, et explicite la méthodologie retenue pour

calibrer objectifs et indicateurs des PQE : ni limitation au strict champ des lois de financement, ni approche trop vaste. Les objectifs se veulent larges et les indicateurs, en revanche, précis. Votre Rapporteur pour avis salue cet effort de pédagogie et ne peut que souscrire à la démarche retenue. De même, le périmètre des six PQE doit-il être approuvé : maladie, AT/MP, retraites, famille, financement, invalidité et dispositifs gérés par la CNSA.

Cependant, devant le choix de structurer chaque programme en deux parties, « *Diagnostic d'état des lieux* » et « *Objectifs / résultats* », qui n'est certes pas contraire à la lettre de la LOLFSS, il convient de souligner que, pour utile qu'elle soit, la première partie n'est qu'un recueil de statistiques, quand la seconde partie seule répond véritablement à l'ambition d'une gestion par la performance et d'une responsabilisation des acteurs.

La démarche spécifique aux politiques sociales et de santé peut permettre d'expliquer que des cibles n'aient pas été systématiquement assignées à chaque indicateur, dans la mesure où certains objectifs relèvent de plusieurs politiques ou sont étroitement liés à des causes de nature conjoncturelle. Pour autant, certains objectifs et indicateurs devraient faire l'objet d'une évaluation réelle, particulièrement lorsqu'ils portent sur des données financières : le pilotage de la dépense sociale la rend indispensable. On ne mesure en effet vraiment une performance que si l'on s'assigne un objectif. Des **valeurs cibles** doivent donc être plus systématiquement définies.

De plus, on ne réalise des objectifs qu'avec des moyens, notamment administratifs, dont l'efficacité doit elle aussi être mesurée. C'est pourquoi une meilleure articulation entre l'annexe 1 au projet de loi de financement, concernant les PQE, avec l'annexe 2, qui récapitule les objectifs et moyens des organismes de sécurité sociale, doit être recherchée. Certains objectifs ne peuvent en effet être atteints que si la gestion administrative des caisses est plus efficace. Pour une lecture croisée des deux annexes, la structure de l'annexe 2 devrait donc être revue, afin d'être présentée par branche et non par génération de conventions d'objectifs et de gestion de manière transversale, et des renvois entre annexes devraient permettre d'apprécier en quoi tels moyens des organismes de sécurité sociale permettent d'atteindre tels objectifs de performance de la sécurité sociale. Parallèlement, au sein de l'annexe 1, un **objectif de maîtrise des coûts de gestion** de la sécurité sociale devrait être introduit, pour chaque branche.

B.- LES AVANT-PROJETS DE PQE JOINTS EN ANNEXE AU PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2007

L'ordre de présentation retenu par l'annexe 1 pourrait être modifié, afin de mieux correspondre à la structure du projet de loi de financement de la sécurité sociale lui-même et de respecter un ordre logique. C'est pourquoi votre Rapporteur pour avis souhaite commencer par le financement, avant d'aborder les politiques soutenues par les différentes branches et de conclure par l'invalidité et la dépendance, qui sont pour l'essentiel gérées en dehors des branches.

1.– Le programme « financement »

La partie diagnostic de ce programme comprend sept indicateurs de contexte tout à fait pertinents, dont deux seulement sont renseignés dès cette année. L'indicateur de l'évolution du coût du travail, net des exonérations de cotisations, devrait viser plusieurs niveaux différents de rémunération.

La partie « objectifs / résultats » comprend quatre objectifs et dix-sept indicateurs, dont huit seulement sont renseignés cette année.

– Le premier objectif est de « *veiller à l'équité du prélèvement social* ». Cinq indicateurs lui sont associés : les prélèvements sociaux sur les ménages rapportés à l'ensemble des revenus des ménages, le montant des niches sociales rapporté à la masse salariale, un indicateur, à préciser, permettant d'évaluer l'assiette fraudée, le taux de couverture du fichier des URSSAF par l'activité de contrôle et le taux de redressement des personnes dans le cadre de la lutte contre le travail dissimulé.

Les trois derniers indicateurs se rapportent plutôt à l'objectif d'amélioration de l'efficacité du recouvrement. Le premier indicateur devra être différencié par type de revenus des ménages (revenus d'activité, de remplacement, financiers, du patrimoine). Enfin, le suivi des niches sociales, qui est tout à fait primordiale, ne saurait se limiter à une comparaison entre les assiettes de la CSG et des cotisations ; il faut en effet aussi tenir compte des réductions d'assiette et de taux de la CSG elle-même, et de l'effet des niches sur la progression des rémunérations non salariales. C'est pourquoi une comparaison avec l'ensemble de l'assiette salariale potentielle serait préférable.

– Le deuxième objectif vise à « *concilier le financement de la sécurité sociale et la politique de l'emploi* ». Trois indicateurs lui sont associés : les taux de prélèvement effectifs (au niveau du SMIC et du plafond), l'usage de procédures simplifiées ou dématérialisées facilitant l'embauche et un indicateur, à préciser, sur la perception du prélèvement social et des exonérations de charges par les employeurs. Il serait utile que ce dernier indicateur soit différencié par secteur d'activité. Il pourrait aussi être intéressant de rendre compte de l'effet de la politique de l'emploi, notamment des baisses de charges, sur le dynamisme induit des recettes sociales. Il faudrait surtout que la mesure de la performance correspondant à cet objectif soit coordonnée avec celle du PAP de la mission *Travail et emploi*.

– Le troisième objectif consiste à « *améliorer l'efficacité de la gestion financière et du recouvrement* ». Quatre indicateurs lui sont associés : le taux de restes à recouvrer (qui pourrait aussi être différencié par secteur d'activité), un indicateur, qui n'est pas encore construit, sur la neutralité financière vis-à-vis des partenaires de la sécurité sociale, l'écart entre le taux d'intérêt des emprunts de l'ACOSS et le taux du marché et le coût de 100 euros recouverts par le régime général.

Votre Rapporteur pour avis estime nécessaire de mieux séparer l'évaluation des fonctions de recouvrement et de gestion financière, qui correspondent à deux métiers très différents. Le suivi du recouvrement pourrait se faire aussi à l'aide des indicateurs déjà signalés du premier objectif. La gestion financière concerne aussi la CADES (coût de ses emprunts propres) et le réseau interne à la sécurité sociale (objectif de trésorerie zéro).

– Enfin, le quatrième objectif est de « *garantir la viabilité financière des régimes de base* ». Cinq indicateurs lui sont associés : le taux d'adéquation des dépenses avec les recettes du régime général, le taux d'évolution comparée des recettes de la sécurité sociale et du PIB, le solde structurel des régimes de base, un indicateur de suivi de la dette globale des organismes de sécurité sociale et un indicateur de suivi de la dette sociale portée par la CADES.

Le premier indicateur est totalement redondant avec celui figurant dans le programme correspondant à chacune des branches. Il faudrait donc, au moins, l'étendre à l'ensemble des régimes de base ; des valeurs cibles doivent être indiquées, au minimum en cohérence avec l'annexe pluriannuelle B adoptée dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale ; une comparaison des taux de croissance des recettes et des dépenses aurait sans doute une plus grande utilité, car l'indicateur serait plus dynamique. Pour le second indicateur, une comparaison avec la croissance de la masse salariale serait aussi la bienvenue. En ce qui concerne le troisième indicateur, l'évolution du solde structurel, le Gouvernement devra présenter plusieurs hypothèses macroéconomiques réalistes. Un indicateur de suivi des compensations financières à la sécurité sociale, notamment des exonérations de cotisations, serait aussi utile.

2.- Le programme « maladie » : trop d'indicateurs de contexte, pas assez d'indicateurs d'efficience

a) Partie diagnostic

Ce n'est pas, on l'a dit, l'aspect le plus intéressant du PQE. Votre Rapporteur pour avis se contentera de suggérer une précision et deux ajouts.

La précision porte sur l'indicateur du revenu annuel libéral moyen net de charges des médecins, qui n'est pas encore détaillé à ce stade dans le projet d'annexe, mais semble mélanger les taux de croissance d'honoraires d'omnipraticiens, spécialistes et dentistes, d'infirmières et masseurs-kinésithérapeutes, et enfin des cliniques et hôpitaux. Une scission serait souhaitable.

Les deux ajouts concernent la consommation de médicaments et le volume des indemnités journalières de maladie, à replacer éventuellement dans un contexte de comparaisons internationales. Ces données sont retracées dans la partie objectifs / résultats du projet, or elles paraissent ressortir bien davantage à

l'état des lieux, ce qui permettrait de recentrer la seconde partie sur des aspects effectivement sensibles à l'action des responsables.

b) Partie objectifs / résultats

Parmi les cinq objectifs proposés, seuls les deux derniers (« *Renforcer l'efficience du système de soins et développer la maîtrise médicalisée des dépenses* » et « *Assurer la viabilité financière de la branche maladie* ») paraissent réellement pertinents en termes de performance. En effet, les trois premiers (« *Assurer un égal accès aux soins* », « *Développer la prévention* » et « *Améliorer la qualité de la prise en charge des patients par le système de soins* ») éludent la question : « À quel coût ? ». Et les indicateurs correspondants peuvent tous être améliorés par l'augmentation des moyens alloués et le creusement du déficit de la branche maladie...

S'agissant des indicateurs retenus, deux axes de progrès peuvent être suggérés :

– une classification plus systématique, sur le modèle de la LOLF, qui range les objectifs selon les points de vue du citoyen, de l'utilisateur et du contribuable. Ici, tel indicateur pourrait mesurer « l'efficience de l'UNCAM » ou « l'efficience des ARH » lorsqu'il décline tel objectif d'efficience dans un segment donné du système de soins ;

– la définition de cibles à atteindre pour chacun des indicateurs (assortie d'un bref descriptif de la stratégie élaborée et des moyens disponibles pour ce faire), faute de quoi l'exercice ne relève que du constat et non de l'outil de pilotage.

Le présent rapport n'est pas le lieu pour discuter la pertinence de chacun des indicateurs présentés. Votre Rapporteur pour avis veut néanmoins saluer l'aspect tout à fait encourageant de ceux qui doivent étayer les objectifs « *Renforcer l'efficience du système de soins et développer la maîtrise médicalisée des dépenses* » et « *Assurer la viabilité financière de la branche maladie* », qui pourraient être améliorés sur deux points :

– une meilleure mise en cohérence de l'indicateur correspondant au taux d'atteinte des objectifs conventionnels, qui mesure le taux de réalisation des engagements conventionnels, avec les indicateurs consacrés au suivi de tel ou tel aspect du système de soins, qui figure lui-même dans le champ conventionnel ;

– un suivi spécifique de la montée en charge de la T2A, ainsi qu'une mesure de l'efficacité (c'est-à-dire du ciblage) des contrôles relatifs aux indemnités journalières (le nombre ou le montant d'IJ injustifiées rapporté au nombre de contrôles effectués, par exemple, avec une cible fixée à la hausse).

3.- Le programme « accidents du travail – maladies professionnelles »

Le programme de qualité et d'efficience « accident du travail – maladies professionnelles » comprend trois objectifs et détaillera onze indicateurs dont certains sont à construire.

– Le premier objectif est de « *réduire la fréquence et la gravité des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles grâce à la prévention* ». Cinq indicateurs y seront associés : l'indice de fréquence et de gravité des accidents du travail et des maladies professionnelles, le même indice dans les secteurs à plus fort risque, la part des visites d'inspection du travail suivies des remises en conformité des démarches d'évaluation des risques dans les entreprises, et trois autres indicateurs décrivant les actions de prévention menées par la CNAM pour réduire la fréquence des AT/MP, les actions de formation et de contrôle menées par la CNAM pour réduire la fréquence des AT/MP et des cas-types d'impact de la survenue des accidents sur le niveau des cotisations des entreprises.

Si le choix de l'objectif semble pertinent, certains indicateurs sont des indicateurs d'activité et non de performance. L'évaluation de la performance ne consiste pas simplement à décrire les actions de prévention et de formation de la CNAM, mais à mesurer l'effet de son action sur les comportements. Tel est le cas de l'indicateur sur la part des visites d'inspection suivies de mise en conformité et du sous-indicateur sur le taux d'évolution du nombre d'accidents du travail au sein des entreprises ayant signé des contrats de prévention.

L'indicateur sur les actions de prévention devrait expliciter plus précisément les entreprises prioritairement choisies, celui sur les actions de formation devrait davantage évaluer l'évolution des comportements suite à ces formations. Les deux premiers indicateurs permettent d'avoir une appréciation globale sur la fréquence des accidents du travail et des maladies professionnelles, mais ils constituent peut-être des indicateurs trop lointains, influencés par de multiples facteurs et ne permettant pas suffisamment d'appréhender l'efficacité des actions de prévention de la CNAM.

– Le second objectif est d'« *améliorer la connaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles et l'équité de la réparation* ». Le premier indicateur est constitué par « *les pathologies les plus fréquentes parmi les dossiers passant devant les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles* » et le second suit la dispersion, au niveau national, des taux d'incapacités permanente reconnus pour une même pathologie. Ces indicateurs sont descriptifs : ils permettent à la branche de mieux connaître les accidents du travail et les maladies professionnelles, mais ils ne mesurent pas la capacité de la branche à améliorer cette connaissance. De plus, un indicateur devrait concerner l'amélioration de l'équité de la réparation.

– Le troisième objectif est de « *garantir la viabilité financière de la branche* ». Les indicateurs sont les montants récupérés dans le cadre des

procédures de recours contre tiers, et la part des majorations M1, M2 et M3 dans le taux net moyen de cotisation AT/MP. Compte tenu de l'importance croissante des contributions aux fonds amiante, il apparaîtrait pertinent d'ajouter un indicateur les concernant. Il pourrait décrire, par exemple, la contribution créée par l'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005. De même, afin de limiter les transferts entre la branche maladie et la branche AT/MP, un indicateur pourrait évaluer les politiques menées pour réduire la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles. Cet indicateur serait d'autant plus pertinent que de telles actions sont inscrites dans la convention d'objectifs et de gestion signée le 25 février 2005 et dans le plan national de santé au travail (2005-2009).

4.- Le programme « famille »

Le programme de qualité et d'efficience « famille » comprend quatre objectifs et quinze indicateurs.

– Le premier objectif est de « *contribuer à la compensation financière des charges de famille* ». L'indicateur est le niveau de vie initial des ménages et le niveau de vie après prestations familiales, aides au logement, cotisations sociales, CSG, CRDS, en fonction de la configuration familiale. Il s'agit d'un indicateur de moyens, puisque le changement de niveau de vie des ménages après versement de prestations et paiement des contributions sociales est étroitement corrélé au budget consacré à ces prestations.

– Le second objectif est de « *concilier vie familiale et vie professionnelle* ». Huit indicateurs sont proposés : un indicateur de dispersion des modes de garde, un indicateur à venir sur la contribution de l'action sociale de la CNAF à la réduction des écarts locaux de nombre de places, le taux d'effort et le reste à charge des familles selon le mode de garde, le revenu et la configuration des familles, un indicateur, à construire, sur le coût des différents modes de garde pour les finances publiques, un indicateur sur l'emploi des femmes, le nombre de bénéficiaires d'aides à la conciliation de vie familiale et professionnelle (CLCA ⁽¹⁾ et COLCA ⁽²⁾) et la proportion des femmes parmi ces bénéficiaires, un indicateur, à définir, sur la reprise d'activité après un CLCA ou un COLCA, et le nombre de bénéficiaires et le taux de recours au congé de paternité. Des indicateurs concernant l'encadrement des CAF par les CNAF et la sélectivité des projets contractualisés avec les communes seraient pertinents. Compte tenu du nombre important d'indicateurs associés à cet objectif, pourrait être ajouté un objectif qui concernerait une utilisation efficiente des dépenses d'action sociale. Le second indicateur sur la réduction des écarts locaux pourrait y être associé.

– Le troisième objectif est « *d'aider les familles vulnérables* ». Les trois indicateurs sont : le nombre d'enfants de moins de 18 ans vivant dans des familles

(1) Complément de libre choix d'activité.

(2) Complément optionnel de libre choix d'activité.

dont les ressources sont inférieures au seuil de pauvreté, l'impact des prestations familiales sur le taux de pauvreté et le taux d'effort des ménages titulaires d'une allocation logement en fonction de la configuration familiale. Le premier indicateur est trop vague, le niveau de pauvreté des familles dépendant de nombreux facteurs (croissance, chômage,...).

– Le quatrième objectif consiste à « *garantir la viabilité financière de la branche famille* ». Le premier indicateur est le taux d'adéquation des dépenses avec les recettes de la CNAF, le second est la contribution de la CNAF au financement des aides au logement, de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) et les majorations de pensions pour enfant, et le dernier est la réalisation des dépenses d'action sociale par rapport aux prévisions de la COG de la CNAF. Compte tenu de la croissance importante des dépenses d'action sociale depuis 2002 et le dépassement des prévisions de la COG en 2005 et probablement en 2006 ; ce dernier indicateur apparaît particulièrement pertinent.

5.– Le programme « retraites »

Ce programme comporte cinq objectifs et vingt-neuf indicateurs, dont seize actuellement renseignés.

– Le premier objectif consiste à « *assurer un niveau de vie adapté aux retraités* ». Cinq indicateurs lui sont associés : le taux de remplacement net pour une carrière au SMIC, le ratio entre le niveau de vie des actifs et des retraités, la pension moyenne du flux des personnes partant en retraite, la pension moyenne des retraités et enfin, l'écart de niveau de pension entre hommes et femmes. La définition des indicateurs est toujours en cours, et il est donc difficile d'évaluer la pertinence globale de ceux-ci au service de l'objectif général qu'est la hausse du niveau de vie des retraités. Le seul indicateur renseigné, qui porte sur le taux de remplacement net pour une carrière au SMIC semble pertinent, quoique l'on puisse regretter qu'il ne retienne pour le moment que l'objectif prédéfini par la loi du 21 août 2003, c'est-à-dire un taux de remplacement net de 85 % en 2008, sans aller au-delà de cette échéance.

– Le deuxième objectif vise à « *offrir une plus grande liberté de choix quant à l'âge de départ à la retraite* » et est mesuré par six indicateurs entièrement renseignés. Les deux premiers indicateurs concernent l'information des assurés qui passe par l'envoi de relevés de situation individuelle et d'estimations indicatives globales de pension. Il est regrettable que le troisième indicateur se contente de recenser le nombre de retraites anticipées « longues carrières » sans fixation de cible particulière : ce faisant, il ne permet en aucune façon la mesure d'une quelconque qualité ou efficacité. D'autre part, si le quatrième indicateur pose de façon pertinente comme cible l'allongement à 167 trimestres de la durée de la carrière en l'alignant avec la durée requise pour bénéficier d'une retraite à taux plein, il semble en inadéquation avec l'objectif global d'une plus grande liberté de choix quant à l'âge du départ à la retraite. Enfin, les deux derniers indicateurs mesurent la part des pensions liquidées avec

une décote ou avec une surcote. Au final, c'est l'intitulé de l'objectif lui-même qui peut être remis en question, dans la mesure où les divers indicateurs s'avèrent, en tout état de cause, orientés vers l'allongement de la durée des carrières.

– Le troisième objectif vise à « *garantir la solidarité entre les retraités* ». Les quatre indicateurs qui lui sont attachés mesurent le nombre et la proportion de bénéficiaires du minimum vieillesse chez les plus de 60 ans, la part des personnes âgées de plus de 60 ans ayant un niveau de vie inférieur au seuil de pauvreté, la part du flux des nouvelles pensions portées au minimum contributif et, enfin, le nombre de titulaires de pensions de réversion.

– Le quatrième objectif consiste à « *accroître l'emploi des salariés âgés* ». Parmi les huit indicateurs associés à cet objectif, seuls deux sont renseignés : il s'agit du taux d'emploi des 55-64 ans, assorti de la cible de 50 % en 2010 définie par le conseil européen de Stockholm de mars 2001, d'une part, et du nombre de chômeurs indemnisés de plus de 55 ans et de personnes dispensées de recherche d'emploi, d'autre part. Si le premier indicateur retenu est particulièrement pertinent, des interrogations subsistent sur la capacité à atteindre cette cible, puisque le taux d'emploi des 55-64 ans n'était que de 37,9 % en 2005. Les autres indicateurs qui concernent l'âge de cessation d'emploi, l'âge au départ à la retraite des affiliés de la CNAV, le nombre de bénéficiaires des mesures de préretraites publiques, le nombre d'invalides de plus de 55 ans, le nombre de bénéficiaires de la mesure de retraite progressive et, enfin, le nombre de bénéficiaires de la mesure de cumul emploi-retraite, demeurent non renseignés.

– Le cinquième objectif est de « *garantir la viabilité financière des régimes de retraite* ». Six indicateurs lui sont associés : les trois indicateurs relatifs à la structure de financement des principaux régimes, à leur besoin de financement et à au montant de la compensation inter-régimes, ne sont pas renseignés. Seuls le sont les trois autres indicateurs : le taux d'adéquation des dépenses avec les recettes de la CNAV permet d'appréhender l'évolution du déficit de la caisse sans pour autant fixer un objectif de résorption de celui-ci ; le ratio de durée d'activité sur la durée moyenne de retraite doit, quant à lui, retrouver entre 2009 et 2012 sa valeur de 2003 ; enfin, l'indicateur relatif à la somme des réserves accumulées par le FRR sert clairement l'objectif global de la viabilité financière des régimes de retraite, avec une cible fixée à 152 milliards d'euros de réserves en 2020.

Si l'objectif de « *garantir la viabilité financière des régimes de retraite* » apparaît essentiel, l'absence de valeur cible fixée aux indicateurs qui lui sont associés ne permet pas de mettre en place une authentique démarche d'évaluation de la qualité et de l'efficacité du programme. De la même manière, les objectifs visant à « *garantir la solidarité entre retraités* » et à « *assurer un niveau de vie adapté* » à ceux-ci, gagneraient à comporter des cibles plus précises, ce que le principal indicateur renseigné permet pour l'objectif « *accroître l'emploi des salariés âgés* », en fixant un taux de 50 % pour 2010. C'est le second objectif, « *offrir une plus grande liberté de choix quant à l'âge de départ en retraite* », qui

s'avère le plus inadéquat, les indicateurs étant en réalité principalement orientés vers l'allongement de la durée de la carrière.

6.— Le programme « invalidité et dispositifs gérés par la CNSA »

Le programme de qualité et d'efficience « *invalidité et dispositifs gérés par la CNSA* » comporte quatre objectifs et onze indicateurs associés. Il demeure à l'état d'ébauche. Même si cela est difficile statistiquement compte tenu de la dispersion des acteurs au niveau des départements, il importe aussi de prendre en compte l'action des conseils généraux dans la réalisation de ces objectifs. Enfin, le titre même de ce programme est trop technocratique : les « *dispositifs gérés par la CNSA* » correspondent à une approche institutionnelle, alors que les politiques sociales à évaluer touchent au handicap et à la dépendance.

– Le premier objectif vise à « *assurer un niveau de vie adapté aux personnes invalides* » et passe par l'évaluation du nombre et de la proportion de titulaires de pensions d'invalidité bénéficiant de l'allocation du fonds spécial d'invalidité.

– Le deuxième objectif consiste à « *répondre au besoin d'autonomie des personnes handicapées* ». Quatre indicateurs y concourent : le taux de dispersion pour les établissements médico-sociaux pour adultes et enfants handicapés, la part des personnes handicapées résidant à domicile, le suivi de la prestation de compensation du handicap, et, enfin, le nombre de bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé.

– Le troisième objectif consiste à « *répondre au besoin d'autonomie des personnes âgées* », en mesurant le taux de dispersion pour les établissements médico-sociaux pour personnes âgées, la part des personnes âgées titulaires de l'APA résidant à domicile, et le nombre de bénéficiaires de l'APA ou de l'action sociale des caisses de retraite.

– Enfin, le quatrième objectif vise à « *garantir la viabilité financière de la CNSA* ». Les trois indicateurs qui lui sont associés restent à préciser : les modalités de l'évaluation de la soutenabilité financière de la CNSA ne sont effet pas encore arrêtées, et le montant des engagements financiers liés à l'enveloppe nationale d'anticipation des établissements et services médico-sociaux fait l'objet d'une réserve . Seule, la part des dépenses d'APA et de PCH financées par la CNSA est définie, mais elle ne fait l'objet d'aucune analyse précise.

CHAPITRE I^{ER} : LES RECETTES ET L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

La question du financement de la sécurité sociale se pose aujourd'hui avec une particulière acuité si l'on veut pouvoir assurer durablement aux Français le bénéfice d'une sécurité sociale de qualité, efficiente, et financièrement équilibrée. Il ne suffit pas de vouloir faire croire, comme cela a été récemment entendu lors de débats en vue de l'élection présidentielle, qu'il suffirait simplement de régler la question de l'installation des médecins ou de l'accès aux soins pour traiter, comme par magie, l'ensemble des problèmes liés à la protection sociale et à son financement.

Il conviendrait d'inscrire dans la Constitution l'objectif d'un équilibre financier réel pour la sécurité sociale, pour garantir les générations futures des aléas de l'impuissance publique. Afin d'atteindre cet équilibre, les prélèvements sociaux doivent être consolidés et modernisés, sans augmentation du taux global de prélèvements obligatoires, et les relations financières entre l'État et la sécurité sociale clarifiées.

I.- QUEL AVENIR POUR LE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ?

La rénovation du mode de financement de la sécurité sociale est centrale pour mettre un terme à la recherche désespérée d'expédients et de fonds de tiroirs pour atténuer, année après année, l'impact des déficits. À défaut, le financement par la dette sera toujours et encore la signature de notre irresponsabilité collective au détriment de nos enfants. Nous ne pouvons moralement plus nous y soustraire et il faudra trancher pour répartir cette charge entre les contribuables, les actifs, les revenus du patrimoine et les entreprises, sans pénaliser la compétitivité ni l'emploi, par une redistribution de la charge socio-fiscale, sans augmentation globale des prélèvements.

A.- MALGRÉ DES EFFORTS CERTAINS, LES DÉFICITS VONT PERDURER

Outre un modèle social qui privilégie la solidarité plutôt que la responsabilité, la spécificité française reste notre incapacité collective à assumer le coût de la solidarité et d'en reporter, avec insouciance, la charge sur nos enfants. Notre protection sociale est structurellement déficitaire, et, ce, en dépit des effets des réformes déjà menées au cours de la législature.

1.- L'impact sur les comptes sociaux des mesures de la législature

Selon les comptes définitifs pour l'année **2005**, approuvés en première partie du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, les dépenses des régimes de base se sont élevées à 363,7 milliards d'euros, en augmentation de 16,9 milliards d'euros par rapport à 2004 (+ 4,6 %). Toutes les branches de la

protection sociales sont en déficit et le besoin de financement se monte à 11,4 milliards d'euros, ce qui est considérable (bien plus que lors de la mise en œuvre du plan Juppé en 1995...)

L'année **2006** enregistre une décreue du déficit, qui devrait s'établir à 8,8 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, et à 9,7 milliards d'euros pour le seul régime général. Ce résultat est largement imputable à la branche maladie, dont le déficit devrait être ramené à 5,9 milliards d'euros à la fin de l'année, contre 8,1 milliards d'euros en 2005. Le déficit de la branche vieillesse se dégrade un peu par rapport à 2005, notamment en raison du succès plus important que prévu des départs anticipés pour carrière longue, qui représentent pour la branche un coût de l'ordre de 2 milliards d'euros. Les comptes de la branche famille se dégradent également légèrement, du fait de la progression des aides au logement et de la poursuite de la montée en charge de la PAJE. Globalement, les dépenses devraient augmenter de 23,9 milliards d'euros par rapport à 2005.

En **2007**, le déficit de l'ensemble des régimes atteindrait 7,5 milliards d'euros, grâce à la poursuite de la mise en œuvre de la réforme de l'assurance maladie et au rééquilibrage de la branche accidents du travail – qui redevient excédentaire – ainsi que de la branche famille, suite à l'achèvement de la montée en charge de la PAJE. La branche vieillesse, confrontée aux flux de départs importants des premières générations du *baby boom*, devrait voir son déficit se creuser à 2,9 milliards d'euros. L'ensemble des dépenses de la sécurité sociale devrait se monter à 402 milliards d'euros, soit encore 14,4 milliards d'euros de plus qu'en 2006.

Ces résultats encourageants en termes d'évolution du déficit ont pu être atteints grâce à deux réformes qui auront marqué cette législature : la réforme des retraites en 2003 et celle de l'assurance maladie en 2004. Leur mérite aura été de rester fidèle à l'idéal de solidarité qui est la marque de notre modèle social, face à la maladie et à la vieillesse notamment. Elles engagent les Français dans la voie de la rénovation d'un système de solidarité qui n'avait intégré ni le défi du vieillissement, ni l'explosion du progrès médical pour tous. Grâce à la pédagogie de la réforme, les esprits ont évolué et sauront accompagner les exigences d'adaptation pour sauvegarder cette solidarité, sans la mettre à la seule charge des générations futures par la dette.

La faiblesse de ces réformes réside toutefois dans leur caractère progressif : la nécessité de prendre en compte le temps de la pédagogie, de la prise de conscience et de l'évolution des comportements, conduit encore à nous accommoder des déficits et à recourir à l'endettement. De plus, malgré les progrès permis par ces réformes, il y a une insuffisance structurelle de financement qui doit être traitée. C'est à l'évidence le chantier prioritaire de la prochaine législature.

2.– Les perspectives des comptes sociaux restent difficiles

Comment financer nos retraites durant la montée en charge, jusqu'en 2020, de la réforme de 2003 ? Cela appelle une réponse de l'ordre de 3,3 à 5,1 milliards d'euros par an à l'horizon 2010, en tenant compte du fait que même une baisse continue du chômage ne permettrait pas de faire basculer des cotisations UNEDIC avant 2011, date retenue pour son désendettement. De même, comment continuer à financer le progrès médical, avec des dépenses d'assurance maladie qui auront progressé de 27,9 milliards d'euros depuis le début de la législature ? Une question de financement se pose indubitablement, au-delà de tous les efforts de maîtrise des dépenses qui sont menés.

Selon les prévisions pluriannuelles figurant dans l'annexe B au présent projet de loi de financement, **le besoin de financement cumulé pour les régimes de base de la sécurité sociale pourrait atteindre 37,6 milliards d'euros à l'horizon 2010**. La résorption de ces déficits impliquera tout à la fois des efforts accrus en matière de maîtrise des dépenses et une hausse des prélèvements quelque soit la solution retenue, c'est-à-dire soit un transfert à la CADES, soit une augmentation de la CSG ou d'autres contributions. Il faut ajouter à cela la situation particulièrement difficile des fonds de financement, FFIPSA et FSV.

a) Les régimes de base

Les projections quadriennales présentées en annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, conformément à la loi organique du 2 août 2005, étudient deux scénarios économiques. Les deux scénarios reprennent les hypothèses d'évolution du PIB, de la masse salariale et de l'inflation retenues dans les scénarios présentés dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour 2007.

Dans ces deux scénarios, le solde global de l'ensemble des régimes de base s'améliore régulièrement sur la période 2007-2010, pour un retour à l'équilibre en 2010 dans les deux cas. Le scénario haut table sur une croissance de la masse salariale de 5,2 % et une progression moyenne de l'ONDAM de 2,5 % dans le scénario haut, alors que la croissance de ces deux variables est réduite dans le scénario bas, à 4,4 % pour la masse salariale et à 2,2 % pour l'ONDAM.

Votre Rapporteur pour avis estime qu'il serait plus réaliste de combiner les hypothèses des deux scénarios pour obtenir une simulation fiable. Il ne croit guère, en effet, à une croissance de la masse salariale de plus de 4,4 % en moyenne, comme le prouve le tableau ci-dessous. En revanche, la progression de l'ONDAM n'a jusqu'à présent jamais atteint moins de 2,5 % en moyenne, comme cela sera présenté dans le chapitre II du présent rapport. Il ne faut donc pas se bercer d'illusions, et reconnaître que, si rien de plus n'est fait, l'équilibre financier ne sera pas atteint spontanément, même en 2010.

ÉVOLUTION DE LA MASSE SALARIALE DU SECTEUR PRIVÉ

(en %)

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
2,6	3,0	4,0	5,4	6,9	5,4	4,1	2,4	3,9	3,2	4,1	4,4

La dette accumulée, dans chacun de ces deux scénarios pourtant très favorables, atteindrait 37,6 milliards d'euros entre 2005 et 2010 avec les hypothèses basses, et 28 milliards d'euros avec les hypothèses hautes. Cette progression mécanique de la dette sociale résulte de l'impasse réalisée chaque année dans le financement de la sécurité sociale, que résume très bien un des indicateurs de performance figurant de le programme de qualité et d'efficience « *financement* » : le taux d'adéquation des dépenses avec les recettes du régime général. Ce taux s'améliore (de 95,6 % en 2005 à 97,3 % en 2007) en raison d'une progression des recettes plus importante que celle des dépenses, mais il demeure toujours inférieur à 100 %. Compte tenu des centaines de milliards d'euros en jeu chaque année, la dette sociale ne peut donc que s'accumuler. D'où la nécessité de garantir un équilibre financier réel pour la sécurité sociale, car nos enfants ne doivent pas financer demain nos dépenses sociales d'aujourd'hui.

b) Les fonds de financement

En plus des déficits accumulés au titre des régimes de base, il faut tenir compte des sommes « externalisées » au sein des fonds de financement. Or l'annexe B au présent projet de loi permet d'estimer à **16,4 milliards d'euros** le montant des déficits cumulés entre 2005 et 2010 pour les deux fonds de financement existant aujourd'hui au sens de la loi de financement de la sécurité sociale, à savoir le FFIPSA et le FSV.

• **Le FFIPSA**

Le fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA) a été créée par la loi de finances pour 2004 avec pour mission d'assurer le financement et la gestion des prestations sociales des non salariés agricoles. Le FFIPSA ne pouvant être opérationnel au 1^{er} janvier 2004, la loi a également introduit une disposition transitoire prolongeant jusqu'au 31 décembre 2004 le BAPSA, budget annexe qui exerçait antérieurement cette mission. En conséquence, en 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 CCMSA pour financer le passage à la mensualisation des exploitants agricoles prévue par la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites.

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 un déficit d'un milliard d'euros. À ce résultat, il convient également 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 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 tel que défini ci-dessus, soit un montant total de 3,2 milliards d'euros. Cette dette d'ouverture est bien de la responsabilité de l'État. Elle a déjà été apurée à hauteur de 2,5 milliards par un versement de l'agence France Trésor en janvier 2006, conformément à l'article 117 de la loi de finances rectificative pour 2005. Les 662 millions d'euros devraient être définitivement apurés dans le cadre du collectif budgétaire de fin d'année 2006.

En **2005**, le FFIPSA a exercé, de façon pleine et entière, la mission qui lui était impartie par les textes. Son déficit courant a atteint 1,4 milliard d'euros. Ce déficit est inférieur de plus de 300 millions d'euros au déficit prévisionnel prévu dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006. Cette situation résulte principalement d'un phénomène d'anticipation des versements des droits sur la consommation de tabacs survenu fin 2005, ainsi que d'un rendement des cotisations et contributions sociales meilleur que prévu.

Les prévisions relatives à l'exercice **2006** font apparaître une insuffisance de financement de l'ordre 1,9 milliard d'euros. Pour **2007**, des recettes de 14,5 milliards d'euros et des dépenses de 16,6 milliards d'euros devraient aboutir à une insuffisance de financement de l'ordre de 2,1 milliards d'euros, compte tenu d'une première étape de revalorisation des petites retraites agricoles dont le coût, non financé, s'élève à 162 millions d'euros. **À fin 2007, le déficit cumulé du FFIPSA devrait donc s'élever à 5,4 milliards d'euros. Compte tenu d'une impasse structurelle de plus de 2 milliards d'euros chaque année, il atteindra près de 12 milliards d'euros d'ici 2010. Votre Rapporteur pour avis estime que la remise à plat du financement du FFIPSA devra se faire en même temps que celle des régimes spéciaux, dans un souci d'équité envers les agriculteurs et en tenant compte du poids d'une démographie pénalisante.**

Il convient toutefois de souligner qu'en dépit de cette situation, le versement des prestations servies par le régime des exploitants agricoles n'est en aucune façon menacé : le FFIPSA est en effet autorisé à recourir à des ressources non permanentes dans les limites définies chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale (l'article 31 du présent projet de loi autorise le FFIPSA à emprunter dans la limite de 7,1 milliards d'euros). Le financement de ces déficits est donc assuré par des emprunts de trésorerie, conclus auprès du consortium CALYON.

- **Le FSV**

Jusqu'en 2001, le fonds de solidarité vieillesse (FSV) a cumulé des excédents à hauteur de 1,2 milliard d'euros. Comptablement, les excédents sont venus alimenter le fonds de roulement du FSV. À partir de 2002, le FSV a constamment présenté des comptes annuels déficitaires, et un solde cumulé également déficitaire. Ce changement de situation est lié, d'une part à une perte de recettes : à partir de 2000, les droits alcools, la taxe prévoyance et une part de

CSG (0,15 point) jusqu' alors affectés au fonds lui ont été retirés, dans le cadre du financement des 35 heures, de même qu' à compter du 1^{er} janvier 2002, 0,1 point de CSG de moins au profit du fonds de financement de l' allocation personnalisée pour l' autonomie (APA). Si, à l' inverse, il bénéficie dorénavant d' une fraction de prélèvement social sur les revenus du capital et de l' excédent de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S), ces ressources fiscales représentent en moyenne le quart des taxes retirées au FSV. S' agissant de l' excédent de C3S, il s' agit de surcroît d' un solde par définition très volatile d' une année sur l' autre, et dont l' évolution future apparaît peu favorable compte tenu des perspectives des régimes non-salariés, principaux affectataires de cette contribution.

D' autre part, les dépenses du fonds ont fortement augmenté sur la même période, principalement du fait des dispositions de la loi du 17 janvier 2002 prévoyant que le FSV reprend la dette de l' État envers l' AGIRC et l' ARRCO, au titre de la validation des périodes de chômage dans ces régimes (dette fixée forfaitairement à 1,4 milliard d' euros pour les exercices 1999 et antérieurs) et finance à l' avenir les cotisations dues dans ce dispositif (441 millions d' euros par an, indexés sur l' évolution des prix hors tabac).

Dans la mesure où il ne peut avoir recours à des avances de trésorerie ou à des emprunts, le FSV a été conduit à différer le paiement de certaines des charges qui lui incombent. Depuis 2003, le choix du conseil d' administration a ainsi consisté, afin de régler les dettes annuelles les plus anciennes, de différer le règlement des cotisations chômage dues à la CNAV et à la CCMSA, en diminuant à due concurrence les montants des acomptes de l' année. Le FSV a ainsi effectué la régularisation chômage 2002, à hauteur de 581 millions d' euros, de manière fractionnée au cours du premier semestre 2004. Le solde de régularisation dû au titre de l' exercice 2003 (856 millions d' euros) a, quant à lui, été acquitté au cours du premier semestre 2005, et la régularisation des acomptes 2004 (1,4 milliard d' euros) effectuée au cours du premier semestre 2006. La régularisation des acomptes 2005, estimée à 2,8 milliards d' euros, devrait être réalisée en 2007.

Les déficits cumulés du FSV se traduisent donc par une dette de ce fonds vis-à-vis de la CNAV et de la CCMSA, ce qui pèse sur la trésorerie du régime général, qui intègre financièrement également le régime des salariés agricoles, et lui fait subir des intérêts d' emprunts de trésorerie estimés à 150 millions d' euros pour 2006. Ce déficit de trésorerie est couvert par l' ACOSS, dans le cadre du plafond d' emprunt du régime général fixé par la loi de financement.

Le résultat du FSV pour l' exercice 2005 est déficitaire de 2 milliards d' euros. L' amélioration de la conjoncture, qui se traduit par une accélération des recettes et par un ralentissement des charges au titre de la prise en charge des cotisations de retraite des chômeurs, permet une amélioration notable de son solde, avec un déficit de 1,2 milliard d' euros en 2006, 600 millions d' euros en 2007 et 400 millions d' euros en 2008, pour ensuite atteindre juste l' équilibre. **Le déficit cumulé du FSV, inscrit au bilan en fonds de roulement négatif, devrait donc s' élever à 5,9 milliards d' euros d' ici 2008. Le fonds n' aura pas les**

moyens de dégager des excédents pour rembourser lui-même sa dette. Votre Rapporteur pour avis estime donc indispensable d'intégrer cet élément financier dans la prochaine étape de la mise en œuvre de la réforme des retraites.

B.— LE MODE DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE DOIT ENCORE S'ADAPTER

On voit approcher le moment où la question du financement se posera pour l'assurance maladie comme pour l'assurance vieillesse. Le retour de la croissance permet certes de se rapprocher d'un équilibre relatif, mais une bonne gestion voudrait plutôt que l'on profitât des excédents pour se préparer à affronter des périodes plus délicates. On peut donc se demander où en est la réflexion du Gouvernement s'agissant du financement de la protection sociale. Ce sera à l'évidence le débat central des prochaines années, compte tenu du vieillissement de la population, mais aussi du fait que la maîtrise médicalisée finira bien par atteindre ses limites.

1.— L'allègement des cotisations patronales

Avec plus de 150 milliards d'euros prélevés en 2007, les cotisations patronales représentent encore plus du tiers des ressources des régimes de base de la sécurité sociale. La nécessité de les réduire, compte tenu du poids qu'elles font peser sur les charges d'exploitation des entreprises, pose inévitablement la question de l'assiette du prélèvement social.

a) L'importance structurelle des baisses de charges sociales

La majorité actuelle a rompu avec la politique menée sous la précédente législature, qui utilisait les baisses de charges sociales pour compenser le coût entraîné par la réduction du temps de travail. Cette politique avait rendu la vie des entreprises plus complexe et induit une stagnation des rémunérations salariales.

La loi du 17 janvier 2003 relative aux salaires, au temps de travail et à l'emploi a créé l'allègement Fillon, qui se substitue aux dispositifs préexistants (ristourne Juppé et allègement Aubry II). Il consiste en une ristourne dégressive dont le taux est maximum au niveau du SMIC (26 points de cotisations sociales) et qui s'annule pour un salaire égal à 1,6 fois le SMIC. Le système des allègements de charges, totalement déconnecté des 35 heures, est donc simplifié et concentré sur les bas salaires.

En excluant les cotisations relatives aux accidents du travail et aux maladies professionnelles (AT/MP), il ne subsiste plus au niveau du SMIC que 2,1 points de cotisations patronales destinées au financement de la sécurité sociale. Un effort supplémentaire est encore réalisé par le projet de loi de finances pour 2007, qui supprime ces 2,1 points restant au niveau du SMIC pour les seules entreprises de moins de 20 salariés, et ce à compter du 1^{er} juillet 2007.

Les allègements généraux de cotisations patronales ont désormais un caractère pérenne : déconnectés de tout lien avec la durée du travail, ils font partie intégrante non seulement de la politique de l'emploi, mais aussi du système de financement de la protection sociale. Les taux nominaux, qui ne correspondent déjà plus depuis de nombreuses années aux charges réelles des entreprises, ne sont pas davantage représentatifs de ce que perçoit la sécurité sociale. En réalité, la pérennisation des allègements de charges justifie leur intégration directe dans le mode de calcul des cotisations patronales de sécurité sociale. Cette opération de « vérité des prix », déjà réclamée par votre Commission l'année dernière, consisterait à « barémiser » les cotisations patronales, c'est-à-dire à intégrer directement l'allègement Fillon dans un barème de taux de cotisations.

Votre Rapporteur pour avis réitère cette proposition, en dépit des difficultés techniques – qui sont loin d'être insurmontables – soulevées par un rapport d'inspection remis au Parlement au mois de juin dernier. Elle correspond en effet à un véritable objectif politique, à savoir dépassionner le débat sur le niveau des charges sociales, notamment vis-à-vis des investisseurs étrangers.

b) Le débat sur la réforme de l'assiette des cotisations

À l'occasion de ses vœux aux Français, le 31 décembre 2005, le Président de la République a annoncé vouloir lancer, en 2006, une réforme du financement de la protection sociale, en s'intéressant aux cotisations patronales. Dans ses vœux « aux forces vives de la Nation », le 5 janvier 2006, il a écarté la piste de la TVA sociale – en raison des risques inflationnistes que présente cette solution - et envisagé plutôt de basculer une fraction des cotisations patronales sur une cotisation assise sur la valeur ajoutée (CVA) des entreprises.

Le Premier ministre a donc décidé la mise en place d'un groupe de travail chargé d'étudier une modification de l'assiette des cotisations sociales patronales. Le rapport de ce groupe de travail, rendu le 30 mai 2006, expose notamment les avantages et inconvénients de la création de plusieurs dispositifs en remplacement d'une fraction des cotisations patronales : CVA, modulation des cotisations en fonction de la valeur ajoutée, TVA sociale, contribution patronale généralisée (CPG)... Ce rapport met en avant le fait que le report d'une partie des cotisations patronales d'une assiette salariale vers une assiette fondée sur la valeur ajoutée dégagée par l'entreprise aurait un effet favorable à l'emploi à court terme, mais que ses effets sur l'emploi à plus long terme seraient plus incertains. Le rapport a également permis d'estimer l'importance des transferts entre entreprises propres à chaque scénario.

Le Gouvernement s'est attaché à une large consultation sur ce rapport. C'est la raison pour laquelle il a été transmis pour avis au conseil d'orientation pour l'emploi (COE) et au conseil d'analyse économique (CAE). Le COE, dont l'avis a été rendu public le 20 juillet 2006, s'est félicité de l'existence d'un débat sur l'assiette du financement de la sécurité sociale. Il s'est dit néanmoins sceptique sur la création d'une CVA. Les pistes de la CPG et de la TVA sociale ont suscité

quant à elles de nombreux débats des partenaires représentés, ce qui a amené le COE à annoncer qu'il poursuivrait ses travaux dans le cadre de ses missions. L'avis du CAE, rendu le 27 juillet 2006, relativise quant à lui l'importance des analyses à court terme, notamment du fait des coûts fixes liés au changement sur cet horizon. Au vu des résultats de moyen terme, qui sont à privilégier, et également pour des raisons de maintien de la simplicité et la lisibilité du prélèvement, le CAE s'exprime à ce stade plutôt pour un *statu quo*.

Dans son avis de synthèse remis au Premier ministre en septembre 2006, le centre d'analyse stratégique a estimé souhaitable de poursuivre le mouvement de fiscalisation du financement de la protection sociale engagé depuis quinze ans, tout en confortant les avancées réalisées pour réduire le coût global du travail. De ce fait, la réflexion doit se poursuivre pour que des décisions soient prises, dès le début de la prochaine législature.

Votre Rapporteur pour avis souscrit aux hypothèses de travail retenues par le Gouvernement. **Les besoins des régimes sociaux nécessitent une affectation de prélèvements sociaux supplémentaires, qui ne peuvent pas être supportés par les entreprises en raison de la concurrence économique internationale.** Il ne faut pas prendre le risque de freiner l'investissement et l'innovation, en particulier pour les secteurs dynamiques de l'économie les plus soumis à la compétition internationale, notamment les PME capitalistiques. L'élargissement de l'assiette du prélèvement social, que permet la poursuite de la fiscalisation du financement de la sécurité sociale, doit donc être privilégiée. Il faudra tenir compte dans ce sens des expériences étrangères en la matière, et notamment étudier l'impact réel de l'augmentation de la TVA réalisée en Allemagne pour financer le système de santé outre-Rhin.

2.– La poursuite de la fiscalisation de la sécurité sociale

La piste de la fiscalisation accrue du prélèvement social semblant se dégager pour garantir l'avenir du financement de la sécurité sociale, il importe de se donner les moyens d'avoir un prélèvement à la fois dynamique et juste, qui ait donc une assiette large lorsqu'il taxe les revenus directs et qui responsabilise les comportements à risque lorsqu'il taxe les produits.

a) La résorption progressive des niches sociales

L'augmentation du taux des prélèvements sociaux, outre son impopularité manifeste, n'est pas nécessairement le meilleur moyen de garantir des recettes pérennes à la sécurité sociale. Les économistes ne connaissent que trop les risques d'évasion fiscale. Il faut donc d'abord s'attacher à stabiliser l'assiette des prélèvements sociaux, c'est-à-dire à réduire les trop nombreuses niches sociales, qui sont des dispositifs dérogatoires aux assiettes et aux taux de droit de commun.

On peut constater l'importance de ces niches en comparant l'assiette salariale des cotisations sociales (422,7 milliards d'euros en 2005, en hausse de

3,3 %) et l'assiette CSG correspondante (453 milliards d'euros, soit 30,3 milliards d'euros de plus, en hausse de 3,5 %). Cette différence d'assiette, déjà très substantielle à la base, continue d'augmenter, en raison même de l'existence des niches sociales qui permettent de soustraire de plus en plus d'éléments de rémunération non salariaux du montant du prélèvement social. L'écart entre l'assiette CSG et l'assiette de cotisations a ainsi progressé de 6,5 % en 2005. On voit donc toute l'importance, pour garantir un financement pérenne de la sécurité sociale, de la réduction des niches sociales. Comme le constatait la Cour des comptes dans son rapport de septembre 2002 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, *« ces dispositifs représentent une part croissante du coût du travail pour les entreprises. L'importance des exonérations consenties explique leur développement, les entreprises pouvant être conduites à privilégier ces dispositifs plutôt que le versement d'un salaire soumis à cotisation sociale et fiscale. Leur développement constitue ainsi une « menace » pour les régimes de base. »*

Les enjeux financiers associés aux niches sociales, à savoir les pertes de recettes correspondantes, **avoisinent globalement 50 milliards d'euros en 2007** : 20 milliards d'euros d'allègements généraux de charges patronales, 5,5 milliards d'euros d'allègements ciblés de charges patronales (spécifiques à certaines activités, certains types de contrats de travail ou certains territoires), 12 milliards d'euros d'exonérations au titre des compléments de rémunération (intéressement et participation notamment) et 7,5 milliards d'euros au titre des taux réduits de CSG (sur les revenus de remplacement en particulier).

Il ne s'agit pas de vouloir remettre en cause *ex abrupto* l'ensemble de ces niches sociales. Il convient plutôt d'en apprécier l'efficacité, par rapport aux objectifs des politiques publiques menées, pour choisir de ne conserver que les plus pertinentes. Telle est la démarche suivie par votre Commission des finances, qui a notamment demandé à la Cour des comptes de procéder à une enquête portant sur le bilan des allègements de charges sociales supportés par les entreprises, en application de l'article 58 2° de la LOLF. Cette étude, remise le 31 juillet 2006, conclut à la nécessité de mieux cibler et calibrer les dispositifs existants, en particulier les dispositifs d'exonération ciblés sur des publics particuliers ou sur des territoires. Une enquête complémentaire a été demandée à la Cour, pour le mois de septembre 2007.

Le Gouvernement doit remettre l'année prochaine un rapport détaillé sur le sujet, en application de l'article 9 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003, adopté à l'initiative de votre Rapporteur pour avis, alors Rapporteur pour les recettes et l'équilibre général de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales : *« Tous les cinq ans, avant le 15 octobre, le Gouvernement transmet au Parlement un rapport présentant un état et une évaluation financière des dispositifs affectant l'assiette des cotisations sociales, dans le but de chiffrer les pertes de recettes pour l'État et la sécurité sociale résultant de ces dispositifs. »* Sur la base de ce diagnostic tant attendu, trois critères pourraient principalement guider les choix de la prochaine équipe au pouvoir. L'efficacité

des politiques de l'emploi constitue bien sûr un critère prioritaire ; cet objectif peut notamment se traduire par la remise en cause des dispositifs qui désincitent, financièrement, au retour ou au maintien dans l'emploi. L'équité des dispositifs dérogatoires doit également être recherchée, entre personnes percevant un même niveau de revenu. Enfin, un objectif de simplification doit aboutir à renforcer la cohérence interne des niches sociales (par exemple, certains dispositifs, quoique très voisins, ne sont pas également soumis à la CSG), tout comme la cohérence entre les niches sociales et les niches fiscales.

Un objectif pour la politique de financement de la sécurité sociale pourrait donc être légitimement une convergence vers le droit commun, afin d'assurer une neutralité des prélèvements sociaux, en particulier dans une logique de lutte contre les trappes à inactivité. Votre Rapporteur pour avis peut ainsi citer le cas de l'API, revenu de remplacement privilégié socio-fiscalement alors qu'il conduit à réduire le taux d'activité. Il a souhaité lancer le débat sur les niches sociales dès cette année, en déposant un amendement plafonnant à 30 % du SMIC les avantages liés aux titres restaurant (850 millions d'euros) et aux chèques vacances (100 millions d'euros).

b) La responsabilisation des assurés sociaux par la fiscalisation des comportements à risque

La fiscalisation de la sécurité sociale passe aussi par la taxation de comportements qui génèrent des dépenses sociales. Votre Rapporteur pour avis a ainsi toujours soutenu l'affectation à la sécurité sociale du produit des droits de consommation sur les tabacs et l'alcool, suivant en cela une recommandation de la Cour des comptes qui, dans son rapport de septembre 2001 sur l'application des lois de financement, estimait à juste titre que les « *ressources à vocation régulatrice* », qui visent à agir sur les comportements, doivent financer la sécurité sociale.

Alors que la précédente majorité avait affecté l'intégralité des taxes sur les tabacs et les alcools au financement des 35 heures, la majorité actuelle les a fort heureusement réaffectées, pour l'essentiel, directement à la sécurité sociale.

• **Le droit de consommation sur les tabacs**

En 2007, les droits sur les tabacs devraient rapporter 9,45 milliards d'euros, dont 8,842 milliards d'euros au profit des organismes de sécurité sociale. Cette évaluation a été réalisée par le Gouvernement en tenant compte d'une réglementation sur les tabacs et des prix inchangés, ainsi que d'une stabilité des ventes de cigarettes et de cigares, c'est-à-dire sans anticiper les conséquences de l'interdiction annoncée de fumer dans les lieux publics. Ces prévisions reposent ainsi sur une hypothèse d'évolution des volumes d'achat de + 2,5 % des cigarettes. La mesure prise en loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, visant à réduire les achats transfrontaliers, a notamment eu un impact positif sur les achats sur le territoire national.

L'article 23 du projet de loi de finances pour 2007 augmente la part du droit de consommation sur les tabacs affectée à la sécurité sociale, en diminuant d'autant celle restant à l'État, pour deux motifs : une affectation de 1,69 % aux caisses de sécurité sociale, afin de financer les charges d'intérêts qu'induisent les sommes restant dues par l'État au titre des relations financières entre l'État et la sécurité sociale, et une affectation de 3,39 % aux organismes concernés, pour compenser l'exonération supplémentaire de charges sociales décidée par l'État pour les petites entreprises.

De plus, compte tenu de la réaffectation, directement à la CNAM par l'État, de l'intégralité du surplus de recettes constaté en 2006 au titre du financement des allègements généraux de charges patronales (soit 330 millions d'euros), la CNAM voit sa part de droits tabacs réduite de 232 millions d'euros (ce qui représente donc pour elle au total en 2007 un gain de 100 millions d'euros). La fraction correspondante (2,46 %) est affectée au fonds de financement de la CMU complémentaire. Le budget de l'État diminuera d'autant son versement au fonds.

Le tableau ci-dessous récapitule l'évolution de l'affectation des droits de consommation sur les tabacs.

RÈGLES D'AFFECTATION DES DROITS TABACS

2005	2006	2007
ÉTAT : 14,83 % FFIPSA : 52,36 % FCAATA : 0,31 % CNAM : 32,50 %	ÉTAT : 11,51 % FFIPSA : 52,36 % FCAATA : 0,31 % CNAM : 32,46 % Fonds CMUC : 1,88 % FNAL : 1,48 %	ÉTAT : 6,43 % FFIPSA : 52,36 % FCAATA : 0,31 % CNAM : 30,00 % Fonds CMUC : 4,34 % FNAL : 1,48 % Organismes de sécurité sociale : 3,39 % + 1,69 %

• Les droits de consommation sur les alcools

Depuis le 1^{er} janvier 2006, les droits sur les alcools sont affectés à la sécurité sociale, au titre du financement des allègements généraux de cotisations sociales. La cotisation sur les alcools de plus de 25° est affectée, depuis le 1^{er} janvier 2005, au fonds de financement de la CMU complémentaire. Quant à la taxe dissuasive sur les *premix*, elle est directement affectée à la CNAM.

Le montant global attendu en 2006 au titre des recettes tirées de la fiscalité sur les alcools et autres boissons est de 2.885 millions d'euros, soit une baisse de 0,2 % par rapport à 2005. Le montant global attendu en 2007 est stable par rapport à 2006.

PRODUIT DES DROITS ALCOOLS

(en millions d'euros)

Catégorie	2005	2006 = 2007
Droit de consommation sur les alcools (art. 403 CGI)	1.883	1.900
Droit de consommation sur les produits intermédiaires (art. 402 bis CGI)	124	115
Droit de circulation, sur les vins, cidres, poirés, hydromels (art. 438 CGI)	117	110
Droit spécifique sur les bières et eaux minérales (art. 520 CGI)	381	370
Cotisation sur les alcools de plus de 25° (art. L. 245-7 CSS)	387	390
TOTAL	2.892	2.885

D'une manière générale, et quelle que soit la catégorie de produits soumis à accise, le rendement des différentes taxes est lié au volume de produits ; pour les bières s'ajoute également le degré d'alcool du produit fini. En l'absence de réévaluation régulière et à volume constant, le rendement de l'ensemble de ces taxes s'érode avec l'inflation : la plupart des taux minimum n'ayant jamais été réévaluée depuis 1993 (même si certains taux ont pu être réévalués par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997, s'agissant des bières), voire même depuis 1982 pour les vins.

C'est dans ce contexte que la Commission européenne a publié, le 8 septembre 2006, une proposition de directive ajustant les taux minimaux d'accises afin d'éviter une diminution de la valeur réelle des taux communautaires. Cette augmentation des tarifs serait assortie d'une période de transition pour permettre aux États membres concernés d'adapter leurs législations nationales. Mais s'agissant de la France, l'adoption de cette proposition aura une portée toute relative, car, dans la plupart des cas, les taux d'accises appliqués par la France sont d'ores et déjà supérieurs au taux minimum communautaire. Seuls les produits intermédiaires (vin doux naturel) pourraient être concernés par cette réévaluation du taux minimum, la Commission proposant que le taux minimal sur ces produits passe de 45 €/hl de produit fini à 59 €/hl.

Votre Rapporteur pour avis estime qu'une éventuelle taxation des boissons sucrées, au travers d'une taxe nutritionnelle pour lutter contre l'obésité, ne pourrait être instaurée que dans le cadre d'une réflexion globale sur la fiscalité applicable aux boissons. Le Gouvernement a engagé les premières études, et il dispose des conclusions d'un groupe de travail inter-administratif qui a remis son rapport en juin 2006. Il s'agira d'une piste pour la prochaine équipe au pouvoir.

II.- QUELLE RATIONALITÉ POUR LES FLUX FINANCIERS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ?

Au-delà de la réflexion sur la nature du prélèvement social, il importe aussi de garantir l'avenir du financement de la sécurité sociale en rationalisant l'ensemble des flux financiers à l'œuvre autour de la sécurité sociale. Cela passe à la fois par l'introduction de plus de vertu financière dans le système, et par la clarification des relations financières entre l'État et la sécurité sociale.

A.– CONSOLIDER LES ÉLÉMENTS DE VERTU DU SYSTÈME

Le système de financement de la sécurité sociale doit être vertueux financièrement parlant. C'est à cette condition éthique que les Français pourront accepter les évolutions nécessaires de notre protection sociale.

1.– Rembourser la dette sociale

La dette sociale à rembourser se monte aujourd'hui à 76,7 milliards d'euros, auxquels il convient d'ajouter un besoin de financement de 54 milliards d'euros à l'horizon 2010, comme on l'a vu précédemment (régimes de base et fonds de financement). Il n'est pas ni raisonnable que la politique de l'autruche soit poursuivie, ni moral de laisser la charge de notre impuissance aux générations futures qui auront à affronter de nouveaux défis dans un monde encore plus exigeant qu'aujourd'hui. Nous devons faire partager ce choix éthique à nos concitoyens et mobiliser toutes les énergies pour ancrer cette prise de conscience.

a) Sanctuariser la CADES

La caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) devait apurer au total 108,676 milliards d'euros de dette accumulée par le régime général. Après sa création en 1996, elle a été rouverte une première fois en 1998, puis en 2003 et 2004, au titre des exonérations de cotisations non financées par le fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC), et, enfin, entre 2004 et 2006, uniquement pour la branche maladie, en application de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

En 2004, quatre versements ont été effectués par la CADES, pour un montant total de 35 milliards d'euros. Néanmoins, le déficit constaté de la branche maladie en 2004 a été inférieur à celui prévu au moment du débat parlementaire relatif à la loi du 13 août 2004 (33,31 milliards d'euros de déficits cumulés, au lieu des 35 milliards d'euros alors envisagés). En conséquence, la reprise du déficit 2005, évalué à 8,3 milliards d'euros dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, a tenu compte d'une régularisation de 1,69 milliard d'euros sur l'exercice 2004, et s'est traduite par un versement de 6,61 milliards d'euros en date du 7 octobre 2005.

Le déficit réel de la CNAM ayant atteint *in fine* 8 milliards d'euros pour l'exercice 2005, une nouvelle régularisation de 300 millions d'euros a été opérée par la CADES lors du versement correspondant à la reprise du déficit prévisionnel de la CNAM au titre de 2006, estimé à 6 milliards d'euros. En vertu du décret du 4 octobre 2006, la CADES a donc versé 5,7 milliards d'euros à l'ACOSS début octobre. Au total, la limite fixée par la loi du 13 août 2004, soit une prise en charge des déficits de la CNAM à hauteur au maximum de 50 milliards d'euros, a été respectée (avec un apurement de 47,31 milliards d'euros entre 2004 et 2006).

La CADES doit encore rembourser, au 31 décembre 2006, 76,676 milliards d'euros. L'amortissement complet de cette date devrait être

réalisé en **2022**, comme le précise l'indicateur d'échéance prévisionnelle d'extinction de la dette qui figure dans le programme de qualité et d'efficacité « *financement* ». Cette durée peut fluctuer, compte tenu des évolutions des conditions de financement sur les marchés financiers. Mais elle ne doit plus augmenter en raison de nouvelles reprises de dette sociale.

En effet, la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale a prévu que tout nouveau transfert de dette à la CADES doit être accompagné d'une augmentation des recettes de la caisse permettant de ne pas accroître la durée d'amortissement de la dette sociale. Votre Rapporteur pour avis attache une très grande importance à cette disposition, qui ne peut plus être modifiée que par une loi organique, car elle correspond à une éthique de responsabilité : **il ne sera désormais plus possible de reporter sur les générations futures la charge des soins d'aujourd'hui.**

Ce cadre responsable peut cependant paraître très rigoureux, pour quiconque aurait des velléités de trouver de nouveaux expédients pour faire face aux déséquilibres du financement de la sécurité sociale. A ainsi été émise l'hypothèse, à l'occasion de la préparation du présent projet de loi de financement, de supprimer la CADES pour récupérer les 5,5 milliards d'euros de produit net annuel de sa recette exclusive, la CRDS, et transférer directement à l'État, dans le tonneau des Danaïdes de la dette publique, la dette sociale nouvelle et restant à rembourser. C'est comme si on voulait enlever l'embrasure de la porte car il y a désormais un cadenas dessus avec un droit d'entrée ! Votre Rapporteur pour avis désapprouve totalement une telle idée, car la dette sociale doit rester cantonnée pour être responsabilisante. Cette logique du plan Juppé doit à tout prix être préservée.

On peut d'ailleurs se demander si la disposition votée, à l'initiative du Sénat, dans le cadre de la loi de finances pour 2006, prévoyant que le ministre chargé de l'économie et des finances est autorisé à procéder, pour le compte de la CADES, à des emprunts à long, moyen et court termes, n'était pas déjà une tentative déguisée de transférer la gestion de la dette sociale à l'État. Fort heureusement, le décret d'application de cette mesure n'a pas été pris, et l'agence France Trésor n'est donc aucunement intervenue pour le compte de la CADES sur les marchés financiers. **Le cantonnement de la dette sociale doit demeurer une garantie de son extinction dans un terme le plus rapproché possible.**

b) Optimiser la gestion de la dette sociale

S'il s'agit de cantonner la dette sociale pour la rembourser au plus vite, il faut aussi la rembourser au mieux. Une gestion active de la dette sociale est donc indispensable dans le cadre du respect des critères de Maastricht.

• **La CADES**

En matière de gestion de la trésorerie, la CADES est active chaque jour sur les marchés financiers. Sa trésorerie est uniquement une trésorerie de

précaution, qui doit lui permettre d'éviter de venir emprunter sur le marché en cas de forte perturbation ou engorgement des marchés ou d'anticipation d'une évolution favorable des taux d'émission. Le montant de cette trésorerie doit aussi permettre, en anticipant la levée des fonds nécessaires, d'étaler dans le temps, les financements des échéances d'intérêts et d'emprunts et de versements à l'ACOSS.

Concernant la gestion de la dette à long terme, depuis l'origine, la gestion opérée par la CADES est marquée par les caractéristiques propres à cet établissement. Elle vise à amortir le plus vite possible, au moindre coût ainsi qu'au moindre risque, l'ensemble de la dette sociale qui lui est confié. À cette fin, la CADES développe des instruments d'adossement de son actif à son passif. L'élaboration du programme de financement annuel de la CADES, et notamment le choix des nombreux compartiments de marché qui lui sont accessibles, est soumis au conseil d'administration, puis au ministère des Finances.

• L'ACOSS

La dette sociale non transférée à la CADES est gérée par l'ACOSS, dans le cadre du plafond de ressources non permanentes destiné à couvrir les besoins de trésorerie du régime général. Ce plafond est fixé à 28 milliards d'euros pour 2007 par l'article 31 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, afin notamment de couvrir le déficit permanent de 8 milliards d'euros prévu pour l'ensemble du régime général en 2007, y compris la branche maladie dont la dette n'est plus transférable à la CADES.

La nouvelle convention d'objectifs et de gestion de l'ACOSS 2006-2009, signée le 31 mai 2006, prévoit notamment d'optimiser la gestion de la trésorerie et de renforcer l'expertise sur le financement de la sécurité sociale. Afin d'améliorer la prévisibilité à plusieurs mois des flux financiers et d'optimiser le coût de la gestion financière du régime général, l'ACOSS s'est ainsi engagée à renforcer le pilotage des caisses locales pour améliorer la gestion des flux financiers échangés avec le siège, et à proposer des prestations de conseil en matière de gestion de trésorerie aux tiers avec lesquels elle est en relation.

Parallèlement, la renégociation de la convention entre l'ACOSS et la Caisse des dépôts et consignations a été finalisée le 21 septembre 2006, pour une entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2006. Cette convention est composée de deux parties : l'une relative à la tenue des comptes, l'autre relative aux avances de trésorerie et aux placements.

Concernant la tenue des comptes, depuis 2001, la Caisse des dépôts facture à l'ACOSS le coût lié à la tenue de compte. Cette facturation est reprise dans la nouvelle convention et doit s'élever à 3,7 millions d'euros par an. La convention prévoit la possibilité d'une réduction de coût en cas d'économie réalisée.

Concernant les types d'avances, dans l'ancienne convention, quatre types d'avances permettaient le financement de l'ACOSS : les avances prédéterminées

sur 1 à 6 mois, les avances prédéterminées sur 4 jours à 1 mois, les avances à 24 heures et les avances le jour même. La nouvelle convention prévoit, d'une part, de reconduire les types d'avances consenties auparavant par la caisse dans des conditions financières parfois plus avantageuses pour l'ACOSS et, d'autre part, d'introduire de nouveaux types de placements. De plus, l'ACOSS n'est plus limitée dans la part des avances consenties par la caisse sous forme d'avances prédéterminées, qui présentent l'avantage d'être moins coûteuses que les avances à 24 heures. Enfin, les maturités de placements et d'avances ne sont plus limitées au 31 décembre, mais peuvent déborder jusqu'au 31 mars de l'année suivante.

Le tableau suivant reprend les conditions de la convention 2001, les conditions existantes dans le cadre des négociations annuelles menées depuis la signature de la convention de 2001 et les conditions prévues par la nouvelle convention (le taux de référence est EONIA, les écarts au taux se mesurant en points de base).

CONDITIONS DE FINANCEMENT DE L'ACOSS AUPRÈS DE LA CAISSE DES DÉPÔTS

	Mode de financement ou rémunération des placements	Convention 2001	Conditions en vigueur jusqu'à signature de la nouvelle convention	Nouvelle convention 2006
Financements	Avances prédéterminées à 30 jours et plus	Non existantes	+ 5 bp	+ 5 bp
	Avances prédéterminées de 14 à 29 jours	Non existantes	+ 10 bp	+ 10 bp
	Avances prédéterminées de 7 à 13 jours	Non existantes	Non existantes	+ 11,5 bp
	Avances à 24 h encours < 3 milliards d'euros	+ 16,5 bp	+ 16,5 bp	+ 15 bp
	Avances à 24 h encours > 3 milliards d'euros	+ 21,5 bp	+ 21,5 bp	+ 15 bp
	Avances exceptionnelles en J pour J	Non existantes	Non existantes	+ 40 pb
Placements	Certificats de dépôts 1 mois	Non existants	- 2 bp	- 2 bp
	Certificats de dépôts < 3 semaines	Non existants	- 3 bp	- 3 bp
	Certificats de dépôts > 3 semaines	Non existants	- 4 bp	- 4 bp
	Soldes créditeurs à 24 h encours < 3 milliards d'euros	- 10 bp	- 10 bp	- 10 bp
	Soldes créditeurs à 24 h encours > 3 milliards d'euros	- 5 bp	- 5 bp	- 5 bp

Toutes les marges sont ramenées à une base nombre de jours exacts/360

En outre, l'article 28 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit la possibilité pour l'ACOSS d'émettre des **billets de trésorerie**. L'intérêt pour l'ACOSS de diversifier ainsi ses modes de financement est double. Il permet, en premier lieu, de réduire les coûts de financement de ses besoins de trésorerie. Les économies pourraient être de l'ordre de 2,5 millions d'euros pour un montant de 5 milliards d'euros de billets de trésorerie émis. En second lieu, il permet de compléter les avances consenties par la Caisse des dépôts afin de

couvrir l'ensemble de ses besoins de trésorerie, les besoins de trésorerie de l'ACOSS devant continuer d'augmenter tant que les comptes sociaux ne seront pas équilibrés.

2.- L'intérêt des fonds sociaux

Il ne faut pas jeter le bébé avec l'eau du bain ! Ce n'est pas parce que les fonds de financement sont actuellement déficitaires qu'il faudrait les supprimer. Ils introduisent en effet par leur existence même des éléments de vertu dans le système de financement de la sécurité sociale.

Les déficits ne sont pas cachés en étant ainsi externalisés, ils sont au contraire rendus plus visibles. Dans chacun de ces fonds, il existe notamment un conseil ou comité de surveillance, comprenant notamment des parlementaires, qui garantit un **contrôle démocratique** permanent sur les sommes en cause. De plus, depuis la loi organique du 2 août 2005, le Parlement vote chaque année, en loi de financement de la sécurité sociale, leurs prévisions de recettes et de charges.

L'individualisation de dépenses particulières que permettent ces fonds répond à une **logique de solidarité** qui doit demeurer aux fondements de notre sécurité sociale. Les réformes à venir ne pourront réussir que si l'effort contributif est justifié, c'est-à-dire que chaque dépense est justifiée à l'euro près. Individualiser des dépenses de solidarité permet justement de mieux les contrôler.

Pour le **FFIPSA**, il s'agit de marquer la solidarité de la nation envers les agriculteurs. Le symbole de la garantie de la protection sociale des agriculteurs qu'était l'existence du BAPSA a, certes, été écorné avec la suppression de la subvention d'équilibre automatique de l'État qui existait dans ce cadre, mais il demeure une attention particulière de la représentation nationale sur le budget social agricole, individualisé au sein du FFIPSA.

Pour le **FSV**, la séparation des dépenses d'assurance et des dépenses de solidarité en matière de vieillesse permet de réserver le produit des cotisations de la branche au financement des droits à pension acquis par le travail. Il s'agit d'une garantie d'équilibre pour la logique assurancielle des prestations vieillesse. Les avantages non contributifs (minimum vieillesse, majorations de pension pour raisons familiales et validation des périodes de chômage) relèvent d'une autre logique, donc d'un autre financement, et doivent pouvoir être modulés sans que soient remises en cause les pensions acquises.

S'agissant enfin du **fonds de réserve pour les retraites (FRR)**, il s'agit de l'unique outil existant aujourd'hui pour se donner les moyens de faire face au choc démographique du *papy boom* après 2020. Ce fonds doit aussi devenir un acteur majeur du système financier public, en tant que fonds de pension collectif des Français. Sa « cagnotte » de plus de 26 milliards d'euros fin 2007 doit continuer de fructifier, sans possibilité d'utilisation anticipée - même partielle - avant 2020,

afin notamment de donner un élément de visibilité aux Français sur la pérennité de leur système de retraite par répartition.

B.– CLARIFIER LES RELATIONS FINANCIÈRES ENTRE L'ÉTAT ET LA SÉCURITÉ SOCIALE

Au fur et à mesure de la succession des lois de finances et des lois de financement de la sécurité sociale, les relations financières entre l'État et la sécurité sociale se sont complexifiées. Il en résulte des querelles, quasi microcholines, inextricables et inextinguibles sur les prétendues « turpitudes financières » de l'une ou de l'autre. Pour pacifier le débat, il convient de faire un état des lieux objectif des apports de l'État à la Sécurité sociale, et de poser les bases de relations plus équilibrées dans l'avenir, dans le cadre de relations contractuelles comme entre l'État et les collectivités territoriales.

1.– Reconnaître à sa vraie valeur l'importance de l'État dans le financement de la sécurité sociale

En 2007, les concours budgétaires de l'État à la sécurité sociale devraient atteindre 22 milliards d'euros, autant qu'en 2006. Ce montant est cependant loin d'être exhaustif. Il ne comprend pas, par exemple, les 12 milliards d'euros de versements de l'État à la sécurité sociale en tant qu'employeur (hors pensions servies directement par l'État). De même, il n'inclut pas les ressources affectées, depuis 2006, à la sécurité sociale aux fins de compensation des pertes de recettes entraînées par les allègements généraux de cotisations sociales sur les bas salaires : en 2007, les évaluations de recettes correspondantes sont de 20,4 milliards d'euros.

a) Les transferts financiers de l'État vers la sécurité sociale

Les **prestations sociales prises en charge par l'État** ne comprennent plus le RMI depuis 2004, transféré aux départements. L'allocation de parent isolé (API) devrait mobiliser 920 millions d'euros de crédits budgétaires, soit une progression de 4,8 % par rapport à 2006. Les crédits nécessaires au financement de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) progresseraient quant à eux de près de 170 millions d'euros pour atteindre 5,4 milliards d'euros. La contribution de l'État au titre de l'aide à l'accès aux soins atteindrait 730 millions d'euros, mais le fonds CMU bénéficiera aussi d'une fraction supplémentaire de droits sur les tabacs (232 millions d'euros).

Les **subventions de l'État** à plusieurs régimes de sécurité sociale sont directement fonction des conditions de l'équilibre financier de ces régimes. Elles dépendent donc des niveaux comparés des prestations et des cotisations ainsi que de l'effet des compensations démographiques qui peuvent, le cas échéant, majorer ou minorer les ressources ou les dépenses de ces régimes. La forme même des concours de l'État n'est pas unique : la plupart sont constitués sous forme de subventions budgétaires, qui représenteraient 4,8 milliards d'euros en 2007, mais

le FFIPSA est affectataire d'une fraction des droits sur les tabacs (représentant 4,9 milliards d'euros en 2007).

Les **compensations par l'État d'exonérations de cotisations sociales** atteindraient 23,5 milliards d'euros en 2007, dont 3,1 milliards d'euros par la seule voie de crédits budgétaires. Les allègements de charges au titre des contrats aidés et les allègements zonés ou ciblés progresseraient légèrement pour atteindre respectivement 1,4 milliard d'euros et 891 millions d'euros. Les allègements de cotisations sociales dans les départements d'outre-mer diminueraient en revanche de 44 millions d'euros (- 5,1%).

Votre Rapporteur pour avis tient à souligner que la compensation par l'État des pertes de recettes liées aux dispositifs d'allègements de cotisations sociales est calculée sur la base des montants déclarés par les employeurs. Or ceux-ci peuvent différer, d'une manière parfois significative, des recettes effectivement recouvrées par les URSSAF. Le taux de non recouvrement est en outre très variable selon les régimes ou les catégories d'employeurs.

Le calcul des charges dues au titre des allègements de charges patronales s'effectue sur une base théorique, en calculant la perte de recettes théorique liées aux allègements. Le calcul du montant des exonérations à la charge de l'État est effectué sur la base des cotisations patronales exonérées, déduites par l'entreprise sur le bordereau récapitulatif des cotisations. Or, le taux de restes à recouvrer n'est pas négligeable. S'il n'y avait pas d'exonérations, les cotisations sociales ne seraient recouvrées qu'avec un taux réduit correspondant à ce taux de recouvrement, alors que l'État rembourse à 100 % la charge des exonérations potentielles.

Sur la base des **taux de restes à recouvrer** pour les seules cotisations patronales, l'écart entre les deux méthodes de calcul du remboursement par l'État se présente de la manière suivante :

- Pour l'allègement ciblé outre-mer, les exonérations liquidées en 2005 représentent 802 millions d'euros. Le taux de restes à recouvrer sur la part patronale représente 7,7 %. L'écart du mode de calcul « au réel » par rapport au mode de calcul actuel théorique représente 62 millions d'euros, remboursés par l'État à la sécurité sociale sous forme de crédits budgétaires.

- Pour les allègements généraux en métropole, les exonérations liquidées en 2005 représentent 17,44 milliards d'euros. Le taux de restes à recouvrer sur la part patronale représente 0,63 % en 2005 (au vu des encaissements au 30 juin 2006). L'écart du mode de calcul « au réel » par rapport au mode de calcul actuel théorique représente 110 millions d'euros, définitivement acquis par la sécurité sociale sous la forme de recettes fiscales affectées.

De plus, le coût des allègements de cotisations sociales est étroitement dépendant des **évolutions salariales**, que l'État compense automatiquement à la sécurité sociale. Les dispositifs d'allègements généraux étant définis relativement

au niveau du SMIC, toute variation de celui-ci modifie la plage d'exonération de cotisations. Chaque revalorisation du SMIC produit un effet mécanique à court terme sur les dispositifs d'allègements de cotisations, qui se traduit principalement de deux manières : d'une part, par une augmentation du nombre de salariés compris en deçà du seuil d'éligibilité aux différents dispositifs qui est lui-même mécaniquement relevé, et, d'autre part, par une augmentation de la concentration des salariés dans les zones proches du SMIC où les allègements sont plus élevés. La compensation par l'État augmente donc mécaniquement. Le coût des allègements généraux sur les bas salaires est ainsi passé de 15,1 milliards d'euros en 2003 à 20,4 milliards d'euros en 2007, soit une progression de 35,1 % !

b) Les conséquences indirectes des réformes de la fiscalité d'État

Du fait de l'imbrication entre prélèvements sociaux et fiscaux, toute réforme des uns a une conséquence financière sur les autres. Il n'est pas assez tenu compte de ces aspects lorsqu'une réforme est débattue au Parlement.

On peut citer l'exemple de la **suppression de l'avoir fiscal** par la loi de finances pour 2004. Il s'agissait d'un crédit d'impôt qui avait pour objectif d'atténuer la double imposition économique liée à l'application successive de l'impôt sur les sociétés au niveau de la société distributrice, puis de l'impôt sur le revenu ou sur les sociétés au niveau de l'actionnaire. Il était égal à la moitié des dividendes versés. En matière d'impôt sur le revenu, l'avoir fiscal était déclaré en même temps que les dividendes pour le calcul du revenu imposable soumis au barème, puis était déduit de l'impôt dû (avec restitution en cas de surplus).

Sa suppression pour les revenus distribués perçus par les personnes physiques à compter du 1^{er} janvier 2005 s'est accompagnée de la mise en place d'un nouveau dispositif d'imposition, à savoir une réfaction de 50 % sur les dividendes perçus et un crédit d'impôt plafonné suivant la situation de famille, calculé sur le montant total des revenus distribués imposables, ainsi que des revenus perçus en franchise d'impôt dans un plan d'épargne en actions (PEA).

En raison de la suppression de l'avoir fiscal, l'assiette des prélèvements sociaux, qui était constituée des dividendes perçus y compris avoir fiscal, a été réduite mécaniquement d'un tiers. En 2005, la réforme n'a pas eu d'incidence sur les prélèvements sociaux recouvrés en même temps que l'impôt sur le revenu, puisque les dividendes, comme l'ensemble des revenus concernaient les revenus perçus en 2004 (déclaration à déposer et impôt à payer en 2005). L'impact indirect de cette réforme porte donc essentiellement sur les années 2006 et suivantes, puisque les dispositions nouvelles concernent les dividendes perçus en 2005, concourant à la détermination du revenu imposable en 2005, et soumis à l'impôt sur le revenu (déclaration déposée et impôt à payer en 2006) ainsi qu'aux prélèvements sociaux en 2006. Les estimations du ministère des Finances évaluent à 645 millions d'euros, dont 480 millions pour la CSG, la perte des prélèvements sociaux induite.

En sens inverse, la modification, par la loi de finances pour 2006, du barème de l'impôt sur le revenu à compter de l'année 2007 entraînera un gain pour la sécurité sociale de l'ordre de 500 millions d'euros s'agissant de l'assiette des **revenus fonciers**. En effet, la suppression de l'abattement de 14 % pour frais sur les revenus fonciers au titre de l'impôt sur le revenu, en cohérence avec l'intégration dans le barème de l'abattement général de 20 %, conduira mécaniquement à augmenter de 500 millions d'euros le rendement de la CSG assise sur les revenus du patrimoine et affectée à la sécurité sociale. La CSG étant assise sur les revenus nets de frais, la suppression de l'abattement de 14 % augmente le revenu imposable et élargit l'assiette de la CSG. Pour le contribuable, cette hausse de la CSG est compensée par la baisse du taux de l'impôt sur le revenu et la suppression de la contribution sur les revenus locatifs (CRL), l'une et l'autre à la charge exclusive du budget de l'État.

De même, **toute mesure augmentant, pour la sécurité sociale, le rendement de la CSG a aussi un impact à la baisse sur les recettes fiscales de l'État, en raison de la déductibilité partielle de la CSG de l'assiette de l'impôt sur le revenu**. Ainsi, le relèvement des taux déductibles de la CSG sur les revenus de remplacement et l'élargissement de l'assiette de la CSG sur les revenus d'activité résultant de la diminution de l'abattement pour frais professionnel, tous deux réalisés par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, ont eu un impact financier négatif pour l'État en termes d'impôt sur le revenu de l'ordre de 200 millions d'euros, compte tenu des taux marginaux habituellement constatés.

Lorsque le Parlement supprime l'avoir fiscal, la sécurité sociale voudrait être compensée ; mais lorsque l'État prend à sa charge la suppression de la contribution sur les revenus locatifs pour que la pression fiscale des propriétaires n'augmente pas, suite à la réforme du barème de l'impôt sur le revenu et à l'augmentation corrélative des prélèvements sur les revenus du patrimoine au bénéfice de la sécurité sociale, ou quand le budget de l'État subit des pertes en raison de la déductibilité de la CSG, à chaque hausse de celle-ci, la sécurité sociale ne rembourse pas la différence à l'État. Il faut donc mettre en place un cadre clair pour garantir des relations financières apaisées entre l'État et la sécurité sociale.

2.— Assainir le passé pour repartir sur de nouvelles bases

Pour pacifier les relations financières entre l'État et la sécurité sociale, il importe de partir d'un diagnostic clair et partagé. Sur cette base, il faut reconnaître que des avancées significatives ont été réalisées par l'État ces dernières années. Un cadre contractuel doit donc pouvoir être trouvé pour l'avenir.

a) L'état des créances réciproques

Pour disposer d'un tel diagnostic des relations financières entre l'État et la sécurité sociale, un rapport d'enquête sur les frais de gestion induits par les prestations croisées entre l'État et la sécurité sociale a été établi par l'IGF et l'IGAS en février 2003. La loi organique du 2 août 2005 a également prévu la

remise au Parlement, deux fois par an, d'un état semestriel des sommes restant dues par l'État aux régimes obligatoires de base.

Selon cet état, dans sa version la plus récente, les dettes de l'État vis-à-vis du régime général atteignaient un montant brut de 5,3 milliards d'euros au 31 décembre 2005 et un montant net de 3,4 milliards d'euros au 30 juin 2006. Ce dernier montant prend en compte les versements effectués par l'État :

– en janvier 2006, au titre de 2005, pour 1,7 milliard d'euros, correspondant aux crédits ouverts en loi de finances rectificative de fin d'année destinés aux compensations d'allègements généraux et ciblés de cotisations sociales et aux secteurs de la solidarité et de la santé (aide médicale d'État, allocation parent isolé, allocation aux adultes handicapés, « prime de Noël », etc.) ;

– entre le 1^{er} février et le 30 juin 2006 pour 254,3 millions d'euros, correspondant à des dépenses de 2005 ou d'exercices antérieurs.

Il existe également des dettes de l'État à l'égard d'autres régimes obligatoires de base et du FFIPSA. **Le total net au 30 juin 2006 s'élève donc à 5 milliards d'euros.** Votre Rapporteur pour avis doit cependant rappeler que, lorsqu'elle a accédé au pouvoir en 2002, l'actuelle majorité a dû faire face à une dette de l'État vis-à-vis du régime général qui s'élevait, au 31 décembre 2001, à 4 milliards d'euros. La loi de finances rectificative du 6 août 2002 a dû ouvrir 1,9 milliard d'euros de crédits destinés à rembourser les dettes passées de l'État (pour 1,2 milliard d'euros) et les insuffisances prévisionnelles pour 2002 (minima sociaux, aide médicale d'État, exonérations de cotisations, etc.).

b) Les avancées significatives du projet de loi de finances pour 2007

L'État joue le jeu, car il compense intégralement à la sécurité sociale les allègements de charges sociales, et même plus car il y a un surplus fiscal au bénéfice de la sécurité sociale cette année. Il faut donc arrêter de dire que les déficits de la sécurité sociale sont dus aux dettes de l'État vis-à-vis de la sécurité sociale et réclamer sans cesse, toujours dans le même sens, que l'État verse plus à la sécurité sociale.

Depuis le 1^{er} janvier 2006, le financement des allègements généraux est en effet assuré par une affectation à la sécurité sociale d'impôts et taxes antérieurement affectés à l'État. Le produit des recettes ainsi transférées est supérieur de l'ordre de 330 millions d'euros aux pertes de recettes liées à ces allègements de charges. Cet écart fera l'objet d'une régularisation définitive en 2007, sur la base des comptes définitifs. L'article 23 du projet de loi de finances pour 2007 prévoit d'abandonner un tiers de cette créance de l'État sur la sécurité sociale, soit 100 millions d'euros, au profit de la CNAM. Pour 2007, l'article 14 du présent projet de loi de financement prévoit également que le surplus des recettes transférées au titre du financement des allègements de charges, estimé à 220 millions d'euros, sera intégralement affecté à la CNAM.

L'extension des allègements généraux pour les employeurs de moins de 20 salariés, exonérés à compter du 1^{er} juillet 2007 de l'ensemble des cotisations de sécurité sociale au niveau SMIC (hors cotisations accidents du travail et maladies professionnelles), est aussi intégralement compensée par l'État à la sécurité sociale. Le coût pour une demi année, soit 320 millions d'euros, est pris en charge par affectation aux organismes sociaux concernés d'une fraction des droits tabacs.

De plus, le projet de loi de finances pour 2007 tend à soulager le régime général des charges d'intérêts générées par les dettes de l'État à l'égard de la sécurité sociale. Dans son rapport de septembre 2006 sur l'application des lois de financement, la Cour des comptes avait en effet noté qu'« *en raison de la forte dégradation de la situation de trésorerie du régime [général] en cours d'exercice 2005, [les retards de paiement de l'État] ont eu une incidence non négligeable en termes de frais financiers* ». En affectant 1,69 % du produit des droits de consommation sur les tabacs aux caisses du régime général, l'État apportera ainsi 160 millions d'euros supplémentaires à la sécurité sociale en 2007. Cette somme correspond à l'application d'un taux d'environ 4 % – soit la prévision de taux d'intérêt de l'ACOSS pour 2007 – à un encours de dette de 4 milliards d'euros. Ces 160 millions d'euros seront répartis entre la CNAM, la CNAV et la CNAF au prorata du montant des intérêts induits, pour chacune d'entre elles, par les sommes restant dues par l'État aux régimes obligatoires de base.

Votre Rapporteur pour avis souligne que cette couverture des charges d'intérêts par l'État ne résulte d'aucune obligation juridique. Une telle obligation supposerait d'ailleurs l'établissement d'un bilan global, prenant en compte non seulement les avances et insuffisances de trésorerie liées aux transferts de recettes fiscales, mais aussi la couverture par l'État des besoins ponctuels de trésorerie des établissements de santé ou médico-sociaux. Cette affectation de recettes s'analyse donc plutôt comme une contribution de l'État au redressement financier de la sécurité sociale.

c) La mise en place d'un contrat de croissance et de solidarité entre l'État et la sécurité sociale

Le budget de l'État participe en 2007 pour 49 milliards d'euros au financement de la sécurité sociale, ce qui représente plus de 12 % de ses ressources. Les dettes de l'État envers la sécurité sociale, 5 milliards d'euros, ne pèsent qu'en trésorerie et l'État a décidé de payer les frais financiers afférents. Verser ces 5 milliards d'euros à la sécurité sociale diminuera de ... zéro euro le déficit de la sécurité sociale, car celui-ci est exprimé en droits constatés et tient déjà compte des produits à recevoir de l'État !

En fait, les relations financières sont globalement assez équilibrées et il s'agit d'arrêter ces vaines querelles pour se concentrer sur l'essentiel, à savoir une meilleure maîtrise des dépenses sociales. Il est donc souhaitable de dépassionner ce débat, et, sur la base du diagnostic partagé qui sera consolidé avec la parution, en 2007, du premier compte de bilan de l'État en application de la LOLF, d'apurer

définitivement le passé dans le cadre du premier collectif de la prochaine législature.

Pour l'avenir, il va bien falloir affecter les recettes les plus dynamiques là où les besoins seront les plus forts, donc pour couvrir les dépenses liées au vieillissement de la population et qui concerneront les retraites, les maisons de retraite médicalisées, les services à domicile et la santé. C'est en mettant l'ensemble des recettes face à l'ensemble des priorités de la dépense publique que l'on pourra faire les bons choix. Tout cela devra faire l'objet d'un débat au sein de la conférence nationale des finances publiques et au cours du débat d'orientation sur les finances sociales, concomitant du débat d'orientation budgétaire (DOB), qui permettent d'avoir une vision d'ensemble des finances publiques et sociales.

Après concertation dans ce cadre, un contrat de confiance réciproque pourra alors être négocié entre l'État et la sécurité sociale, sur le modèle du contrat de croissance et de solidarité pour les collectivités territoriales. Sa reconduction sera discutée chaque année en loi de finances et en loi de financement, selon les priorités de l'action publique retenue par la majorité. Il s'agira d'un moyen pour donner plus de visibilité et de continuité dans la conduite des politiques sociales.

CHAPITRE II : L'ASSURANCE MALADIE : DES ACQUIS CERTAINS, UN EFFORT À CONSOLIDER

Après les niveaux historiques de déficit atteints en 2004, la vigoureuse volonté de redressement de la situation financière de l'assurance maladie portée par la loi du 13 août 2004 a commencé de porter ses fruits dès 2005, et 2006 a poursuivi cette tendance, quoique de manière différenciée selon les sous-objectifs de dépenses. Votre Rapporteur pour avis se félicite du succès de cet effort partagé, un effort qu'il ne faut surtout pas relâcher, au risque de devoir, sinon, projeter un nouveau plan de sauvetage à brève échéance.

Dans ses articles qui traitent des dépenses d'assurance maladie ainsi que des taxes sur l'industrie pharmaceutique, le présent projet de loi de financement enregistre ces acquis et contient des mesures propres à soutenir l'effort engagé ; parce que 2007 s'annonce comme une année cruciale sur le chemin du retour vers davantage de « soutenabilité », votre Rapporteur pour avis déposera des amendements destinés à accompagner ce mouvement nécessaire, indispensable même, au regard du legs qui sera fait à la prochaine législature, et au-delà, à nos enfants.

I.- L'ÉVOLUTION DE L'ONDAM ET DU DÉFICIT DE LA BRANCHE MALADIE REFLÈTE LES ACQUIS RÉELS DE LA MAÎTRISE MÉDICALISÉE

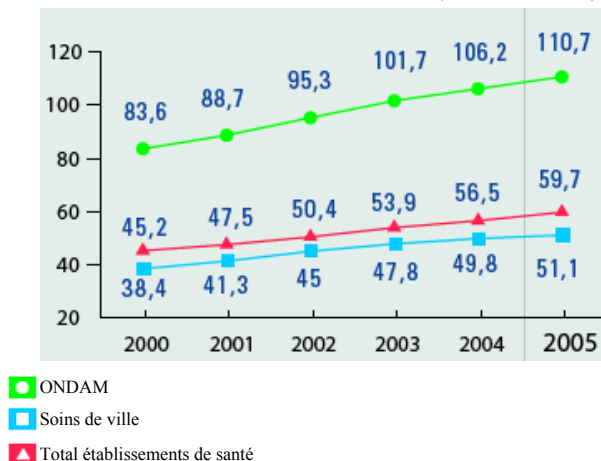
Le rythme des dépenses s'est très nettement ralenti en 2005, mais ce ralentissement intervient après des dépassements d'ONDAM et des niveaux de déficit historiquement élevés ; c'est ce qu'illustre le bilan des cinq années écoulées. La cible ambitieuse proposée pour 2007 appelle, en conséquence, beaucoup de constance dans l'effort.

A.- LES DÉPENSES DANS LE CHAMP DE L'ONDAM ET LE DÉFICIT DE LA CNAM SONT REVENUS À UN RYTHME NETTEMENT PLUS SOUTENABLE

Le dernier projet de loi de financement de la législature est l'occasion, pour les dépenses de l'assurance maladie dans le champ de l'ONDAM, de dresser un bilan de leur évolution sur moyenne période. Le graphique suivant retrace cette évolution globale depuis 2000. Pour mettre l'accent sur les seules dépenses liées à la maladie, ne sont pas incluses les prestations relatives à l'assurance invalidité et décès ; par ailleurs, ces dépenses sont exprimées en date de remboursement, pour permettre les comparaisons dans le temps :

ÉVOLUTION DES DÉPENSES DANS LE CHAMP DE L'ONDAM (HORS INVALIDITÉ ET DÉCÈS) DEPUIS 2002

(en milliards d'euros)

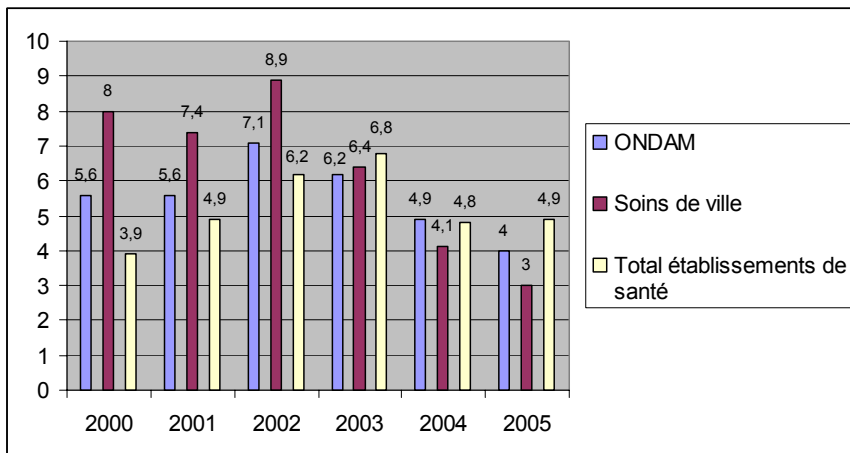


Source : Chiffres et repères de l'assurance maladie, édition 2005.

Les remboursements effectués en 2005 ont donc représenté plus de 15 milliards d'euros supplémentaires par rapport à ce qu'ils étaient en 2002. En raisonnant en termes de rythme d'augmentation des dépenses, l'illustration est la suivante :

ÉVOLUTION DU TAUX DE CROISSANCE DES DÉPENSES DANS LE CHAMP DE L'ONDAM DEPUIS 2002

(en %)



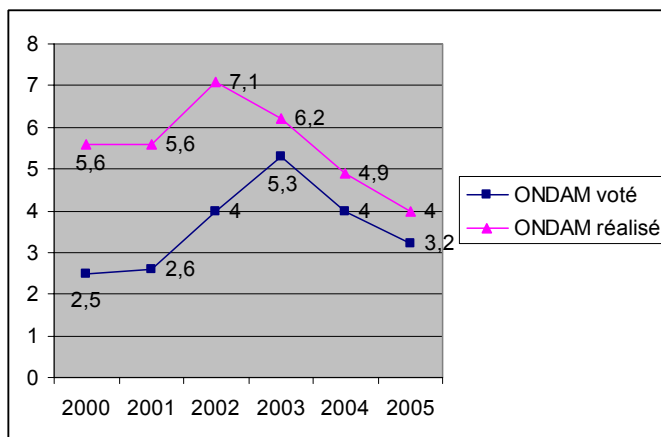
Source : d'après les Chiffres et repères de l'assurance maladie, édition 2005.

Ce graphique fait notamment apparaître le succès de la politique de maîtrise médicalisée mise en œuvre sous la présente législature dans le champ des soins de ville, et *a contrario*, la délicate évolution des dépenses des établissements (voir *infra*).

Il est intéressant de rapprocher l'évolution de l'ONDAM ainsi rappelée de l'évolution de l'ONDAM voté par le Parlement, pour noter que cette législature aura été celle du retour à une sincérité bien plus grande des projets de loi de financement, comme le montre le graphique ci-dessous :

TAUX D'ÉVOLUTION DE L'ONDAM VOTÉ ET DE L'ONDAM RÉALISÉ DEPUIS 2002

(en %)

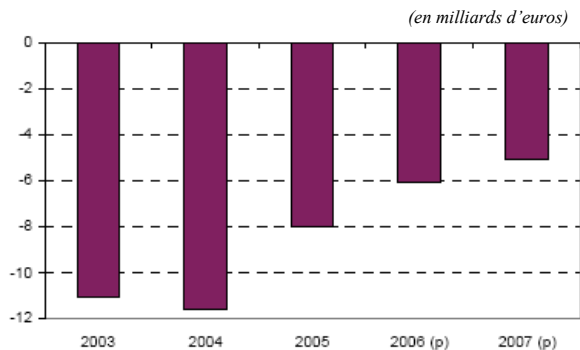


Source : chiffres de la commission des comptes de la sécurité sociale.

Enfin, en termes de **déficit de la branche maladie**, l'effort est là aussi très notable. Le déficit de la CNAM s'établirait à - 6 milliards d'euros en 2006 contre - 8 milliards d'euros en 2005. Comme le souligne la commission des comptes de la sécurité sociale dans son rapport de septembre 2006, ce déficit avait atteint son plus haut niveau en 2004 à - 11,6 milliards d'euros. La réduction serait donc de 5,6 milliards d'euros en deux ans. Elle s'explique par un apport de recettes nouvelles en 2005 et par le ralentissement des dépenses, alors que les reprises de dettes réalisées par la CADES (35 milliards d'euros en 2004, puis 6,6 milliards d'euros en 2005, et 5,7 milliards d'euros en 2006) limitent les charges financières de la branche.

En 2006, les produits progresseraient de 5 % grâce à une forte augmentation de la CSG sous l'effet de la mesure de taxation des PEL votée l'an dernier et de la meilleure tenue de la masse salariale. La croissance des charges est estimée à 3,2 %. En 2007, la prévision d'une réduction du déficit à - 5,1 milliards d'euros repose sur l'hypothèse d'un ralentissement supplémentaire des prestations et sur une progression plus forte des recettes assises sur les revenus salariaux. Le graphique figurant page suivante montre l'ampleur de la réduction du déficit ainsi obtenue depuis 2003, sachant toutefois que le déficit de 2002 s'établissait à - 6,1 milliards d'euros.

ÉVOLUTION DU DÉFICIT DE LA CNAM DEPUIS 2003



Source : commission des comptes de la sécurité sociale.

B.– LA DÉCOMPOSITION DE L'ONDAM ENTRE 2005 ET 2007 DÉMONTRE LA CRÉDIBILITÉ DE LA POLITIQUE ACTUELLE

1.– L'ONDAM pour 2005, respecté à 180 millions d'euros près

Le tableau suivant présente l'objectif 2005 et les réalisations comptables de 2005, ainsi que les réalisations de 2005 corrigées des écarts de provisions au début du mois de septembre 2006 :

DÉCOMPOSITION DE L'ÉVOLUTION DE L'ONDAM POUR L'ANNÉE 2005

(en milliards d'euros)

	Base réactualisée	Objectif 2005		Rappel de la CCSS de juin 2006			Réalizations corrigées à la mi septembre 2006				
		Montant	Évolution en % ⁽¹⁾	Montant	Évolution	Écart en %	Correction des provisions	Montant	Écart	Évolution en % ⁽²⁾	Structure 2005 en %
Soins de ville	60,4	62,6	2,1	62,21	-0,43	3,1	-0,04	62,17	-0,47	3,0	46,0
Établissements sanitaires	59,1	60,9	3,6	61,60	0,67	4,2	0,12	61,72	0,79	4,4	45,7
Médico-social	10,0	10,9	7,6	10,75	-0,19	7,2	0,05	10,80	-0,14	7,7	8,0
Personnes handicapées	6,2	6,7	5,3	6,60	-0,05	6,1	0,05	6,66	0,01	7,0	4,9
Personnes âgées	3,8	4,3	11,3	4,14	-0,14	8,9	0,00	4,14	-0,14	8,9	3,1
Ressortissants français à l'étranger	0,3	0,2	3,0	0,30	0,06	10,6	0,00	0,30	0,06	10,6	0,2
Réseaux	0,1	0,2	32,0	0,10	-0,07	-22,3	0,00	0,10	-0,07	-22,3	0,1
ONDAM	129,9	134,9	3,2	134,95	0,04	3,9	0,13	135,08	0,18	4,0	100,0

Source : ministère de la Santé et des solidarités.

(1) Cette colonne indique les objectifs de taux d'évolution des différents postes de dépense par rapport à la base 2004 telle qu'elle était estimée lors de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2004. Les objectifs de chaque sous-enveloppe étant fixés en valeur et non en taux d'évolution, la réévaluation de la réalisation 2004 (suite à la prise de connaissance des dépenses effectives pour la fin de l'année 2004 et des modifications apportées en début d'année 2006) modifie le taux de croissance que doit respecter chaque sous-enveloppe pour atteindre l'objectif. Par conséquent, les colonnes (1) et (2) ne sont pas directement comparables.

Les dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM se sont ainsi élevées, après correction des provisions, à 135,1 milliards d'euros, en progression de 4 % par rapport à la base 2004. Ces réalisations sont donc très proches de l'objectif

voté en loi de financement pour 2005 : le dépassement n'est que de l'ordre de 180 millions d'euros, soit 0,13 % du total. C'est la première fois depuis 1998 que l'ONDAM est ainsi réalisé, alors même qu'il avait été fixé de façon volontariste.

Votre Rapporteur pour avis doit à la vérité de dire que ces calculs tiennent compte d'un rebasage, c'est-à-dire d'une révision de l'ONDAM de l'année en cours pour bâtir celui de l'année suivante, selon une technique hélas courante désormais, et que les débats préparatoires à l'adoption de la LOLFSS ont évoquée sans qu'il puisse y être mis un terme.

À tout le moins la décomposition de ce rebasage doit-elle être connue avec un minimum de précision. Ainsi, pour la fixation de la base 2004 ayant servi à la fixation de l'objectif 2005, les soins de ville ont été rebasés de 900 millions d'euros, correspondant au dépassement prévisionnel. Pour les établissements, le rebasage a été d'environ 150 millions d'euros, dont 90 millions d'euros correspondant au dépassement des établissements sanitaires hors dotation globale et 60 millions d'euros au dépassement des cliniques.

2.- L'ONDAM pour 2006, menacé de dépassement excessif

L'ONDAM pour 2006 a été fixé par la dernière loi de financement à 140,7 milliards d'euros, en augmentation de 2,5 % par rapport à la base 2005. Les prévisions relatives aux réalisations 2006 sont les suivantes, d'après le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale :

PRÉVISION D'ÉVOLUTION DES DÉPENSES DANS LE CHAMP DE L'ONDAM POUR 2006

(en milliards d'euros)

Synthèse 2006	Construction		Prévision (septembre 2006)			Écart à l'objectif
	Sous-objetsifs arrêtés	Taux d'évolution objectifs (en %)	Base réactualisée	Prévision 2006	Taux d'évolution (en %)	
1) Soins de ville	65,3	0,5	65,0	66,0	1,5	0,7
Total ONDAM hospitalier	63,6	3,2	61,6	63,7	3,4	0,1
2) Établissements de santé tarifés à l'activité	45,8	2,4	44,7	46,0	2,8	0,2
3) Autres dépenses relatives aux établissements de santé	17,8	5,5	16,9	17,7	5,2	- 0,1
Total ONDAM médico-social	11,0	6,6	10,3	11,0	6,6	0,0
4) Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	4,4	9,2	4,0	4,4	9,2	0,0
5) Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	6,6	5,0	6,3	6,6	5,0	0,0
6) Autres prises en charge	0,7	7,0	0,6	0,6	2,3	0,0
ONDAM Total	140,7	2,2	137,6	141,3	2,7	0,7

Source : ministère de la Santé et des solidarités.

Il faut préciser que pour la fixation de la base 2005 ayant servi à la fixation de l'ONDAM 2006, aucune opération de rebasage n'a été enregistrée. Cependant deux « débasages » d'environ 650 millions d'euros sont intervenus, qui se neutralisent : le premier porte sur les soins de ville et traduit une sous-consommation de l'objectif, tandis que le second correspond à une fraction du dépassement prévisible en 2005 sur le poste des établissements de santé.

L'ONDAM rectifié pour 2006 qui figure dans le présent projet de loi de financement correspond aux prévisions de la commission des comptes de septembre 2006. Il affiche un dépassement de l'ONDAM voté qui se décompose ainsi :

– un dépassement du sous-objectif soins de ville d'environ 650 millions d'euros ;

– un dépassement des sous-objectifs des établissements de santé de 120 millions d'euros ;

– une sous-consommation du sous-objectif des autres prises en charge ⁽¹⁾ de 30 millions d'euros, la dotation de l'assurance maladie à la CNSA relative aux établissements médico-sociaux restant inchangée.

Le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie institué par la loi du 13 août 2004 avait rendu le 31 mai dernier un avis qui, sans constituer une alerte à proprement parler, valait avertissement :

**AVIS N° 2 DU COMITÉ D'ALERTE SUR LE RESPECT DE L'ONDAM 2006,
RENDU LE 31 MAI 2006 (EXTRAIT)**

« Les informations recueillies par le comité montrent qu'il existe actuellement un risque de dépassement de l'objectif de dépenses d'assurance maladie fixé pour 2006 (140,7 Md€). Même si son évolution est modérée en début d'année, la consommation de soins de ville pourrait, en l'absence de mesures correctrices, excéder d'environ 600 M€ le montant prévu dans l'objectif, alors que, dans le domaine hospitalier, les économies intégrées dans l'ONDAM ne semblent pas encore entièrement mises en œuvre. Le comité considère que le dépassement total peut être contenu dans la limite des 0,75 % (soit 1 Md€), fixée par l'article D. 114-4-0-7 du code de la sécurité sociale, au-delà de laquelle il doit notifier un avis d'alerte. Il a donc décidé de ne pas mettre en œuvre cette procédure à ce stade. Toutefois, il estime que la réalisation de l'objectif nécessite une inflexion supplémentaire de l'évolution des soins de ville et une grande vigilance dans le suivi des établissements de santé.

« Conformément à la mission qui lui est confiée par la loi du 13 août 2004, le comité se réserve de rendre un nouvel avis au cours des prochains mois si le risque de dépasser le seuil d'alerte devait se renforcer. »

⁽¹⁾ Il s'agit notamment des soins pour les ressortissants français à l'étranger, de la dotation nationale en faveur des réseaux et des 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.

Ce mécanisme vertueux a sans nul doute pesé dans la décision du ministre de la Santé et des solidarités d'annoncer, le 5 septembre dernier, un plan d'économies de 350 millions d'euros pour la fin de l'année en cours, officiellement motivé par « *le risque de dépassement de l'objectif fixé pour 2006* », et qui concerne tant les soins de ville que les dépenses des établissements.

Ce plan peut être ainsi résumé :

MESURES D'ÉCONOMIES ANNONCÉES LE 5 SEPTEMBRE 2006

(en millions d'euros)

Objet de la mesure	Gain attendu
Limitation des marges de rétrocession (qui bénéficient aux établissements rétrocédant des médicaments)	15
Préparations magistrales (ajustement de leur remboursement, meilleur contrôle de la prise en charge)	10
Baisses de prix ciblées de médicaments sous brevet, notamment pour lutter contre le contournement du développement des génériques	20
Contribution exceptionnelle sur la distribution de gros de médicaments	50
Économie sur le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville	50
<i>Sous-total soins de ville</i>	<i>145</i>
Dotations hospitalières conservées en réserve de précaution	115
Baisse des tarifs des établissements de santé privés	60
Gel d'une partie de la dotation nationale de financement des réseaux	30
<i>Sous-total établissements de santé</i>	<i>205</i>
Total	350

Source : d'après le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale.

De telles mesures témoignent de la crédibilité retrouvée de l'ONDAM et de la ferme volonté gouvernementale attachée au respect de l'objectif voté par le Parlement, ce qui constituait l'un des objectifs poursuivis par la loi du 13 août 2004.

3.— L'ONDAM prévu pour 2007 implique 2,8 milliards d'euros d'économies

Notre Rapporteur pour avis se félicite que, contrairement à l'ONDAM pour 2006 qui faisait l'objet d'importants changements de périmètre par rapport à l'ONDAM pour 2005, aucun n'affecte l'ONDAM pour 2007.

Toutefois, par rapport au montant prévisionnel des réalisations de 2006 dans le champ de l'ONDAM, la base utilisée pour la construction de l'ONDAM pour 2007 est minorée par plusieurs opérations. Il s'agit principalement de la réévaluation à la hausse du montant du transfert aux collectivités territoriales des instituts de formation en soins infirmiers (qui entraîne une diminution des dépenses hospitalières), de la décision de ne pas reprendre en base l'intégralité du dépassement prévu en 2006 sur les établissements de santé, et d'un abattement lié

à des mesures non reproductibles au sein du sous-objectif médico-social ; soit à une réduction de la base 2007 d'un montant de l'ordre de 240 millions d'euros par rapport aux prévisions de réalisation de 2006.

Comme l'indique le tableau suivant, qui explicite les montants inscrits à l'**article 53** du présent projet de loi, l'ONDAM pour 2007 progresserait de 2,5 % :

ONDAM POUR 2007 : CONSTRUCTION PAR SOUS-OBJECTIFS

(en milliards d'euros)

	Base 2007	Sous-objectifs	Taux d'évolution
1) Soins de ville	66,0	66,5	0,8 %
Total ONDAM hospitalier	63,5	65,7	3,5 %
2) Établissements de santé tarifés à l'activité	45,8	47,5	3,7 %
3) Autres dépenses relatives aux établissements de santé	17,7	18,3	3,0 %
Total ONDAM médico-social	11,0	11,7	6,5 %
4) Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	4,4	4,7	8,0 %
5) Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	6,6	7,0	5,5 %
6) Autres prises en charge	0,6	0,7	7,6 %
ONDAM TOTAL	141,1	144,6	2,5 %

Source : ministère de la Santé et des solidarités.

La fixation de la cible ambitieuse de 2,5 % est rendue possible par un ensemble de mesures d'économies que l'annexe 9 du présent projet évalue à 2,8 milliards d'euros, dont 2,4 milliards d'euros pour le régime général.

● Les économies prévues dans le domaine des **établissements de santé** s'élèvent à plus de 450 millions d'euros. Elles reposent :

– d'une part sur une revalorisation du forfait journalier (100 millions d'euros), décidée en 2004, et sur les effets report de la mesure, introduite dans la loi de financement pour 2006, instaurant un ticket modérateur de 18 euros pour l'ensemble des actes et séjours précédemment exonérés au titre de la réalisation au cours de l'hospitalisation d'un acte d'une valeur supérieure à 91 euros ;

– d'autre part sur la poursuite des efforts d'amélioration de la gestion interne prévues dans le plan de redressement, à hauteur de 275 millions d'euros.

● En matière de **soins de ville**, les économies s'élèveraient à près de 2,4 milliards d'euros, tous régimes confondus. Dans le champ des produits de santé, hors engagements conventionnels de maîtrise médicalisée, des économies de 1,4 milliard d'euros sont attendues. Elles devraient résulter d'abord des effets des mesures déjà engagées en 2006 et de la tranche 2007 du plan médicament. Ces mesures concernent notamment la politique en faveur du générique (pour 520 millions d'euros, y compris l'effet report de 2006), des baisses de prix ciblées (370 millions d'euros), et le développement des grands conditionnements (100 millions d'euros).

Des **mesures supplémentaires** doivent compléter ces actions : l'encadrement des prix des médicaments disposant d'une autorisation temporaire d'utilisation (**article 35** du présent projet de loi de financement), le renforcement des contrôles des médicaments susceptibles de faire l'objet d'un usage détourné (**article 37**), une meilleure gestion de la dispensation des médicaments dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (**article 45**), et un meilleur respect des règles de prise en charge à 100 %.

La **maîtrise médicalisée** permettra de dégager 710 millions d'euros d'économies, principalement à travers la mise en œuvre des engagements conventionnels souscrits dans le cadre de l'avenant 12 à la convention entre l'UNCAM et les médecins libéraux, pour 610 millions d'euros, et subsidiairement par l'application de référentiels pour la prise en charge des transports sanitaires (100 millions d'euros). La maîtrise des prescriptions hospitalières réalisées en ville au moyen des accords de bonne pratique hospitalière permettrait d'économiser 100 millions d'euros, et les politiques de lutte contre la fraude à la condition de résidence, 100 millions d'euros.

Enfin, 60 millions d'économies supplémentaires proviendront de l'effet report des mesures prises en 2006 sur la tarification de certains actes de biologie, ainsi que de l'instauration du ticket modérateur de 18 euros.

Le tableau suivant récapitule l'ensemble de ces mesures :

**IMPACT DES MESURES NOUVELLES 2007 SUR LES COMPTES 2007
DU RÉGIME GÉNÉRAL ET DE TOUS LES RÉGIMES, POUR L'ASSURANCE MALADIE**

(en millions d'euros)

	Régime général	Tous régimes
<i>Mesures d'économie sur les soins de ville</i>	1.992	2.371
Produits de santé hors maîtrise médicalisée	1.177	1.401
Hors produits de santé hors maîtrise médicalisée	50	60
Prescriptions hospitalières en ville	84	100
Maîtrise médicalisée	596	710
Lutte contre la fraude à la condition de résidence	84	100
<i>Mesures d'économies sur les établissements de santé</i>	384	457
Revalorisation du forfait journalier	84	100
Mise en œuvre des 18 euros	67	80
Économie du plan assurance maladie	233	277
Total des mesures d'économie sur les dépenses d'assurance maladie	2.376	2.828

Source : annexe 9 au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale.

4.– Le cadrage financier pluriannuel de la branche a sensiblement évolué depuis l’an dernier

Chiffré et succinctement décrit à l’annexe B au présent projet de loi, le cadrage pluriannuel introduit par la LOLFSS est résumé, pour la branche maladie, dans le tableau suivant, qui rappelle également les données fournies l’an dernier :

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

(en milliards d’euros)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<i>Rappel : annexe B au PLFSS 2006</i>						
Ensemble des régimes obligatoires de base						
produits	140,3	146,4	151,5	157,3	163,3	
dépenses	149,7	153,4	156,1	160,0	163,8	
solde	- 9,4	- 7,0	- 4,6	- 2,8	- 0,5	
Régime général						
recettes	120,6	125,8	130,9	136,3	141,9	
dépenses	128,8	131,9	134,5	138,0	141,3	
solde	- 8,3	- 6,1	- 3,5	- 1,7	0,6	
<i>PLFSS 2007 : scénario économique bas (1)</i>						
Ensemble des régimes obligatoires de base						
recettes	141,8	159,3	166,0	171,6	178,4	185,5
dépenses	149,9	165,2	169,9	174,1	178,7	183,3
solde	- 8,1	- 5,9	- 4,0	- 2,5	- 0,2	2,2
Régime général						
recettes	121,0	136,7	142,6	148,0	154,0	160,4
dépenses	129,0	142,7	146,5	150,0	153,9	157,8
solde	- 8,0	- 6,0	- 3,9	- 2,1	0,1	2,6
<i>PLFSS 2007 : scénario économique haut (2)</i>						
Ensemble des régimes obligatoires de base						
recettes	141,8	159,3	166,0	172,4	180,1	188,2
dépenses	149,9	165,2	169,9	174,0	178,8	184,4
solde	- 8,1	- 5,9	- 4,0	- 1,7	1,3	3,8
Régime général						
recettes	121,0	136,7	142,6	148,8	155,7	163,0
dépenses	129,0	142,7	146,5	150,0	154,1	158,9
solde	- 8,0	- 6,0	- 3,9	- 1,3	1,6	4,1

(1) En moyenne annuelle sur 2008-2010, PIB en volume + 2,25 %, masse salariale du secteur privé + 4,4 %, ONDAM + 2,2 %, inflation hors tabac + 1,75 %.

(2) PIB en volume + 3 %, masse salariale du secteur privé + 5,2 %, ONDAM + 2,5 %, inflation hors tabac + 1,75 %.

Source : annexe B aux projets de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 et 2007.

La première remarque porte sur le décalage constaté entre le cadrage de l’an dernier et celui de cette année, ce que l’annexe jointe au présent projet

explique en ces termes : « *La forte progression apparente des charges et des produits de la branche entre 2005 et 2006 est due à la prise en compte des nouveaux transferts entre l'assurance maladie et la CNSA : en application de 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, outre le versement des dépenses médico-sociales, les régimes d'assurance maladie doivent à partir de 2006 comptabiliser en charges un transfert égal à l'ONDAM médico-social vers la CNSA et en contrepartie reçoivent en produits le remboursement par la CNSA des prestations médico-sociales.* » Ainsi justifié, ce décalage n'en marque pas moins les limites de l'exercice du cadrage pluriannuel, censé offrir une réelle stabilité d'analyse, mais fortement tributaire de transferts de charge au demeurant fréquents dans la sphère sociale.

Par ailleurs, le choix de faire figurer deux scénarios économiques dans cette annexe est louable et semble témoigner d'un souci de détail dans l'analyse ; or sur ce point, les développements demeurent d'une redoutable concision – « *Le déficit de la branche maladie se réduit rapidement, la branche redevenant excédentaire dès 2009 dans les deux scénarios* » –, qui pourrait presque faire juger l'annexe superflue, quand il s'agit au contraire d'une avancée importante de la LOLFSS.

II.- LE PILOTAGE DES SOINS DE VILLE, « TEST DE RESPONSABILITÉ » POUR 2007

Les soins de ville ont connu une progression ralentie en 2005 (+ 3 %, contre + 4,3 % en 2004), qu'il convient de souligner, tandis que les dépenses des établissements continuaient de progresser rapidement (+ 4,4 %). La correction des provisions concerne principalement les dépenses des cliniques privées : une révision à la hausse de l'ordre de 140 millions d'euros a en effet été réalisée sur ce poste. Le graphique suivant illustre bien l'infléchissement marqué de la tendance dite de long terme de l'évolution de ces dépenses :

ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE SOINS DE VILLE DU RÉGIME GÉNÉRAL DEPUIS 2002



Source : données en date de soins de la CNAM, désaisonnalisation effectuée par la direction de la sécurité sociale.

A.- LE PLAN D'ÉCONOMIES INITIÉ EN 2004, PREMIER BILAN

1.- Les objectifs de maîtrise médicalisée sont précis

La convention nationale du 3 février 2006 et son avenant n° 12, textes précités, ont fixé, pour les médecins libéraux et sur la période courant de 2005 à 2007, des objectifs retracés dans le tableau suivant :

THÈMES	Art. 3-2 de la convention nationale approuvée par arrêté du 3 février 2006	Avenant n°12 à la convention nationale (arrêté du 23 mars 2006)	
	Objectifs 2005	Objectifs 2006	Objectifs 2007
Prescription d'antibiotiques	Infléchissement de 10 % des montants tendanciels 2005	Infléchissement en 2006 de 10 % des montants 2005 des prescriptions permettant d'atteindre l'objectif de -25 % à l'horizon 2006	Baisse de 5 % des montants 2006
Prescription d'anxiolytiques et des hypnotiques	Infléchissement de 10 % des montants tendanciels 2005	Diminution de 5 % des montants de prescriptions en 2006 par rapport à 2005	Diminution de 5 % des montants de prescriptions en 2007 par rapport à 2006
Prescription d'arrêts de travail	Baisse de 1,6 % des montants tendanciels 2005	Baisse de 1 % des dépenses liées aux AT par rapport à 2005	Stabilisation des dépenses liées aux arrêts de travail par rapport à 2006
Remboursements de statines	Infléchissement de 12,5 % des montants tendanciels 2005	Poursuite de la stabilité en montant des prescriptions par rapport au niveau de 2005	Poursuite de la stabilité en dépenses des prescriptions par rapport au niveau de 2006, poursuite de la promotion de la simvastatine et de la pravastatine ainsi que des faibles dosages.
Ordonnancier bi-zone et feuilles de soins	Meilleur respect de ces documents permettant une juste attribution des dépenses sans rapport avec une ALD à hauteur de 5 points	Respect de la réglementation de l'ordonnancier bi-zone et des feuilles de soins notamment pour les médicaments, la biologie et la masso-kinésithérapie diminution de 4 points du ratio des dépenses en rapport avec une ALD relativement à l'ensemble des dépenses	Diminution de 2 points du ratio des dépenses en rapport avec une ALD relativement à l'ensemble des dépenses
Antiagrégants plaquettaires (AAP)	Élaboration d'un accord de bon usage des soins (ACBUS ; économie à hauteur de 23 millions d'euros)	ACBUS : augmentation d'au moins 3 points du nombre de patients sous aspirine seule ou associée à un autre AAP sur l'ensemble des patients sous AAP	ACBUS : augmentation d'au moins 3 points du nombre de patients sous aspirine seule ou associée à un autre AAP sur l'ensemble des patients sous AAP
Examens biologiques explorant la fonction thyroïdienne	Élaboration d'un ACBUS (économie à hauteur de 15 millions d'euros)		
Pratique de la coloscopie après polypectomie	Élaboration d'un ACBUS (économie à hauteur de 15 millions d'euros)	ACBUS : taux de patients ayant bénéficié d'une polypectomie et chez lesquels on observe une ou plusieurs nouvelles coloscopie entre les 4 ^e et 24 ^e mois suivant la polypectomie inférieure à 0,5 % à 2 ans	ACBUS : taux de patients ayant bénéficié d'une polypectomie et chez lesquels on observe une ou plusieurs nouvelles coloscopie entre les 4 ^e et 24 ^e mois suivant la polypectomie inférieure à 0,5 % à 2 ans
Prescription des génériques	Engagement à augmenter ces prescriptions dans l'objectif d'atteindre une économie complémentaire de 55 millions d'euros	Poursuite de la stabilité en montant des prescriptions des génériques de la simvastatine et de la pravastatine ainsi que des faibles dosages, notamment en initiation de traitement Finalisation d'un protocole d'accord interprofessionnel pour favoriser le développement du médicament générique avant le 15 mars 2006.	

	Art. 3-2 de la convention nationale approuvée par arrêté du 3 fév. 2006	Avenant n°12 à la convention nationale (arrêté du 23 mars 2006)	
THÈMES	Objectifs 2005	Objectifs 2006	Objectifs 2007
Répertoire des génériques		Effort additionnel demandé dans la prescription dans le répertoire du médicament générique, notamment sur la classe thérapeutique des statines, des IPP et des inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) et des sartans.	Prescription dans le répertoire du médicament des génériques, notamment sur la classe thérapeutique des statines, des IPP et des IEC et des sartans.
Prescription des transports	Aborder cette question avec les syndicats signataires de la convention nationale des transporteurs sanitaires	Infléchissement des montants tendanciels 2006 des prescriptions de transport correspondant à une croissance de 3 % en 2006 : utilisation d'un référentiel permettant d'adapter le mode de transport prescrit à l'état de santé du malade	Infléchissement des montants tendanciels des prescriptions de transport correspondant à une croissance nulle en 2006
Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)		Respect des recommandations médicales et des indications thérapeutiques concernant les IPP tout en favorisant ma prescription des médicaments au plus faible coût à efficacité thérapeutique identique : baisse de 3 % de l'évolution des dépenses par rapport à l'évolution tendancielle	Infléchissement de 3 % de la croissance des montants de prescription des inhibiteurs de la pompe à protons par rapport à 2006
Prescription d'antihypertenseurs			Infléchissement des montants tendanciels des prescriptions d'antihypertenseurs notamment en limitant les associations de ces médicaments, infléchissement qui devra se traduire par une croissance de 6 % en 2007
Actes diagnostiques et thérapeutiques redondants			Diminution du nombre d'actes diagnostiques et thérapeutiques redondants pour 30 millions d'euros
Prescription de locations de lits médicalisés			Diminution de la prescription de locations de lits médicalisés au delà de la première année au bénéfice de l'achat de lits médicalisés

Source : ministère de la Santé et des solidarités.

Le rendement attendu était de 998 millions d'euros pour l'année 2005 ; il est de 791 millions d'euros pour l'année 2006 (dont 450 millions d'euros sur le seul poste médicament) et de 623 millions d'euros pour 2007 (dont 419 millions d'euros sur le médicament).

2.- Le « score » de 2005 s'établit à 72 %

Les données de la CNAM font apparaître une réalisation des objectifs de maîtrise médicalisée, en 2005, atteignant le taux de 72 %, selon la ventilation suivante :

MAÎTRISE MÉDICALISÉE : ÉCONOMIES ATTENDUES ET RÉALISÉES POUR 2005

	Objectifs de la maîtrise médicalisée				Économies tous régimes 2005	Taux de réalisation de l'objectif (en %)
	Tendance	Objectif/tendance	Taux d'évolution attendu (en %)	Montants (en millions d'euros)	Montants (en millions d'euros)	
Antibiotiques	0,0 %	- 10,0 %	- 10,0	91	35	38
Statines	12,5 %	- 14,0 %	- 1,5	161	122	76
Psychotropes	0,0 %	- 10,0 %	- 10,0	33	11	33
Arrêt de travail	3,3 %	- 1,6 %	1,6	150	432	288
ALD (praticiens libéraux)	0,7 point	- 5 points		340	88	26
ALD (établissements)		- 5 points		115	0	0
Généériques		5 points		55	33	60
Accords de bon usage				53	0	0
Total				998	721	72

Source : CNAM.

Ces résultats sont très différenciés selon le poste de dépenses considéré : impressionnants s'agissant des indemnités journalières de maladie avec un quasi-triplement des économies attendues et un poids de 60 % dans le total des économies ; plutôt satisfaisants – quoique contrastés – dans le champ du médicament ; très décevants concernant les affections de longue durée (ALD) en établissement et les accords de bon usage des soins. Il apparaît, en première analyse, que la régulation par les contrôles et par les prix a été d'une bien meilleure efficacité que la régulation plus « douce » ou plus concertée.

3.- Le premier bilan qui peut être dressé pour 2006

En 2006, au cours du premier trimestre, les postes qui affichaient en 2005 la tendance la plus encourageante ont continué à évoluer favorablement : le montant des IJ pour maladie a ainsi baissé de 3,4 % sur la période comprise entre janvier et juin 2006 par rapport à 2005, soit un taux supérieur à l'objectif annuel de 2006 (baisse de 1 %). La sensible diminution des arrêts de travail, entamée en 2004-2005 (avec respectivement - 0,3 % et - 1,6 %) se poursuit donc à un rythme satisfaisant. Le renforcement massif des contrôles menés par l'assurance maladie, l'évolution des comportements des professionnels de santé et des assurés sociaux, contribuent à ces bons résultats. Ce sont ainsi 750.000 contrôles d'arrêts de travail qui ont été réalisés en 2005, contre 450.000 en 2003, et 50 praticiens ont été placés sous entente préalable. Chaque nouveau progrès devient alors manifestement plus difficile, d'autant que l'amélioration du marché de l'emploi, dont il faut bien sûr se réjouir, s'accompagne mécaniquement d'un ressaut des IJ.

De même, les dépenses de remboursement des médicaments anti-cholestérol baissent pour la première fois (- 4,4 %) après plusieurs années de très fortes augmentations (+ 15 % par an sur la période 2000-2004, avant de commencer à fléchir en 2005 à + 8,1 %, date à laquelle leur coût pour l'assurance maladie représentait près d'un milliard d'euros). Le rythme de baisse des dépenses

relatives aux antibiotiques et aux psychotropes est conforme aux objectifs annuels (avec respectivement – 11 % et – 6 % sur la période concernée).

Le tableau suivant constitue le plus récent relevé de situation disponible :

MAÎTRISE MÉDICALISÉE : BILAN À LA FIN AOÛT 2006

(en millions d'euros)

	Objectif d'évolution annuel (en montant) / tendance	Taux à fin août 2006 (janvier-août 2006 / janvier-août 2005)	Rappel objectif sur l'ensemble de l'année 2006 (tous régimes)	Montant des économies effectives à fin août 2006 (tous régimes)
Arrêts de travail	– 1,0 %	– 3 %	190	230
Total médicaments			222	173
<i>Antibiotiques</i>	– 10,0 %	– 9,4 %	63	36
<i>Statines</i>	0,0 %	– 3,5 %	93	95
<i>Psychotropes</i>	– 5,0 %	– 6,8 %	13	13
<i>Inhibiteurs de la pompe à protons</i>	– 2,0 %	– 0,9 %	28	12
<i>Génériques</i>	8,4 points		126	90
<i>Génériques (doubles comptes)</i>			– 101	– 72
ALD (praticiens libéraux)	– 4 points	– 1,3 point	292	71
Accords de bon usage			49	0
Transports sanitaires	– 3,0 %	+ 8,4 %	38	0
Total			791	475

Source : CNAM.

B.– UN EFFORT À NE PAS RELÂCHER EN 2007

1.– Le plan médicament concentre, à juste titre, une grande part des gains attendus

En 2005, les dépenses de médicament des régimes d'assurance maladie obligatoire ont atteint 20,9 milliards d'euros, soit 33,5 % des dépenses de soins de ville. Elles ont ainsi progressé d'environ 5 % par rapport à 2004, ce qui reste dynamique en dépit de la montée en charge des génériques et des mesures de baisses de prix décidées en 2005. En 2006, les dépenses remboursées de médicaments devraient connaître un net infléchissement, imputable, d'une part, aux inflexions déjà engagées en 2005 et, d'autre part, au volet 2006 du plan médicament.

Au-delà du chiffrage des économies attendues, rappelons qu'il s'agit, pour l'assurance maladie – donc les partenaires sociaux –, l'AFSSAPS, la haute autorité de santé en lien avec la commission de la transparence, le comité économique des produits de santé et le Gouvernement, chacun dans son rôle, de dire, de façon responsable, ce qu'il est justifié de faire prendre en charge par la collectivité, dans quelles conditions, et à quel prix.

a) Vue d'ensemble : une politique nécessaire, des chiffres ambitieux

Partant du constat d'une dépense de médicaments par habitant plus élevée en France que chez nos voisins européens avec, de plus, des prescriptions de médicaments en dehors des indications validées par l'autorisation de mise sur le marché, la loi du 13 août 2004 a prévu des mesures sur le médicament reposant sur une modération des volumes à travers une maîtrise médicalisée de la prescription, le développement du médicament générique et le déploiement progressif des tarifs forfaitaires de responsabilité.

Le plan médicament pour 2005-2007 prévoyait initialement un montant d'économies de 2,13 milliards d'euros avec une montée en charge progressive (660 millions d'euros dès 2005, 1,4 milliard d'euros en 2006 et 2,13 milliards d'euros en 2007) auquel s'ajoutaient 180 millions d'euros de recettes liées à la majoration de la taxe sur la publicité et à la pérennisation de la contribution de 0,525 % du chiffre d'affaires dès 2005.

La montée en charge du plan médicament ayant été relativement plus lente que prévu en **2005** (deux tiers des économies étant réalisées sur le médicament hospitaliers), la loi de financement pour **2006** a durci le plan médicament, programmant près de 2,1 milliards d'économie sur les produits de santé pour l'année 2006. Cependant, l'abandon du projet de généralisation du tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) pour les génériques de plus de 24 mois et le retard pris dans l'application des baisses de prix et des remboursements des médicaments à service médical rendu (SMR) insuffisant ont conduit à un impact moindre pour 2006. Le rendement 2006 du plan médicament sera plus sûrement de l'ordre de 1,3 milliard d'euros compte tenu des économies sur les baisses de prix des produits de santé.

**PLAN MÉDICAMENT :
ÉCONOMIES PLANIFIÉES ET PRÉVISIBLES EN 2006**

Données tous régimes

(en millions d'euros)

	Plan 2006	Prévision juin 2006
Plan générique	1.370	680
Adaptation de la prise en charge – SMRI	420	340
Baisse de prix ciblés	170	170
Grands conditionnements	50	0
Gestion des tarifs des dispositifs médicaux	75	85
Total	2.085	1.275

Source : UNCAM.

En **2007**, le retard pris dans la mise en œuvre des mesures en 2006 sera en partie rattrapé et devrait conduire aux économies suivantes :

– au titre de la **politique du générique**, des économies de 340 millions d’euros devraient être dégagés du fait surtout de l’effet report des baisses de prix intervenues au début de l’année 2006 et de l’impact en année pleine de l’arrivée de génériques de molécules importantes comme la pravastatine ;

– au titre l’**adaptation de la prise en charge**, l’année 2007 sera marquée par l’effet report des **déremboursements** intervenus en mars 2006 ainsi que de la **baisse du taux de remboursement** des veinotoniques. Depuis le 1^{er} mars 2006 en effet, 152 médicaments ont été déremboursés sur décision du ministre de la Santé et des solidarités, après avis de la haute autorité de santé et de la commission de la transparence, tandis que 61 veinotoniques ont vu leur taux de remboursement passer de 35 à 15 %. Ces derniers devraient être déremboursés à compter du 1^{er} janvier 2008. Ces mesures devraient représenter au total 460 millions d’euros d’économies pour l’assurance maladie en année pleine, dont 345 millions d’euros pour l’année 2006. La **troisième étape** de réévaluation des médicaments jugés insuffisants en 1999, qui concerne les médicaments restants, majoritairement de prescription obligatoire, est en cours d’achèvement. La commission de la transparence vient de terminer la réévaluation de ces médicaments et, il y a quelques jours, le collège de la haute autorité a rendu au ministre de la Santé et des solidarités un avis définitif sur le bien-fondé de la prise en charge collective de ces produits. Les médicaments dits de « la troisième vague » dont le SMR a été reconnu insuffisant représentent actuellement une dépense de 210 millions d’euros pour l’assurance maladie ;

– des **baisses de prix sur les médicaments de marque** sont intervenues au cours de l’année 2006 et d’autres devraient intervenir d’ici la fin de cette année et dans le courant de l’année 2007. L’impact spécifique de ces mesures sur 2007 devrait être de l’ordre de 140 millions d’euros ;

– la **mise sur le marché des grands conditionnements** de médicaments a pris un certain retard : les premières boîtes sont effectivement apparues en 2005 pour le traitement de l’ostéoporose mais n’ont commencé à être commercialisées dans les autres pathologies qu’à la mi-2006. Par ailleurs, compte tenu de l’effet de stockage involontaire (par exemple, l’assurance maladie rembourse des boîtes de trois mois en décembre), l’économie pour l’assurance maladie ne sera vraiment effective qu’à la fin de la montée en charge de ces grands conditionnements ;

– les **baisses de prix des dispositifs médicaux** devraient être légèrement en deçà des estimations initiales, dans ce domaine particulièrement complexe et où les intervenants sont très nombreux.

b) Le potentiel de développement des génériques est encore important

L'effort supplémentaire demandé en 2006 aux médecins pour prescrire davantage de génériques doit être poursuivi pour atteindre les objectifs fixés. Le taux de médicaments génériques (en nombre de boîtes par rapport aux médicaments généricables) est en progression de + 5,6 points à fin juin (par rapport à décembre 2005), soit un taux de 67,2 % à mi-année. L'objectif est d'atteindre 70 % à la fin de l'année.

LES MESURES DE SOUTIEN AUX GÉNÉRIQUES PRISES PAR L'ÉTAT

- L'article 29 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a conféré aux pharmaciens un droit de substitution.
- Les laboratoires et les grossistes sont autorisés à faire des remises aux pharmaciens d'officine à hauteur de 10,74 % du prix fabricant hors taxe pour les médicaments génériques hors groupes soumis à tarif forfaitaire de responsabilité contre 2,5 % dans les autres cas.
- La marge sur les médicaments génériques hors groupes soumis à tarif forfaitaire de responsabilité perçue par les pharmaciens d'officine est alignée sur celle des princeps, plus favorable.
- Les laboratoires pharmaceutiques bénéficient d'un abattement spécifique en faveur des médicaments génériques pour la taxe sur les dépenses de promotion.
- La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a modifié les règles applicables en matière de prescription et de dispensation de médicaments de façon à introduire la possibilité de prescrire en dénomination commune, en lieu et place du nom de marque.
- La loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 a prévu la possibilité d'appliquer aux médicaments appartenant à certains groupes génériques un tarif forfaitaire de responsabilité ⁽¹⁾.
- La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a facilité la mise sur le marché des médicaments génériques en exonérant l'AFSSAPS du contrôle des droits de propriété des médicaments « généricables », lui permettant ainsi d'inscrire les médicaments génériques au répertoire dans un délai de 60 jours après l'octroi de l'AMM.

L'ensemble de ces mesures a permis d'accroître significativement la part de marché des génériques qui représente 58,5 % du répertoire en mai 2006. Néanmoins, la proportion de médicaments génériques délivrés en France (16,7 % des boîtes délivrées en mai 2006) demeure moindre que dans des pays comme l'Allemagne ou le Royaume-Uni.

(1) Ce mécanisme consiste à rembourser les médicaments, qu'ils soient princeps ou génériques, sur la base du prix des génériques. Dans un premier temps, il n'a concerné que les groupes pour lesquels les médicaments génériques éprouvaient des difficultés à prendre des parts de marché. Ainsi, l'arrêté du 29 juillet 2003 a procédé à la mise sous TFR des groupes génériques dont le taux de pénétration était compris entre 10 % et 45 %. Cette mesure est entrée en vigueur en septembre 2003 pour être pleinement effective en octobre 2003. L'économie pour la sécurité sociale de la mise en œuvre de cette première vague de TFR s'élève à environ 100 millions d'euros en année pleine.

ÉVOLUTION DE LA PART DE MARCHÉ DES MÉDICAMENTS GÉNÉRIQUES

	Unités (en millions)				Chiffre d'affaires industriel hors taxes (en millions d'euros)			
	1999	2003	2004	2005	1999	2003	2004	2005
Génériques	105	296	364	426	244	831	1.169	1.454
Part des génériques dans le répertoire (1)	24,4 %	42,6 %	47,6 %	53,0 %	18,1 %	24,6 %	30,9 %	36,4 %
Part des génériques dans le marché global	4,0 %	10,8 %	13,3 %	15,6 %	2,0 %	5,6 %	7,8 %	8,6 %

(1) Sur la base du répertoire paru au JO du 29 août pour 1999, du 14 octobre 2004 pour 2003, du 21 juillet 2005 pour 2004 et du 30 juin 2006 pour 2005.

Source : ministère de la Santé et des solidarités, d'après des données du groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques (GERS).

Le fait que tombent dans le domaine public le brevet des molécules au chiffre d'affaires élevé entre 2004 et 2007 va permettre des économies importantes pour l'assurance maladie. Afin d'accélérer encore ce développement et de faciliter la mise sur le marché des médicaments génériques, le Gouvernement a mis en œuvre plusieurs mesures :

- l'article 30 de la loi du 13 août 2004, qui correspond à la transposition d'une disposition de la directive 2004/27/CE, permet d'étendre la définition du médicament générique à certains produits dits de « contournement », dont l'efficacité et la sécurité sont identiques ;

- la même loi a prévu que des accords pourront être conclus à l'échelon local par l'ARH, l'URCAM et un établissement de santé afin d'inciter à la prescription en dénomination commune exécutée en ville ;

- le décret n° 2004-156 du 18 février 2005 accélère la mise sur le marché des génériques de différentes formes galéniques, quand l'AMM « source » permet déjà l'existence d'un générique.

Par ailleurs, la même loi relative à l'assurance maladie confie désormais au comité économique des produits de santé la responsabilité de la fixation des TFR. Depuis 2005, quatre vagues de TFR sont intervenues. Parallèlement, le Gouvernement a prévu la négociation d'un accord entre l'UNCAM et les syndicats de pharmaciens pour augmenter significativement le taux de substitution. Cet accord national, conclu en janvier 2006, fixe un objectif de 66 % de substitution au mois de juin et 70 % en fin d'année. Cet objectif national est décliné individuellement par officine. Le rythme de progression est plus rapide que prévu puisque le taux de substitution était de 67 % au mois d'avril.

Les mesures complémentaires prises dans la construction de la loi de financement pour 2006 ont permis une économie supplémentaire en année pleine de près d'1 milliard d'euros. Pour l'année 2007, le Gouvernement souhaite aller encore plus loin, *via* la poursuite de l'incitation à la substitution des génériques, le recours, le cas échéant, au tarif forfaitaire de responsabilité, et la poursuite des baisses des prix ciblées.

2.- Pour une politique du médicament toujours plus cohérente

Votre Rapporteur pour avis souscrit aux initiatives qui viennent d'être décrites et il souhaite amplifier encore ce mouvement à la marge, avec un amendement obligeant le médecin, lorsqu'il soigne un patient atteint d'une affection de longue durée, à prescrire en dénomination commune dès lors que le médicament appartient au répertoire, c'est-à-dire qu'il en existe un générique.

La politique du médicament semble ainsi se rapprocher de son régime de croisière, et c'est un succès qu'il convient de saluer, d'abord et avant tout pour la santé des Français, ensuite pour la situation financière de l'assurance maladie, enfin parce que, vis-à-vis de l'ensemble des acteurs économiques de la chaîne du médicament, il est possible de prôner un minimum de prévision économique et de stabilité juridique.

À cet égard, votre Rapporteur pour avis souhaite de nouveau, cette année, corriger le dispositif des contributions exceptionnelles sur l'industrie pharmaceutique prévues dans le présent projet de loi de financement. À l'**article 5**, il est ainsi proposé de décaler d'un an la perception de la taxe sur les grossistes-répartiteurs, considérant qu'il n'est pas de bonne politique de brouiller ainsi l'horizon de prévision des entreprises concernées : en lieu et place d'une taxe perçue en 2007 sur le chiffre d'affaires de 2006 et sur le différentiel de chiffre d'affaires entre 2005 et 2006, les années de référence seraient 2006 et 2007, pour une perception en 2008 ; en contrepartie de cette prévisibilité accrue, le rendement attendu de la taxe, soit 50 millions d'euros, serait légèrement augmenté au moyen d'un arrondi à la hausse de l'un de ses deux taux (0,3 % sur le chiffre d'affaires de 2007, donc, au lieu de 0,28 % sur le chiffre d'affaires de 2006). À l'**article 18**, il convient, pour une question de principe, de réaffirmer le caractère exceptionnel de la taxe sur le chiffre d'affaires visée à l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale, portée l'an dernier de 0,6 % à 1,76 % pour l'exercice 2006, et dont le taux ne redescendrait qu'à 1 % pour 2007.

3.- Le poids des ALD justifie leur mise sous surveillance

Concernant la réduction des dépenses prises en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire au titre des affections de longue durée, la baisse est importante (- 2,3 points) s'agissant d'un poste traditionnellement en hausse chaque année (+ 0,7 point). Cependant, cette baisse demeure actuellement insuffisante pour atteindre l'objectif annuel fixé à - 4 points.

Seuls les soins en lien avec l'affection de longue durée sont remboursables à 100 %. Or, des études de la CNAM ont montré que 10 à 15 % des médicaments prescrits aux patients en ALD étaient remboursés indûment à 100 %. L'amendement déposé par votre Rapporteur pour avis sur les prescriptions en DCI à l'égard de ces patients est un moyen parmi d'autres de renforcer l'efficacité de l'encadrement de ces dépenses lourdes.

4.- La question des honoraires des professionnels libéraux doit être replacée dans son contexte

a) Les revalorisations tarifaires négociées en 2006 : un impact de 344 millions d'euros en année pleine

L'avenant n° 12 à la convention médicale, signé par les partenaires conventionnels le 3 mars 2006, comprend plusieurs mesures de revalorisation tarifaire et crée une majoration de 3 euros au profit des médecins généralistes. Le **coût de ces différentes mesures**, qui sont détaillées plus loin, est évalué en année pleine à **344 millions d'euros**, dont 26,7 millions d'euros au titre de la participation des caisses d'assurance maladie aux cotisations sociales.

Ce coût est principalement constitué de la revalorisation de la consultation des médecins généralistes, depuis le 1^{er} août 2006, pour un montant de 233 millions d'euros en année pleine. Ce coût est constitué, à hauteur de 13 %, des effets de cette revalorisation sur les autres types de consultation et sur la rémunération de la régulation médicale de 3 C de l'heure (soit 63 euros). Il comprend également l'impact de la revalorisation de 1 euro, dès le 31 mars 2006, des majorations de coordination accordées aux généralistes, aux spécialistes et aux cardiologues, ainsi que pour les patients de moins de 16 ans et pour les nourrissons allant chez le pédiatre, pour un montant total de 49 millions d'euros. À elle seule, la majoration de coordination des spécialistes et psychiatres absorbe 34 millions d'euros.

La création, au profit des médecins généralistes, d'une majoration de 3 euros, pour les consultations des enfants de 2 à 6 ans comprenant un interrogatoire, un examen complet et un entretien de conclusions, induit un coût de 38 millions d'euros.

Outre ces différentes mesures, l'avenant n° 12 a prévu des revalorisations tarifaires pour compenser la perte d'activité constatée dans certaines spécialités depuis l'instauration du parcours de soins coordonnés : la dermatologie, l'ORL, la rhumatologie, la médecine physique et de réadaptation, l'endocrinologie, l'allergologie, l'angiologie. Les conséquences de ces différentes mesures pour l'assurance maladie ont été évaluées à hauteur de 24 millions d'euros en année pleine.

b) Une forte croissance du pouvoir d'achat sur la période récente

Conscient des revendications qui se font jour parmi les professionnels de santé libéraux pour obtenir de nouvelles revalorisations de leurs honoraires, votre Rapporteur pour avis a souhaité se pencher sur l'évolution récente des honoraires et des revenus des médecins, spécialité par spécialité, récapitulée dans le tableau figurant page suivante.

PROGRESSION DES HONORAIRES DE MÉDECINS ENTRE 2002 ET 2004

(en euros courants)

Spécialité	Honoraires hors dépassements		Dépassements		Honoraires totaux		
	2002	2004	2002	2004	2002	2004	Évol.
Médecins généralistes	108.374	113.697	5.266	4.450	113.640	118.545	4,3%
MEP (mode d'exercice part.)	88.394	93.816	23.864	23.445	112.258	117.408	4,6%
Total omnipraticiens	106.221	111.553	7.270	6.498	113.491	118.422	4,3%
Anesthésistes réanimateurs	193.786	212.476	24.245	30.675	218.031	243.152	11,5%
Cardiologues	183.134	193.836	7.622	8.036	190.756	201.928	5,9%
Chirurgiens généraux	141.417	148.317	48.845	57.854	190.262	206.172	8,4%
Dermatologues	101.278	105.580	22.258	24.845	123.536	130.441	5,6%
Radiologues	447.667	469.977	9.820	10.698	457.487	480.676	5,1%
Gynécologues	112.857	120.118	36.298	41.925	149.155	162.043	8,6%
Gastro-entérologues	152.649	161.682	14.579	17.376	167.228	179.059	7,1%
Médecins internistes	94.907	100.891	22.824	24.568	117.731	125.549	6,6%
Neurochirurgiens	128.966	134.263	63.676	78.384	192.642	212.648	10,4%
ORL	126.219	130.901	29.377	32.799	155.596	163.702	5,2%
Pédiatres	95.277	102.468	18.270	17.189	113.547	119.716	5,4%
Pneumologues	128.278	137.307	5.348	5.418	133.626	142.748	6,8%
Rhumatologues	109.322	117.701	21.104	23.878	130.426	141.628	8,6%
Ophthalmologues	157.649	169.897	41.687	50.600	199.336	220.500	10,6%
Chirurgiens urologues	161.393	170.329	52.788	65.201	214.181	235.532	10,0%
Neuropsychiatres	81.541	84.653	10.882	12.143	92.423	96.814	4,8%
Stomatologues	126.282	137.524	87.518	93.376	213.800	230.900	8,0%
Rééducateurs fonctionnels	113.138	120.976	24.861	28.870	137.999	149.862	8,6%
Neurologues	112.577	121.908	11.750	13.695	124.327	135.643	9,1%
Psychiatres	87.539	93.004	11.019	13.902	98.558	106.917	8,5%
Néphrologues	153.638	160.113	667	728	154.305	160.865	4,3%
Anapath.	290.799	314.794	10.859	12.714	301.658	327.882	8,7%
Chirurgiens orthopédistes	172.090	178.906	56.426	70.027	228.516	248.936	8,9%
Endocrinologues	65.949	70.179	23.888	26.683	89.837	96.872	7,8%
Total spécialistes	163.969	175.624	25.407	29.604	189.376	205.247	8,4%
Total médecins	133.142	141.482	15.725	17.292	148.867	158.981	6,8%

Source : CNAM.

Quant aux revenus des professionnels de santé, estimés à partir des données de la CNAM et de la direction générale des impôts, ils ne sont connus que jusqu'en 2004.

Entre 2000 et 2004, en monnaie constante, les revenus des généralistes ont progressé annuellement de 2,6 % et ceux des spécialistes de 3,1 %. La hausse du pouvoir d'achat des médecins est supérieure à celle observée sur la même période

pour l'ensemble des salariés, puisqu'entre 2000 et 2004, la progression annuelle du pouvoir d'achat du salaire moyen net s'est limitée à 0,4 %.

Les évolutions des revenus des généralistes et des spécialistes entre 2000 et 2004 sont assez proches mais leurs déterminants sont différents. En effet, la croissance des revenus des généralistes s'explique principalement par la hausse des tarifs qui a marqué une évolution significative par rapport à la décennie antérieure. Sur cette période de quatre ans, la hausse annuelle moyenne des tarifs des généralistes s'est établie, en monnaie constante, à 2,3 %, principalement en raison des revalorisations intervenues en 2002. L'activité des généralistes, en revanche, a marqué un recul, avec une baisse moyenne annuelle de 0,9 % entre 2000 et 2004. L'année 2004 en particulier a vu l'activité des généralistes baisser de 2,3 %. Les charges pesant sur les généralistes, qui en 2003 représentaient 44 % des honoraires des généralistes, ont connu une progression annuelle de 1,1 %.

Les revenus des spécialistes, au contraire, ont connu une croissance annuelle moyenne de 3,1 % entre 2000 et 2004 malgré une baisse des tarifs, en monnaie constante, de 1,3 % par an et une hausse des charges de 2,5 %. C'est grâce à une activité soutenue, en croissance annuelle moyenne de 3,1 %, et à une progression annuelle de 9,3 % des dépassements d'honoraires, poste qui représentait 14,4 % des honoraires des spécialistes en 2004, que les revenus des spécialistes ont pu croître.

**ÉVOLUTION DU REVENU ET DU POUVOIR D'ACHAT
DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX**

(en euros)

	Revenu libéral 2004	Croissance moyenne annuelle du pouvoir d'achat entre 2000 et 2004
Omnipraticiens	63.666	2,6 %
Anesthésistes	150.177	4,5 %
Cardiologues	103.960	2,4 %
Chirurgiens	115.520	3,1 %
Dermatologues	60.581	1,5 %
Gastro-entérologues	90.239	2,7 %
Gynécologues	78.83	2,9 %
Ophthalmologues	111.252	3,7 %
ORL	79.698	1,7 %
Pédiatres	63.056	4,4 %
Pneumologues	68.062	1,9 %
Psychiatres et neuropsy.	57.207	2,4 %
Radiologues	196.126	1,3 %
Rhumatologues	68.062	2,6 %
Stomatologues	102.346	4,3 %
Total spécialistes	102.322	3,1 %
Total médecins	81.591	3,0 %

Source : DREES, ministère de la Santé et des solidarités.

Le but n'est pas ici de se livrer à un minutieux exercice de comparaison mais simplement de faire prendre conscience de la réalité à tous ceux que séduit l'idée d'une revalorisation rapide des honoraires, dès le début de l'année prochaine. La situation telle qu'elle a été décrite plus haut permet-elle, en respectant un ONDAM des soins de ville à + 0,8 % l'an prochain, une telle revalorisation immédiate ? Quant à l'alignement, évoqué par certains, du tarif de la consultation d'un omnipraticien sur celui d'une consultation de spécialiste, il ne coûterait pas moins de 450 à 500 millions d'euros en année pleine.

Les économies sont tangibles, voire assez spectaculaires sur certains postes, en 2005 comme en 2006 et peut-être en 2007 ; par contraste, l'observation des résultats des établissements laisse une impression de moindre implication dans la maîtrise des dépenses. Mais les études approfondies sont plus rares et plus complexes dans ce secteur que pour le suivi des soins de ville.

III.- LE SECTEUR HOSPITALIER ET LES FONDS INTÉGRÉS DANS L'ONDAM MÉRITENT UNE ÉVALUATION À LA HAUTEUR DES MOYENS ALLOUÉS

A.- LA T2A EST L'UN DES ÉLÉMENTS QUI DOIVENT CONDUIRE L'HÔPITAL À AMÉLIORER SA PRODUCTIVITÉ

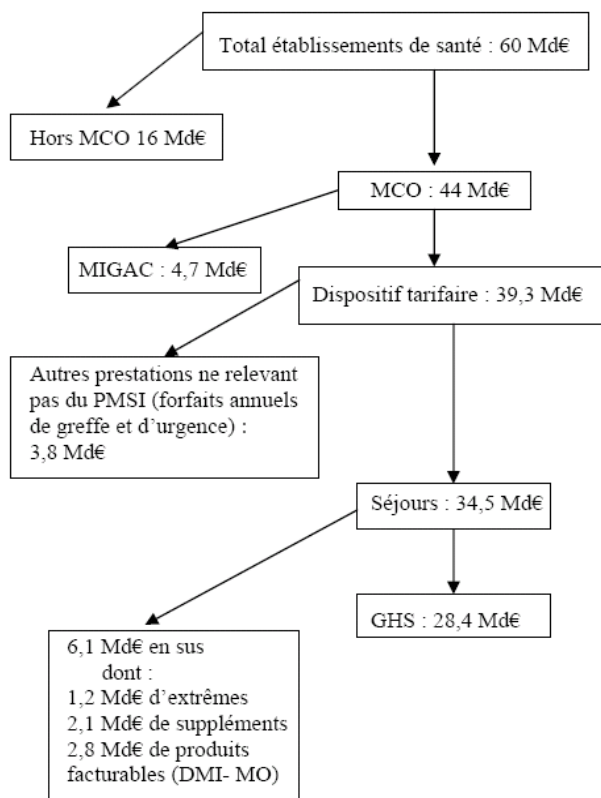
1.- L'outil de la tarification à l'activité

La généralisation de la tarification à l'activité a été entreprise par la loi de financement pour 2004 afin de se substituer, pour les établissements de santé publics, à l'ancien mode de financement par dotation globale. Se rapprochant du mode d'évaluation des coûts pratiqué dans le secteur privé, cette tarification révèle, dans sa mise en œuvre concrète, des aspects de redoutable complexité. Il n'en demeure pas moins que l'idée simple d'une tarification effectivement représentative des coûts, moyennant la prise en compte des spécificités statutaires, techniques ou géographiques de chaque secteur, est un puissant levier de modernisation et de performance pour l'hôpital. Sur ce sujet non plus, le relâchement n'est pas de mise, tant il est vrai que la maîtrise des dépenses de l'assurance maladie passe inévitablement par un effort de rationalisation concernant les établissements. Votre Rapporteur pour avis est convaincu des vertus du *benchmarking* en l'espèce.

S'agissant des modalités de mise en œuvre de la tarification à l'activité et de la délicate réalisation de la convergence intra- et intersectorielle pour les établissements, il faut saluer le travail d'analyse mené par la Cour des comptes dans son rapport de septembre dernier sur l'application des lois de financement, qui décortique à la fois les mécanismes même de la réforme et son pilotage par le ministère et les missions *ad hoc*.

À l'évidence, agir sur le seul levier de la tarification à l'activité ne suffira pas à réguler les dépenses des établissements de santé, comme le montre le graphique suivant :

DÉCOMPOSITION DE L'ONDAM CONCERNANT LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique.

MIGAC : missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.

PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information.

GHS : groupes homogènes de séjours.

DMI-MO : dispositifs médicaux implantables et médicaments onéreux.

Source : Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2006, page 178.

Et le rapport de souligner : « *La tarification en GHS stricto sensu ne devait donc représenter, en 2005 que 64,6 % de l'objectif MCO (44 Md€) et 47,3 % de l'objectif total des dépenses des établissements de santé (60 Md€).* »

2.- L'indispensable réflexion sur la productivité

Toute comparaison entre secteur public et privé concernant les établissements de santé demande de la prudence et les données effectivement comparables font souvent défaut. Votre Rapporteur pour avis ne peut cependant

qu'appeler de ses vœux l'approfondissement de cette question, sur un mode dépassionné et lucide. C'est utile ; c'est nécessaire à l'heure où l'ONDAM hospitalier progresse de 3,4 % en 2006 et augmenterait de 3,5 % en 2007, hors dépassements éventuels.

À titre d'exemple, il est possible de comparer, sans biais manifeste, l'utilisation des salles d'opération, le nombre d'anesthésistes par salle, ou encore la densité du personnel infirmier par salle et par intervention. Le tableau suivant recense ces éléments :

ÉLÉMENTS DE PRODUCTIVITÉ COMPARÉE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

	CHR (1)	CH (2)	Établissements privés ex-DG (3)	Établissements privés ex-OQN (4)
Nombre moyen d'interventions par salle d'opération	651	667	909	1.307
Nombre d'anesthésistes par salle d'opération	1,3	0,6	0,9	0,7
Équivalents temps plein de personnels infirmiers pour 100 opérations chirurgicales	0,81	0,51	0,41	0,20
Effectif de personnels infirmiers du bloc opératoire	3,8	3	2,9	2,3

(1) Centres hospitaliers régionaux.

(2) Centres hospitaliers.

(3) Établissements privés anciennement sous dotation globale.

(4) Établissements privés anciennement sous objectif quantifié national.

Source : d'après la CNAM, données de 2001.

On sait que cet exercice comparatif bute souvent sur la question de l'intégration des honoraires dans les calculs, grande ligne de partage entre le secteur public et le secteur privé. À cet égard, votre Rapporteur pour avis souhaite verser au dossier les éléments contenus dans l'annexe 7 au présent projet de loi de financement relatifs à l'évolution de la masse salariale dans les hôpitaux :

TAUX D'ÉVOLUTION DE LA MASSE SALARIALE HOSPITALIÈRE

	(en %)				
	2001/2000	2002/2001	2003/2002	2004/2003	TCAM 2000-2004 (1)
Personnel médical	8,5	7,8	10,1	5,0	7,8
Personnel non médical	2,9	5,8	3,8	3,6	4,0
Total	3,8	6,2	4,9	3,8	4,7

(1) taux de croissance annuel moyen.

Source : annexe 7 au projet de loi de financement, comptabilité nationale.

L'annexe 7 au présent projet de loi précise que les établissements de santé publics employaient quelque 900.000 personnes en 2004, avec un rythme annuel de progression de 3,4 % en équivalent temps plein, soit une masse salariale de

34 milliards d'euros et près de trois quarts des charges de fonctionnement desdits établissements. Elle indique également que le personnel non médical représente 88 % du total des effectifs. Elle souligne enfin, dans la forte progression retracée, le poids de la mise en œuvre des 35 heures et du compte épargne temps, mais aussi les revalorisations salariales destinées à rendre plus attractives les carrières hospitalières.

Le fait que les dépenses de personnel représentent environ 70 % du budget des hôpitaux contribue nécessairement au dynamisme de l'ONDAM hospitalier, en hausse prévisionnelle de 3,5 %, quand dans le même temps les dépenses de personnel ne sont inscrites, dans le projet de loi de finances, qu'en augmentation de 0,8 % l'an prochain par rapport à 2006.

Dans ce contexte, votre Rapporteur pour avis se réjouit que, suite aux travaux du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie ainsi qu'aux recommandations de l'IGAS, une première **étude nationale de coûts** soit en cours et une autre, plus vaste, en préparation. Il a également déposé un amendement « pédagogique » destiné à prévoir, lors des révisions de tarifs hospitaliers, que soit prise en compte, non la seule charge supplémentaire affichée par l'établissement, mais son activité médicale, et ce de façon identique dans le privé et le public.

Plaide également pour une démarche d'évaluation de la performance de la dépense – éventuellement, parmi d'autres moyens, *via* les programmes de qualité et d'efficacité –, la prochaine arrivée à échéance du plan « Hôpital 2007 ».

B.– LE PLAN « HÔPITAL 2007 » DEVRA FAIRE L'OBJET D'UNE ÉVALUATION APPROFONDIE

Le plan « Hôpital 2007 » a engagé une démarche globale de modernisation de la gestion hospitalière, renforçant le potentiel d'innovation des hôpitaux universitaires et donnant plus de facilités aux professionnels pour la réalisation de leurs projets. Pour atteindre ces objectifs, plusieurs axes d'action ont été définis, dont la **relance de l'investissement**, pilotée par la mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH), qui constitue l'un des supports majeurs du plan ⁽¹⁾.

1.– Les objectifs fixés dans le volet investissement du plan

Lancé en 2003, le volet « investissement » du plan vise un objectif d'augmentation du niveau d'investissement hospitalier de plus de 30 % sur 5 ans (2003-2007). Son champ d'application concerne *l'ensemble* des établissements de santé, publics et privés participant *ou non* au service public hospitalier. Il porte sur un volume global d'investissements de 10 milliards d'euros, dont 6 milliards

(1) Le financement de cette mission par le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) reçoit, dans l'**article 49** du présent projet, une assise juridique plus solide que celle qui fait aujourd'hui l'objet de critiques de la part de la Cour des comptes.

d'euros de soutien direct, versés soit sous forme de subventions en capital du FMESPP (1,5 milliard d'euros), soit sous forme d'aides de fonctionnement destinées à couvrir les charges occasionnées par le recours à 4,5 milliards d'euros d'emprunts.

Les opérations entrant dans le cadre du plan « Hôpital 2007 » répondent à des objectifs qualitatifs : contribuer à la restructuration de l'offre de soins (complémentarités entre établissements de santé, mutualisation de ressources) et faciliter la mise en œuvre de programmes nationaux de santé publique, notamment la lutte contre le cancer, le plan urgences et le plan périnatalité.

Le pilotage de la mise en œuvre de ce plan est assuré par la MAINH, mission précitée, qui dispose à cet effet de chargés de mission auprès des ARH. La nécessité d'un suivi en temps réel des opérations a justifié la mise en place d'un outil informatique *ad hoc*. Une évaluation annuelle est réalisée lors d'une rencontre entre la direction de l'Hospitalisation et de l'organisation des soins, la MAINH et les ARH.

2.- Le bilan de la réalisation du plan au 31 décembre 2005

À l'issue de la dernière évaluation réalisée au premier trimestre 2006, il apparaît que les dépenses d'investissements dans le cadre du plan pour les années 2003 à 2005 s'élèvent à 3,941 milliards d'euros, ce qui correspond à 39 % du montant total prévu. Pour la seule année 2005, le total des dépenses d'investissement des établissements publics de santé, comprenant à la fois les investissements réalisés dans le cadre du plan « Hôpital 2007 » et ceux réalisés en dehors, s'élève à 4,804 milliards d'euros, soit une augmentation de près de 71,69 % par rapport au niveau moyen annuel des investissements hospitaliers avant « Hôpital 2007 », qui représentait 2,798 milliards d'euros. Dans cet accroissement, les investissements du plan contribuent pour près de 60 %.

Le soutien financier attribué depuis le lancement du plan pour les années 2003 à 2005 s'élève à 862 millions d'euros d'aides en capital versées par le FMESPP et 253 millions d'euros d'aides au fonctionnement, reconductibles sur 20 ans, correspondant à la couverture des charges d'emprunt de 2,643 milliards d'euros. Au total, les aides financières accordées pour la période 2003-2005 correspondent au financement d'un montant d'investissements de 3,504 milliards d'euros. Le tableau figurant page suivante donne le détail par année des aides attribuées et du montant des investissements financés par ces aides.

BILAN FINANCIER DU PLAN « HÔPITAL 2007 » SUR LA PÉRIODE 2003-2005

(en millions d'euros)

Nature des aides accordées	2003	2004	2005	Total des aides accordées	Montant d'investissements financés par les aides	Dépenses d'investissement mandatées au 31/12/2005
FMESPP	300,00	300,80	261,20	861,80	861,80	
Aides en fonctionnement	70,00	90,40	92,25	252,65	2.642,72 (1)	
Total	370,00	391,20	353,45	1.114,45	3.504,52	3.942

(1) La clef de passage utilisée pour passer des aides financières en fonctionnement au montant de l'investissement financé par ces aides est de 10,46. Sont compris les investissements financés par emprunt et les investissements en bail emphytéotique hospitalier.

S'agissant des **effets sur la gestion des établissements concernés des mesures d'investissements** engagées, dans le cadre du rapport au Parlement établi en octobre 2005 sur la mise en œuvre du plan « Hôpital 2007 », une enquête réalisée sur un échantillon de 166 opérations donne des indications éclairantes.

En termes d'impact sur l'amélioration qualitative de l'offre de soins, les opérations majeures d'investissement comportent, dans la plupart des cas, un regroupement de sites géographiques distincts et de bâtiments pavillonnaires, ce qui traduit la volonté d'optimiser les moyens disponibles. La mise aux normes de sécurité des établissements de santé connaît une progression certaine, de même que la qualité de vie des usagers et des personnels. En termes d'impact sur la gestion des établissements eux-mêmes, les données 2005 sont trop précoces pour une évaluation pertinente, tant dans le champ des ressources humaines que dans celui des frais financiers et des charges d'amortissement.

En tout état de cause, il serait hasardeux de lancer un plan « Hôpital 2012 » avant de disposer de données aussi complètes que possible sur l'impact du plan précédent. Telle est l'une des raisons pour lesquelles votre Rapporteur pour avis est attentif à l'évolution des dotations du FMESPP.

C.- LES DOTATIONS ALLOUÉES AUX FONDS FINANCÉS PAR L'ASSURANCE MALADIE MÉRITENT UN SUIVI ATTENTIF

Ce que l'action publique gagne en visibilité en segmentant son action entre diverses entités *a priori* bien identifiées, tels les fonds médicaux et hospitaliers internes à la CNAM (comme le fonds national d'action sanitaire et sociale et le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires) ou intégrés à l'ONDAM (comme le FMESPP ou le FAQSV, fonds d'aide à la qualité des soins de ville), elle ne doit le perdre ni en efficacité, ni en efficience. C'est dans cet esprit que votre Rapporteur pour avis a déposé des amendements concernant certains des fonds dotés par le présent projet de loi de financement.

1.– Le FMESPP et le FAQSV peuvent optimiser leur consommation

Successeur de plusieurs fonds de soutien à l'investissement hospitalier, le FMESPP existe sous sa forme actuelle depuis le 1^{er} janvier 2003. L'extension progressive de ses missions a conduit à distinguer en son sein un volet « investissement », évoqué plus haut conjointement avec la consolidation juridique de son rôle dans le financement du déploiement de la tarification à l'activité, et un volet « ressources humaines » pour financer des actions d'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et d'accompagnement social de la modernisation de ces établissements. Il est géré par la caisse des dépôts et consignations et alimenté par une participation des régimes obligatoire d'assurance maladie.

Le périmètre des missions du FAQSV s'est lui aussi élargi au fil des lois de financement ; celle de l'an dernier a pérennisé ce fonds chargé, aux termes de l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale, de participer à l'amélioration de la qualité – les bonnes pratiques professionnelles en particulier – et de la coordination des soins dispensés en ville – le développement des réseaux de soins par exemple.

Le tableau suivant retrace l'évolution des ressources et des charges de ces deux fonds de dimension sensiblement différente, mais qui soulèvent la même interrogation : l'ajustement du niveau des dotations annuelles compte tenu des disponibilités existantes.

ÉVOLUTION DES DOTATIONS ET DE LA CONSOMMATION DU FMESPP ET DU FAQSV DEPUIS 2000

(en millions d'euros)

<i>FMESPP</i>	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Dotation annuelle	45,7	121,9	205,8	244,0	450,0	470,0	405,0
Dotation cumulée	45,7	167,6	327,7	571,7	1.021,7	1.492,0	1.896,7
Consommation annuelle	0,0	17,2	81,7	247,3	375,0	458,9	408,5
Consommation cumulée	0,0	17,2	98,9	346,2	721,2	1.180,0	1.588,6
Solde annuel		104,7	124,1	- 3,3	75,0	11,1	- 3,5
Solde net cumulé		150,4	228,8	225,5	300,5	312,0	308,1
<i>FAQSV</i>							
Dotation annuelle	76,2	76,2	0,0	76,2	20,0	15,0	60,0
Dotation cumulée	76,2	152,4	152,4	228,6	248,6	263,6	323,6
Consommation annuelle	0,0	4,8	3,1	50,0	54,5	59,4	67,0
Consommation cumulée	0,0	4,8	35,8	85,8	140,3	199,7	266,7
Solde annuel	76,2	71,4	- 3,1	26,2	- 34,5	- 44,4	- 7,0
Solde net cumulé	76,2	147,6	116,6	142,8	108,3	63,9	56,9

Source : d'après la commission des comptes de la sécurité sociale.

En loi de financement pour 2006, le FMESPP a été doté de 327 millions d'euros et le FAQSV de 165 millions d'euros ⁽¹⁾, avec pour ce dernier un champ d'action potentielle supplémentaire : la participation à la mise en œuvre du dossier médical personnel, qui venait compléter des expérimentations ayant trait au partage de données médicales. L'**article 50** du présent projet, outre qu'il proroge ces expérimentations pour un an, doterait le fonds de 178 millions d'euros. Quant à l'**article 49**, il propose une dotation de 376 millions d'euros pour le FMESPP.

Votre Rapporteur pour avis souhaite modifier l'article 49 afin de tenir compte des reports disponibles et d'encourager le fonds à piloter au plus juste ses besoins ; par ailleurs, il a déposé un amendement à l'**article 19**, pour suggérer que le produit des cessions immobilières des hôpitaux puisse être reversé, non à la CNAM comme le prévoit le projet du Gouvernement, mais au FMESPP. En outre, dans le but de créer un mécanisme d'intéressement stimulant pour les établissements, le produit des cessions ne pourrait être reversé au FMESPP que pour la part non réinvestie dans des opérations de reconstitution de l'offre hospitalière. Il s'agit, en somme, d'activer les moyens disponibles au lieu de créer de simples passerelles de trésorerie.

2.— La création d'un nouveau fonds ne saurait se traduire par un recul du contrôle parlementaire

Suite à la décision du Conseil constitutionnel sur la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 ⁽²⁾, indiquant que le fonds de concours « Biotox » était contraire à la LOLF, en raison du caractère obligatoire des versements de l'assurance maladie effectués dans ce cadre pour contribuer à la protection de la population contre de graves menaces sanitaires, il incombait au Gouvernement de régulariser, dès 2007, ce système de financement. Ce sera chose faite avec la création d'un fonds de prévention des risques sanitaires, établissement public de l'État, prévue par l'**article 51** du présent projet de loi de financement.

Cependant, il ne serait pas acceptable, et paradoxal de surcroît, qu'une mise en conformité avec la LOLF se traduise par un recul du contrôle parlementaire. Votre Rapporteur pour avis estime indispensable de continuer à faire figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale la dotation allouée annuellement par l'assurance maladie à cette politique de sécurité sanitaire, là où le projet envisage un simple arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget.

*

⁽¹⁾ On rappellera que les mesures annoncées le 5 septembre 2006 (voir supra) conduisent à reprendre 50 millions d'euros sur cette dotation.

⁽²⁾ Décision n° 2005-528 DC du 15 décembre 2005, considérants 20 à 24.

Alors que la branche maladie et l'ONDAM retrouvent, grâce à la réforme d'ampleur engagée en 2004, un rythme d'évolution financière plus sain, mais que les acquis de la maîtrise médicalisée ne sont pas définitifs, il incombe à un Parlement responsable de tracer, pour 2007, des **perspectives sincères**, en ayant le courage de dire que l'heure est davantage à prolonger l'effort de redressement entrepris qu'à utiliser des marges de manœuvre très hypothétiques. L'évolution des honoraires des médecins ne doit pas faire oublier que d'autres professions médicales attendent une reconnaissance de leur implication dans la recherche d'une meilleure efficacité du système de soins. De plus, il faut répéter que **les objectifs de maîtrise médicalisée doivent être respectés** : cela exige un surcroît d'effort pour atteindre les cibles fixées en 2006. Or en raisonnant *prorata temporis* au vu des résultats obtenus à la fin du mois d'août, il manque encore 80 millions d'euros d'améliorations à réaliser, soit à peu près un tiers du coût en année pleine de l'augmentation des honoraires des généralistes effective depuis le 1^{er} août dernier.

Votre Rapporteur pour avis tient enfin à souligner que ces efforts de maîtrise n'ont en aucune manière entamé la qualité des soins ni dégradé l'accès aux soins. L'amélioration qualitative du parcours de soins, même si elle peut avoir des répercussions sur tel ou tel acteur du système sanitaire, ne peut être que bénéfique pour la santé des Français.

CHAPITRE III : LES AUTRES POLITIQUES DE SÉCURITÉ SOCIALE

I.- LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

Après cinq années successives de déficit, la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP) devrait revenir à l'équilibre en 2007, grâce au dynamisme des cotisations et une évolution modérée des charges. Néanmoins, la branche est toujours confrontée à une montée en charge préoccupante du financement du risque « amiante » (+ 54 % entre 2002 et 2007), qui risque de peser de plus en plus lourdement sur l'équilibre financier de la branche.

Votre Rapporteur pour avis est convaincu que le retour à l'équilibre de la branche ne sera durable que si la maîtrise des dépenses fait l'objet d'une attention constante. C'est pourquoi, il propose, dans un amendement adopté par votre Commission, d'étendre les dispositifs de contrôle médical préalable pour la prise en charge des indemnités journalières maladie aux indemnités journalières consécutives à un accident du travail et à une maladie professionnelle. De tels contrôles sont susceptibles d'avoir un impact positif sur les comptes de la branche.

Suivant les prescriptions de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, les partenaires sociaux ont engagé des négociations sur la gouvernance, la prévention, la réparation et la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles. Trois objectifs sont poursuivis : sanctionner la fréquence plus que la gravité des accidents du travail, mieux responsabiliser les entreprises, et rendre le système plus lisible, en isolant plus clairement le taux qui dépend de l'entreprise. Un premier accord sur la gouvernance a été signé le 6 avril 2006. Les autres chantiers font l'objet d'un examen spécifique dans le cadre de groupes de travail paritaires qui préparent la négociation prévue fin 2006. Une mission d'appui de l'inspection générale des affaires sociales a réalisé une étude sur la tarification. Les négociations devraient aboutir au courant de l'année 2007.

Parallèlement, le Gouvernement a fait de la santé au travail une priorité comme le montre la mise en place du plan « Santé au travail » (2005-2009) et l'élargissement des compétences de l'AFSSE ⁽¹⁾ – devenue AFSSET ⁽²⁾ – à la sécurité sanitaire au travail.

En 2005, le nombre d'accidents du travail est estimé à 1,148 million, dont 717.384 avec arrêts. La baisse du nombre d'accidents du travail survenue en 2000 s'est confirmée depuis (- 12,6 % entre 2002 et 2005). Le nombre d'accidents du trajet devrait s'élever à 115.208 en 2005. Après avoir enregistré une baisse de

(1) Agence française de sécurité sanitaire environnementale.

(2) Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail.

2002 à 2004, il connaîtrait une légère progression en 2005. Enfin, le nombre de maladies professionnelles qui a connu une hausse de 2002 à 2004, devrait être en diminution en 2005 et s'élever à 39.817.

A.– VERS UN SOLDE EXCÉDENTAIRE EN 2007

1.– Une dégradation du déficit en 2005

En 2005 le déficit de la branche accidents du travail - maladies professionnelles s'est accru de 250 millions d'euros pour atteindre **438 millions d'euros**. La croissance des charges de 4,5 % (soit 420 millions d'euros) a, en effet, été plus rapide que celle des produits, qui a été de 1,8 % (soit 165 millions d'euros).

Cette augmentation des charges est essentiellement due à la croissance des dotations aux fonds amiante – fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) et fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) – qui ont progressé de 33 % en 2005, soit une hausse de 200 millions d'euros.

Les prestations légales (prestations pour incapacité temporaire et pour incapacité permanente, y compris les dotations aux provisions), qui représentent environ deux tiers de l'ensemble des charges, ont connu une progression modérée de 1,6 %, sous l'effet conjugué d'un très léger recul des versements d'indemnités journalières et d'une progression ralentie des rentes pour incapacité permanente (+ 2,2 % contre + 4% en 2004). Les dépenses de charges de gestion courante ont progressé de 8,1 % et la compensation accidents du travail du régime des mines a connu une hausse de 7,8 %. La croissance des produits a été de 1,8%. La progression des cotisations, de 3,5 %, a été en partie contrebalancée par la diminution des trois postes de recettes : les reprises de provisions pour dépréciation des actifs circulants⁽¹⁾, les reprises sur provisions pour prestations sociales (- 27 millions d'euros) et les produits financiers (- 15 millions d'euros).

2.– L'amélioration de la situation financière de la branche en 2006 et 2007

En 2006, le résultat de la branche devrait connaître une nette amélioration. Le déficit devrait passer de 438 millions d'euros à 40 millions d'euros, en raison d'une prévision de croissance des charges (+ 4,2 %) moins rapide que celle des produits (+ 8,7 %).

La croissance des charges de 4,2 % serait due à la progression des dotations aux fonds amiante et des prestations légales. Ces dernières devraient augmenter de 3 %, soit une hausse de 210 millions d'euros. La contribution aux fonds amiante devrait progresser de 27 %, soit une augmentation de 215 millions

⁽¹⁾ Suite à la disparition en 2005 du produit lié à la reprise par la CADES de la dette du FOREC au titre de l'exercice 2000, qui avait donné lieu à deux versements de 90 millions d'euros en 2003 et 2004

d'euros (dont 100 millions d'euros pour le FCAATA et 115 millions d'euros pour le FIVA). Le fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles bénéficie de 50,4 millions d'euros, soit une hausse de 3,3 %.

Les produits devraient connaître une hausse de 8,7 %, soit un augmentation de 815 millions d'euros : cette forte croissance découle d'une part de l'évolution de la masse salariale prévue en 2006 (+ 4,3%) et d'autre part de la hausse du taux de cotisation accidents du travail et maladies professionnelles de 0,1 point à compter du 1^{er} janvier 2006.

En 2007, le solde de la branche accidents du travail et maladies professionnelles devrait redevenir excédentaire et s'élever à 156 millions d'euros.

L'évolution du solde de la branche entre 2000 et 2007 est retracée dans le tableau suivant :

SOLDE DE LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

(en droits constatés et en millions d'euros)

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
350	20	- 45	- 476	- 184	- 438	- 40	85

Source : direction de la sécurité sociale.

Les charges devraient connaître une hausse de 3 % par rapport à 2006. Les prestations légales devraient augmenter d'environ 205 millions d'euros (+ 2,9 %). Par ailleurs, un accroissement de la dotation au FCAATA de 100 millions d'euros par rapport à 2006 est prise comme hypothèse, la dotation au FIVA restant inchangée (315 millions d'euros en 2006 et 2007). Le reversement à la branche maladie, mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale et résultant de l'estimation de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles, est fixé, par l'article 62 du présent projet de loi à 410 millions d'euros.

La croissance des produits devrait être de 4,9 %, soit une hausse de près de 500 millions d'euros, en raison d'une progression soutenue des cotisations de 4,6 % (440 millions d'euros) en lien avec l'évolution de la masse salariale (+ 4,6 %).

COMPTES DE LA CNAM AT/MP

(en droits constatés et en milliards d'euros)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Évol. 2002/2007
Charges	8,3	9,0	9,0	9,4	9,8	10,2	23,0 %
Prestations légales	6,1	6,3	6,5	6,5	6,78	6,9	13,0 %
Dotations aux fonds amiante	0,5	0,6	0,6	0,8	1,0	1,1	54,5 %
Reversement branche maladie	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	37,0 %
Autres transferts de la branche	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	1,0 %
Autres charges	0,8	1,1	0,9	1,0	1,1	1,1	43,0 %
Produits	8,3	8,5	8,8	9,0	9,8	10,3	24,0 %
Cotisations	8,0	8,1	8,4	8,5	7,9	8,2	3,0 %
Autres produits	0,3	0,4	0,4	0,5	1,9	2,0	566,7 %
Résultat	0,0	- 0,5	- 0,2	- 0,4	0,0	0,1	-
Résultat avant dotation aux fonds amiante	0,4	0,2	0,4	0,4	1,0	1,2	-

Source : direction de la sécurité sociale.

Trois évolutions principales se dégagent depuis 2002. Les dotations aux fonds amiante ont connu une forte hausse, passant de 480 millions d'euros en 2002 à plus de 1 milliard d'euros en 2007. Le reversement à la branche maladie a connu aussi une progression importante passant de 300 millions d'euros en 2002 à 410 millions d'euros en 2007. Les transferts de la branche aux régimes accidents du travail et maladies professionnelles des mines et des salariés agricoles et du Fonds commun des accidents du travail (FCAT) ont connu une quasi-stagnation.

B.- LES CONSÉQUENCES DE L'AMIANTE

La branche accidents du travail et maladies professionnelles 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 (FCAATA) et elle indemnise les personnes atteintes d'une maladie liée à l'amiante, selon le principe de réparation intégrale (FIVA).

Les dotations aux fonds amiante devraient s'élever à 5,397 milliards d'euros en 2007, soit une progression de 26 % par rapport à 2006.

DOTATIONS DE LA BRANCHE AT/MP AUX FONDS AMIANTE

(en millions d'euros)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Dotation au FCAATA	300	450	500	600	700	800
Dotation au FIVA	180	190	100	200	315	315
Total annuel	180	640	600	800	1.015	1.115
Total cumulé	1.227	1.867	2.467	3.267	4.282	5.397

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 aux 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, ainsi qu'aux salariés atteints d'une maladie professionnelle due à l'amiante figurant sur une liste⁽¹⁾. 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⁽²⁾, 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 %.

En 2007, il est prévu une dotation de 800 millions d'euros, en hausse de 14,3 % (article 61 du présent projet de loi).

ÉVOLUTION DES RECETTES DU FCAATA

(en millions d'euros)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Contribution branche AT/MP régime général	300,0	450,0	500	600	700	800
Droits sur les tabacs	34,3	32,4	29	29	29	29
Total	334,3	482,4	529	629	729	829

L'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 a complété ce dispositif de financement, en instituant une contribution au profit du fonds, 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 caisses régionales d'assurance maladie (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 : 68 millions d'euros de recettes en 2005 ⁽¹⁾ et 58 millions d'euros en 2006, contre 120 millions d'euros attendus. En conséquence, le Gouvernement s'est vu contraint, en 2006 et en 2007 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 accidents du travail et maladies professionnelles payées par toutes les entreprises.

Votre Rapporteur pour avis estime donc qu'il faudra repenser l'ensemble du dispositif, afin d'éviter un dérapage financier du fonds. Pour cela, il faudrait plus responsabiliser les seules entreprises responsables des maladies de l'amiante, et éviter d'augmenter des cotisations payées par toutes les entreprises.

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.

⁽¹⁾ Ce chiffre prend en compte le rendement de la contribution au titre de 2004, estimé à 15 millions d'euros, qui a été comptabilisé en produit exceptionnel en 2005.

Le dispositif prévoit que l'acceptation des offres du fonds vaut désistement des actions juridictionnelles 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 AT/MP 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

(en millions d'euros)

	2003	2004	2005	2006	Total
Contribution de la branche AT/MP	190	100	200	315	1.423,3
Contribution de l'État	40	0	52	52	178,0
Total des recettes par année	230	100	252	367	1.601,3
Total des charges	177	462	440	512	1.591,0
Résultat net annuel	53	- 362	- 188	- 145	-
Résultat cumulé	696	334	146	1	-

En 2007, il est prévu de doter le fonds de 365 millions d'euros, soit une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles égale à celle de 2006 – 315 millions d'euros (article 61 du présent projet de loi de financement) – et une dotation de 50 millions d'euros du budget de l'État.

Depuis sa création en juillet 2002, le fonds a reçu près de 31.262 dossiers d'indemnisation, dont 8.469 en 2005. Au 31 mai 2006, 24.132 offres d'indemnisation ont été faites par le FIVA et 95 % d'entre elles ont été acceptées par les victimes et leurs ayants droit. Les indemnisations versées sur le seul exercice 2005 devraient atteindre 495 millions d'euros.

3.– La mission d'information parlementaire sur les risques et les conséquences de l'exposition à l'amiante

La conférence des présidents de l'Assemblée nationale a créé, le 12 avril 2005, une mission d'information sur les risques et les conséquences de l'exposition à l'amiante. Le rapport de cette mission, publié le 22 février 2006 sous le numéro 2884, propose une réforme du système de prévention des risques et d'indemnisation des maladies professionnelles, et une clarification des responsabilités pénales, par une révision de la « loi Fauchon » sur les délits non intentionnels.

Sans trancher en faveur du principe d'une réparation intégrale – dont le coût serait très élevé –, la mission d'information a demandé que le système d'indemnisation forfaitaire des AT/MP soit relevé. Cette problématique est actuellement un des objectifs de la négociation menée par les partenaires sociaux.

Il apparaît nécessaire à votre Rapporteur pour avis que cette négociation entre partenaires sociaux porte aussi sur l'équilibre financier du dispositif. Compte tenu de l'explosion des dépenses d'indemnisation et afin d'assurer la pérennité du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, votre Rapporteur pour avis souhaite qu'une meilleure cohérence soit assurée entre les indemnisations accordées par le fonds et celle décidées par les tribunaux.

II.- LA BRANCHE FAMILLE

La situation financière de la branche famille est largement dépendante du contexte démographique. Plus largement, une forte natalité est primordiale pour assurer le financement du système de sécurité sociale, et notamment pour faire face au vieillissement de la population. La politique familiale contribue à la vitalité démographique de la France, qui présente le deuxième taux de fécondité d'Europe (1,92 enfant par femme).

Le nombre de naissances vivantes demeure relativement élevé en France depuis 2000, supérieur à 790.000 par an. En 2005, ont été comptabilisées 807.400 naissances vivantes, soit 7.200 de plus qu'en 2004. Une telle natalité est similaire à celle qui avait été observée à la fin des années quatre-vingt et sensiblement supérieure à celle des années quatre-vingt dix. Le nombre de naissance se maintient à un niveau élevé après le rebond observé en 2000. Les années 2006 et 2007 devraient voir une stabilisation du nombre de naissances.

Le présent projet de loi de financement traduit les décisions annoncées par le Premier ministre lors de la conférence de la famille. Est ainsi mis en place un prêt à taux zéro, afin de soutenir financièrement les jeunes lors de leur engagement dans la vie professionnelle. 75.000 prêts par an devraient être accordés, soit un coût pour la CNAF de 15 millions d'euros. Est aussi créé un congé de soutien familial, au bénéfice des personnes qui abandonnent leur activité professionnelle pour s'occuper d'un membre de leur famille dépendant. Au terme du congé, d'une durée de 3 mois, renouvelable dans la limite d'un an, le salarié retrouvera son emploi, ou un emploi équivalent dans l'entreprise et pourra continuer à acquérir des droits à la retraite. Le coût de cette mesure est estimé à 10,5 millions d'euros en année pleine. Enfin, une mesure de simplification permettra un partage, entre les parents, des allocations familiales en cas de garde alternée des enfants.

Parallèlement, les efforts du Gouvernement en faveur de développement des structures d'accueil de la petite enfance portent leur fruits : alors qu'en 2000, 264 places de crèches ont été créées en France, 8.500 ont été créées en 2006, et 6.000 devraient être créées en 2007.

A.– LA SITUATION FINANCIÈRE DE LA BRANCHE FAMILLE

La branche famille a connu une détérioration de son solde financier entre 2001 et 2005, celui-ci passant d'un excédant de 1,8 milliard d'euros à un déficit de 1,3 milliard d'euros. Dans un contexte de croissance très modérée des produits, le creusement du déficit en 2004 et 2005 a résulté d'une croissance rapide des charges. Les prestations sociales ont connu une croissance soutenue d'environ 4,5 % par an, liée à la montée en charge de la PAJE, de l'action sociale de la CNAF et des aides au logement.

L'infléchissement de la croissance des charges en 2006 et 2007 devrait permettre une stabilisation du déficit de la CNAF en 2006 (– 1,3 milliard d'euros) puis un début de réduction en 2007 (– 0,9 milliard d'euros). L'évolution des charges et des produits de la CNAF depuis 2003 est retracée dans le tableau suivant :

COMPTES DE LA CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES

(en droits constatés, en millions d'euros)

	2003	2004	Évol. (en %)	2005	Évol. (en %)	2006	Évol. (en %)	2007	Évol. (en %)
Charges nettes	46.695	48.870	4,7	51.690	5,8	53.595	3,7	55.252	3,1
Produits nets	47.121	48.513	3,0	50.376	3,8	52.337	3,9	54.386	3,9
Résultat net	426	– 357	–	– 1.314	–	– 1.258	–	– 866	–

Source : ministère de la Santé et des solidarités.

La croissance des prestations devrait demeurer forte en 2006 (+ 4,3 %) avant de ralentir en 2007 (+ 3,2 %).

Ce ralentissement s'explique par la fin de la montée en charge de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) concernant les enfants de moins de 3 ans, l'allocation pour jeune enfant (APJE) et l'allocation parentale d'éducation (APE) n'étant plus servies à compter du 1^{er} janvier 2007 et l'Allocation d'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée (AFEAMA) et l'Allocation de garde d'enfant à domicile (AGED) ne pouvant plus bénéficier à taux réduits, qu'aux parents d'enfants de plus de trois ans. La montée en charge de la prestation d'accueil du jeune enfant a un coût net, en tenant compte du remplacement progressif par la PAJE des prestations à destinations du jeune enfant, estimé à 300 millions d'euros en 2004, 890 millions d'euros en 2005, 1.390 millions d'euros en 2006 et 1.660 millions d'euros en 2007.

Les prestations extralégales devraient retrouver un rythme de croissance plus modéré en 2006 et 2007 (respectivement + 5,8% et + 5,9%).

Depuis 2003, plusieurs réformes législatives ont eu un impact sur le budget des prestations familiales : prolongement d'un an, à taux réduit des allocations familiales pour les familles de trois enfants et plus ⁽¹⁾, mise en place de deux plans de financement de nouvelles places de crèches ⁽²⁾, modification du régime des aides au logement (qui a entraîné pour la CNAF une économie de 40 millions d'euros en 2004 et 80 millions d'euros en 2005), modification du partage du financement entre l'État et la CNAF des aides personnelle au logement (entraînant un surcoût pour la branche famille de 260 millions d'euros en 2005), doublement de la prime d'adoption, majoration de certaines prestations en faveur des personnes handicapées ⁽³⁾, assouplissement des conditions de recours à l'allocation journalière de présence parentale, réforme du congé parental pour l'arrivée du troisième enfant.

Les coûts cumulés pour la CNAF des mesures nouvelles prises depuis 2004 sont rappelés dans le tableau suivant :

COÛTS CUMULÉS POUR LA CNAF DES MESURES NOUVELLES PRISES DEPUIS 2004

(en millions d'euros)

	2004	2005	2006	2007
Allocations familiales	98	110	110	114
PAJE	301	889	1.200	1.664
Doublement de la prime d'adoption	–	1	1	1
ALF	– 20	– 40	– 40	– 43
AHH	–	17	117	97
AJPP	–	–	21	35
Allocation d'éducation spéciale	–	–	12	12
Total des mesures sur prestations légales	379	978	1.614	1.880
Dotations FNH-FNAL	– 20	220	224	223
Plans crèches (FIPE, AEI, DAIPE)	92	98	105	87

Source : commission des comptes de la sécurité sociale.

Au total, **6,6 millions de familles** bénéficient de prestations servies par l'un des fonds géré par la CNAF en 2005. Ces prestations représentent un budget de 52,035 milliards d'euros, **les prestations familiales *stricto sensu* représentant 26,286 milliards d'euros.**

⁽¹⁾ Loi de financement de la sécurité sociale pour 2003.

⁽²⁾ Il s'agit du dispositif d'aide à l'investissement pour la petite enfance et le dispositif d'aide à la petite enfance mis en place par les lois de financement de la sécurité sociale pour 2005 et 2006.

⁽³⁾ Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

ÉVOLUTION DU MONTANT DES DIFFÉRENTES PRESTATIONS FAMILIALES

(en millions d'euros courants)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Famille						
Entretien des enfants						
Allocations familiales (AF)	10.954,2	11.086,2	11.257,7	11.447,5	11.698,6	11.951,6
Complément familial (CF)	1.535,0	1.565,9	1.554,6	1.556,3	1.574,6	1.594,9
Allocation de rentrée scolaire (ARS)	1.369,4	1.351,2	1.353,1	1.338,4	1.370,3	1.381,1
Aide à la scolarité (AAS)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Naissance, jeune enfant						
PAJE naissance adoption					585,7	590,9
PAJE de base naissance adoption (AB)					754,4	2138,7
PAJE libre choix activité (CLCA)					290,3	1.169,6
PAJE libre choix garde (CMG)					178,8	1 329,6
Allocation pour jeune enfant (APJE)	2.749,7	2.802,6	2.819,4	2.815,6	1.782,9	986,0
dont APJE courte	816,2	812,9	805,0	803,4	49,4	0,4
APJE longue	1.933,4	1.989,7	2.014,4	2.012,2	1.733,5	985,6
Allocation parentale d'éducation (APE)	2.799,7	2.905,0	2.996,1	3.033,6	2.712,1	1.569,1
Allocation de garde d'enfant à domicile (AGED)	134,6	128,9	115,5	113,3	115,4	97,9
Aide emploi assistante maternelle (AFEAMA)	1.695,0	1.871,4	2.065,0	2168,1	2.224,9	1611,4
Allocation d'adoption	3,5	3,3	3,4	4,1	3,1	0,9
Monoparentalité						
Allocation de parent isolé (API)	722,4	753,6	795,8	833,2	899,7	971,7
Allocation soutien familial (AO-ASF)	896,4	927,2	955,4	992,1	1.027,8	1.070,9
Invalité						
Allocation d'éducation spéciale (AES)	328,6	350,0	387,6	468,1	492,4	520,7
Allocation de présence parentale (APP)		5,5	17,9	28,6	34,9	39,3
Autres						
Prestations hors métropole	23,3	17,2	14,7	12,7	10,2	9,2
Accords CEE	0,0	3,4	2,7	3,6	4,2	4,2
Allocation différentielle	17,9	17,9	19,9	21,5	22,5	18,6
Frais de tutelle	161,1	167,6	173,5	182,4	194,5	201,2
Total Famille	23.390,7	23.956,9	24.532,2	25.019,1	25.077,7	26.286,5

Source : CNAF.

Les produits de la branche famille devraient connaître une croissance de 3,8 % en 2006 et de 3,9 % en 2007. Les produits sur les revenus d'activité devraient progresser moins vite que la masse salariale du secteur privé en raison du dynamisme moindre des prélèvements sur les autres catégories de cotisants ⁽¹⁾. Cet effet est compensé par la réforme de la taxation des plans d'épargne logement (PEL) qui dynamise les produits de la CSG sur le capital. Cependant, en 2007, l'essentiel du rendement de cette mesure ⁽²⁾ disparaît, ce qui entraînerait une moindre progression des produits (+ 3,9%) malgré une hypothèse de croissance de la masse salariale plus élevée en 2007 (+ 4,6%) qu'en 2006.

⁽¹⁾ Cotisants du secteur public, exploitants agricoles, cotisants des régimes spéciaux.

⁽²⁾ Correspondant à la taxation du stock de PEL de plus de 10 ans opérée en 2006.

Par ailleurs, les produits financiers de la CNAF devraient connaître une forte diminution en 2006, compte tenu de l'effet cumulé des déficits enregistrés à partir de 2004 : pour la première fois, en 2007, la branche, devant emprunter pour couvrir son déficit de trésorerie, paierait des charges financières.

B.– LA FORTE PROGRESSION DES DÉPENSES D'ACTION SOCIALE

L'action sociale de la branche famille est financée sur le fonds national d'action sociale (FNAS). Outre les dotations d'action sociale, qui sont des dépenses de nature limitative que les conseils d'administration des CAF emploient de manière libre (secours individuel, subventions de gestion à des œuvres...), elle s'oriente principalement en direction de deux politiques : l'une à destination de la petite enfance (accueil en crèche et halte-garderie des enfants de moins de six ans) et l'autre en matière de temps libre (prise en charge des enfants et adolescents de six à dix-huit ans). Ainsi, les caisses versent des subventions de fonctionnement, appelées « prestations de services », imputées sur des crédits évaluatifs du FNAS mis à leur disposition par la CNAF à concurrence des besoins. Les prestations de services sont de deux espèces : les prestations de service ordinaires et les prestations de service octroyées dans le cadre de contrats signés avec les communes.

Cette politique a connu un développement important ces dernières années : la réforme des prestations de service a accru de près de 40 % le montant moyen par place agréée, les contrats d'enfance conclus avec les communes ont été multipliés pour les inciter à accroître le parc des places d'accueil disponibles sur leur territoire, et les aides à l'investissement ont été pérennisées dans des « plans crèches » gouvernementaux successifs.

Par conséquent, les dépenses d'actions sociales ont connu une forte hausse depuis 2001, de 11,3 % en moyenne annuelle, essentiellement due à l'augmentation des dépenses de prestations de service (+ 75 % entre 2001 et 2005) et des contrats (+ 140 % sur la même période).

L'État a voulu freiner l'évolution de ces dépenses, dans le cadre de la négociations de la convention d'objectif et de gestion (2005-2008), en écartant les mesures nouvelles proposées par la CNAF et en réduisant les crédits destinés à financer les prestations de service aux établissements et ceux destinés à honorer les contrats signés ou devant être signés avec les communes en 2005. Un taux d'évolution des dépenses de 7,5 % de moyenne annuelle a été retenu, taux bien inférieur à celui proposé par la CNAF (12,7 %).

En 2005, la croissance des dépenses a été bien supérieure à celle prévue par la COG, puisque les dépenses du FNAS se sont élevées à 3,4 milliards d'euros en 2005, soit un dépassement de 248,3 millions d'euros par rapport à l'enveloppe inscrite dans la COG et un rythme de croissance de 15,2 %.

ÉVOLUTION DES CRÉDITS D'ACTION SOCIALE DE LA CNAF

(en millions d'euros)

	2001	2005	Évolution
Dotations d'action sociale	738	812	+ 10 %
Prestations de service ordinaire	790	1.383	+ 75 %
Prestations contractuelles, dont	440	1.056	+ 140 %
– contrat enfance	351	686	+ 95 %
– contrat en temps libre	89	371	+ 317 %
Fonds d'investissement	27	97	+ 259 %
Autres	115	72	– 37 %
Total des dépenses du FNAS	2.110	3.420	+ 62,1 %

Comme le constate la Cour des comptes dans son rapport de septembre 2006 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, « le taux de croissance des dépenses enregistré en 2005 est donc non seulement très supérieur à celui que la COG avait fixé, de manière peu réaliste, mais encore sensiblement plus élevé que celui sur lequel tablait la CNAF dans ses projections financières. Ainsi, la CNAF elle-même a fortement sous-estimé la dynamique des dépenses de prestations de service, notamment celle des dépenses dérivant mécaniquement des contrats enfance et temps libre déjà signés. L'impasse financière de l'exercice 2005 révèle non seulement que la CNAF ne dispose pas en l'état des outils nécessaires à la régulation des dépenses d'action sociale, mais encore que la dynamique des dépenses lui échappe. »

La répartition du budget du FNAS en 2005 et l'écart par rapport aux prévisions du COG sont rappelés dans le tableau suivant :

EXÉCUTION DES CRÉDITS DU FNAS EN 2005 ⁽¹⁾

(en millions d'euros)

	Budget prévu dans la COG 2005-2008	Exécution du budget 2005	Écart
Total prestation de service (contractuelles et ordinaires), dont :	2.192,33	2.440,68	248,35
– Prestation de service ordinaire	1.266,01	1.383,65	117,64
– Total contrats, dont :	926,32	1.057,03	130,70
– Contrat enfance	602,20	685,96	83,76
– Contrat temps libre	324,12	371,06	46,94
Dotations d'action sociale	812,60	812,32	– 0,28
Fonds d'aide à l'investissement à la petite enfance	103,57	97,52	– 6,05
Fonds d'action sociale	7,28	6,23	– 1,05
Recettes	– 1,50	– 1,44	0,06
Fonds aide à domicile	58,78	57,41	– 1,37
Régime retraite	8,00	7,13	– 0,87
Total FNAS	3.181,07	3.419,85	238,78

(1) État d'exécution présenté lors du conseil d'administration de la CNAF du 9 mai 2006.

La Cour des comptes souligne que le système des prestations de service ordinaire confère aux gestionnaires des équipements et services conventionnés un droit de tirage sur les crédits du FNAS. La création récente de nouvelles prestations a eu un « *caractère inflationniste* » et a conduit à une « *dispersion des crédits* ». Dans le cas des prestations à l'acte, qui sont les plus nombreuses, « *la CNAF maîtrise l'effet prix, par la fixation des coûts plafonds, mais l'effet volume lui échappe en grande partie* ». En outre, ce système uniforme ne tient pas compte de disparités entre communes et n'est pas incitatif pour les communes à faibles ressources, tout en créant des effets d'aubaine pour les communes disposant de moyens importants.

Sur une croissance de 41 % de ces prestations entre 2001 et 2004, 80 % est imputable aux prestations versées aux structures d'accueil du jeune enfant. La mise en place de la prestation de service unique (PSU) a été coûteuse : elle a conduit à un accroissement de près de 40 % du montant, par place d'accueil agréé, de la prestation de service versée aux établissements d'accueil de jeunes enfants. **Les contrôles de la CNAF sur les structures financées restent insuffisants.**

Les contrats « enfance » qui couvrent le champ de la petite enfance et des contrats « temps libre » qui couvrent celui des loisirs des enfants et adolescents sont construits selon le même schéma : les communes contractantes s'engagent à procéder à de nouvelles dépenses, que ce soit sous forme de subventions à des équipements sociaux percevant déjà une prestation de service ordinaire, de subventions à des associations ou de dépenses en régie. En contrepartie, la CAF cofinance ces dépenses nouvelles à hauteur de 50 % à 70 %. Par le biais des contrats, les CAF cofinancent non seulement l'accroissement des capacités d'accueil des équipements sociaux conventionnés (crèches, centres de loisirs), mais aussi des créations de postes d'animateurs ou de coordinateurs, ou encore des activités conduites par des prestataires associatifs.

Ces contrats ont rencontré un succès important : en 2004, près de la moitié des communes étaient couvertes par l'un ou l'autre contrat et les dépenses sont passées, entre 2001 et 2005, de 440 millions d'euros à 1,056 milliard d'euros. La Cour des comptes souligne que « *l'appréciation à porter sur les contrats sous leur forme actuelle est sévère. En premier lieu, les dépenses qui en résultent ne sont pas maîtrisées. En deuxième lieu, les moyens affectés à ces dispositifs ont été répartis de manière insuffisamment sélective. Enfin, leurs résultats sont mal évalués.* » Le choix d'imputer les prestations de services contractuelles a désresponsabilisé les ordonnateurs de la dépense et n'a pas incité les CAF à être sélectives. Les taux de cofinancement ont été trop importants (50 à 70 % pour les contrats enfance et 50 à 60 % pour les contrats temps libre) la croissance des dépenses nouvelles cofinancées n'a pas été maîtrisée, les moyens ont été répartis de façon peu équitable et rationnelle⁽¹⁾. La Cour conclut qu'« en

(1) Toutes les communes volontaires ont pu bénéficier d'un contrat et le taux de financement des contrats n'a pas été fonction des ressources financières.

définitive, la politique contractuelle de la CNAF a suivi une logique de guichet ouvert plus qu'une logique sélective et redistributive qui aurait profité aux zones défavorisées. »

La dérive des dépenses conduit la CNAF à prendre, en 2005 et en 2006, plusieurs décisions destinées à maîtriser l'évolution des dépenses. Ainsi, chaque caisse d'allocations familiales (CAF) ne dispose plus que d'une enveloppe pluriannuelle limitative pour financer ces équipements et des critères ont été définis afin d'attribuer en priorité les nouveaux contrats « enfance et jeunesse » aux communes les moins dotées en structures d'accueil et au potentiel fiscal le plus faible.

De même, la logique de taux de cofinancement exprimés en pourcentage a été abandonnée au profit d'un cadre pluriannuel limitatif reposant sur des montants maximums exprimés en euros permettant de connaître précisément la limite des engagements financiers dès la signature du contrat. Enfin, un dispositif de suivi mensuel de la prévision de dépense sur la base d'une remontée mensuelle d'information des caisses d'allocation familiales a été mis en place par la CNAF et l'État. Ces données permettent un suivi des engagements de la branche.

Votre Rapporteur pour avis considère que la CNAF doit développer son rôle d'encadrement et de suivi des dépenses. La mise en place d'outils plus performants pour évaluer l'évolution des dépenses, notamment en matière d'accueil du jeune enfant apparaît primordiale. L'évaluation de l'action sociale de la CNAF pourrait être développée, notamment dans le cadre du programme de qualité et d'efficience.

Il est aujourd'hui impératif de maîtriser plus rigoureusement les dépenses d'action sociale, et plus particulièrement les dépenses relatives à l'accueil du jeune enfant. La multiplication des structures d'accueil aura un impact sur leur financement. Il est donc indispensable de développer le dialogue sur ce point entre la branche famille et les collectivités territoriales, qui se plaignent d'un renchérissement des conditions d'accueil en raison du renforcement des contraintes. **Il serait notamment nécessaire de revoir le décret pris à l'initiative de Mme Ségolène Royal en juillet 2000, qui a considérablement accru les normes applicables dans les crèches et donc le coût de l'accueil dans le secteur de la petite enfance.** Un nouveau décret, assouplissant ces règles strictes, tout en respectant les impératifs de qualité et de sécurité, est actuellement examiné par le Conseil d'État.

Plus fondamentalement, votre Rapporteur pour avis considère que la maîtrise des dépenses de la petite enfance passe par une plus grande responsabilisation des acteurs : **le transfert aux communes de la politique de la petite enfance serait de nature à éviter les subventionnements multiples et une logique de guichet.**

C.– UNE MEILLEURE ÉVALUATION DES ACTIONS DE LA BRANCHE

La croissance non maîtrisée des dépenses d'action sociale et les écarts par rapport aux prévisions de la COG montre la nécessité d'une meilleure estimation du poids financier des politiques menées. En tout état de cause, ces actions doivent être impérativement menées dans le cadre de crédits limitatifs et non évaluatifs.

De même, la montée en charge de la PAJE a été sous-estimée. En septembre 2004, le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale estimait que les crédits affectés à cette prestation devaient s'élever à 1,88 milliards d'euros en 2004 et 4,73 milliards d'euros en 2005. Le même rapport en septembre 2005 constatait que celle-ci avait représenté 1,81 milliards d'euros en 2004, et que son budget était estimé à 5,12 milliards d'euros en 2005 et 8,16 milliards d'euros en 2006. L'actuel rapport de la commission constate que la prestation a représenté 5,23 milliards d'euros en 2005, et que son coût devrait être de 8,57 milliards d'euros en 2006 et 10,15 milliards d'euros en 2007. Enfin, la CNAF estime qu'en 2009, à la fin de sa montée en charge, cette prestation représentera un surcoût annuel de 1,6 milliard d'euros alors que l'estimation du gouvernement lors du vote du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 était de 850 millions d'euros.

Plusieurs facteurs expliquent la sous-estimation du nombre d'allocataires : l'effet de la hausse du plafond de ressources de l'allocation de base a été initialement sous-estimé et s'est traduit par un surcoût croissant tout au long de la montée en charge du dispositif. L'impact du resserrement des conditions d'accès au complément d'activité a été moindre que prévu et le recours aux aides à taux partiel est devenu plus fréquent. Enfin, les montants servis au titre du complément de libre choix de mode de garde ont été revalorisés de façon importante et le segment de revenu sur lequel est servi le complément intermédiaire a été élargi. Il en a résulté 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.

Ces faiblesses dans l'évaluation de la montée en charge de la prestation peuvent être lourdes de conséquences, si le dynamisme des produits de la branche ne pallie pas ces charges financières non prévues. **Votre Rapporteur pour avis est convaincu qu'une meilleure évaluation de l'impact financier des réformes menées est une condition primordiale pour garantir un retour durable à l'équilibre de la branche famille.**

III.– LA BRANCHE VIEILLESSE

A.– LE CREUSEMENT DU DÉFICIT DE LA CNAV

1.– Un déficit prévisionnel de 3,5 milliards d'euros en 2007

De 2004 à 2005, le solde de la CNAV est passé d'un excédent de 300 millions d'euros à un déficit de l'ordre de – 1,9 milliard d'euros. **Ce déficit devrait continuer à se creuser, pour atteindre – 2,4 milliards d'euros en 2006 et – 3,5 milliards d'euros en 2007, pour presque 89 milliards d'euros de dépenses.**

Cette dégradation est due pour l'essentiel à une forte augmentation des prestations (un peu plus de 5 % par an, hors effet de l'adossement du régime des industries électriques et gazières) qui a deux explications principales :

– les évolutions démographiques nationales, avec l'arrivée à l'âge de 60 ans des premières générations du *baby boom* à partir de 2006 ;

– le succès du recours aux retraites anticipées, rendues possibles par la réforme des retraites de 2003.

Le nombre d'assurés ayant bénéficié d'un départ anticipé au titre des carrières longues s'établira à environ 320.000 à la fin 2006. 112.200 correspondent à un départ en 2004, 100.400 à un départ en 2005 et 107.400 à un départ en 2006. En prolongeant les tendances observées, on devrait donc enregistrer environ 110.000 départs au cours de l'année 2006. Le flux 2004 est particulièrement important du fait de l'effet de « rattrapage de stock » lié à l'ouverture du dispositif au 1^{er} janvier 2004. Ainsi, des personnes qui auraient réuni plus tôt les conditions d'âge et de durée d'assurance ne sont parties en retraite anticipée qu'en 2004. Le coût de la mesure est croissant, car les bénéficiaires restent en moyenne deux ans dans le dispositif⁽¹⁾. Il s'est élevé à 565 millions d'euros en 2004 et 1,3 milliard d'euros en 2005. Il est évalué à environ 1,8 milliard d'euros en 2006 et, pour 2007, 2 milliards d'euros de pensions anticipées seront servies.

Toutefois, la mesure de retraite anticipée a contribué à lisser le choc démographique en avançant dans le temps un nombre important de liquidations qui seraient intervenues après 2006 : c'est pourquoi, si le nombre total des départs à la retraite s'établit autour de 650.000 par an depuis 2004 et atteindra 675.000 en 2006, il diminuera à partir de 2007 (autour de 650.000) sous l'effet également des incitations à la poursuite d'activité.

La croissance des recettes (de l'ordre de 4,5 % en 2006 et de 3,6 % en 2007) devrait rester nettement en deçà de celle des charges. Elle bénéficierait

⁽¹⁾ L'âge moyen de départ en retraite anticipée est de 57,8 ans au 30 juin 2006. Les personnes sortent de la mesure lorsqu'elles atteignent l'âge de 60 ans.

de l'accélération de la masse salariale, d'une hausse de cotisation de 0,2 point au 1^{er} janvier 2006 et d'un effet plafond positif en 2007, mais se trouverait en revanche freinée par le ralentissement, puis la baisse des transferts du FSV. **Au total, les prévisions de recettes pour 2007 s'établissent à 85,4 milliards d'euros pour le régime général pour un objectif de dépenses de 88,9 milliards d'euros.**

Concernant les autres charges de la CNAV, ce sont principalement l'alourdissement des prestations au titre, d'une part, des **pensions de réversion**, et, d'autre part, de l'adossment de certains régimes, et surtout la progression des charges financières sous l'effet du creusement continu du déficit cumulé de la CNAV et du FSV (225 millions d'euros en 2006 et 488 millions d'euros en 2007), qui expliquent la dégradation des comptes prévue pour 2007.

BILAN DE LA RÉFORME DES PENSIONS DE RÉVERSION

Au 31 décembre 2004, la CNAV servait 2.340.000 pensions de réversion à des veuves et veufs de 55 ans et plus. L'ouverture progressive de la mesure aux conjoints de moins de 55 ans qui remplissent la condition de ressources va augmenter sensiblement le nombre de personnes éligibles, estimé par le conseil d'orientation des retraites en novembre 2004 à 126.000 environ. L'évolution estimée du nombre de personnes nouvellement éligibles est la suivante :

ÉVOLUTION DES EFFECTIFS DES PENSIONNÉS DE RÉVERSION

Âges	52-54 ans	51 ans	50 ans	< 50 ans	Total
Date d'ouverture du droit	01/07/2005	01/07/2007	01/07/2009	01/01/2011	-
Part des éligibles parmi les veufs et veuves de moins de 55 ans	34 %	8 %	6 %	52 %	100 %
Nombre de personnes nouvellement éligibles	42.800	10.100	7.600	65.500	126.000

Source : conseil d'orientation des retraites, commission des comptes de la sécurité sociale (juin 2005).

Le tableau suivant retrace le nombre de bénéficiaires ayant liquidé un premier avantage de droit dérivé au cours de l'année, et le montant mensuel moyen des droits correspondant au même champ que les effectifs de liquidants.

EFFECTIF DES BÉNÉFICIAIRES DE PENSIONS DE RÉVERSION ET MONTANT MOYEN DES PENSIONS

Année	Nombre d'attributions de droits dérivés	Montant mensuel des droits dérivés (en euros)
2003	114.622	249
2004	116.342	258
2005	138.741	271

Source : CNAV.

L'ouverture de la réversion aux veufs de moins de 55 ans induirait, en régime permanent, un coût annuel net d'environ 340 millions d'euros pour la CNAV, d'après les travaux du COR, repris par le tableau ci-dessous.

COÛT ANNUEL PRÉVISIONNEL DU DISPOSITIF DE RÉVERSION

(en millions d'euros)

Année	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Coût	60	120	130	150	160	170	340

Source : conseil d'orientation des retraites, séance du 9 novembre 2004.

Ces coûts sont calculés en supposant une application de la réforme aux veufs de moins de 55 ans actuels ; il ne s'agit donc pas d'un coût à terme. S'agissant des veufs de plus de 55 ans, la montée en charge devrait être progressive, puisque la réforme ne touche que les flux de nouvelles pensions de réversion liquidées à partir du 1^{er} juillet 2004.

ADOSSEMENT ET INTÉGRATION DES RÉGIMES DE RETRAITE À LA CNAV

Des régimes intégrés

Depuis 1990, trois régimes spéciaux ont été supprimés et, au regard du risque vieillesse couvert par ces régimes, leurs ressortissants ont été transférés, pour la couverture de base, à l'assurance vieillesse du régime général gérée par la CNAV :

- la compagnie générale des eaux au 1^{er} janvier 1991 ;
- la chambre de commerce et d'industrie de Roubaix au 1^{er} janvier 1998 ;
- la chambre de commerce et d'industrie de Paris au 1^{er} janvier 2006, dont l'adossement n'est pas encore mis en œuvre, la convention financière n'ayant pas été signée à ce jour.

Dans ces trois cas, l'opération d'intégration est régie par les règles ci-après :

– Les actifs relevant du régime spécial considéré sont affiliés, à la date de sa suppression, à l'assurance vieillesse du régime général ainsi qu'aux régimes de retraite complémentaire de droit commun (ARRCO, AGIRC) ;

– Les droits à pensions acquis au titre du régime spécial supprimé sont repris par le régime général dans la limite des règles d'ouverture de droit et de calcul des pensions qui lui sont propres. Des mesures d'adaptation sont prévues afin de faciliter la gestion de l'opération d'intégration. Le niveau de reprise des droits dans les régimes complémentaires fait l'objet d'une négociation entre les parties intéressées ;

– Lorsque l'opération d'intégration s'avère financièrement pénalisante pour le régime général, – en raison principalement de la dégradation du rapport démographique (cotisants / retraités) du régime spécial –, une contribution exceptionnelle forfaitaire (soulte) est versée au régime général par le gestionnaire du régime spécial supprimé ;

– Pour les droits à pensions acquis au titre du régime spécial qui ne sont pas pris en charge par le régime général et par les régimes complémentaires ARRCO/AGIRC, le gestionnaire du régime spécial met en place les couvertures supplémentaires nécessaires.

Par ailleurs, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a parachévé l'intégration de la **caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes (CAVIMAC)** à l'assurance vieillesse du régime général, qui avait débuté au 1^{er} janvier 1998.

Des régimes adossés

– Le **régime spécial de retraite des industries électriques et gazières (IEG)** a été adossé à la CNAV, ainsi qu'à l'ARRCO et à l'AGIRC, en application de l'article 19 de la loi du 9 août 2004. L'adossement consiste pour le régime, – dont l'autonomie juridique et financière est confortée par la création d'une caisse ad hoc, la caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG) –, à acquitter auprès de la CNAV le montant des cotisations tel qu'il résulterait de l'application des règles de droit commun du régime général et, en contrepartie, à recevoir de la CNAV les prestations de droit commun qu'elle servirait si les agents en activité et les pensionnés du régime spécial étaient ou avaient été respectivement affiliés au régime général. Par ailleurs, la dégradation du rapport de charges (cotisations / prestations) induite par l'adossement pour la CNAV sur le long terme (25 ans) est couverte par une contribution exceptionnelle forfaitaire (soulte). Les modalités financières de l'adossement du régime spécial des IEG sont fixées par une convention entre la CNIEG, la CNAV et l'ACOSS, signée le 4 février 2005.

Pour cette première année d'application, le bilan financier de l'adossement du régime spécial des IEG s'établit à un solde négatif de 225 millions d'euros : cette situation résulte du mode de versement de la soulte qui s'élève à 7.649 millions d'euros au total, et dont 40 % du montant, versé en 2005, a été confié au fonds de réserve des retraites (FRR), qui en assurera la gestion pour le compte de la CNAV jusqu'en 2020. Le complément, 4.589 millions d'euros, sera payé pendant 20 ans sous la forme d'une annuité. L'adossement des IEG à la CNAV a contribué pour 2 points à l'augmentation de ses prestations totales en 2005.

– La **caisse de retraite du personnel de la RATP**, créée par le décret n° 2005-1636 du 26 décembre 2005, doit conclure avec la CNAV et l'ACOSS les conventions financières relatives à la mise en œuvre de l'adossement, qui n'ont toutefois pas abouti à ce jour.

2.– Des perspectives financières qui demeurent préoccupantes

L'annexe pluriannuelle au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale table, pour les années 2008 à 2010, sur des déficits de la CNAV de l'ordre de 4,1 milliards, 3,8 milliards, et 3,3 milliards d'euros respectivement selon un scénario économique haut, et sur des déficits de l'ordre de 4,5 milliards d'euros en 2008 et 5,1 milliards d'euros en 2009 et 2010 selon un scénario économique bas.

Le déficit de 2007 ne conduit toutefois pas à une révision des perspectives d'équilibre des régimes de retraite. Les projections financières établies par le COR dans son rapport du 30 mars 2006 évaluent en effet l'impact de la réforme des retraites de 2003 : celle-ci devrait réduire le besoin de financement des régimes de retraite de 19 milliards d'euros en 2020, - avec un besoin de financement s'établissant à 0,8 % du PIB au lieu de 1,7 % du PIB hors réforme—. Toutefois, ces projections sont fondées sur une hypothèse d'emploi favorable, avec un retour du taux de chômage à 4,5 % à partir de 2015.

En 2050, le besoin de financement s'élèverait à 3,1 % du PIB pour l'ensemble des régimes. Le solde annuel de la CNAV passerait quant à lui de - 4,3 milliards d'euros en 2020 à - 52,1 milliards d'euros en 2050. La couverture du besoin de financement résiduel à horizon 2020 devra donc être assurée pour le régime général par le **redéploiement d'une partie des cotisations d'assurance chômage**, conformément au principe retenu en 2003.

En effet, si le chômage diminuait de façon sensible par rapport au niveau actuel, une marge de manœuvre supplémentaire pourrait être disponible puisque, en plus de la masse de cotisations supplémentaires générées, les dépenses de l'UNEDIC seraient réduites : il serait donc possible de **gager la hausse des cotisations vieillesse par une baisse des cotisations chômage**, hypothèse qui est étudiée par le COR et résumée dans le tableau suivant.

BESOIN DE FINANCEMENT DES RÉGIMES DE RETRAITE

(en points de PIB)

	2010	2020	2030	2040	2050
Besoin de financement des régimes avant redéploiement	-0,2	-0,8	-2,0	-2,8	-3,1
Redéploiement de l'UNEDIC à la CNAV	0,0	0,25	0,8	0,9	0,9
Besoin de financement des régimes après redéploiement	-0,2	-0,55	-1,2	-1,9	-2,2

NB. L'hypothèse est celle d'un redéploiement de cotisations au bénéfice de la branche vieillesse équivalent à l'excédent de l'UNEDIC, dans la limite, d'une part, des besoins de la CNAV et, d'autre part, de 3 points de cotisation.

Source : conseil d'orientation des retraites.

L'amélioration observée du besoin du financement des régimes à l'horizon 2050 plaide clairement pour la mise en œuvre d'une telle mesure. **Votre Rapporteur pour avis estime nécessaire un basculement d'une partie des cotisations chômage vers les cotisations vieillesse au plus tôt, tout en étant parfaitement conscient du fait que la lente réduction du déficit de l'UNEDIC ne rend pas cette mesure réalisable avant 2011.**

B.— UNE DÉGRADATION CONTENUE DES COMPTES DU FONDS DE SOLIDARITÉ VIEILLESSE

Le fonds de solidarité vieillesse (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 d'avantages vieillesse non contributifs relevant de la solidarité nationale.

Les comptes du FSV sont sujets à des fluctuations parfois importantes : en effet, les recettes de CSG sont fortement liées à la progression de la masse salariale, les dépenses au titre du chômage dépendantes de la situation du marché de l'emploi ; la part de C3S affectée au fonds est très variable, en fonction de son rendement global, mais aussi de la part affectée aux autres attributaires (ORGANIC, CANCAVA, CANAM).

Mais plus encore, de nombreuses mesures nouvelles ont eu, année après année, un impact significatif sur les comptes du fonds, notamment l'accroissement de la part des majorations de pensions prises en charge par la CNAF, la création de nouvelles recettes par la loi de réforme des retraites, la modification des règles d'indemnisation du chômage dans le cadre des conventions UNEDIC, etc.

1.— Une réduction du déficit du FSV en 2006 et 2007

Le fonds est constamment déficitaire depuis 2001, et son solde cumulé est négatif depuis 2002. Son déficit s'est aggravé tendanciellement entre 2003 et 2005, avec la forte croissance des dépenses qui a résulté de la montée du chômage et des revalorisations du SMIC. Après avoir enregistré un déficit de 2 milliards d'euros en 2005, le FSV devrait voir son déficit diminuer pour atteindre -1,2 milliard en 2006 et -0,7 milliard d'euros en 2007.

En 2006, les produits du fonds augmentent de 6,4 %, principalement sous l'impulsion de la part de la CSG affectée au fonds (près de 78 % du montant total des produits). Les dépenses affichent une certaine stabilité en raison principalement de la baisse des prises en charge de cotisation au titre du chômage.

Les prévisions de recettes pour 2007 s'établissent à 13,9 milliards d'euros pour des prévisions de charges atteignant 14,5 milliards d'euros. En effet, les produits du fonds augmenteraient moins rapidement qu'en 2006, en raison de la baisse de la CSG sur les revenus du capital qui tient à la disparition de la recette liée à la taxation du stock de PEL de plus de 10 ans, recette qui a porté uniquement sur 2006. Le ralentissement de la CSG serait toutefois atténué par l'évolution dynamique de la masse salariale du secteur privé. Les charges du fonds diminueraient toujours avec l'effet de la baisse des prises en charge de cotisation au titre du chômage : celle-ci serait due à la fois à la baisse du chômage et au ralentissement du coût moyen du chômeur pour le FSV.

COMPTE DE RÉSULTAT DU FSV

	2005	2006 (p)	2007 (p)
Dépenses	14,69	14,70	14,55
Prise en charge de cotisations chômage	8,35	8,16	7,80
Prise en charge des prestations minimum vieillesse	2,60	2,65	2,68
Prise en charge des prestations pour majorations de pensions	3,55	3,72	3,89
Diverses charges techniques	0,16	0,16	0,17
Recettes	12,66	13,48	13,96
CSG, impôts et taxes affectés	10,56	11,28	11,65
C3S	0,20	0,24	0,24
Prélèvement social de 2 %	0,39	0,48	0,49
Prestations prises en charge par la CNAF	2,09	2,19	2,29
Produits financiers, produits exceptionnels et autres produits	0,02	0,02	0,02
SOLDE	-2,01	-1,22	-0,59
SOLDE CUMULÉ	-3,70	-4,92	-5,51

Source : annexe 8 au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Par ailleurs, le FSV bénéficiera, à hauteur de 73 millions d'euros, de la disposition prévue par l'article 16 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, consistant à modifier des modalités de versement par les établissements financiers des contributions sociales sur les revenus de placement.

2.– Un déficit cumulé qui atteindrait 5,6 milliards d'euros fin 2007

Comme cela a été détaillé dans le chapitre I du présent rapport, le FSV avait un solde cumulé positif (+1,2 milliard d'euros) en 2001. À partir de cette date, le fonds a vu son champ d'intervention et ses recettes modifiés par le législateur à plusieurs reprises, et son résultat annuel est déficitaire depuis cette date. Le déficit cumulé du FSV a atteint - 3,7 milliards d'euros fin 2005.

Dans ces conditions, le fonds n'est plus en mesure de financer les dépenses mises à sa charge et son déficit pèse sur la trésorerie de la CNAV, qui est le principal régime financé par ce fonds. Fin 2007, le solde cumulé atteindrait donc -5,6 milliards d'euros, soit l'équivalent de 40 % de ses produits annuels, mais sa dégradation ralentirait.

ÉVOLUTION DU SOLDE ANNUEL ET DU SOLDE CUMULÉ DU FSV

(en millions d'euros)

	2004	2005	2006	2007
Solde du FSV	-639,0	-2.004,7	-1.216,1	-664,0
Solde cumulé du FSV	-1.695,8	-3.700,5	-4.916,7	-5.580,7

Source : direction de la sécurité sociale.

C.– LE FONDS DE RÉSERVE POUR LES RETRAITES

Le fonds de réserve pour les retraites (FRR) a été instauré par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999. La loi du 17 juillet 2001 l'a rendu autonome à compter du 1^{er} janvier 2002. Il a pour mission de gérer les sommes qui lui sont affectées afin de constituer des réserves financières au profit des régimes obligatoires d'assurance vieillesse suivants : la caisse nationale d'assurance

vieillesse des travailleurs salariés (CNAV), la caisse autonome nationale de compensation de l'assurance vieillesse artisanale (CANCAVA), la caisse de compensation de l'organisation autonome nationale de l'industrie et du commerce (ORGANIC) et le régime des salariés agricoles, intégré financièrement au sein du régime général. Elles sont destinées à être reversées progressivement à compter de 2020.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 a confié au fonds une nouvelle mission : celui-ci gère pour le compte de la CNAV, jusqu'en 2020, 40 % de la soulte versée par la caisse nationale des industries électriques et gazières (IEG), dont le montant s'élève à 3,06 milliards d'euros. Cette soulte, qui est la contrepartie de l'adossment au régime général du régime IEG, est gérée comme l'ensemble des actifs du fonds, mais elle est identifiée dans les comptes du FRR afin de la reverser dans son intégralité, augmentée de son rendement de placement, à la CNAV à compter de 2020. Cette somme n'est donc pas comptabilisée dans le résultat cumulé.

Les orientations de la politique de placement du fonds ont été modifiées en avril 2006 afin de procéder à une diversification et de réduire les risques encourus. Au 30 juin 2006, le total des encours du fonds, dont la gestion est activée par délégation aux institutions financières, atteint 19,53 milliards d'euros, soit 79,3 % du total de ses réserves.

1.– Des sources de financement en voie de tarissement

Après 1,53 milliard d'euros en 2005, les recettes non financières du FRR s'élèvent à 1,5 milliard d'euros en 2006. La seule recette pérenne en augmentation est le produit du prélèvement social de 2 % sur les revenus du capital (83 % des recettes). Les excédents de la CNAV ayant fortement reculé en 2004, leur reversement a atteint 255 millions d'euros en 2005 (16,6 % des recettes). Les autres sources de recettes ont disparu ou sont insignifiantes.

Les produits financiers pour 2005 s'élèvent à 1.347,7 millions d'euros. Ils proviennent, pour la plus grande partie, des plus-values réalisées par les placements des actifs faisant l'objet des mandats de gestion (1.172 millions d'euros). Ces produits financiers ne prennent pas en compte les plus-values latentes qui s'élevaient fin 2005 à 2,05 milliards d'euros⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Il est en effet nécessaire de distinguer les plus-values réalisées, enregistrées dans les produits financiers, qui correspondent à des cessions de titres ou à des rémunérations de comptes à terme, et les plus-values latentes, non enregistrées dans les produits financiers mais dans les capitaux propres du fonds, qui correspondent à des titres délégués aux mandataires et qui ont des valeurs actuelles de marché supérieures au prix d'achat initial.

En 2006, les recettes proviennent de la part du prélèvement social de 2 % (1.500 millions d'euros) et du produit des placements financiers réalisés, qui devraient atteindre 1.260 millions d'euros. Les réserves constituées fin 2006 devraient s'élever à 23,5 milliards d'euros hors soulte IEG (3,06 milliards d'euros) et hors plus-values latentes.

Le fonds de réserve ne bénéficie donc plus que d'une seule recette parmi les ressources qui lui sont normalement affectées : le prélèvement social de 2 % sur les revenus du capital, qui rapporte environ 1,5 milliard d'euros par an. En effet, aucun versement de C3S n'est intervenu depuis 2000, et étant donné la situation démographique, le fonds ne doit plus compter sur des versements de la CNAV à l'avenir. Par ailleurs, la loi de finances rectificative pour 2005 a prévu que les produits des privatisations pourraient lui être affectés, mais aucune affectation de cet ordre n'est prévue à ce jour.

Fin 2007, le solde cumulé du fonds, hors plus-values latentes et soulte des IEG, s'élèverait à 26,2 milliards d'euros. Il représente moins de 17 % de l'objectif fixé au fonds lors de sa création en 1999.

L'article 15 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit l'affectation au fonds des avoirs en déshérence de l'assurance vie, ce qui permettrait à terme d'accroître ses réserves de l'ordre de 2 milliards d'euros, selon le Gouvernement. Seuls 20 millions d'euros sont prévus à ce titre pour 2007.

2.– Les perspectives du FRR après 2020

Les dernières projections financières du conseil d'orientation des retraites, dans son troisième rapport « *Retraites : perspectives 2020 et 2050* »⁽¹⁾, dépendent fortement de l'hypothèse de chômage retenue. En effet, le solde cumulé du fonds de réserve pour les retraites évolue principalement en fonction de la situation financière du FSV, laquelle est très corrélée avec les perspectives de chômage. Les différentes projections, qui ne retiennent, par convention, aucune ressource exceptionnelle nouvelle, sont présentées dans le tableau suivant.

RÉSERVES DU FRR À L'HORIZON 2020

(en milliards d'euros)

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

Source : conseil d'orientation des retraites et direction de la sécurité sociale.

(1) Conseil d'orientation des retraites, rapport du 29 mars 2006.

Un abondement récurrent de recette à hauteur de 1 milliard d'euros sur la période 2007-2020 conduirait à un montant de 145 milliards d'euros avec un taux de chômage à 4,5 %.

Sur la base de ces projections, le COR a analysé les éléments de principe touchant aux opérations futures de décaissement des réserves du FRR, tout en précisant que les incertitudes actuelles sur les besoins de financement des régimes ne permettent pas de présenter pour le moment un scénario précis. En se basant sur l'hypothèse initiale que les régimes sont équilibrés *in fine* et si nécessaire par une hausse des cotisations, le COR a estimé que la nécessité première est de **prolonger la durée de décaissement du FRR** sur une période de 2020 à 2040, voire 2050 (contre une période de 2020-2030 initialement prévue). Cette analyse du COR a été intégrée par le fonds, qui a adopté, lors de son conseil de surveillance du 16 mai 2006, une délibération allongeant la durée de décaissement du FRR et par là même son horizon de placement à 2040.

En second lieu, le COR estime que les décaissements du FRR dépendront fortement des autres mesures qui seront prises pour couvrir les besoins de financement des régimes concernés. Le COR affirme en effet que le FRR n'a pas vocation à dispenser les régimes des adaptations nécessaires en matière de recettes ou de dépenses, mais il peut permettre à la fois de rendre ces adaptations plus progressives et d'éviter de reporter sur les générations futures des charges trop lourdes. Dans ces conditions, le FRR sera à même de couvrir les besoins complémentaires de ces régimes.

IV.- LA CNSA : LE FINANCEMENT DU HANDICAP ET DE LA DÉPENDANCE

Créée par la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a pour mission de rassembler en une unique structure les moyens mobilisables au niveau national pour prendre en charge la perte d'autonomie et une partie des dépenses de soins des personnes âgées et des personnes handicapées.

La loi 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 laquelle assure notamment, depuis le 1^{er} janvier 2006, la répartition équitable sur le territoire national du montant des dépenses des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées financés par l'assurance maladie.

A.– LES RECETTES DE LA CNSA

La CNSA est dotée de produits propres :

→ la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA), créée par la loi du 30 juin 2004, et qui se décompose comme suit :

– une contribution de 0,3 % acquittée par les employeurs privés et publics sur la même assiette que les cotisations patronales d'assurance maladie. Elle est due en contrepartie du travail accompli durant la « journée nationale de solidarité » ;

– une contribution additionnelle de 0,3 % au prélèvement social sur les revenus du patrimoine ;

– une contribution additionnelle de 0,3 % au prélèvement social sur les produits de placement.

→ deux ressources précédemment affectées au fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (FFAPA) :

– la participation des régimes obligatoires de l'assurance vieillesse ;

– une fraction de 0,1 % de CSG sur les revenus d'activité, de remplacement, sur les revenus du patrimoine et des placements, et sur les jeux.

Le tableau ci-dessous présente le détail de l'ensemble des recettes affectées à la CNSA pour l'année 2005, ainsi que les prévisions relatives à 2006 et 2007.

RECETTES DE LA CNSA

(en millions d'euros)

	2005	2006	2007
Recettes résultant de la CSA			
Contribution sur les revenus salariaux	1.687	1.734	1.813
Contribution additionnelle sur les revenus du patrimoine	161	160	195
Contribution additionnelle sur les produits de placement	100	201	170
TOTAL CSA	1.948	2.095	2.178
Recettes précédemment versées au FFAPA			
CSG sur les revenus d'activité et de remplacement	836	871	906
CSG sur les revenus du patrimoine	56	53	63
CSG sur les revenus de placements	40	66	57
CSG sur les jeux	8	5	5
TOTAL CSG	940	995	1.031
Participation des régimes d'assurance vieillesse	62	64	65
TOTAL RECTTES CNSA	2.951	3.154	3.274

Source : direction de la sécurité sociale.

Dans son rapport sur la mise en place et l'affectation des ressources de la CNSA, rendu public le 10 juillet 2006, la Cour des comptes constate que les nouvelles recettes créées en 2004, dont celles de la « journée de solidarité », ont bien été intégralement affectées à la caisse et que « *contrairement aux craintes qui ont pu être formulées, il n'y a pas eu, à ce stade, d'effet de substitution. Les nouvelles recettes ont permis à la fois de consolider par des ressources définitives le concours de l'Etat aux départements pour le financement de l'APA, et d'affecter globalement aux établissements accueillant des personnes dépendantes des ressources nettement plus élevées* ».

B.- UNE MONTÉE EN CHARGE PROGRESSIVE DE LA CNSA

En 2004 la CNSA, gérée par le FSV, a repris les missions confiées au fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (FFAPA) par la loi du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, à savoir :

- la participation au financement des dépenses des départements au titre de l'APA ;

- le financement de dépenses de modernisation des services ou de professionnalisation de tous les métiers qui apportent au domicile des personnes âgées dépendantes une assistance dans les actes quotidiens de la vie.

Elle apporte également une contribution au financement, par les régimes obligatoires de base de l'assurance maladie, des établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et participe au financement de dépenses d'animation et de prévention dans les domaines d'action de la caisse en ce qui concerne les personnes âgées. La loi du 11 février 2005 a élargi cette contribution à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes handicapées.

Au total, les dépenses de la CNSA sont ainsi passées de 1,1 milliard d'euros en 2004 à 2,4 milliards d'euros en 2005 : le financement de l'APA a atteint 1.341 millions d'euros, le financement des établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et personnes handicapées a représenté quand à lui 524 millions d'euros en 2005. Enfin, un excédent de 500 millions d'euros a été réaffecté en 2006 à la mise en œuvre d'un plan exceptionnel d'aide à la modernisation des établissements pour personnes âgées et personnes handicapées.

EXÉCUTION DU BUDGET DE LA CNSA EN 2005

(en millions d'euros)

DÉPENSES		RECETTES	
Section I : Actions en faveur des personnes âgées			
Charges financières	0,3	Excédent 2004 section « Remboursement de l'emprunt »	
Autres charges de gestion courante et charges de gestion techniques	779,4	Autres produits de gestion courante et produits de gestion technique	779,4
Contribution aux régimes de base d'assurance maladie	374,1	Contribution de solidarité pour l'autonomie	779,4
Dépenses d'animation et de prévention	2,9		
Abondement de fonds de concours	50		
Charges techniques	4,7		
Contribution de gestion courante	2,2		
Excédent	345,2		
Section II : Actions en faveur des personnes handicapées			
Autres charges de gestion courante et charges de gestion technique	779,4	Autres produits de gestion courante et produits de gestion technique	779,4
Contribution aux régimes de base d'assurance maladie	150	Contribution de solidarité pour l'autonomie	779,4
Abondement de fonds de concours	459,2		
Charges techniques	4,7		
Contribution de gestion courante	2,2		
Excédent	163,3		
Section III : Concours aux départements pour le financement de l'APA			
Autres charges de gestion courante et charges de gestion technique	1.353,4	Autres produits de gestion courante et produits de gestion technique	1.353,4
Concours aux départements	1.341,1	CSG non déductible	892,7
Charges techniques	10	Contribution de solidarité pour l'autonomie	389,7
		Contribution des régimes d'assurance vieillesse	62,2
		Autres produits	8,8
Section IV : Modernisation de l'aide à domicile aux personnes âgées			
Autres charges de gestion courante et charges de gestion technique	48,8	Autres produits de gestion courante et produits de gestion technique	48,8
Dépenses de modernisation des services	29,7	CSG non déductible	47,1
Charges techniques	0,4	Produits exceptionnels	1,7
Excédent	18,7		
Section V : Frais de gestion			
Frais de gestion	4,5	Autres produits de gestion courante et produits de gestion technique	4,5
TOTAL	2.961,1		2.961,1

Source : direction de la sécurité sociale.

À partir de 2006, la CNSA gère l'ONDAM médico-social et voit par conséquent la structure de ses charges et de ses produits largement reconfigurée. S'agissant des produits, qui s'élèvent au total à 14,7 milliards d'euros, 11 milliards d'euros seront reçus des régimes d'assurance maladie, correspondant à l'ONDAM médico-social, et comptabilisés au titre des produits de gestion technique dans les comptes de la CNSA.

S'agissant des charges, 11,9 milliards d'euros devraient être versés aux régimes d'assurance maladie au titre des charges de prestations relatives aux établissements et services médico-sociaux.

La CNSA se voit aussi confier à partir de 2006 des compétences nouvelles définies par la loi du 11 février 2005 : la prise en charge de la prestation de compensation du handicap (PCH), dont le coût est estimé à environ 530 millions d'euros, et le financement des maisons départementales du handicap à hauteur de 20 millions d'euros.

Enfin, en 2006, la CNSA finance également des plans d'aide à la modernisation des établissements : 350 millions d'euros destinés aux établissements pour personnes âgées et 163 millions d'euros pour les établissements pour personnes handicapées.

En 2006 a également été mis en place un objectif global de dépenses (OGD) délégué à la CNSA et financé par le montant de l'ONDAM transféré par l'assurance maladie et par l'apport propre de la CNSA.

Ces compétences nouvelles confiées à la CNSA ont conduit à une **augmentation des frais de gestion** de la caisse, qui sont passés de 4,1 millions d'euros en 2005 à 14,1 millions d'euros de prévision pour 2007, dont la moitié est consacrée aux dépenses de personnel.

En effet, en 2004, la CNSA n'a pas disposé de personnel en propre et a fonctionné avec le personnel mis à disposition par le FSV, notamment les agents qui étaient affectés à la gestion du FFAPA (9 personnes). À partir de février 2005, une équipe d'une douzaine de personnes a été mise en place, et l'effectif à la fin de l'année 2005 s'est établi à 55 personnes. Au 30 juin 2006, la CNSA dispose d'un effectif de 65 personnes, comme le montre le tableau ci-dessous.

EFFECTIFS DE LA CNSA DE 2004 À 2006

	2004	31/12/2005	30/06/2006
Agents de droit public		23	25
Agents de droit privé UCANSS		32	40
Total	10	55	65

**En 2004, la CNSA ne dispose pas d'agents en propre, mais seulement des agents mis à disposition par le FSV.*

Source : direction de la sécurité sociale.

L'effectif 2007 devrait se situer à environ 85 personnes.

BUDGET RÉVISÉ DE LA CNSA EN 2006

(en millions d'euros)

CHARGES	Crédits	PRODUITS	Crédits
Section I. Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	12.156,5	Section I. Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	12.156,5
<i>Sous-section I. Établissements et services pour personnes handicapées</i>	6.909,6	<i>Sous-section I. Établissements et services pour personnes handicapées</i>	6.909,6
Remboursement aux régimes d'assurance maladie	6.870,0	Contribution de solidarité autonomie (CSA)	266,6
Fonds de concours « Groupe d'entraide mutuelle » (GEM)	20,0	Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	6.643,0
Charges techniques et contribution à la section VI	7,5		
Excédent	12,1		
<i>Sous-section II. Établissements et services personnes âgées dépendantes</i>	5.246,8	<i>Sous-section II. Établissements et services personnes âgées dépendantes</i>	5.246,8
Remboursement aux régimes d'assurance maladie	4.986,0	Contribution solidarité autonomie (CSA)	837,2
Abondement exceptionnel	18,6	Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	4.391,0
Charges techniques et contributions aux sections V et VI	17,3	Utilisation de l'excédent 2005	18,6
Excédent	225,0		
Section II. Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	1.422,9	Section II. Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	1.422,9
Concours versés aux départements (APA)	1.418,0	CSA	418,6
Charges techniques et contribution à la section VI	4,9	CSG	935,3
		Contribution des régimes d'assurance vieillesse	64,0
Section III. Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées	575,6	Section III. Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées	575,6
Concours versés aux départements (PCH)	528,6	CSA	570,6
Concours versés aux départements (MDPH)	20,0	Produits financiers	5,0
Versement de la CNAF au titre de la majoration AEEH	15,0		
Charges techniques et contributions aux sections V et VI	12,0		
Section IV. Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service	59,7	Section IV. Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service	59,7
Dépenses de modernisation, professionnalisation et formation	59,5	CSG	59,7
Charges techniques et contribution à la section VI	213,9		
Section V. Personnes en perte d'autonomie : autres dépenses	532,9	Section V. Personnes en perte d'autonomie : autres dépenses	532,9
<i>Sous-section I. Actions en faveur des personnes âgées</i>	359,6	<i>Sous-section I. Actions en faveur des personnes âgées</i>	359,6
Dépenses d'animation, prévention et études	10,0	Prélèvement sous-section II de la section I	10,0
Plan d'aide à la modernisation des établissements	349,6	Excédents 2004 et 2005	349,6
<i>Sous-section II. Actions en faveur des personnes handicapées</i>	173,3	<i>Sous-section II. Actions en faveur des personnes handicapées</i>	173,3
Dépenses d'animation, prévention et études	10,0	Prélèvement sur la section III	10,0
Plan d'aide à la modernisation des établissements	150,0	Excédent 2005	163,3
Autres actions	13,3		
Section VI. Frais de gestion de la caisse	14,0	Section VI. Frais de gestion de la caisse	14,0
Total dépenses prévisionnelles	14.490,0	Total recettes prévisionnelles	14.727,6
Excédent prévisionnel	237,6		

C.– LES PRÉVISIONS BUDGÉTAIRES DE LA CNSA POUR 2007

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 propose la création d'un congé de soutien familial, l'extension aux personnes handicapées du financement des actions de modernisation de l'aide à domicile, l'affectation d'une fraction des excédents de 2006 au financement des établissements médico-sociaux pour personnes âgées, et les modifications des règles de versement des acomptes sur les prélèvements sociaux assis sur les revenus de placement. **L'ensemble de ces mesures devrait conduire la CNSA à accuser un déficit fin 2007 de l'ordre de 46,5 millions d'euros.** Le budget est consacré aux dépenses suivantes :

– 12.902 millions d'euros sont consacrés au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux (section 1) en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées ; pour ces dernières, le Plan Solidarité – grand âge lancé par le Gouvernement en 2006 porte l'objectif de dépenses de la dépendance, qui recouvre la totalité des financements des établissements et services concernant les personnes âgées, à 5,6 milliards d'euros en 2007, soit 649 millions d'euros supplémentaires (+ 13,04 %). Ce sont 1.130 millions d'euros qui sont apportés à ce titre par la contribution de solidarité pour l'autonomie ;

– le concours au financement de l'APA s'élèvera à 1.475 millions d'euros, en hausse de 33 millions d'euros par rapport à 2006, dont 435 millions d'euros assurés par les recettes de la journée de solidarité ;

– près de 600 millions d'euros seront consacrés aux départements pour le versement de la prestation de compensation du handicap et le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées, financement assuré en quasi-totalité par les recettes de la journée de solidarité ;

– le reste des dépenses est consacré à la modernisation, la professionnalisation et la formation (72,9 millions d'euros sont prévus), ainsi qu'aux dépenses d'animation, de prévention et aux études pour 20 millions d'euros en 2007. En revanche, la CNSA ne renouvelerait pas les plans d'aide à la modernisation des établissements, ce qui représente une moindre charge de 510 millions d'euros.

BUDGET PRÉVISIONNEL DE LA CNSA POUR 2007

(en millions d'euros)

CHARGES	Crédits	PRODUITS	Crédits
Section I. Financement des établissements sociaux et médico-sociaux	12.902,5	Section I. Financement des établissements sociaux et médico-sociaux	12.902,5
<i>Sous-section I. Établissements et services pour personnes handicapées</i>	7.252,5	<i>Sous-section I. Établissements et services pour personnes handicapées</i>	7.252,5
Remboursement aux régimes d'assurance maladie	7.211,0	Contribution de solidarité autonomie (CSA)	277,5
« Groupe d'entraide mutuelle » (GEM)	20,0	Contribution régimes d'assurance maladie	6.975,0
Charges techniques et contribution aux autres sections	21,5		
<i>Sous-section II. Établissements et services personnes âgées dépendantes</i>	5.650,0	<i>Sous-section II. Établissements et services personnes âgées dépendantes</i>	5.650,0
Remboursement aux régimes d'assurance maladie	5.626,0	Contribution solidarité autonomie (CSA)	871,2
Abondement exceptionnel	18,6	Contribution régimes d'assurance maladie	4.732,0
Charges techniques et contributions aux sections V et VI	24,0	Utilisation de l'excédent 2006	46,8
Section II. Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	1.475,3	Section II. Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	1.475,3
Concours versés aux départements (APA)	1.451,3	CSA	435,6
Charges techniques et contribution à la section VI	18,3	CSG	969,1
Congé de soutien familial	5,7	Contribution des régimes d'assurance vieillesse	64,5
Section III. Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées	599,8	Section III. Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées	599,8
Concours versés aux départements (PCH)	538,3	CSA	593,7
Concours versés aux départements (MDPH)	30,0	Produits financiers	6,1
Majoration AEEH (versement CNAF)	15,0		
Charges techniques et contributions aux sections V et VI	16,6		
Section IV. Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service	73,7	Section IV. Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service	73,7
<i>Sous-section I. Personnes âgées</i>	61,9	<i>Sous-section I. Personnes âgées</i>	61,9
<i>Sous-section II. Personnes handicapées</i>	11,9	<i>Sous-section II. Personnes handicapées</i>	11,9
Section V. Personnes en perte d'autonomie : autres dépenses	20,0	Section V. Personnes en perte d'autonomie : autres dépenses	20,0
<i>Sous-section I. Actions en faveur des personnes âgées</i>	10,0	<i>Sous-section I. Actions en faveur des personnes âgées</i>	10,0
<i>Sous-section II. Actions en faveur des personnes handicapées</i>	10,0	<i>Sous-section II. Actions en faveur des personnes handicapées</i>	10,0
Section VI. Frais de gestion de la caisse	14,1	Section VI. Frais de gestion de la caisse	14,1
Total dépenses prévisionnelles	15.039,1	Total recettes prévisionnelles	14.992,6
Déficit prévisionnel	46,5		

EXAMEN EN COMMISSION

A.— AUDITION DES MINISTRES

Au cours de sa première séance du mercredi 11 octobre 2006, votre 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 2007, 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, après avoir 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, a souligné que l'on assiste, à quelques mois d'une échéance politique importante, à des mouvements qui ne s'expliquent pas toujours par des raisons objectives. Ainsi, la médecine de ville s'inquiète du niveau de la part de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) qui lui est attribuée, l'estimant extrêmement faible. Pour leur part, les hôpitaux et cliniques privés sont préoccupés par l'annonce, il y a un mois, de la baisse de leurs tarifs, et se demandent ce qu'ils vont devenir en janvier prochain, tandis que l'hôpital public, dont l'ONDAM croît de façon satisfaisante, n'en nourrit pas moins certaines craintes. Face à tout cela, il importe de disposer d'informations exactes. Tel est précisément le but de cette audition.

M. Charles de Courson, Président, a indiqué que la commission des Finances est heureuse de cette réunion commune avec la commission des Affaires culturelles sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007. Elle ne peut que manifester une certaine inquiétude devant l'évolution des chiffres. En effet, le rôle joué par le déficit des comptes sociaux et leur impact sur le déficit des comptes publics est particulièrement inquiétant. Il est important de pacifier aujourd'hui les relations financières entre l'État et la sécurité sociale. L'État ne peut pas financer à fonds perdus la protection sociale si la sécurité sociale ne maîtrise pas mieux ses comptes. Les dettes réciproques doivent donc être réglées afin que chacun soit responsabilisé. Ce travail d'inventaire concerne aussi la politique de l'emploi car si l'État compense intégralement les exonérations de charges, celles-ci ne sont peut-être pas toujours complètement utiles. Dans la lignée d'un récent rapport de la Cour des comptes remis à la commission des finances, il conviendra aussi de s'interroger sur cette question.

Dans le cadre des travaux de la conférence annuelle des finances publiques, votre Rapporteur général, M. Gilles Carrez, est chargé d'examiner les conséquences du vieillissement de la population sur l'ensemble des comptes publics. Il s'agit donc de réorienter l'argent public en tenant compte des besoins

induits par le vieillissement de la population. Ici encore, ces données à long terme feront l'objet d'un débat. Enfin, si le taux de prélèvements obligatoires, en 2006, est de 44 % du PIB, 22,2 % du PIB est consacré aux dépenses relevant des administrations de sécurité sociale. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 permettra aussi de faire le point sur ces dépenses publiques.

À l'invitation de **M. Jean-Michel Dubernard, Président de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales**, **M. Xavier Bertrand, ministre de la Santé et des solidarités**, a proposé de s'en tenir à un bref propos introductif, soulignant que pour la première fois cette année, l'exposé détaillé des mesures contenues dans ce projet de loi de financement a été transmis aux présidents des commissions parlementaires compétentes en même temps qu'à la Commission des comptes de la sécurité sociale. Il devrait donc être possible de consacrer plus de temps à répondre aux questions des commissaires.

Même si le temps de l'autosatisfaction n'est pas venu, il ne faut pas non plus se livrer à l'autoflagellation : la sécurité sociale va mieux et la branche maladie va beaucoup mieux. Voilà qui devrait réjouir chacun et sur tous les bancs. Si certains avaient laissé filer les choses en retardant les réformes, celles qui ont été mises en œuvre à partir de 2003 et 2004 ont porté leurs fruits. Sans la réforme de l'assurance-maladie, le déficit aurait été de 16 milliards d'euros pour la seule année 2005, ce qui aurait signifié tout simplement la faillite de ce système. Pourtant, dans le débat sur cette réforme, on n'a guère entendu de propositions alternatives, si ce n'est celles, très alternatives, du parti communiste.

Ce qui est aujourd'hui présenté pour la fin 2007, c'est un budget en déficit de 3,9 milliards d'euros, c'est-à-dire divisé par quatre : jamais, depuis trente ans, on n'avait obtenu de tels résultats, de façon aussi durable. Sans doute certains diront-ils que cet objectif ne pourra être tenu, mais ce sont les mêmes qui disaient que l'on ne parviendrait jamais à ramener le déficit à 8,3 milliards en 2005 – alors qu'il l'a été, dans les faits, à 8 milliards, soit 300 millions de moins. Les mêmes encore affirmaient qu'il était impossible de tenir l'objectif de 6,3 milliards à la fin 2006. Une fois encore, ils avaient raison et le gouvernement s'était trompé : le déficit sera de 6 milliards seulement ! Ceux qui mettent en doute la crédibilité des chiffres devraient donc faire preuve soit de mémoire soit de pudeur, et reconnaître qu'à chaque fois que le présent gouvernement a pris des engagements, ils ont été tenus.

Si chacun est libre de faire des remarques, il n'est pas possible de laisser dire ce qui ne correspond en aucune façon à la réalité. Les différentes réformes entreprises depuis trente ans n'ont pas été couronnées de succès, et l'on peut sur ce point renvoyer gauche et droite dos à dos. Pour la première fois, les résultats sont constants et durables, puisqu'ils sont observés depuis maintenant deux ans et demi. Ce succès s'explique peut-être par le fait que l'on n'a pas recherché le spectaculaire et le brutal, qui n'ont pas leur place en matière de sécurité sociale. Le travail accompli s'est appuyé sur les travaux du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie (HCAAM), où chacun est représenté, et qui ont montré le

manque d'organisation et de gestion de la santé, véritables maux du système français.

Avec constance, car la politique est aujourd'hui avant tout un art d'exécution, le gouvernement a fait attention, comme l'ensemble des Français, assurés sociaux et professionnels de santé. C'est ce qui a permis d'obtenir des résultats et de diviser par quatre le déficit de la branche maladie en moins de trois ans. Désormais, le redressement des comptes n'est pas seulement souhaité : il est en cours !

N'en déplaise aux Cassandre, on constate aussi que l'ONDAM a été atteint année après année. On dit aujourd'hui – le président Jean-Michel Dubernard y a fait allusion – que l'ONDAM de ville est insuffisant et que la différence est trop marquée avec l'ONDAM hospitalier. Mais que ne l'a-t-on dit l'an dernier, quand l'ONDAM hospitalier était à 3,42 % et l'ONDAM de ville à 0,9 %? Où est la révolution par rapport à l'année dernière? Cela a-t-il empêché que ce dernier soit respecté? Que, sur les premiers mois de l'année, l'hôpital parvienne à tenir le sien, ce qui n'était pas arrivé depuis sept ans? Cela a-t-il empêché que les professionnels de santé bénéficient de mesures de revalorisation attendues? Il faut savoir ce que l'on veut : ce n'est pas dans dix ans qu'il faudra se lamenter sur l'attractivité perdue des professions médicales. Il faut cesser, sur ce sujet comme sur les autres, d'avoir un discours variable, voire schizophrénique, selon que l'on se trouve dans certains lieux d'exercice du pouvoir ou sur le terrain.

Quoi qu'il en soit, l'objectif de progression de l'ONDAM que le gouvernement se fixe pour l'an prochain est de 2,5 %, ce qui représente un effort global d'économies de 2,8 milliards d'euros. Car si rien n'est fait, le déficit progresse chaque année de 2,5 milliards : voilà la réalité tendancielle, qui s'explique par le vieillissement de la population et par le progrès médical. On ne passe pas naturellement d'un déficit de 8 milliards d'euros à un déficit de 6 milliards d'euros. Un certain nombre de mesures de recettes sont également prévues, dont le détail a été communiqué aux commissions.

Le choix a aussi été fait de demander avant tout aux Français de jouer le jeu du médecin traitant et de prendre des médicaments génériques. Ces priorités ont été respectées. Depuis 2004, les contrôles effectués par l'assurance maladie ont été doublés, ce qui permet de mieux vérifier, dans un système solidaire, que chaque euro est justement dépensé. Le gouvernement continuera dans cette voie : celles et ceux qui abusent du système ou qui fraudent doivent savoir que plus personne ne pourra échapper aux contrôles de l'assurance-maladie, ce qui permettra aussi d'éviter 100 millions d'euros de dépenses, sommes qui pourront être investies dans la modernisation du système de santé.

En 2007, le forfait hospitalier journalier passera de 15 à 16 euros, comme cela avait été annoncé dès 2004 dans le cadre de la réforme. Cette augmentation a vocation à être prise en charge par les organismes complémentaires, les représentants de l'Union nationale des organismes d'assurance complémentaire

(UNOCAM) ayant indiqué hier que cela n'entraînerait au plus qu'une augmentation modérée des tarifs des complémentaires.

Parmi les professionnels de santé, beaucoup disaient que la maîtrise médicalisée ne fonctionnerait jamais. Or, sur les huit premiers mois de l'année, pour la seule médecine de ville, 475 millions d'euros d'économies ont été réalisés. L'objectif fixé sera donc atteint. Pour 2007, l'objectif est de 610 millions d'euros ; il n'y a pas de raison pour qu'il ne soit pas atteint, voire dépassé. La maîtrise médicalisée concerne aussi les hôpitaux, avec la mise en œuvre des accords de bonnes pratiques hospitalières. On sait également que nombre de prescriptions qui ont des conséquences sur la médecine de ville sont effectuées à l'hôpital. L'effort doit donc être partagé.

Ce projet de loi de financement de la sécurité sociale fournira aussi l'occasion de mettre un terme au sentiment d'injustice ressenti par certains praticiens à diplôme extra-communautaire. Les règles proposées sont claires. Elles permettront d'adapter les procédures d'autorisation d'exercice.

S'agissant du médicament, le choix qui a été fait de faire confiance aux professionnels de santé et de fixer un objectif de 70 % de substitution sera atteint et sans doute dépassé. Les baisses de prix de certains médicaments sous brevet donneront leur plein rendement en 2007. Il faut continuer à payer le médicament à son plus juste prix. La taxe sur le chiffre d'affaires des médicaments remboursables sera ramenée à 1 %. Au total, on attend de ce seul secteur 1,8 milliard d'euros d'économies, dans le prolongement à la fois de la réforme et du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006.

Cela n'empêchera pas de permettre la prise en charge de médicaments qui ne disposent pas encore d'une autorisation de mise sur le marché en France, mais dans un autre État membre. Éviter ainsi de recourir à la procédure complexe de l'autorisation temporaire d'utilisation peut être particulièrement utile pour certaines maladies rares.

Le développement des grands conditionnements sera poursuivi ainsi que l'effort pour réduire au maximum les prescriptions injustifiées, avec un objectif de 420 millions d'euros d'économies.

Renforcer le bon usage au sein des établissements pour personnes âgées dépendantes est également une priorité. Il paraît aussi souhaitable, après que la Haute autorité de santé (HAS) aura rendu ses conclusions à la fin de l'année, d'établir la liste limitée des produits qui n'entrent dans le traitement d'aucune affection de longue durée (ALD) et n'ont donc *a priori* pas vocation à être remboursés à 100 %.

Les moyens engagés cette année permettront également à la vie conventionnelle de se dérouler normalement : l'assurance-maladie et les professionnels de santé doivent non seulement pouvoir se parler, se comprendre, mais aussi s'entendre.

Quand on parle de revalorisation, il faut placer en tête des priorités la question des infirmiers. Un certain nombre de mesures ont récemment été prises par le Parlement, en particulier la création d'un ordre infirmier, mais cette dernière ne saurait résumer l'action des pouvoirs publics à l'égard de cette profession, ni apporter la reconnaissance légitime qu'attendent ces professionnels. Les choses sont engagées depuis longtemps, une enquête de représentativité est en cours, mais dès qu'elle sera achevée, le directeur général de l'assurance maladie devra faire en sorte que les négociations aboutissent, c'est ce qu'attendent ces professionnels.

En 2007, la tarification à l'activité passera à 50 %, et à 100 % en chirurgie ambulatoire. Des expérimentations seront également lancées dans le secteur des soins de suite et de réadaptation, comme le Parlement l'avait souhaité.

Les éventuels surplus de recettes fiscales transférées à la sécurité sociale en compensation du coût des allègements sociaux seront affectés à la branche maladie. Cela représente 350 millions d'euros. On est également parvenu à un meilleur ajustement des flux avec les établissements financiers, ce qui permettra de bien comptabiliser en 2007 l'intégralité des prélèvements sociaux dus au titre de l'exercice 2007.

Par ailleurs, l'amélioration des résultats des organismes de sécurité sociale, notamment en application des conventions d'objectifs et de gestion – le recours contre tiers, le recouvrement des prestations versées à tort, le contrôle et la lutte contre le travail dissimulé – apportera des recettes supplémentaires, estimées à 270 millions d'euros.

Il a été également possible de récupérer une part des droits sur le tabac qui ne sont toujours pas revenus à l'assurance-maladie. Sur la part qui reste aujourd'hui versée à l'État, 160 millions d'euros seront destinés à prendre en compte les frais financiers que les branches du régime général supportent encore du fait des dettes de l'État.

M. Philippe Bas, ministre délégué à la Sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, a souligné que l'amélioration très nette des comptes avait permis une réduction de 20 % des déficits de la sécurité sociale en 2006 et permettrait à nouveau une réduction de 20 % en 2007, ce qui est la garantie de pouvoir maintenir un haut niveau de protection sociale.

L'an prochain, le déficit de la branche famille diminuera de près de 50 %. Cela tient surtout à l'évolution des recettes et permettra de continuer à financer des innovations aussi importantes que la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), dont le succès coûte 1,6 milliard d'euros à la branche famille. Il y aura ainsi 250 000 familles bénéficiaires de plus qu'avec les précédents dispositifs. L'an prochain, alors que le déficit de cette branche diminuera donc de façon importante, le nombre de places de crèche augmentera fortement. Alors qu'en 2000, on avait créé 264 places pour toute la France, on en a créé 8 500 en 2006, et on devrait en créer encore 6 000 en 2007.

Les résultats de l'assurance maladie sont d'autant plus remarquables que l'on réussira, en 2007 comme en 2006, à augmenter très fortement les crédits affectés aux maisons de retraite (+ 650 millions d'euros, après une augmentation de 587 millions en 2006 et de 437 millions en 2005) ainsi qu'aux maisons d'accueil et aux foyers médicalisés spécialisés pour les personnes handicapées (+ 376 millions). On le voit, la montée en régime se poursuit pour répondre à l'énorme besoin en médicalisation des maisons de retraite, afin de faire face au véritable tsunami du vieillissement, et pour améliorer l'offre en direction des personnes handicapées.

Entre 2002 et 2007, grâce à cet effort, mais grâce aussi à la journée de solidarité, on aura créé deux fois plus de places dans les établissements pour personnes handicapées qu'au cours de toute la législature précédente. Il faut le souligner : il y a non seulement baisse des déficits, mais aussi augmentation constante de l'effort en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées. Cela a d'ailleurs une traduction en termes d'emplois, les effectifs dans les établissements médico-sociaux étant appelés à s'accroître de 23.000 personnes, après les 20.000 recrutements déjà intervenus cette année. Au moment où l'on reconnaît l'effort des Français dans la réduction des déficits de l'assurance-maladie, il est important de leur montrer que cet effort permet aussi d'apporter des réponses nouvelles à des besoins très importants.

Ce projet de loi de financement traduit aussi les décisions qui ont été annoncées par le Premier ministre lors de la Conférence de la famille, qu'il s'agisse du prêt à taux zéro permettant à des jeunes de s'engager dans la vie professionnelle, ou du congé de soutien familial qui permettra, par exemple, à ceux qui s'occupent d'une personne de leur famille atteinte de la maladie d'Alzheimer de s'arrêter de travailler pendant un an, en étant sûrs de retrouver leur emploi ensuite et sans interruption de leurs cotisations pour la retraite. Une autre mesure de simplification permettra de partager les allocations familiales en cas de garde alternée des enfants.

Pour sa part, la branche accidents du travail revient à l'équilibre, pour la première fois depuis 2001.

L'aggravation du déficit de l'assurance vieillesse, visible dès cette année, se poursuivra l'an prochain. Cela tient d'abord au *papy boom*, les générations nombreuses de l'après-guerre ayant commencé à atteindre l'âge de la retraite en 2005. Il y a eu en outre plus de 320.000 départs à la retraite anticipée, au bénéfice souvent d'ouvriers ayant commencé leur vie professionnelle à quatorze, quinze ou seize ans. Cette mesure de justice, constamment refusée de 1997 à 2002, a été enfin acquise grâce à la réforme des retraites. Près de 350.000 personnes auront ainsi pu partir avec une retraite à taux plein avant d'avoir atteint soixante ans, parce qu'elles ont cotisé et travaillé très longtemps.

Le déficit de l'assurance vieillesse se creuse aussi parce qu'un certain nombre de Français attendent avec anxiété le rendez-vous de 2008. Outre qu'il se

présente plutôt dans de bonnes conditions, il faut rassurer ceux qui se disent qu'il vaut mieux partir maintenant avec une retraite qui n'est pas liquidée à taux plein que d'attendre 2008, date à laquelle ils ne savent pas ce qui va leur arriver. La réponse est apportée clairement par ce projet sous la forme de la garantie absolue que ceux qui ne partiront pas en 2007 alors qu'ils auraient été en droit de le faire ne subiront aucun effet des changements appelés à intervenir en 2008. Ils n'ont donc plus aucune raison d'anticiper leur départ.

Le déficit de l'assurance vieillesse ne peut à proprement parler être qualifié de structurel : il s'agit en fait d'un déficit intervenant de façon anticipée car, comme l'a souligné justement le Conseil d'orientation des retraites (COR), ce déficit évolue comme prévu. Le rendez-vous de 2008 se présente donc dans de meilleures conditions, parce que le chômage baisse rapidement – on en voit d'ailleurs les conséquences sur les recettes de la sécurité sociale qui augmenteront de plus de 4 % en 2007 comme en 2006. La politique de l'emploi est donc bien un élément d'une politique de sécurité sociale et la baisse du chômage laisse escompter un équilibre des régimes à l'horizon 2009.

Il faut aussi rappeler que la réforme des retraites est intervenue en 2003, avec des hypothèses de natalité datant de 2001. Or ces hypothèses ont évolué très favorablement, avec 807 000 naissances l'an dernier et plus de 800.000 les deux années précédentes. Peut-être le mérite n'en revient-il pas exclusivement à la politique familiale mais, si elle n'était pas aussi active, le redressement de la natalité ne serait pas aussi rapide. Du coup, l'INSEE a souligné au début de l'été que le rapport actifs-retraités pourrait atteindre 1,4 en 2050 au lieu de 1,1 comme prévu. Voilà qui doit encourager à mener une politique familiale ambitieuse : c'est une nécessité absolue, y compris pour les retraites.

Un débat a suivi l'exposé des ministres.

M. Jean-Michel Dubernard, Président de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, a d'abord souhaité effectuer un parallèle avec la réforme financière de l'assurance maladie conduite de façon assez brutale en Allemagne. Si ses résultats immédiats ont été impressionnants, ils se sont ensuite rapidement dégradés. En France, la réforme a été plus souple et plus douce, les résultats sont venus plus lentement, mais ils persistent. Sans doute serait-il intéressant que les deux pays mènent à ce propos une réflexion commune, notamment dans le cadre des relations qu'entretiennent les deux commissions du *Bundestag* allemand et de l'Assemblée nationale chargées de la santé.

Par ailleurs, le Président de la République ayant lancé au début de l'année le débat sur l'élargissement de l'assiette de la cotisation employeur, il serait intéressant de savoir quelle suite y a été donnée.

Ce projet de loi de financement de la sécurité sociale propose d'étendre l'aide à la souscription d'une complémentaire santé. Combien de personnes cela

concerne-t-il ? Quel sera le coût d'une telle mesure ? Les remarques de la Cour des Comptes sur la lisibilité des dispositifs ont-elles été prises en compte ?

S'agissant de la maîtrise médicalisée à l'hôpital, le ministre a fait allusion aux instruments mis en place par la loi d'août 2004. Il serait bon de savoir quels en sont aujourd'hui les résultats.

Enfin, la population vieillit et la médecine progresse et cela a bien sûr un coût, mais l'art de l'exécution auquel le ministre fait souvent allusion ne devrait-il pas aussi amener à s'intéresser davantage à la gestion des structures administratives, notamment à l'hôpital, car c'est souvent là que se posent les vrais problèmes ?

Le Président Pierre Méhaignerie a souligné que personne ne doute qu'il y a eu des progrès importants dans la maîtrise des dépenses sociales et dans l'organisation de certains services, comme dans les conditions de départ à la retraite de ceux qui ont commencé à travailler tôt. Mais il ne faut pas tomber pour autant dans la béatitude : la France a devant elle, comme tous les pays européens, des objectifs difficiles à atteindre. Les problèmes sont lourds, qu'il s'agisse des moyens du Fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA) ou des dépenses de la médecine de ville.

Comment lutter efficacement contre les fraudes ?

On a parlé ces dernières années de « casse sociale », mais aucun autre pays d'Europe n'a vu ses dépenses sociales progresser aussi vite que la France. Maintenant, il faut les maîtriser. On sait aussi que l'on a atteint dans un certain nombre de domaines les limites de l'assistance. Il convient donc de s'interroger sur les moyens d'aller vers une certaine maîtrise, en particulier afin de lutter plus efficacement contre les fraudes aux prestations.

Enfin, les expériences de gestion décentralisée des complémentaires dans les départements ont fait la preuve de leur efficacité et de leur caractère social. Ne faudrait-il pas revenir à cette organisation en aidant les départements à monter des projets plus proches des citoyens ?

M. Pierre-Louis Fagniez, Rapporteur pour les recettes et l'équilibre général de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, a indiqué qu'il approuvait les propos exprimés par M. Charles de Courson sur la nécessaire pacification des relations entre les comptes de l'État et ceux de la sécurité sociale. Il faut procéder à la nécessaire compensation des pertes de recettes de cette dernière et régulariser la créance d'au moins cinq milliards d'euros qu'elle détient sur l'État.

Dans ce contexte, aggravé par la remontée des exonérations non compensées en 2006 et en 2007, il serait intéressant de savoir quelles seront les compensations aux pertes de recettes enregistrées par la sécurité sociale en 2006 et en 2007 à la suite de la suppression de l'avoir fiscal. De plus, quelles seront les

conséquences sur les finances de la sécurité sociale de l'adoption du projet de loi sur la participation et l'actionnariat salarié, projet sur lequel le Président Jean-Michel Dubernard, Rapporteur du texte, a plus utilisé son hémisphère « État » que son hémisphère « sécurité sociale » ! Enfin, comment l'État entend accélérer le remboursement de ses dettes vis-à-vis de la sécurité sociale, dettes dont la résorption, au rythme actuel, ne sera pas achevée avant vingt ans ?

Par ailleurs, le ministre délégué ayant indiqué que le déficit prévisionnel 2006 de la branche vieillesse est passé de 1,4 à 2,4 milliards d'euros, il serait intéressant qu'il précise comment on en est arrivé là et quelles sont les perspectives d'évolution.

Si la situation du fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'est améliorée grâce à la conjoncture, tel n'est pas le cas pour le fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA). La caisse centrale de la MSA sera-t-elle contrainte en 2007 de provisionner, au moins partiellement, les créances qu'elle détient sur le FFIPSA ?

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit que le produit des cessions immobilières des hôpitaux peut être reversé à la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM). Est-il de bonne gestion que les ressources exceptionnelles financent des dépenses courantes ?

Enfin, le projet de TVA sociale évoqué par le président de la République a été abandonné mais un projet similaire est appliqué en Allemagne. Quelle est l'opinion du gouvernement à ce propos ?

M. Jean-Marie Rolland, Rapporteur pour l'assurance maladie de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, a posé les questions suivantes :

– Comment serait-il possible de faire mieux connaître l'aide à l'acquisition d'une mutuelle complémentaire ?

– Quels seront les caractéristiques et le coût de la consultation de prévention pour les personnes de plus de soixante-dix ans ?

– Quelles sont les grandes lignes des dispositions prévues pour les médecins à diplôme étranger qui travaillent dans les hôpitaux français ?

– Comment fonctionnera la convention dans une situation économique et politique particulière, en raison de la proximité des élections et compte tenu de l'apparition dans le syndicalisme médical d'un rassemblement un peu hétéroclite d'opposants à ladite convention ?

M. Denis Jacquat, Rapporteur pour l'assurance vieillesse de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, a tout d'abord souhaité interroger les ministres sur l'équilibre du régime général. Comme prévu,

le déficit de la CNAVTS se creuse en raison de l'accroissement imprévu de ses charges, dû pour 10 % aux retraites anticipées pour longue carrière, qui sont plus nombreuses que prévues, et pour 90 % à une modification du comportement des assurés du régime général, qui demandent plus rapidement qu'auparavant l'ouverture de leurs droits à la retraite et qui n'utilisent pas les avantages de la surcote et du cumul emploi-retraite. Or, un mois d'avancement de l'âge moyen de départ en retraite entraîne 350 millions d'euros de dépenses supplémentaires pour le régime général.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale veut agir directement sur ces facteurs de dérive. Tout doit être fait pour inciter les Français à prolonger leur activité professionnelle au-delà de soixante ans. Le gouvernement propose de relever le plafond de cumul des revenus d'activité et de pension de retraite à 1,6 fois le SMIC, pour mettre un terme aux accords professionnels de mise à la retraite d'office de soixante à soixante-cinq ans, pour promouvoir le tutorat, pour prévenir les anticipations de liquidation de pension en prévision d'un changement des paramètres de calcul des pensions, pour rendre plus attractifs les avantages de la surcote et enfin pour renforcer la retraite progressive. C'est un enjeu majeur et il serait donc souhaitable que les ministres fassent le point sur les mesures réglementaires qu'ils s'appêtent à prendre. Comment, en particulier, faire mieux connaître aux Français les dispositions en faveur de la prolongation de l'activité professionnelle ?

La deuxième question porte sur le financement des retraites pendant la transition démographique difficile de 2020 à 2050. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit que le FSV sera de nouveau à l'équilibre fin 2009. Comment le gouvernement compte-t-il résorber la dette accumulée de plus de six milliards d'euros, sachant que la loi prévoit que les excédents du FSV sont affectés au fonds de réserve pour les retraites (FRR) ? L'assainissement du FSV est un enjeu capital, les études du Conseil d'orientation des retraites (COR) le montrent. Il convient donc de rechercher comment lui assurer les financements pérennes nécessaires.

On peut aussi s'interroger sur les dispositions qui sont absentes de ce projet de loi, et en premier lieu sur le dossier des retraites des agents de la Poste et de la Banque postale. La réforme annoncée ne figure pas dans le texte et l'on dit qu'elle pourrait intervenir à l'occasion du projet de loi de finances rectificative. Qu'en est-il exactement ? Par ailleurs, l'échéance du 1^{er} janvier 2007 pour le règlement de la question des retraites des postiers est-elle impérative au regard du droit européen ?

Où en est, par ailleurs, le ministère dans la révision des paramètres financiers des cinq régimes d'avantages sociaux de vieillesse (ASV) ?

Il serait enfin opportun que l'on fasse le point sur la situation des veuves et des veufs, notamment sur celle des 42.000 jeunes veuves qui bénéficient d'un très

faible soutien de l'assurance vieillesse et en faveur desquelles un certain nombre de mesures sont proposées dans le rapport.

Mme Marie-Françoise Clergeau, Rapporteuse pour la famille de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, a tout d'abord rappelé, s'agissant des crèches, que le gouvernement actuel n'avait guère fait que poursuivre ce qui avait été mis en place en son temps par Mme Ségolène Royal lorsqu'elle était ministre déléguée à la famille. Le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, qui a rappelé le chiffre de 264 créations pour toute la France en 2000, se garde bien d'indiquer le nombre des créations en 2001, 2002 et 2003. L'effort a été poursuivi, il faut le reconnaître, mais c'est bien Mme Ségolène Royal qui l'a initié. La Rapporteuse pour la famille s'est par ailleurs étonnée que les ministres présents soient les premiers à ne pas l'avoir reçue sous cette législature.

En 2005, les dépenses d'action sociale de la branche famille ont progressé de 15,2 % au lieu des 7,2 % prévus. Pourtant, la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) avait initialement demandé que l'on prévoie une augmentation d'au moins 12 %, augmentation que le ministre lui avait refusée. La dérive des dépenses l'a conduite à prendre, en cours d'année 2006, plusieurs décisions destinées à maîtriser l'évolution des dépenses destinées à financer les équipements d'accueil pour la petite enfance et les centres de loisirs. Dorénavant, chaque caisse d'allocations familiales (CAF) disposera d'une enveloppe pluriannuelle limitative pour financer ces équipements et des critères ont été définis afin d'attribuer en priorité les nouveaux contrats « enfance et jeunesse » aux communes les moins dotées en structures d'accueil et au potentiel fiscal le plus faible. Mais ces critères ne prennent presque pas en compte la typologie sociale et la précarité de certains quartiers. Dans ces conditions, on peut se demander si ces mesures seront suffisantes pour parvenir à une évolution régulée des dépenses d'action sociale et si elles tiendront suffisamment compte des familles les plus en difficulté.

En outre, la Cour des comptes laisse entendre que ces nouveaux critères d'attribution des financements seront longs à porter leurs fruits et que la dérive des dépenses d'action sociale risque de remettre en cause l'équilibre du budget pluriannuel arrêté par la convention d'objectifs et de gestion (COG) pour la période 2005-2008. Faut-il donc s'attendre à un avenant à la COG ?

De nombreux maires s'interrogent aussi sur les conséquences de ces restrictions pour les collectivités locales qui s'étaient engagées dans des équipements collectifs et des animations dans les quartiers en comptant sur le cofinancement de la branche famille.

S'agissant de la PAJE, la CNAF estime qu'en 2009, à la fin de sa montée en charge, cette prestation représentera un surcoût annuel de 1,6 milliard d'euros alors que l'estimation du Gouvernement lors du vote du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 était de 850 millions. Comment s'explique ce défaut des méthodes de prévision ? Est-ce pour cette raison que l'on

modifie cette année encore les règles d'attribution de la PAJE en reportant à un mois après la naissance le versement de l'allocation de base ? C'est pourtant bien au moment même de la naissance que l'on a besoin d'acheter une poussette et des couches ! Il s'agit en outre de la deuxième mesure de restriction de la PAJE ; l'an dernier, on avait privé de son bénéfice les enfants nés avant le 1^{er} janvier 2004.

En ce qui concerne le prêt à taux zéro pour l'installation des jeunes dans la vie active, les ministres pourraient sans doute préciser les rôles respectifs du Fonds de cohésion sociale et de la CNAF ainsi que l'impact financier de cette mesure pour la branche famille.

Par ailleurs, le projet de loi de financement devrait modifier les conditions d'attribution de l'allocation de parent isolé (API) en en subordonnant le bénéfice à la condition, pour l'allocataire, de faire valoir ses droits à l'ensemble des prestations sociales auxquelles il peut prétendre et aux créances d'aliment qu'il peut détenir. Le montant de l'API sera réduit mais en contrepartie l'intéressé pourra prétendre à l'allocation de soutien familial (ASF), prestation financée par la branche famille et non remboursée par l'État. Cette réforme devrait donc se traduire par un transfert de charge de 115 millions d'euros au détriment de la branche famille.

Les CAF seront-elles en mesure d'aider les bénéficiaires au recouvrement de leurs pensions alimentaires ? A-t-on une idée des frais de gestion que cela occasionnera pour les caisses ?

Enfin, l'article 63 du projet vise à étendre le bénéfice de la prestation dite de complément de libre choix du mode de garde de la PAJE aux familles qui ont recours à des modes de garde expérimentaux. Est-il possible d'en savoir plus à ce propos ? Comment la qualité de l'accueil pourra-t-elle être préservée si les normes d'encadrement et de qualification du personnel sont considérablement allégées ?

Votre Rapporteur pour avis a observé que chacun pouvait aujourd'hui constater que la maîtrise médicalisée fonctionne et qu'elle représente des économies pour le futur. Mais l'on voit aussi approcher le moment où la question du financement se posera pour l'assurance-maladie comme pour l'assurance vieillesse. Le retour de la croissance a certes permis de se rapprocher d'un équilibre, mais une bonne gestion voudrait plutôt que l'on profitât des excédents pour se préparer à affronter des périodes plus délicates. On peut donc se demander où en est la réflexion du ministère quant au financement de la protection sociale. Ce sera à l'évidence le débat central des prochaines années, compte tenu du vieillissement de la population, mais aussi du fait que la maîtrise médicalisée finira bien par atteindre ses limites, que l'on voit déjà se profiler pour les indemnités journalières.

S'agissant de l'ONDAM, les professionnels concernés se plaignent de la différence de traitement entre la médecine de ville et la médecine hospitalière. Dans le budget de l'État, les dépenses consacrées aux personnels d'Etat

augmentent de 0,8 % ; or l'ONDAM hospitalier augmente de 3,5 % alors que les dépenses de personnel représentent 70 % du total de ces dépenses. Comment expliquer ce décalage ?

Que faut-il par ailleurs répondre à ceux qui, comme le président des Entreprises du médicament, considèrent que la politique du médicament met en danger l'ensemble du système de santé et fragilise l'attractivité du territoire ? Ne conviendrait-il pas de leur répondre que le bon usage du médicament est d'abord un atout pour la santé des Français ?

En ce qui concerne la politique familiale, la multiplication des structures d'accueil aura un impact sur leur financement, et il faudra donc un vrai dialogue sur ce point entre la branche famille et les collectivités locales, qui se plaignent d'un renchérissement des conditions d'accueil en raison du renforcement des contraintes. Ne faudrait-il en particulier revoir le décret pris par Mme Ségolène Royal en 2000, qui a considérablement accru le coût de l'accueil dans le secteur de la petite enfance, à tel point qu'on peut se demander si les enfants gardés chez eux par leurs parents bénéficient de conditions de sécurité suffisantes !

En réponse aux différents intervenants, **M. Xavier Bertrand, ministre de la Santé et des solidarités**, a souligné que, si l'on a beaucoup parlé, au début de 2004 et pendant les dix-huit mois qui ont suivi, du succès de la réforme allemande, force est de constater que l'Allemagne, après un retour à l'équilibre, a été rapidement confrontée à un déficit de 7,5 milliards d'euros, au moment même où la France revenait à l'équilibre. Une nouvelle étape de cette réforme est aujourd'hui engagée, qui passe en grande partie par une augmentation des cotisations. Des échanges menés avec la ministre allemande de la Santé, Mme Ulla Schmidt, il ressort que la réforme conduite en France a été sans doute moins spectaculaire, mais qu'elle était davantage de nature à alléger les problèmes de base du système d'assurance-maladie, sans recourir de façon massive aux prélèvements.

Puisque, sortant du cadre strict de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale, deux rapporteurs ont abordé la question du financement futur de l'assurance maladie, force est de constater que la seule solution préconisée par le parti socialiste dans son projet, texte sans doute adopté nuitamment et qui ne traite guère de la santé, est d'augmenter la contribution sociale généralisée (CSG). Ce ne serait qu'un sparadrap sur une jambe de bois mais, heureusement, la sagesse populaire veut que ce qui est dit la nuit voie rarement le jour...

De plus, il faut aussi résister à la tentation de certains de résoudre les problèmes de financement en transférant ce qui incombe à l'assurance maladie vers les complémentaires ou vers les patients. Car le véritable enjeu, c'est bien la définition de la part de la richesse nationale que l'on veut voir consacrée au financement de la santé. Quelle sera la part assumée par les Français ?

L'autre voie, que le gouvernement s'efforce de suivre depuis 2004, consiste à tenir le cap des réformes et de la maîtrise médicalisée. Il est vrai qu'au bout d'un certain temps cette dernière pourra donner moins de résultats, mais l'objectif doit être de s'attaquer en profondeur à ces 6 à 8 milliards d'euros de dépenses qu'année après année l'assurance maladie et la Cour des comptes qualifient d'inutiles, et qui représentent plus que le déficit actuel. Cela permettra aussi d'investir dans le système de santé car les dépenses de santé ne doivent pas être considérées comme une charge mais plutôt comme une chance. De ce dernier point de vue, ce qui a été dit pour les professionnels de santé vaut aussi pour les médicaments innovants : en France, les patients les plus malades, ceux qui sont atteints d'un cancer, se verront à l'hôpital proposer les médicaments les plus chers. Ces médicaments sont comptabilisés hors tarification à l'activité (T2A) et aucun établissement ne sera confronté à des problèmes de financement pour les donner. On peut être légitimement fier qu'un tel service puisse être rendu en France.

Mais il est vrai aussi qu'on ne pourra pas éluder, sans doute à l'occasion de la prochaine élection présidentielle, la question du financement de la protection sociale. Il faudra clarifier la répartition des recettes entre l'État et l'assurance-maladie. Il faudra aussi examiner l'ensemble de ce sujet très complexe, comme l'ont montré les travaux des experts saisis de la proposition du Président de la République. On ne saurait régler ces questions à l'occasion d'un seul projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Il est en tous les cas opportun de continuer à travailler sur la piste de la TVA sociale. A la condition que des charges sociales incombant aujourd'hui aux salariés disparaissent, c'est une des voies permettant de préserver la sécurité sociale à la française. On voit mal comment le recours à la CSG permettrait de financer et la dépendance et les retraites. Qui plus est, la CSG est le premier ennemi du pouvoir d'achat. Les Français attendent plus d'imagination.

À la suite de la réflexion du président de la République, la décision a été prise dans ce projet de loi de financement de la sécurité sociale de faire passer de 2 à 2,9 millions le nombre des bénéficiaires de l'aide complémentaire. Pour l'instant, la montée en charge de ce dispositif n'est pas assez rapide. Ce n'est pas faute d'avoir mobilisé l'assurance-maladie et les différents organismes complémentaires, mais moins de 500.000 personnes ont aujourd'hui retiré cette attestation. Ce n'est pas parce qu'elles refusent de bénéficier de l'aide à la complémentaire. Simplement, les Français concernés ne sont pas suffisamment informés, notamment par les caisses et par les organismes complémentaires dont ils relèvent, du fait qu'ils ont droit à une aide non seulement pour prendre une complémentaire quand ils n'en ont pas, mais aussi quand ils en ont déjà une et qu'ils entrent désormais dans le champ du dispositif. Il est donc nécessaire de passer à la vitesse supérieure en matière d'information.

S'agissant des fraudes, sujet évoqué par le Président Pierre Méhaignerie, un comité national de lutte contre les fraudes va bientôt être installé. Il réunira l'ensemble des acteurs de la protection sociale et des organismes de sécurité

sociale afin de parvenir à une vraie coordination. Les outils juridiques modifiés paraissent aujourd'hui suffisants. Ainsi, il est désormais possible de suspendre les indemnités d'une personne qui refuserait de fournir des justificatifs, en particulier s'il s'agit d'un étranger bénéficiant de la CMU. Les Français sont profondément attachés au principe de la CMU, mais ils veulent être sûrs que ce sont bien les personnes dont les revenus sont inférieurs à 603 euros par mois qui en bénéficient ; il faut donc être capable de vérifier la réalité des ressources annoncées. Des mesures ont déjà été prises à cette fin, notamment afin de vérifier si la personne ne perçoit pas de revenus à l'étranger. Le Gouvernement continuera d'agir dans ce sens.

La semaine dernière, l'assurance maladie a révélé un trafic de médicaments à destination de l'étranger, trafic en cours de démantèlement. Mais il faut savoir que les contrôles de la sécurité sociale ne visent pas uniquement les gros cas de fraude organisée. Toutes les fraudes sont visées. Il serait souhaitable d'associer les assurances complémentaires de santé, qui en sont aussi victimes, à cette action de lutte contre la fraude. Il paraît aussi nécessaire de recueillir le maximum d'informations sur les différents types d'abus et de fraude. Le nombre des contrôles a doublé depuis 2004, cela paraît indispensable car un système solidaire ne saurait s'accommoder de telles pratiques.

S'agissant de la question de M. Jean-Marie Rolland, sur les médecins à diplôme extracommunautaire, une disposition législative est indispensable pour instituer un examen dérogatoire. Il paraît nécessaire de valider le niveau de connaissances médicales et linguistiques, sans passer par un examen de type scolaire, selon des modalités qui ont été déterminées avec l'ensemble des acteurs concernés. Contrairement à ce qui a été dit, on n'observe pas de différence de salaire de un à trois en fonction de la nationalité des professionnels de santé. En fait, une confusion s'opère avec le statut : celui d'un associé n'est pas celui d'un praticien hospitalier, et la différence de rémunération des astreintes s'explique par le fait que les médecins à diplôme extracommunautaire exercent sous la responsabilité d'un autre praticien. Quoi qu'il en soit, ces professionnels sont aujourd'hui dans une impasse ; ils ne peuvent poursuivre leur carrière ni en ville ni à l'hôpital. L'autorisation d'exercer leur donnera enfin la plénitude d'exercice là où ils le veulent. Le gouvernement a consacré beaucoup de temps à ce dossier, mais il n'était pas possible d'aller plus vite faute de ce véhicule législatif. Cette mesure aura aussi un impact budgétaire sur la rémunération des astreintes.

L'an dernier, avec un ONDAM à 0,9 %, la vie conventionnelle a trouvé toute sa place. Les marges de manœuvre paraissent aujourd'hui au moins équivalentes, sans compter que la maîtrise médicalisée sera sans doute plus fructueuse qu'on ne le dit. Il appartient aux négociateurs conventionnels de trouver des voies complémentaires, sans traiter uniquement le cas des médecins. En ce qui concerne ces derniers, il n'est pas certain que l'on puisse parler de « rassemblement » contre la convention car les résultats des dernières élections aux unions régionales des médecins libéraux ne ressemblent guère à un plébiscite contre la convention médicale. Il est vrai, cependant, que les professionnels ont

exprimé des mécontentements. Ils veulent en particulier consacrer moins de temps aux tâches administratives et davantage à la médecine, ce qui n'a rien à voir avec la convention. Même si la réforme n'y a rien changé, ils se plaignent par exemple de la lourdeur des formulaires relatifs aux affections de longue durée (ALD). Il paraît tout à fait possible, sans que cela ne représente un quelconque engagement financier, de leur redonner du temps médical, ce qui permettra aussi de s'engager davantage sur la voie de la prévention.

Il n'apparaît pas que les mesures prises en 2006 aient cassé le dynamisme du secteur du médicament. L'attractivité de la France reste entière pour l'industrie nationale comme internationale. Le Gouvernement a cherché à faire comprendre que la France voulait être en mesure de payer pour les vraies innovations médicales. Dans la lettre d'orientation au Comité économique des produits de santé, le ministre est parti du principe que s'il était normal de prendre en charge l'Erceptine à 1.500 euros par mois, il n'y avait aucune raison de payer plus cher ce qui n'est pas une vraie innovation. Il faut aussi se demander, quand des médicaments sont sur le marché depuis fort longtemps, s'il est possible de baisser leurs tarifs. C'est ce que le gouvernement a fait l'an dernier, et il continuera. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 est toutefois différent du précédent pour l'industrie du médicament, car il permet notamment de réduire le taux de la taxe sur le chiffre d'affaires. La politique de promotion du générique, dont on disait qu'elle ne réussirait jamais, est aujourd'hui une véritable réussite. Les Français ont désormais compris qu'il est tout aussi bon pour leur santé et meilleur pour celle de la sécurité sociale. Quand le générique est disponible, on y a recours à 70 %. Pour autant, ainsi que le PDG d'un groupe pharmaceutique mondial l'a confirmé hier, l'attractivité de la France demeure réelle.

M. Philippe Bas, ministre délégué à la Sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, a jugé important de revenir sur la question du financement qu'ont abordée plusieurs intervenants. On a pu lire dans la presse que plus de la moitié des prélèvements obligatoires étaient maintenant destinés à la sécurité sociale. Mais cela ne signifie pas que ces prélèvements augmentent : cela veut simplement dire que les ressources sont affectées différemment. En effet, la compensation des exonérations de cotisations sociales, pour un montant de 20 milliards d'euros, se fait désormais par affectation directe de neuf recettes fiscales à la sécurité sociale. En raison de ce changement, des prélèvements qui existaient déjà, mais qui entraient directement dans les caisses de l'État, apparaissent maintenant comme des prélèvements obligatoires au titre de la sécurité sociale. Mais le petit jeu consistant à balayer le salon en direction de la salle à manger n'est pas de mise pour le gouvernement, qui cultive, au sein de la conférence nationale des finances publiques, une vision d'ensemble des finances publiques et sociales.

Pour l'avenir, il va bien falloir, au cours des cinq années à venir, affecter les recettes les plus dynamiques là où les besoins le seront le plus, donc pour couvrir les dépenses liées au vieillissement de la population et qui concerneront les retraites, les maisons de retraite médicalisées, les services à domicile et la

santé. C'est en mettant l'ensemble des recettes face à l'ensemble des priorités de la dépense publique que l'on pourra faire les bons choix. Tout cela fera sans doute l'objet du grand débat de l'an prochain.

Outre que ses déficits sont réduits de 20 % chaque année depuis deux ans, la sécurité sociale continue de contribuer aux politiques nationales, permettant ainsi au budget de l'État de tenir l'an prochain l'objectif de diminution de 1 % des dépenses en volume. La sécurité sociale contribue très largement à la politique de santé publique, à la politique du logement, à la politique des minima sociaux, mais aussi à la politique de l'emploi puisque, à ce jour, 2,6 milliards d'euros d'exonérations traditionnelles de cotisations sociales n'ont jamais été compensés. Certes, elle attend de cette contribution un retour par l'augmentation de la masse salariale, mais on voit bien qu'il y a entre elle et l'État des flux très importants, nettement au bénéfice du second.

Il existe un problème de désendettement de l'État à l'égard d'un certain nombre de fonds comme le FFIPSA – pour 5 milliards d'euros – et le Fonds de solidarité vieillesse – pour 4 milliards –, mais aussi à l'égard de la sécurité sociale elle-même – pour 5 milliards. Au titre de la politique de désendettement de l'État, il faudra donc donner la priorité à la sécurité sociale dans les cinq années à venir.

Le problème du FSV est toutefois en train de se régler grâce à l'amélioration de la situation de l'emploi. Ainsi, alors que le déficit était de 2 milliards d'euros en 2005, il sera de 1,2 milliard cette année et de 660 millions seulement en 2007. S'agissant du FFIPSA, la cause est entendue : cette institution a été créée dans le cadre de l'application de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF). Depuis les années 1960, la solidarité nationale joue dans la mesure où 40 % des dépenses de prestations sociales agricoles sont assumées par l'État. Aujourd'hui, la situation de ce fonds ne pèse en rien sur les comptes de la sécurité sociale, puisque la créance de 5 milliards d'euros est due par l'État. De plus, les droits des agriculteurs continuent à être assurés dans de bonnes conditions.

Après les réformes de l'assurance maladie et de l'assurance vieillesse, qui assurent la maîtrise de l'évolution des dépenses, il faudra réfléchir demain à une évolution du financement de la sécurité sociale, en restant fidèle aux pères fondateurs qui ont voulu que celle-ci soit sanctuarisée et offre des droits permanents à partir de recettes permanentes.

Après lui avoir indiqué qu'il était à son entière disposition pour la recevoir, **M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille** a répondu à Mme Marie-Françoise Clergeau que l'État s'était engagé l'an dernier à augmenter de 7,5 % par an pendant quatre ans les crédits des caisses d'allocations familiales, notamment en faveur des crèches. Cette garantie, sans équivalent dans les autres budgets, est le gage d'un effort extrêmement important, la signature des partenaires sociaux gestionnaires de la CNAF, qui ont aussi intérêt à ce que les

crédits de l'action sociale soient bien utilisés, s'étant ajoutée à celle du ministre. Cette année, le gouvernement a travaillé avec eux pour faire en sorte que, lorsqu'on augmente les crédits de 20 %, le nombre de places de crèche augmente à due proportion, contrairement à ce qui s'est produit il y a quelques années quand, suite à une augmentation des crédits de 20 %, le nombre de places n'avait progressé que de 2 %. Pour sa part, le ministre délégué veut que l'argent investi dans les crèches serve réellement à en ouvrir de nouvelles. Il est vrai que le gouvernement a mis en place des méthodes de bonne gestion qui n'existaient pas auparavant. Le financement des crèches pourra à l'avenir être assuré à un niveau très élevé de 78 % du total. Le décret de 2000 auquel M. Yves Bur, Rapporteur pour avis, a fait allusion est en cours de réexamen par le Conseil d'État, afin d'assouplir un peu les règles pour réduire les coûts, tout en respectant bien sûr l'impératif de qualité. Cela permettra aux élus d'ouvrir davantage de place de crèches.

S'agissant des modes de garde expérimentaux, quand trois assistantes maternelles choisissent de travailler ensemble dans un local qui peut éventuellement être mis à leur disposition par la commune, pourquoi ne pas les laisser mener cette expérience avec les mêmes garanties que celles que les assistantes maternelles offrent partout où elles exercent leur beau métier récemment conforté par un nouveau statut ?

M. Denis Jacquat a eu raison de rappeler que les départs en retraite un mois à l'avance pouvaient entraîner un surcoût de 350 millions d'euros, mais ce calcul ne vaut que pour l'année en cours, car ceux qui partent sans avoir des droits à taux plein coûtent moins cher dans la durée. C'est bien pour cela que l'on peut dire que le déficit intervient plus vite mais qu'il n'y a pas davantage de déficit au total, et que cela ne bouleverse pas à terme les conditions du retour à l'équilibre de l'assurance vieillesse.

S'agissant de la Poste, il faut rappeler la règle votée par le Parlement l'an dernier : pas d'adossement des régimes spéciaux sans une stricte neutralité financière. La garantie en est apportée par une négociation entre l'État et la Caisse nationale de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS), dont la signature est nécessaire. Il faut donc passer par une négociation préalable, dans laquelle l'État devra fournir tous les éléments techniques financiers. C'est pourquoi le gouvernement n'a pas souhaité précipiter le mouvement dans le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale.

M. Jean-Pierre Door a souligné que les professionnels de santé s'inquiètent à juste titre de la très faible progression de 0,8 % de l'ONDAM de ville. Il serait donc utile que l'examen du texte permette de fixer un taux plus juste ; ce juste taux se situerait entre 0,8 et 1,5 %, d'autant qu'il va falloir s'engager dans des alternatives à l'hospitalisation avec des transferts de soins de l'hôpital vers les soins de ville, la construction de réseaux, le renforcement de la permanence des soins et la lutte contre la désertification médicale.

Il apparaît par ailleurs que le fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) sera alimenté cette année à hauteur de 180 millions d'euros. Il serait utile d'obtenir des précisions sur son action en direction des maisons médicales, des réseaux, des soins de ville et du dossier médical personnel (DMP).

Enfin, à l'occasion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, un amendement avait été adopté afin d'inciter à la réflexion sur le financement de la protection sociale. Aujourd'hui, il est temps d'engager vraiment les discussions.

M. Jean-Marie Le Guen a jugé inutile de répondre aux ministres sur le ton polémique qu'ils ont eux-mêmes adopté en se livrant à leur exercice rituel d'autosatisfaction, tandis que le déficit des organismes de sécurité sociale dépasse, pour la cinquième année consécutive, 10 milliards d'euros. Car telle est bien la réalité des déficits dans la mesure où le FSV et le FFIPSA doivent aussi être pris en compte, *Le Figaro* lui-même le constate, qui titre que « *La sécurité sociale aura besoin de 24 milliards d'euros fin 2007* ». Dressant le même constat, la Cour des comptes affirme que l'on aura besoin de 40 milliards d'euros d'ici 2009, ce qui signifie que la dette sociale atteint 97 milliards d'euros. Tel est le triste résultat atteint au terme de cette législation.

Si l'on veut polémiquer quelque peu sur l'avenir de la santé, mieux vaut le faire à propos des valeurs que des chiffres, et l'occasion en sera sans doute fournie par le projet de loi sur la prévention de la délinquance, qui met précisément à mal les valeurs dont on pouvait penser qu'elles rassemblaient les élus de tous bords.

Les déficits ne sont pas uniquement liés à la gestion des organismes : la Cour des comptes a aussi rappelé que l'État était un très mauvais débiteur vis-à-vis de la sécurité sociale. On observe d'ailleurs que cette dernière bénéficie cette année d'un peu plus de droits sur le tabac ; peut-être que le ministre, qui avait annoncé il y a deux ans que les droits tabacs étaient affectés à la sécurité sociale, finira un jour par avoir raison...

Sans doute la réflexion menée en France est-elle plus proche des besoins que la réforme allemande, en particulier parce que les Allemands se sont engagés sur la voie de la TVA sociale et qu'ils considèrent que c'est essentiellement en jouant sur le volet assurantiel qu'ils pourront améliorer le système, alors que le cœur du problème est plutôt l'organisation du système de soins et de la politique de santé.

Il existe probablement encore des marges de progression sur le médicament, encore faudrait-il que la règle du jeu soit bien établie avec les professionnels du secteur. De ce point de vue, on observe une rupture dans le discours de la majorité qui s'est comportée pendant trois ans en Guizot de l'industrie pharmaceutique, en lui disant : « *Faites ce que vous voulez, enrichissez-vous* ». Elle est aujourd'hui confrontée à la réalité des chiffres et elle donne de vigoureux coups de frein.

S'agissant des affections de longue durée, il y a en effet des progrès à faire dans la prise en charge des patients comme dans la gestion. Les chiffres de la CNAMTS montrent bien qu'il s'agit d'un des enjeux majeurs de la qualité du système de soins.

Sur l'ONDAM de ville, on assiste à un petit jeu entre la majorité et le gouvernement. Ce dernier, pour tenir des objectifs qui ne sont guère crédibles, est obligé de fixer un ONDAM particulièrement bas mais le ministre n'hésite pas à flatter certains corporatismes médicaux, tandis que les membres de sa majorité expliquent que, pour des raisons électorales, ils sont prêts à lâcher sur l'ONDAM... Croient-ils vraiment que c'est avec ces vieilles recettes démagogiques que l'on peut faire avancer le système de santé et améliorer les conditions de travail ? C'est pourtant indispensable car, comme le ministre l'a observé justement, les professionnels de santé sont victimes d'un surcroît de travail administratif.

Le projet socialiste ne fait en aucune façon référence à la CSG. Comment le ministre pourrait-il faire passer l'idée que la CSG serait très mauvaise pour le pouvoir d'achat, tandis que la TVA sociale serait très bonne ?

Sans doute existe-t-il des marges de progression dans la maîtrise des dépenses de santé, cela ne peut qu'aviver le regret que, pendant cinq ans, on ne se soit pas engagé dans une maîtrise médicalisée suffisamment efficace et précoce, qui aurait évité que l'on se retrouve dans la situation financière actuelle.

M. Jean-Michel Dubernard, Président de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, s'est réjoui que les ministres soient venus présenter aux deux commissions le projet de loi de financement de la sécurité sociale sitôt celui-ci adopté en Conseil des ministres. Le temps fait cependant défaut pour mener leur audition à son terme. Si les ministres en étaient d'accord, la suite de l'audition pourrait être reportée cet après-midi à 17 heures.

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**, ont déclaré qu'ils étaient à la disposition des commissions et prêts à poursuivre les débats cet après-midi.

*

Au cours de sa deuxième séance du mercredi 11 octobre 2006, votre Commission a poursuivi l'audition, conjointe avec la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, de **M. Xavier Bertrand, ministre de la Santé et des solidarités**, et de **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 2007.

M. Jean-Michel Dubernard, Président de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, après avoir excusé l'absence du Président Pierre Méhaignerie, retenu par une autre réunion de votre Commission et suppléé par votre Rapporteur pour avis, a remercié les ministres d'avoir accepté de revenir répondre aux questions des députés.

M. Bernard Debré a fait les observations suivantes :

– La rédaction de l'article 32 du projet est satisfaisante. Elle permet d'élargir et d'assouplir les heures de sortie autorisées aux malades atteints d'affections de longue durée (ALD) ;

– La rédaction de l'article relatif aux médecins à diplôme étranger, en revanche, mérite des éclaircissements. En quoi l'examen de vérification des connaissances imposé aux médecins à diplôme étranger se distingue d'un concours, dans la mesure où le nombre d'admis sera contingenté ? Qu'advient-il des candidats qui, bien qu'ayant satisfait aux épreuves, ne seront pas reçus ?

– Le protocole d'accord du 31 mars 2005 permet aux praticiens hospitaliers professeurs d'université (PU-PH), grâce à l'indemnité compensatrice de l'absence de retraite hospitalière (ICAR), de se constituer des droits à pension pour les deux volets de leur activité, ce qui n'était pas le cas jusqu'à présent. Mais le dispositif législatif de l'article 58 du projet de loi de financement de la sécurité sociale permettra-t-il de traiter la situation des personnes ayant déjà atteint l'âge de 55 ans ? Seul le gouvernement peut le garantir, toute initiative des parlementaires en ce sens étant vouée à se heurter à l'article 40 de la Constitution.

– La tarification à l'activité (T2A) s'applique à toutes les spécialités, sauf la psychiatrie, encore régie par le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Quand lui sera-t-elle étendue ?

– Enfin, l'enveloppe des missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC) ne pourrait-elle pas être mise à profit pour faciliter la convergence tarifaire entre le secteur privé et le service public, rendue très difficile par les missions spécifiques de ce dernier ?

Mme Jacqueline Fraysse s'est tout d'abord associée à la question de M. Bernard Debré sur les médecins à diplôme étranger, puis a indiqué que le niveau de l'ONDAM fixé pour 2007 est très préoccupant. Les dépenses de médecine de ville sont censées ne progresser que de 0,8 % : si l'augmentation de 2,5 à 3 % des honoraires est certaine, la baisse attendue des prescriptions à due concurrence, en revanche, ne l'est pas. Dans ces conditions, comment tenir dans l'enveloppe proposée ? Les préoccupations exprimées par les médecins de ville sont légitimes. Quant à l'ONDAM hospitalier, la situation est gravissime. On ne pourra s'en sortir avec les chiffres avancés, alors même que le déficit cumulé atteint d'ores et déjà le milliard d'euros.

Il est un point au moins sur lequel chacun s'accorde, y compris le ministre si l'on en croit ses déclarations répétées : le débat central sur la réforme globale du financement des dépenses de santé est indispensable. Le groupe communiste et républicain a fait des propositions, comme l'a reconnu le ministre. La réforme ne peut se limiter à un rationnement des dépenses : il y a bien un problème de recettes. Il faudra modifier l'assiette des cotisations de façon à garantir des recettes supplémentaires. Quand le débat sur cette question cruciale s'engagera-t-il ? D'ailleurs, sur ce sujet du financement, il serait intéressant que les ministres rappellent le taux de cotisations sociales employeur pour un salarié payé au SMIC.

Lors du débat d'orientation budgétaire du printemps 2006, le ministre délégué avait déclaré que le taux de couverture des dépenses de santé avait progressé au cours des dix dernières années, pour atteindre 79,8 %. On peut s'en étonner, dans la mesure où, selon la direction des recherches et des études économiques et statistiques (DREES) du ministère de la Santé et des solidarités, la contribution personnelle nette des assurés est passée, au cours de cette période, de 8,47 à 8,72 %, et le taux moyen de remboursement des soins de ville de 66,4 % à 65,7 %. Ces chiffres sont beaucoup moins enthousiasmants que les données merveilleuses fournies par le ministre délégué. Le courrier adressé au ministre délégué pour obtenir des précisions quant à ses sources n'a jamais reçu de réponse.

Enfin, il est impératif, au moment où vient d'être décidée l'interdiction de fumer dans tous les lieux publics, d'aider les personnes intoxiquées par le tabac à se défaire de cette dépendance et à surmonter ce handicap en remboursant les substituts nicotiques. Il en coûterait certes 400 millions d'euros par an, mais les recettes supplémentaires attendues au titre des droits tabacs encaissées par l'assurance maladie au premier semestre 2006 ne s'élèvent-elles pas à 300 millions ?

M. Jean-Luc Prél a félicité le ministre de la Santé et des solidarités pour le talent avec lequel il défend ses réformes, mais a regretté qu'il ait cru devoir nier l'existence de propositions alternatives à celles du gouvernement. En effet, l'UDF préconise de longue date qu'il soit mis fin à la séparation entre la ville et l'hôpital et a suggéré l'extinction des régimes spéciaux de retraite, d'ailleurs reprise récemment par M. François Fillon.

Les réformes des retraites et de l'assurance maladie étaient censées ramener les comptes sociaux à l'équilibre en 2007. Ou bien s'agit-il de 2009 ? Que fera-t-on des déficits prévus de 2007 à 2009 ? Seront-ils transférés à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) ?

La réduction du déficit de l'assurance maladie s'explique en partie par des recettes supplémentaires, comme le prélèvement sur les intérêts des plans d'épargne-logement, qui rapporte à lui seul deux milliards d'euros. Pourra-t-on rééditer l'opération l'an prochain ? De manière générale, s'agissant du succès de la

réforme de l'assurance maladie, quelle est la part imputable aux recettes et celle imputable aux dépenses ?

Il s'en faudra sans doute de 700 millions d'euros que l'ONDAM soit atteint en fin d'année. On peut se demander, à ce propos, ce qui distingue la maîtrise « médicalisée » des dépenses d'une maîtrise purement « comptable », lorsqu'un mécanisme d'alerte conduit, au milieu de l'été, à baisser unilatéralement de 3 % certains tarifs.

La décélération des remboursements de soins de ville doit se poursuivre, mais elle est due en grande partie à la baisse des indemnités journalières. Or on s'attend à ce que celle-ci se ralentisse également, ce qui rendrait d'autant plus hasardeux l'objectif de progression de l'ONDAM médecine de ville fixé à 0,8 % par le projet de loi. Le risque de ne pas respecter l'objectif est d'autant plus réel que des promesses ont été faites pour la fin 2007, notamment l'augmentation du tarif de la consultation généraliste (C) au niveau du tarif des spécialistes (CS).

L'ONDAM hospitalier, quant à lui, est de 3,5 %, mais quelles seront les recettes effectivement déléguées aux établissements ? Une partie des 3,43 % de l'an dernier avait servi, en fait, à payer les reports de charges 2005. Une partie a été gelée définitivement. Comment les établissements peuvent-ils adopter leurs états prévisionnels de recettes et de dépenses (EPRD) sans connaître le montant total des recettes qui leur seront déléguées ?

M. Jean-Michel Dubernard, Président de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, a demandé, au nom de M. Michel Diefenbacher, présent lors de la réunion de ce matin mais empêché cet après-midi, que soit très précisément mesuré l'impact des mesures contenues dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale sur le niveau d'activité des laboratoires pharmaceutiques, qu'il s'agisse de la limitation à 1 % de l'évolution du chiffre d'affaires du médicament remboursable, du passage de 0,6 à 1 % de la taxe sur le chiffre d'affaires ou encore de la taxe exceptionnelle sur les ventes directes aux pharmacies, qui sont une pratique courante pour certains médicaments.

M. Xavier Bertrand, ministre de la Santé et des solidarités, a apporté aux intervenants les éléments de réponse suivants :

– S'agissant des patients atteints d'affections de longue durée, les caisses primaires ont reçu de la CNAMTS, suite à une demande ministérielle, l'instruction de faire preuve de souplesse en matière d'absences. Certes, une disposition visant à faciliter les contrôles avait été introduite à l'initiative du Sénat, mais des réglages plus fins sont nécessaires, car les ALD justifient un traitement particulier.

– L'accord relatif aux médecins à diplôme extracommunautaire ne pouvait pas ne pas tenir compte du *numerus clausus* imposé aux étudiants en médecine des universités françaises ; c'est pourquoi le nombre de ses bénéficiaires sera contingenté, mais grâce à lui le problème devrait se résoudre progressivement, sur quelques années – bien moins de dix, en tout cas. Les autres pourront, en

attendant, continuer d'exercer, mais sous la responsabilité d'un praticien hospitalier. La loi portant création de la couverture maladie universelle, en 1999, était censée résoudre le problème ; on voit ce que cela a donné ! Il faudra aussi que les établissements s'abstiennent de procéder à de nouveaux recrutements qui viendraient gonfler le « stock » ; des instructions seront données en ce sens aux directeurs d'établissements.

– Le problème de la retraite des PU-PH a enfin trouvé une solution. Pour les PU-PH âgés de plus de 55 ans, les deux ministères de tutelle, enseignement supérieur et santé, sont en train de rechercher des solutions complémentaires dans le cadre du dispositif transitoire, afin que personne ne soit oublié. La faible masse des sommes en jeu devrait faciliter la chose, mais il faut aussi veiller à la question de l'attractivité : en d'autres termes, faire en sorte que ces personnels aient envie de rester en activité.

– L'extension de la tarification à l'activité à la psychiatrie ne se fera pas sans expérimentation. Celle-ci commencera en 2008-2009 pour la psychiatrie et en 2007 pour les soins de suite et de réanimation (SSR). Dès l'an prochain, cependant, le programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) sera remplacé par le dispositif dit de « valorisation de l'activité en psychiatrie » (VAP).

– Les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) ont pour objet de tenir compte des spécificités de l'hôpital public. Leur enveloppe a été revalorisée de plus de 12 % en 2006. Pour aider à la convergence intersectorielle, un des débats du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, des moyens pourront être consentis afin d'accompagner les efforts salariaux faits dans le secteur privé.

– Sans vouloir entrer dans un débat sémantique sur la maîtrise médicalisée et la maîtrise comptable, le mécanisme d'alerte qui a été mis en place amène le ministre de tutelle à prendre ses responsabilités, dans le cadre notamment de la « régulation prix volumes » permise par la tarification à l'activité. C'est ainsi que, constatant que les dépenses des cliniques augmentaient de 5 % en rythme annuel au lieu des 2,6 % prévus, il a été décidé une baisse tarifaire à due concurrence jusqu'au 31 décembre – après quoi les tarifs reviendront au niveau précédent. Il faut cependant souligner qu'une maîtrise purement comptable aurait conduit à une diminution plus importante. Un suivi a été mis en place au niveau des agences régionales de l'hospitalisation.

– Il n'y aura pas de recours à la CADES, car les prévisions de déficits et la baisse de l'encours de la dette permettront de l'éviter. Les nouvelles dispositions de la loi organique relative au financement de la sécurité sociale ne sont, au demeurant, guère favorables à une telle solution.

– La question des recettes supplémentaires aurait pu être posée l'an dernier, lorsque le Gouvernement s'était engagé à ramener le déficit à 8,3 milliards d'euros. Malgré une conjoncture économique défavorable, l'objectif

a été atteint et dépassé de 300 millions d'euros. L'année dernière, si les recettes avaient été effectivement au rendez-vous, le déficit aurait été de 7 milliards d'euros et non de 8 milliards d'euros. Cette année, il n'y a pas eu de mauvaises surprises, mais un simple décalage dans la perception des recettes ou des moindres dépenses, en partie dû aux délais de revignettage des médicaments. Le Gouvernement a de plus choisi de faire confiance aux pharmaciens et d'éviter le recours aux tarifs forfaitaires de responsabilité, afin de ne pas casser la dynamique qui s'est enclenchée en faveur des génériques.

– La baisse des indemnités journalières est susceptible d'être contrecarrée par la reprise de l'activité, laquelle est cependant une bonne nouvelle en soi, et c'est pourquoi il y a lieu de rester prudent, mais non alarmiste.

– Jamais les établissements hospitaliers ne se sont vu déléguer dès le début de l'année la totalité de leurs recettes annuelles, quel que soit le régime financier et comptable en vigueur. L'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) est cependant de nature à améliorer la transparence des reports de charges, et le ministère s'efforce d'obtenir des remontées d'informations des caisses d'assurance maladie afin de pouvoir arrêter les montants des prochaines délégations de crédits avant la fin de l'année.

– La taxe sur le chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques ne passe pas de 0,6 % à 1 %, mais de 1,76 % à 1 %, car le Gouvernement a décidé de baisser le taux de la taxe exceptionnelle. Les mesures prises ne nuiront pas à l'attractivité du territoire pour cette industrie : la réunion du Comité stratégique des industries de santé, qui se tiendra dans la première quinzaine de décembre, sera l'occasion de mettre en place de nouvelles formes de partenariat afin de valoriser l'innovation.

Mme Jacqueline Fraysse a demandé si les médecins à diplôme extracommunautaire non reçus à l'examen pour des raisons de contingentement devront le repasser.

M. Xavier Bertrand, ministre de la Santé et des solidarités, a répondu qu'ils pourront le repasser. Les modalités de cet examen seront fixées en accord avec leurs représentants, qui souhaitent qu'il ne s'agisse pas d'épreuves de type scolaire : il s'agira de vérifier leur connaissance de la langue française et leur maîtrise de la spécialité qu'ils pratiquent. Cela permettra, et c'est l'essentiel, de sortir d'une situation de *statu quo* qui était devenue insupportable.

Quant aux substituts nicotiniques, ils seront pris en charge par l'assurance maladie à hauteur de 50 euros par an et par patient, le coût d'un traitement efficace étant de 150 euros et sa durée de trois mois. Le choix du traitement sera laissé au libre choix du patient ; le médicament ne sera pas inscrit au remboursement. Des discussions sont en cours avec les complémentaires pour qu'elles versent également leur écot, ce que certaines font peut-être d'ailleurs déjà, mais une participation volontaire des fumeurs eux-mêmes est sans doute souhaitable d'un

point de vue psychologique. Les associations seront également consultées, afin que l'on sache s'il convient d'accorder une aide renforcée pour certaines affections particulières. L'objectif est de doubler le nombre de personnes suivant ces traitements, qui est actuellement de 600 000 par an.

M. Marc Bernier a indiqué que le conseil de surveillance du FFIPSA, au sein duquel M. Marc Censi et lui-même représentent l'Assemblée nationale, s'était réuni ce matin. Il s'est préoccupé du financement de la mesure annoncée par le Gouvernement en faveur des petites retraites agricoles, conformément à un engagement du Président de la République. Le BAPSA, avant sa suppression, recevait de l'État une subvention d'équilibre, notamment au titre de la compensation démographique. Promesse a été faite, lors de son remplacement par le FFIPSA, que le « pacte » passé entre la nation et son agriculture ne serait pas remis en cause, et l'État, de fait, a doté le FFIPSA de 2,5 milliards d'euros, mais pour le reste, la loi dispose qu'il prend en charge son déficit « le cas échéant ». Cette expression même fait problème, car il est de la responsabilité de l'État et du régime général d'assurer la solidarité inter-régimes. Sachant qu'il faut encore 1,9 milliard d'euros pour équilibrer le FFIPSA et que le régime général aura bénéficié, en 2006, de recettes supplémentaires, quelles propositions entendent faire, d'ici la fin de l'année, les ministres de tutelle – santé et budget – pour pérenniser le système de protection sociale agricole ?

M. Jean-Luc Prél est intervenu sur deux points :

– Étant donné la disparition de la subvention d'équilibre que l'État versait naguère au BAPSA, le recours à l'emprunt avec prise en charge des intérêts par l'État n'est-il pas, finalement, la moins mauvaise des solutions au problème posé par l'important déficit cumulé du FFIPSA ? On peut se demander d'ailleurs comment sera financé la réforme, juste et attendue, des petites retraites agricoles.

– Des maisons de retraite ont signé des conventions tripartites ; au bout de trois, voire quatre ans, elles ne voient toujours pas venir les financements promis par l'État et sont en grande difficulté.

M. Philippe Bas, ministre délégué à la Sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, a apporté aux intervenants les éléments de réponse suivants :

– À partir du 1^{er} juillet 2007, les cotisations sociales dites patronales se limiteront, au niveau du SMIC, aux 2,2 points de cotisation au régime des accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) – c'est une moyenne, car le taux effectif sera modulé en fonction des résultats obtenus par l'entreprise en matière de prévention de ces deux risques – ainsi qu'aux cotisations d'assurance chômage et de retraite complémentaire, soit respectivement 4 et 5 points.

– Le taux de couverture des dépenses de santé par l'assurance maladie est bel et bien passé – ainsi qu'il a été répondu à Mme Jacqueline Fraysse, dans une

lettre dont copie lui sera donnée puisqu'il semble qu'elle se soit perdue – de 78 % en 1993 à 79,1 % en 2005, et le reste à charge pour l'assuré après intervention des complémentaires est passé de 9,6 % en 1995 à 8,7 % en 2005. Il est donc faux de dire que la couverture maladie se réduit comme peau de chagrin : elle progresse plutôt, ce qui s'explique notamment par le fait que, d'une part, le vieillissement de la population s'accompagne d'une plus grande proportion de personnes prises en charge à 100 %, et que, d'autre part, de nouveaux médicaments plus performants apparaissent, qui sont remboursés à un tarif plus élevé que ceux faisant l'objet de déremboursements pour service médical rendu (SMR) insuffisant. Le taux de couverture des dépenses est, en tout cas, un indicateur absolument essentiel, qu'il convient de surveiller de près afin de maintenir un égal accès de tous aux soins et au progrès médical et à un haut niveau de protection sociale. Sur ce point, l'engagement est tenu.

– Le déficit du FFIPSA pose un problème très délicat, et le Gouvernement a confié à M. Jean-François Chadelat, inspecteur général des affaires sociales, une mission d'expertise afin de trouver un mode de financement pérenne. Le pacte entre la nation et ses agriculteurs, qui se traduit depuis les années 1960 par la prise en charge de 40 % du montant des prestations sociales, n'est pas rompu. Le fait que la LOLF ait prévu la disparition des budgets annexes et la création du FFIPSA ne change pas le moins du monde les données politiques de ce pacte. Le FFIPSA a une créance sur l'État, mais cette créance ne représente qu'une très faible partie des quelque 1.100 milliards d'euros auxquels s'élève la dette de l'État, héritage des gouvernements antérieurs. Pour la première fois l'an prochain, cette dette va se réduire en pourcentage du PIB, ce qui devrait permettre de régler progressivement le problème de la créance du FFIPSA sur l'État. Le nouveau mode de gestion financière retenu n'a aucunement remis en cause les prestations auxquelles ont droit les anciens agriculteurs et leurs conjoints. Qui plus est, les mesures annoncées en faveur des petites retraites, et en particulier des personnes ayant pris leur retraite avant 2002 sans avoir cotisé suffisamment pour percevoir au moins le minimum vieillesse, marque une étape nouvelle, dont le coût est estimé à 160 millions d'euros. Quelle que soit la façon – qui est encore à l'étude – dont la réforme sera financée, cette dépense sera bien inscrite au budget du FFIPSA l'an prochain.

Mme Jacqueline Fraysse s'est étonnée, s'agissant du taux de couverture des dépenses de santé par la sécurité sociale, de la discordance entre les chiffres du ministre délégué et ceux de la DREES.

M. Philippe Bas, ministre délégué à la Sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, a dit s'en étonner également, car les chiffres qu'il a cités proviennent précisément de la DREES. Sans doute y a-t-il un malentendu, qu'il faudra éclaircir.

M. Marc Bernier, revenant sur le déficit du FFIPSA, a souligné que le découvert est appelé à se pérenniser et à s'alourdir. Que pense le Gouvernement de la proposition, émise par le conseil de surveillance du fonds, de faire prendre en charge par l'État les intérêts et l'amortissement d'un emprunt que le FFIPSA souscrirait ?

M. Philippe Bas, ministre délégué à la Sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, a souligné que le Gouvernement avait fait un premier pas dans cette direction, en faisant en sorte que l'État verse 160 millions d'euros à la sécurité sociale au titre des frais financiers liés à sa dette envers elle. Il n'y aurait que des avantages à ce qu'il agisse de même envers le FFIPSA. Tout dépendra, cela dit, des disponibilités budgétaires en 2007.

M. Denis Jacquat a observé que, même si l'amélioration de la situation de l'emploi doit tendre à ramener le FSV à l'équilibre en 2009, le déficit accumulé d'ici là – et qui s'élèvera à quelque 6 milliards d'euros fin 2008 – ne sera pas annulé pour autant.

M. Philippe Bas, ministre délégué à la Sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, en a convenu et a rappelé que les excédents à venir seront versés, de par la loi, au Fonds de réserve pour les retraites, et ne pourront donc servir à rembourser les dettes antérieures. L'existence du FSV est cependant précieuse car elle permet de distinguer clairement entre les prestations qui relèvent de la solidarité nationale, c'est-à-dire de l'État, et celles qui sont la contrepartie de contributions des assurés.

M. Jean-Michel Dubernard Président de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, a remercié les ministres.

*

* *

B.– EXAMEN DU PROJET DE LOI

Au cours de sa première séance du 18 octobre 2006, votre Commission a examiné pour avis le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

Votre Rapporteur pour avis a indiqué que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 comporte certes plus d'articles que le projet de loi de finances lui-même, et c'est une première, mais il s'agit pour l'essentiel de mesures techniques d'ajustement qui n'ont guère de portée significative et qui n'engagent pas l'avenir.

Après 11,6 milliards d'euros en 2005 et 9,7 milliards d'euros en 2006, le déficit du régime général devrait être ramené à 8 milliards d'euros en 2007, grâce à la croissance de la masse salariale (+ 4,4 %), à la poursuite des efforts de maîtrise médicalisée engagés dans le cadre de la loi du 13 août 2004 et aux mesures d'économies ou de recettes du projet de loi de financement pour 2007, qui apportent une amélioration de 1,4 milliard d'euros par rapport aux comptes tendanciels de la commission des comptes de la sécurité sociale.

Compte tenu des charges nouvelles qui vont peser sur la sécurité sociale avec le progrès des techniques médicales et le vieillissement de la population, une consolidation du financement des charges, sous la forme d'une fiscalisation accrue, comme le préconise le centre d'analyse stratégique, est indispensable. À ce titre, il faut s'interroger sur les trop nombreuses niches sociales qui créent des pertes d'assiette et évaluer l'impact de la cinquantaine de dispositifs d'exonération de cotisations patronales qui existent, en évitant la multiplication de dispositifs trop ciblés et coûteux et en favorisant plutôt les entreprises qui exportent.

L'État joue le jeu, car il compense intégralement à la sécurité sociale les nouveaux allègements de charges sociales, et même davantage, car il y a un surplus fiscal au bénéfice de la sécurité sociale cette année et car il compense aussi les cotisations pour la part non recouvrée par les URSSAF. Il faut donc arrêter de dire que les déficits de la sécurité sociale sont dus aux dettes de l'État vis-à-vis de la sécurité sociale et réclamer sans cesse, toujours dans le même sens, que l'État verse davantage.

Lorsque l'on supprime l'avoir fiscal, la sécurité sociale voudrait être compensée ; mais lorsque l'État prend à sa charge la suppression de la contribution sur les revenus locatifs pour que la pression fiscale sur les propriétaires n'augmente pas suite à la réforme du barème de l'impôt sur le revenu et à l'augmentation corrélative des prélèvements sur les revenus du patrimoine au bénéfice de la sécurité sociale, ou quand le budget de l'État subit des pertes en raison de la déductibilité de la CSG, à chaque hausse de celle-ci, la sécurité sociale ne rembourse pas la différence à l'État.

Le budget de l'État participe, en 2007, pour 49 milliards d'euros au financement de la sécurité sociale, ce qui représente plus de 12 % de ses ressources. Les dettes de l'État envers la sécurité sociale, 5 milliards d'euros, ne pèsent qu'en trésorerie et l'État a décidé de payer les frais financiers qui en découlent. Verser ces 5 milliards d'euros à la sécurité sociale ne diminuera donc en rien le déficit de la sécurité sociale !

En fait, les relations financières sont assez équilibrées et il s'agit d'arrêter ces vaines querelles pour se concentrer sur l'essentiel : une meilleure maîtrise des dépenses sociales. Il est donc souhaitable de dépassionner ce débat, et, sur la base d'un diagnostic partagé, d'apurer définitivement le passé dans le cadre du premier collectif de la prochaine législature sur la base d'un contrat de confiance réciproque, comme avec les collectivités territoriales.

Des recettes nouvelles doivent encore être trouvées pour assurer l'équilibre financier des fonds de financement (FSV et FFIPSA), dont le déficit cumulé devrait atteindre 12 milliards d'euros fin 2006, et 22 milliards d'euros d'ici 2010 si rien n'est fait. Mais l'État n'est pas responsable de l'essentiel de ces déficits, ce n'est pas à lui de toujours voler au secours de la sécurité sociale. Il participe déjà aujourd'hui à hauteur de 5 milliards d'euros chaque année.

Il faut aussi rester très vigilant en matière de financement de la sécurité sociale car 37,6 milliards d'euros de dette seront accumulés entre 2005 et 2010, avec une croissance de la masse salariale à 4,4 % et un taux de croissance de l'ONDAM de 2,2 %. La CADES est l'outil adéquat pour prendre en charge cette dette, car elle garantit qu'on ne transférera plus les dettes d'aujourd'hui aux générations futures sans nouvelles recettes. La vigilance est toutefois de rigueur sur ce point, car la tentation est toujours forte, comme cela a été un temps envisagé cette année, de supprimer la CADES et de rouvrir ainsi le tonneau des danaïdes, par exemple en incorporant cette dette à celle de l'État ! Un peu de vertu en la matière est une exigence minimale.

S'agissant des accidents du travail, la gouvernance et le financement de cette branche doivent être modifiés prochainement, les négociations sur le sujet se poursuivant entre les partenaires sociaux.

Pour la branche famille, la montée en charge de la PAJE et du plan en faveur des crèches s'achève. Il aurait fallu mieux évaluer l'impact de ces réformes sur les comptes sociaux, et tenir compte des conséquences pour les collectivités territoriales, eu égard notamment aux normes d'encadrement qui datent de 2000. La multiplication des structures d'accueil et le renforcement des contraintes vont en effet continuer à avoir un impact sur leur participation financière. Tout cela est-il bien raisonnable, à tel point qu'on peut se demander si les enfants gardés chez eux par leurs parents bénéficient encore de conditions de sécurité suffisantes ?

Grâce à la CSG qui lui est toujours affectée, la CNAF voit en 2007 son déficit se réduire à 700 millions d'euros, mais il faudra éviter par la suite de

continuer à vouloir dépenser plus alors que les besoins se font surtout sentir sur les branches vieillesse et famille.

En ce qui concerne la branche vieillesse, l'effet immédiat de la réforme Fillon de 2003, à savoir les départs anticipés à la retraite pour les carrières longues, va arrêter de dégrader les comptes en 2007. Le déficit continue cependant de se creuser, avec 3,5 milliards d'euros, pour des raisons démographiques évidentes. Il faut donc, dès à présent, anticiper la réforme annoncée pour 2008, en profitant notamment de la baisse à moyen terme du chômage pour recycler la baisse des cotisations de l'UNEDIC vers l'assurance vieillesse.

De plus, le FRR doit devenir un acteur majeur du système financier public, en tant que fonds de pension collectif des Français. Il est indispensable pour lisser le choc démographique après 2020.

Enfin, en ce qui concerne les dépenses d'assurance maladie, le taux de croissance de l'ONDAM pour 2007 est annoncé à 2,5 %, contre 2,7 % en prévision d'exécution pour 2006, ce qui correspond à un dépassement de 700 millions d'euros (seulement !) par rapport à l'objectif de 140,7 milliards d'euros voté l'an dernier. Il faut d'ailleurs se féliciter que, pour une fois, le périmètre de l'ONDAM soit stable d'une année sur l'autre. Ce taux de croissance de l'objectif de 2,5 % doit permettre de ramener le déficit de la branche maladie à 3,9 milliards d'euros, après 8 milliards d'euros en 2005 et 6 milliards en 2006.

Les professionnels de santé libéraux se plaignent de la différence de traitement entre la médecine de ville et la médecine hospitalière. L'ONDAM hospitalier augmente en effet de 3,5 % alors que la masse salariale représente 70 % du total de ces dépenses. Dans le budget de l'État, en revanche, les dépenses de personnel n'augmentent que de 0,8 %. La croissance des soins de ville est, elle, limitée à 0,8 %, ce qui rend difficilement envisageable en 2007 une revalorisation substantielle du tarif des consultations. Le gouvernement envisage une rallonge de l'ordre de 200 millions d'euros sur les soins de ville, ce qui permettra de crédibiliser l'objectif, mais il ne faudra pas pour autant relâcher les efforts de maîtrise médicalisée, car le comité d'alerte veille. Sa seule existence semble d'ailleurs influencer sur le plan d'économies de 350 millions d'euros d'ici la fin 2006, annoncé le 5 septembre dernier par le ministre de la santé.

La question de l'évolution de l'ONDAM hospitalier est naturellement liée à la montée en charge de la tarification à l'activité (T2A), d'une part, et au plan Hôpital 2007, d'autre part. Sur ces deux points, il faut saluer le travail de la Cour des comptes dans son rapport 2006 sur l'application des lois de financement : la problématique complexe de la convergence intra et intersectorielle que met en œuvre la T2A y est sagement décortiquée, et de premières critiques sont faites sur le pilotage du plan Hôpital 2007. Il ne faut pas lancer un plan Hôpital 2012 sans avoir fait auparavant toute la lumière sur ce sujet.

Concernant enfin le médicament, le plan d'économies 2005-2007, qui porte sur plus de 2 milliards d'euros, devrait tenir ses promesses, avec 615 millions d'euros de moindres dépenses l'an dernier, et un rythme d'évolution des dépenses de - 0,8 % cette année.

Mais au-delà des contributions pesant sur tel ou tel acteur de la chaîne du médicament, le bon usage de ces produits est d'abord un atout pour la santé des Français. Il faudra bien comprendre un jour pourquoi la consommation est si importante dans notre pays. Par ailleurs, il importe de rester très attentif aux comportements et aux interactions des laboratoires, des distributeurs, des pharmaciens et des responsables de la politique du médicament.

Sur tous ces points, les programmes de qualité et d'efficience (PQE), joints, sous une forme encore transitoire, au présent projet de loi de financement, devront permettre de mieux évaluer la performance des dépenses sociales, sur le modèle de la LOLF.

M. Gérard Bapt a souligné que les chiffres affichés sont bons, mais éloignés de la réalité. Le ministre de la Santé et des solidarités se vante de la réduction du déficit de la sécurité sociale, omettant de préciser que le déficit du FFIPSA se dégrade de manière inquiétante. Les députés socialistes regrettent également que le fonds de réserve des retraites, créé par le Gouvernement Jospin, ne soit pas doté.

La maîtrise médicalisée des dépenses de santé concernant les soins de ville est compensée par l'augmentation des dépenses d'innovation dans l'ONDAM hospitalier. De façon générale, la maîtrise des dépenses d'assurance maladie est très insuffisante. Le Gouvernement a annoncé une augmentation des tarifs de consultation sans contrepartie réelle en termes de maîtrise des dépenses.

Les indicateurs de performance devraient mesurer l'accès aux soins des plus démunis ; la journée mondiale de lutte contre la misère a montré qu'il se dégrade. De plus en plus de personnes se retrouvent obligées de renoncer à une assurance complémentaire ; l'augmentation du plafond de ressources pour l'accès à cette aide ne suffit pas. Les inégalités territoriales dans l'accès aux soins posent également problème. Par ailleurs, les dépassements d'honoraires se généralisent.

S'agissant de l'introduction de la tarification à l'activité à l'hôpital, la Cour des comptes a approuvé la convergence intrasectorielle, mais elle a montré que la convergence intersectorielle est conduite de façon aveugle et périlleuse. Elle place les hôpitaux publics dans une situation de pénurie alors que le secteur privé, habitué à ce système, en tire profit.

Enfin, l'inquiétude des laboratoires pharmaceutiques face à la promotion des médicaments génériques est légitime. Un équilibre doit être trouvé s'agissant de la protection des brevets. Il ne faut pas pénaliser la recherche.

M. Pascal Terrasse a estimé que si le contenu de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale ne prête pas à de longues discussions, il donne l'occasion de faire le bilan de la législature. Quatre grandes questions sont posées :

– Les exonérations de cotisations non compensées par l'État ont augmenté ; la Cour des comptes a estimé le montant de la créance du régime général sur l'État à 4,3 milliards d'euros.

– Concernant l'affectation à la sécurité sociale des ressources tirées de la taxation du tabac, un progrès est réalisé cette année, mais il faudrait aller beaucoup plus loin.

– La politique du médicament n'a jamais pesé autant sur l'industrie que cette année. Les répartiteurs vont subir des contrecoups très forts ; les laboratoires ont besoin de visibilité ; la question doit être posée au niveau européen car l'initiative de la recherche et de l'innovation ne peut pas être laissée aux seuls laboratoires américains et japonais.

– S'agissant des soins de ville, le Gouvernement va annoncer une augmentation des honoraires des généralistes de un euro car il estime que les cotations C doivent être égales à celles des spécialistes. Le coût de cette mesure, près de 500 millions d'euros, n'est pas pris en compte dans la prévision d'augmentation de l'ONDAM soins de ville de 0,8 %.

En cinq ans, la sécurité sociale a accumulé 50 milliards d'euros de dettes. Les assurés actuels se soignent à crédit au détriment des générations futures : le mécanisme de la CADES aboutit à un impôt sur les générations à naître. Il faut donc poser la question du mode de financement de la protection sociale. Il est peut probable que l'on parvienne à réduire les dépenses de santé dans le futur. La seule façon de ne pas remettre en cause la solidarité nationale en individualisant l'assurance maladie est donc de trouver d'autres ressources. Faudra-t-il avoir davantage recours à la CSG, ou bien changer l'assiette des cotisations sociales ? Il est regrettable que ces questions n'aient pas été posées au début de cette législature.

Enfin, la prévention doit être renforcée. Le Rapporteur pour avis a fait preuve de courage en proposant l'interdiction de fumer dans tous les lieux publics. Il faudrait encore développer la prévention contre le tabac dans les écoles, les universités et les entreprises.

En réponse, **votre Rapporteur pour avis** a noté que les gouvernements de gauche n'ont pas utilisé les périodes de forte croissance pour accumuler des réserves, mais qu'au contraire ils ont laissé filer les dépenses. Dès le retournement de conjoncture, des déficits massifs sont donc réapparus.

La réforme de l'assurance maladie en 2004 a considérablement modifié les comportements. On assiste à un renversement de tendance des prescriptions, sans pour autant en venir à une logique comptable, avec, même, une meilleure

efficacité des soins. La maîtrise médicalisée permet de ne pas surpayer les médicaments. Elle n'est pas dangereuse pour l'industrie pharmaceutique, qui vit un changement de modèle, en France comme ailleurs.

Le gouvernement Jospin a affecté les recettes de la fiscalité sur le tabac au financement des 35 heures, alors que la majorité actuelle en a réaffecté la plus grande partie, soit près de 9 milliards d'euros, au financement de la protection sociale. Seuls 600 millions d'euros sont encore affectés à l'État.

Concernant la T2A, la réforme a été préparée depuis très longtemps mais elle manque d'indicateurs. Il ne faut pas pour autant qu'elle stagne ; le ministère et les hôpitaux doivent la mettre en place, par une meilleure utilisation des fonds publics et une réorganisation de l'offre. Pour réussir la réforme, il faut repenser la gouvernance de l'hôpital et procéder à la réallocation de l'emploi dans les établissements et dans les territoires. On peut s'inspirer de la réforme de la tarification qui est intervenue dans d'autres pays.

Concernant l'accès aux soins, 1,6 million de personnes sortent chaque année de la CMU, sur une population couverte de 4,3 millions. Il ne s'agit donc pas d'un dispositif figé, et il est de grande utilité pour accompagner temporairement des personnes en difficulté.

Le problème du financement du FFIPSA et du FSV reste à clarifier. La CADES n'a pas vocation à financer *ad vitam aeternam* l'impuissance ou le manque de courage politique. La caisse ne peut plus être rouverte sans affectation de recettes nouvelles. Elle est heureusement séparée de la dette de l'État.

Le développement des médicaments génériques a été freiné au cours des dernières années par les laboratoires pharmaceutiques et les professionnels de santé ; aujourd'hui les choses ont changé. Il faut bien protéger le premier brevet jusqu'à son terme, les industriels ne jouant pas toujours le jeu. Pour cela, une solution pratique, conciliant, d'une part, un développement des génériques et une baisse des prix et, d'autre part, le financement de l'innovation en n'empêchant pas l'industrie d'introduire de nouvelles molécules, doit pouvoir être trouvée.

Le Président Pierre Méhaignerie a estimé qu'en matière de financement de la protection sociale, tout n'est pas réglé. Le poids des prélèvements obligatoires empêche un alourdissement des cotisations pesant sur le travail. Pour autant, il faut sécuriser les régimes de vieillesse et de santé. Il ne faut donc pas que les marges de manœuvre dégagées par la croissance soient absorbées par la croissance des dépenses de l'État et des collectivités territoriales. Enfin, la CMU aboutit à un système lourd et bureaucratique alors que l'aide médicale gratuite décentralisée qui existait auparavant atteignait ses objectifs.

Votre Commission est ensuite passée à l'examen des amendements au projet de loi.

Article 5 : *Contribution exceptionnelle assise sur le chiffre d'affaires hors taxes 2006 due par les entreprises de vente en gros de spécialités pharmaceutiques*

Votre Commission a examiné un amendement de suppression de l'article présenté par votre Rapporteur pour avis.

Votre Rapporteur pour avis a estimé nécessaire, dans un souci de sécurité juridique et économique, de reporter d'un an l'application de la taxe sur les ventes en gros de médicaments. Un amendement de coordination sera présenté après l'article 18.

M. Pascal Terrasse s'est déclaré favorable à cet amendement en raison des conséquences fiscales lourdes supportées par les grossistes-répartiteurs. Le médicament n'est pas une variable d'ajustement des budgets mais doit faire l'objet d'une véritable politique à long terme. À défaut de suppression pure et simple de la mesure, le groupe socialiste se ralliera à la solution proposée par le Rapporteur pour avis.

Votre Commission a *adopté* cet amendement.

Après l'article 10

Votre Commission a examiné un amendement de votre Rapporteur pour avis, destiné à étendre le champ d'application de la CSG et de la CRDS à tous les revenus dont l'origine n'est pas déterminée.

Votre Rapporteur pour avis a considéré que cet amendement répond au double souci d'équité et d'harmonisation du régime d'imposition sociale des revenus non dénommés ou établis d'office. Il devrait rapporter de 5 à 10 millions d'euros la sécurité sociale.

En effet, si depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997 les revenus d'origine indéterminée taxés en application de l'article L. 69 du livre des procédures fiscales sont soumis aux contributions sociales, les revenus d'origine indéterminée imposés à l'impôt sur le revenu sur les fondements des articles 168 (taxation selon les éléments du train de vie), 1649 A (taxation des sommes transférées vers l'étranger ou en provenance de l'étranger par l'intermédiaire de comptes non déclarés), 1649 *quater* A (taxation des sommes transférées vers l'étranger ou en provenance de l'étranger en l'absence de déclaration en douane) du code général des impôts et L. 66-1° du livre des procédures fiscales (taxation d'office des crédits bancaires), ne sont pas assujettis à CSG faute d'avoir été expressément visés par les dispositions relatives aux contributions sociales.

Votre Commission a *adopté* cet amendement.

Article 13 : Indemnités de départ volontaire

Votre Commission a *rejeté* un amendement de M. Gérard Bapt, défendu par **M. Pascal Terrasse**, supprimant cet article au motif qu'il est contradictoire avec l'objet de la négociation de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

Elle a examiné un amendement de votre Rapporteur pour avis, destiné à aligner le régime fiscal et social de l'indemnité de départ versée aux salariés qui quittent volontairement leur entreprise dans le cadre d'un accord GPEC sur celui applicable à l'indemnité versée aux salariés victimes d'un licenciement en dehors d'un plan de sauvegarde de l'emploi.

Votre Rapporteur pour avis a considéré qu'il s'agit ainsi seulement d'éviter que, par un curieux paradoxe, les salariés quittant volontairement leur entreprise dans un accord GPEC, et donc assurés de leur reclassement, soient mieux traités en définitive que ceux, plus vulnérables, licenciés en dehors d'un plan de sauvegarde de l'emploi (« plan social »). Il s'agit d'une mesure d'équité qui ne remet pas en cause le régime fiscal et social que le Gouvernement propose d'appliquer aux indemnités de départ volontaire versées dans le cadre des accords de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (« accords GPEC »).

Votre Commission a *adopté* cet amendement.

Après l'article 13

Votre Commission a examiné un amendement de votre Rapporteur pour avis, destiné à plafonner les exonérations de cotisations sociales applicables aux titres restaurants et aux chèques-vacances à 30 % du SMIC mensuel.

Votre Rapporteur pour avis a expliqué que cet amendement fixe une limite, par salarié et par an, à la part de la contribution des employeurs au financement des titres-restaurant exonérée de cotisations sociales. Cette limite est fixée à 30 % du SMIC mensuel. Elle complète la limite de 4,18 € par titre aujourd'hui applicable aux titres-restaurant. Par ailleurs, cet amendement étend aux contributions versées par les comités d'entreprise pour l'acquisition des chèques-vacances la limite qui n'existe actuellement que pour les contributions des employeurs dans des entreprises de moins de 50 salariés et dépourvue de comité d'entreprise.

Ces deux mesures visent à mieux intégrer dans l'assiette des cotisations sociales ces rémunérations extra-salariales, qui connaissent depuis leur mise en œuvre d'importants taux de croissance annuels, de sorte que le total des exonérations de cotisations sociales pour ces deux dispositifs approche un milliard d'euros. Il s'agit donc par cet amendement de rationaliser ces allègements de cotisations sociales, qui ont concouru au fort développement de ces dispositifs, sans les remettre en cause ni les supprimer, en fixant une limite raisonnable à 30 % du SMIC mensuel le montant de l'assiette exonérée.

M. Louis Giscard d'Estaing a estimé nécessaire de conserver une cohérence entre exonération fiscale et exonération sociale, en soulignant que pour les titres restaurants, il existe déjà un plafonnement par titre de 4,18 euros.

Votre Rapporteur pour avis a précisé que les niches sociales sont défavorables au financement de la sécurité sociale et qu'il faut les plafonner, en limitant cet avantage à 30 % du SMIC.

M. Pascal Terrasse a souligné que de trop nombreux dispositifs incitatifs aboutissent à des exonérations de contributions sociales.

Le Président Pierre Méhaignerie a estimé qu'il fallait concilier l'objectif de cet amendement avec l'impératif de simplicité. Or notre système contient plus de cinquante dispositifs de réduction des cotisations et contributions sociales, pesant pour plus de 20 milliards d'euros sur le budget de l'État. Il faut adopter cet amendement, qui est un amendement d'appel, pour le principe, afin de demander au Gouvernement et à la Cour des comptes de faire un bilan global des niches sociales.

Votre Commission a *adopté* l'amendement.

Article 14 : *Affectation à la CNAM de l'excédent du panier de recettes fiscales destinées à compenser les allègements généraux de charges*

Votre Commission a examiné un amendement de M. Gérard Bapt tendant à s'assurer que l'excédent de recettes fiscales constaté pour 2006 est affecté à la CNAM pour le seul exercice 2007, sans remettre en cause le principe de compensation intégrale par l'État pour l'avenir.

M. Pascal Terrasse a souligné son attachement au principe de la compensation par l'État des allègements de charges.

Votre Commission a *rejeté* cet amendement.

Puis elle a examiné un amendement de votre Rapporteur pour avis, destiné à ne pas affecter systématiquement à la CNAM les éventuels surplus de recettes affectées au financement des allègements généraux de cotisations patronales.

Votre Rapporteur pour avis a considéré que l'article 14 vise à affecter systématiquement à la CNAM, à compter de 2007, l'intégralité du produit des éventuels surplus de recettes affectées au financement des allègements généraux de charges patronales. Cette règle est asymétrique car la CNAM recevrait l'intégralité des « bonnes nouvelles », tandis que les autres branches et régimes se partageraient les « mauvaises nouvelles » et qu'ils ont aussi des besoins particuliers, comme le FFIPSA. Par ailleurs, une telle règle engage l'avenir, en prévoyant une affectation pérenne à compter de 2007. Il est donc proposé de conserver cette règle particulière d'affectation pour la seule année 2007.

Votre Commission a *adopté* cet amendement.

Après l'article 14

Votre Commission a *rejeté* un amendement de M. Gérard Bapt, soutenu par **M. Pascal Terrasse**, tendant à augmenter de 2 % à 6 % le taux de la contribution sociale sur les revenus du patrimoine.

Article 15 : *Affectation des avoirs non réclamés issus des contrats d'assurance-vie au fonds de réserve pour les retraites*

Votre Commission a examiné un amendement de votre Rapporteur pour avis, destiné à ce que l'affectation des avoirs en déshérence soit gérée comme toute autre ressource du fonds de réserve pour les retraites.

Votre Rapporteur pour avis a considéré que l'article 15 prévoit une dérogation aux principes fondateurs du fonds de réserve pour les retraites, en n'appliquant pas les mêmes règles de gestion aux produits des contrats d'assurance vie en déshérence que celles prévalant pour le reste des réserves du fonds. Il apparaît souhaitable, au regard des enjeux financiers – environ 20 millions d'euros en 2007 de nouvelles recettes pour des réserves de plus de 29 milliards d'euros –, de ne pas créer de règles particulières de gestion.

M. Pascal Terrasse a estimé qu'il fallait tenir compte du fait que certaines successions ne peuvent être soldées en 10 ans.

Votre Commission a *adopté* cet amendement.

Après l'article 15

Votre Commission a examiné un amendement de votre Rapporteur pour avis, destiné à simplifier le cadre de gestion des avoirs financiers du fonds de réserve pour les retraites.

Votre Rapporteur pour avis a expliqué que la recherche d'un rendement dans les meilleures conditions possibles de sécurité mais sous les contraintes de risques inhérentes à cette activité doit pouvoir être obtenue en offrant au fonds de réserve pour les retraites toutes les possibilités de placement d'actifs sur les instruments financiers fournis par le marché et habituellement utilisés par les fonds commun de placement ou les fonds publics de gestion de réserves. En ce sens, des souplesses dont disposent les fonds de réserve européens ayant des missions identiques à celles du FRR (Suède, Norvège, Finlande, Irlande, Luxembourg et bientôt l'Espagne et le Royaume-Uni) devraient pouvoir être apportées au FRR.

Le présent amendement vise à adapter le cadre de gestion du FRR à l'évolution des marchés financiers et offrir au FRR tous les moyens d'être le plus efficace possible, par une plus grande souplesse de gestion et une meilleure réactivité, dans le respect de sa politique d'investissement qui reste inchangée. Dans ce but, il autorise le FRR à placer ses actifs auprès de prestataires de services

d'investissement au lieu d'entreprises d'investissement comme le prévoit la loi actuellement ; cela permettrait des placements auprès d'établissements de crédits performants. Ces entités peuvent présenter des garanties en termes de qualité de leurs services de gestion de portefeuille égales ou même supérieures à celles présentées par des entreprises d'investissement exerçant à titre principal le service de gestion de portefeuille pour le compte de tiers. Rien en réalité ne justifie que de telles entités ne puissent pas être retenues par le FRR.

Cet amendement supprime également la condition d'exercice d'un service de gestion à titre principal en raison notamment du contrôle presque impossible de cette condition lorsque le placement est fait hors zone euro. Le FRR n'est pas en mesure de vérifier en pratique que des établissements d'origine étrangère qui seraient autorisés à exercer leurs activités en France sur le fondement de la reconnaissance mutuelle prévue par les directives européennes, exercent ou non à titre principal le service de gestion de portefeuille pour le compte de tiers. En effet, les autorités réglementaires de l'État d'origine de ces établissements, lorsqu'elles leur délivrent un agrément leur permettant d'exercer le service de gestion de portefeuille pour le compte de tiers, ne distinguent pas selon que ce service est exercé ou non à titre principal. Dans le cadre de la procédure de reconnaissance mutuelle, les autorités réglementaires françaises n'opèrent pas davantage la distinction posée en principe par le texte actuellement en vigueur.

L'amendement permet également au FRR de saisir des opportunités occasionnelles d'investissement et de désinvestissement sur la partie de ses actifs dans des fonds ouverts ou fermés, sans recourir à la procédure très longue d'attribution de mandats de gestion périodiquement renouvelés selon les lourdes procédures de mise en concurrence prévues par le code des marchés publics. Cette facilité est acceptée par la Commission européenne et tous les homologues européens du FRR en disposent.

En dernier lieu, l'amendement permet au FRR de placer ses actifs dans des instruments innovants couramment employés dans le domaine du capital risque. Tel serait notamment le cas, par exemple, d'investissements réalisés dans des *Limited Partnerships* n'émettant pas de titres, de tels investissements étant représentés par des droits contractuels dont la caractérisation en instruments financiers pourrait être contestée.

Votre Commission a *adopté* cet amendement.

Article 16 : *Modalités de versement de l'acompte versé par les établissements financiers au titre des contributions sociales dues sur les revenus des placements*

Votre Commission a examiné un amendement de votre Rapporteur pour avis, destiné à exclure du champ d'application de l'acompte anticipé de CSG les contrats de capitalisation et d'assurance-vie en unités de compte.

Votre Rapporteur pour avis a considéré qu'il peut être difficile pour les établissements payeurs d'appréhender par avance le montant des sorties donnant lieu à taxation et d'anticiper la variation à la hausse ou à la baisse de l'unité de compte qui va générer des produits taxables au titre de la CSG.

M. Pascal Terrasse s'est déclaré favorable à l'amendement tout en constatant que cet article constitue une des rares ressources prévues par le projet de loi, consistant à financer à crédit la protection sociale.

Votre Commission a *adopté* cet amendement.

Article 18 : *Taux de la contribution des laboratoires pharmaceutiques assise sur leur chiffre d'affaires*

Votre Commission a examiné un amendement de votre Rapporteur pour avis, destiné à réaffirmer le caractère exceptionnel de la majoration de la taxe sur le chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique, ramené de 1,76 % à 1 % en 2007 alors que le taux était initialement de 0,6 %.

M. Pascal Terrasse a souligné l'importance du retour au taux de 0,6 %, pour lequel le Rapporteur pour avis s'était d'ailleurs battu l'année dernière.

Votre Commission a *adopté* cet amendement.

Après l'article 18

Votre Commission a *adopté* un amendement présenté par votre Rapporteur pour avis, de coordination avec la suppression de l'article 5, afin de recouvrer en 2007 une taxe exceptionnelle sur le chiffre d'affaires des grossistes-répartiteurs.

Article 19 : *Affectation du produit net comptable des cessions des terrains et des bâtiments des établissements de santé à la CNAM*

Votre Commission a examiné deux amendements de M. Gérard Bapt et de M. Pascal Terrasse supprimant cet article, **M. Pascal Terrasse** expliquant qu'il crée des contraintes insupportables pour les gestionnaires d'hôpitaux.

Votre Commission a *rejeté* ces amendements.

Votre Commission a ensuite examiné un amendement de rédaction globale de l'article présenté par votre Rapporteur pour avis, affectant le produit des cessions des terrains et bâtiments des hôpitaux, non utilisés pour des investissements internes, au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés.

Votre Rapporteur pour avis a estimé que, comme l'État, les hôpitaux doivent être incités à mieux valoriser leur patrimoine immobilier. Pour autant, cette politique de valorisation doit se traduire par un dispositif d'intéressement incitatif pour les établissements, et privilégier leur propre politique

d'investissement immobilier, lorsqu'elle s'inscrit dans une logique vertueuse de recomposition de l'offre hospitalière.

C'est pourquoi il est proposé que le produit des cessions, lorsqu'il n'est pas utilisé à de nouveaux investissements, ne soit pas versé directement à la CNAM pour financer son déficit de fonctionnement, mais au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés, qui contribue au financement d'opérations de restructurations de l'offre hospitalière et participe à la mise en œuvre du plan « Hôpital 2007 ».

M. Pascal Terrasse a approuvé cet amendement, tout en constatant qu'il aura pour conséquence de réduire le montant de la ressource attendue, soit 115 millions d'euros.

Votre Commission a *adopté* cet amendement.

Article 21 : *Absence de compensation par l'État des pertes de recettes pour la sécurité sociale des mesures relatives à l'assujettissement des stagiaires en entreprise, au contrat de transition professionnelle et à l'extension de l'aide aux chômeurs créateurs ou repreneurs d'entreprises*

Votre Commission a *rejeté* un amendement de M. Gérard Bapt, soutenu par **M. Pascal Terrasse**, supprimant cet article au motif que toute exonération de cotisations sociales devrait être compensée par le budget de l'État.

Article 24 : *Prévisions pour 2007 du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale*

Votre Commission a *adopté* un amendement de votre Rapporteur pour avis, destiné à rectifier une erreur d'arrondi dans le tableau d'équilibre.

Article 29 : *Règles d'inscription du privilège*

Votre Commission a *adopté* un amendement de votre Rapporteur pour avis, destiné à assurer une coordination avec l'article 4 du projet de loi de finances pour 2007.

Article 33 : *Relèvement du plafond annuel de ressources ouvrant droit au dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé*

Votre Commission a examiné un amendement de votre Rapporteur pour avis, visant à renommer le crédit d'impôt en aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé.

Votre Rapporteur pour avis a expliqué que le terme de crédit d'impôt, même s'il correspond à une réalité juridique, n'est pas très approprié pour faire connaître au public bénéficiaire le dispositif d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé.

En fait, le terme de crédit d'impôt ne concerne que les mutuelles, et non les personnes bénéficiaires. Afin d'éviter toute confusion chez ces personnes, notamment avec les nombreux crédits d'impôt sur le revenu existants, il est nécessaire de recentrer la communication sur le terme d'aide à l'acquisition d'une couverture santé complémentaire.

Le Président Pierre Méhaignerie a jugé que cette nouvelle dénomination relève du bon sens, afin d'être mieux appréhendée par les bénéficiaires.

Votre Commission a *adopté* cet amendement.

Après l'article 33

Votre Commission a examiné un amendement de votre Rapporteur pour avis, créant une obligation de télétransmission pour les médecins, compte tenu des coûts considérables générés par le traitement des feuilles de soins papier.

Votre Rapporteur pour avis a expliqué qu'après un démarrage lent, la montée en charge de l'utilisation de la carte Vitale par les médecins progresse régulièrement, pour atteindre 83 % chez les généralistes et 61 % chez les spécialistes en 2006.

Les aides à la télétransmission versées par l'assurance maladie ont permis, pour les professions concernées, d'accélérer de façon significative le nombre de professionnels équipés. Les assurés sociaux ont compris tout l'intérêt pour eux d'utiliser la carte Vitale. Dès lors, la réticence de certains professionnels de santé à l'encontre de la télétransmission n'est plus acceptable aujourd'hui, car elle entraîne des surcoûts de gestion significatifs pour l'assurance maladie.

Il est donc proposé que l'assurance maladie et les médecins négocient, dans le cadre de la convention, les conditions de mise en œuvre d'une véritable obligation de télétransmission, sous peine de déconventionnement.

Votre Commission a *adopté* cet amendement.

Après l'article 35

Votre Commission a *adopté* un amendement de M. Pascal Terrasse créant une enveloppe spécifique au sein de l'ONDAM médico-social pour les médicaments coûteux ainsi que pour les dispositifs médicaux et appareillages personnalisés pris en charge par l'assurance maladie.

Après l'article 37

Votre Commission a *adopté* un amendement de votre Rapporteur pour avis, obligeant les médecins à prescrire en dénomination commune internationale dans le cadre des affections de longue durée, **votre Rapporteur pour avis** ayant indiqué qu'il s'agissait ainsi de favoriser le développement des génériques.

Article 39 : *Dispositions diverses relatives à l'application de la tarification à l'activité*

M. Pascal Terrasse a indiqué qu'il présenterait un amendement de suppression de cet article. En effet, le secteur paramédical, notamment l'industrie du pansement, connaît de plus en plus de délocalisations et il apparaît préjudiciable d'exercer une pression financière supplémentaire sur ces entreprises.

Après l'article 39

La Commission a examiné un amendement de votre Rapporteur pour avis, visant à faire reposer le changement de tarif des prestations des établissements de santé sur une analyse des activités médicales des établissements.

Votre Rapporteur pour avis a indiqué que la modification des tarifs des prestations des établissements de santé, lorsque l'évolution des dépenses se révèle incompatible avec le respect de l'objectif fixé, doit s'effectuer après analyse des différents facteurs d'évolution des charges par activités médicales, notamment les facteurs relatifs aux pratiques médicales et aux besoins de santé de la population. Il s'agit de donner tout son sens à la tarification dans le cadre d'une démarche de maîtrise médicalisée. Une telle procédure doit, par ailleurs, s'appliquer selon des modalités identiques aux établissements de santé publics et privés, démultipliant ainsi l'effet de la mesure en termes d'organisation et de régulation du système de soins.

Votre Commission a *adopté* cet amendement.

Après l'article 40

Votre Commission a examiné un amendement de M. Gérard Bapt, soutenu par **M. Pascal Terrasse**, visant à inclure les hôpitaux locaux dans le développement des services d'hospitalisation à domicile.

M. Pascal Terrasse a expliqué qu'une erreur rédactionnelle dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a conduit à écarter indûment les hôpitaux locaux de la possibilité de développer des services d'hospitalisation à domicile qui bénéficient d'une tarification à l'activité à 100 %. Les hôpitaux locaux constituent une modalité originale d'association de la médecine libérale et hospitalière, au service d'activités de soins de proximité. Il y a lieu de réparer cette erreur d'écriture.

Conformément à l'avis favorable de votre Rapporteur pour avis, votre Commission a *adopté* cet amendement.

Article 41 : *Conditions d'exercice des médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes et sages-femmes titulaires d'un diplôme obtenu hors Union européenne*

Votre Commission a examiné un amendement de M. Pascal Terrasse visant à permettre aux praticiens ayant suivi une formation française pour une

partie de leur cursus médical de bénéficier des mesures dérogatoires prévues par le présent article concernant l'autorisation d'exercice des professions de médecin, de pharmacien, de chirurgien-dentiste et de sage-femme titulaires d'un diplôme obtenu hors Union européenne.

M. Pascal Terrasse a considéré que 350 et 400 praticiens en poste actuellement dans les hôpitaux seraient concernés par cette mesure. Il est proposé d'assortir cette mesure dérogatoire de deux conditions supplémentaires : l'exercice de trois années de fonctions hospitalières en France après la période de formation et le fait d'être en poste au moment de la publication de la loi. La situation de ces praticiens mérite une solution cohérente et acceptable en raison de la qualité de leur formation, de l'expérience acquise en France, et des services rendus aux hôpitaux en cette période de pénurie en praticiens hospitaliers.

Votre Commission a *rejeté* cet amendement.

Article 42 : *Répartition des capacités d'accueil et des crédits des unités de soins de longue durée*

Votre Commission a examiné un amendement de M. Gérard Bapt visant à élargir les possibilités de recomposition hospitalière et médico-sociale ouvertes par la redéfinition des unités de soins de longue durée.

M. Pascal Terrasse a souligné que plutôt que d'énoncer l'arbitrage sur les capacités et les ressources en termes de répartition, ce qui fige les situations dans ce secteur jusqu'en 2010, il faut faire en sorte que des réorganisations plus dynamiques puissent survenir au sein des établissements de santé, afin d'élargir les capacités actuelles à répartir entre soins de longue durée et hébergement médico-social. Par ailleurs, les engagements ministériels d'abondement financier des unités de soins de longue durée redéfinies d'une part, et de préservation des crédits d'assurance maladie pour les capacités intégrant le secteur médico-social d'autre part, montrent également qu'il n'y a pas lieu de figer les situations budgétaires en termes uniquement de répartition budgétaire interne, mais également d'attribution de crédits nouveaux, le cas échéant.

Votre Commission a *adopté* cet amendement.

Puis votre Commission a *rejeté* un amendement de M. Pascal Terrasse relatif aux autorités compétentes pour la détermination des capacités d'accueil.

Article 43 : *Création de l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux*

Votre Commission a examiné un amendement de votre Rapporteur pour avis supprimant cet article.

Votre Rapporteur pour avis a indiqué que le conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale a été créé par la loi du 2 janvier 2002

rénovant l'action sociale et médico-sociale mais n'a jamais véritablement fonctionné. Dès lors, il ne semble pas opportun de l'ériger en agence dotée de moyens supplémentaires et de compétences qui risquent de ne pas s'articuler de façon optimale avec celles des autres structures existantes.

M. Pascal Terrasse a indiqué qu'il avait été rapporteur de la loi créant cet organisme et qu'il regrette qu'il n'ait pas été davantage utilisé. Les missions d'évaluation et de *reporting* dans le secteur médico-social sont pourtant essentielles. Il ne faudrait pas, si l'État se désengage de ces organismes, que le poids financier repose *in fine* sur les départements.

Votre Rapporteur pour avis a indiqué que les missions d'évaluation doivent pouvoir être assurées par la commission nationale d'évaluation sociale et médico-sociale.

Votre Commission a *adopté* cet amendement.

Article 46 : *Gestion des crédits de promotion des actions innovantes et de renforcement de la professionnalisation par la CNSA*

Votre Commission a examiné un amendement de votre Rapporteur pour avis supprimant l'article.

Votre Rapporteur pour avis a indiqué que le degré de détail auquel cet article descend pour organiser comptablement la CNSA relève manifestement du domaine réglementaire. De plus, une telle précision et un tel cloisonnement des circuits financiers internes à la caisse vont à l'encontre de la souplesse qui est nécessaire.

Votre Commission a *adopté* cet amendement.

Article 47 : *Exonération du ticket modérateur pour les consultations de prévention destinées aux personnes âgées de plus de soixante-dix ans*

Votre Commission a *adopté* un amendement de votre Rapporteur pour avis, précisant que la consultation de prévention pour les septuagénaires, sans reste à charge pour l'assuré, doit être unique et ne concerner que les personnes qui vont rentrer dans leur soixante-et-onzième année.

Article 49 : *Missions et montant de la dotation du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés*

Votre Commission a *adopté* un amendement de votre Rapporteur pour avis, visant à diminuer de 16 millions d'euros la dotation du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés, celui-ci ayant bénéficié de 24 millions d'euros de reports en 2006 et devait encore disposer de 20 millions d'euros de reports en 2007.

Article 51 : *Création d'un fonds de prévention des risques sanitaires*

Votre Commission a examiné un amendement de votre Rapporteur pour avis, précisant que la loi de financement de la sécurité sociale fixe chaque année le montant de la participation de l'assurance maladie au fonds de prévention des risques sanitaires.

Votre Rapporteur pour avis a souligné que l'article 51 tire les conséquences de la décision du Conseil constitutionnel sur la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 en supprimant le fonds de concours pour le plan Biotox. Il serait paradoxal que le Parlement ne vote plus désormais le montant de la contribution de l'assurance maladie à ces dépenses de solidarité nationale, toujours gérées par l'État.

Votre Commission a *adopté* cet amendement.

Article 53 : *Fixation du montant et de la ventilation de l'ONDAM*

Votre Commission a *rejeté* un amendement de M. Pascal Terrasse visant à augmenter le sous-objectif pour les personnes âgées afin de financer le plan « Solidarité grand âge », qui devrait représenter un total de 378,3 millions d'euros, et à diminuer le sous-objectif soins de ville.

Avant l'article 60

Votre Commission a examiné un amendement de votre Rapporteur pour avis, visant à étendre les dispositifs de contrôle médical préalable pour la prise en charge des indemnités journalières (IJ) consécutives à un accident du travail ou à une maladie professionnelle.

Votre Rapporteur pour avis a rappelé que le directeur d'un organisme local d'assurance maladie peut décider de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical la prise en charge des prescriptions d'indemnités journalières et de transport d'un médecin, en cas de constatation du non-respect de certaines conditions ou de prescriptions abusives de frais de transport ou d'IJ.

Le présent amendement étend ces dispositions, cantonnées au champ de l'assurance maladie, aux IJ consécutives à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, ce qui est susceptible d'avoir un impact significatif sur les comptes de la branche AT/MP.

Votre 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 2007, ainsi modifié.

AMENDEMENTS ADOPTÉS PAR LA COMMISSION

Article 5

Amendement n° 15 présenté par M. Yves Bur, Rapporteur pour avis :

Supprimer cet article.

Après l'article 10

Amendement n° 17 présenté par M. Yves Bur, Rapporteur pour avis :

Insérer l'article suivant :

I. – Le II de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le *a* est ainsi rédigé :

« *a*. Les sommes soumises à l'impôt sur le revenu en application des articles 168, 1649 A et 1649 *quater* A du code général des impôts ainsi que de l'article L. 69 du livre des procédures fiscales ; » ;

2° Après le *a*, il est inséré un *a bis* ainsi rédigé :

« *a bis*. Les sommes soumises à l'impôt sur le revenu en application du 1° de l'article L. 66 du livre des procédures fiscales et qui ne sont pas assujetties à la contribution en vertu d'une autre disposition ; » ;

II. – L'article 1600-0 H du code général des impôts est ainsi modifié :

1° Le 2 est ainsi rédigé :

« 2. Les sommes soumises à l'impôt sur le revenu en application des articles 168, 1649 A et 1649 *quater* A ainsi que de l'article L. 69 du livre des procédures fiscales ; » ;

2° Après le 2, il est inséré un 2 *bis* ainsi rédigé :

« 2 *bis*. Les sommes soumises à l'impôt sur le revenu en application du 1° de l'article L. 66 du livre des procédures fiscales et qui ne sont pas assujetties à la contribution en vertu d'une autre disposition ; » ;

3° Dans le 3, les mots : « perçus au titre des années définies au I de l'article 1600-0 G, » sont supprimés ;

4° Dans le 4, les mots : « au titre des années visées au I de l'article 1600-0 G » sont supprimés ;

III. – Les dispositions des I et II s'appliquent à compter de l'imposition des revenus de l'année 2006.

Article 13

Amendement n° 18 présenté par M. Yves Bur, Rapporteur pour avis :

Dans l'alinéa 11 de cet article, substituer aux mots :

« , n'excédant pas »,

les mots :

« qui n'excède pas soit deux fois le montant de la rémunération annuelle brute perçue par le salarié au cours de l'année civile précédant la rupture de son contrat de travail, ou 50 % du montant de l'indemnité si ce seuil est supérieur, dans la limite de ».

Après l'article 13

Amendement n° 19 présenté par M. Yves Bur, Rapporteur pour avis :

Insérer l'article suivant :

I.- L'article L. 131-4 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « et dans la limite, par salarié et par an, de 30 % du salaire minimum de croissance apprécié sur une base mensuelle ».

II.- Au début de l'article L. 411-9 du code du tourisme sont insérés les mots : « La contribution du comité d'entreprise à l'acquisition des chèques vacances ou, »

Article 14

Amendement n° 20 présenté par M. Yves Bur, Rapporteur pour avis :

Au début de l'alinéa 2 de cet article, substituer aux mots :

« À compter de l'exercice »,

le mot :

« En ».

Article 15

Amendement n° 21 présenté par M. Yves Bur, Rapporteur pour avis :

Supprimer les alinéas 10 et 11 de cet article.

Après l'article 15

Amendement n° 22 présenté par M. Yves Bur, Rapporteur pour avis :

Insérer l'article suivant :

L'article L. 135-10 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa, les mots : « entreprises d'investissement qui exercent à titre principal » sont remplacés par les mots : « prestataires de services d'investissement qui exercent » ;

2° Le troisième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Par dérogation à l'alinéa précédent, la gestion financière des actifs du fonds peut être assurée par ce dernier, sans recourir à des prestataires visés audit alinéa :

« – soit dans des cas exceptionnels, à titre temporaire et pour préserver la sécurité des actifs détenus par le fonds ;

« – soit quand le fonds décide d'investir dans des parts ou actions d'organismes de placement collectif et des parts, actions ou droits représentatifs d'un placement financier émis par ou dans des organismes de droit étranger ayant un objet équivalent, quelle que soit leur forme.

« Les conditions d'application de cette dérogation sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de l'économie et de la sécurité sociale. »

3° Le dernier alinéa est ainsi modifié :

a) Les mots : « instruments financiers » sont remplacés par le mot : « actifs » ;

b) Le mot : « ceux » est remplacé par les mots : « les instruments financiers » ;

c) L'alinéa est complété par les mots : « et les droits représentatifs d'un placement financier ».

Article 16

Amendement n° 23 présenté par M. Yves Bur, Rapporteur pour avis :

Dans l'alinéa 3 de cet article, après le mot : « article », insérer les mots : « autres que les produits attachés aux contrats d'assurance vie ou de capitalisation en unités de compte ».

Article 18

Amendement n° 24 présenté par M. Yves Bur, Rapporteur pour avis :

À la fin de cet article, après les mots :

« est fixé »,

insérer les mots :

« , à titre exceptionnel, ».

Après l'article 18

Amendement n° 16 présenté par M. Yves Bur, Rapporteur pour avis :

Insérer l'article suivant :

Une contribution exceptionnelle de régulation, assise sur le chiffre d'affaires hors taxes pour l'année civile 2007 réalisé en France auprès des pharmacies d'officine, des pharmacies mutualistes et des pharmacies de sociétés de secours minières au titre des spécialités inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, est due par les entreprises de vente en gros de spécialités pharmaceutiques ainsi que par les entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique.

Le montant des ventes de médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins n'est pas inclus dans l'assiette de la contribution.

Pour la détermination de l'assiette de la contribution, il n'est tenu compte que de la partie du prix de vente hors taxes aux pharmacies d'officine inférieure à un montant de 150 € augmenté de la marge maximum que les entreprises visées au premier alinéa sont autorisées à percevoir sur cette somme en application de la décision prévue à l'article L. 162-38 du code de la sécurité sociale.

L'assiette de la contribution est composée de deux parts. Une première part est constituée par le chiffre d'affaires hors taxe réalisé par l'entreprise au cours de l'année 2007 ; une seconde part est constituée par la différence entre le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours de 2007 et celui réalisé au cours de l'année 2006. Le montant de la contribution est calculé en appliquant un taux de 0,3 % à la première part et un taux de 1,5 % à la seconde part. Si cette dernière est négative, le produit de la seconde part s'impute sur le produit de la première part. La contribution totale ne peut cependant être négative.

La contribution est recouvrée le 1er septembre 2008 dans les conditions prévues aux articles L. 138-20 à L. 138-23 du code de la sécurité sociale. Son produit est réparti dans les conditions prévues à l'article L. 162-37 du code de la sécurité sociale.

Article 19

Amendement n° 25 présenté par M. Yves Bur, Rapporteur pour avis :

Rédiger ainsi cet article :

Les établissements de santé peuvent reverser, au fonds mentionné à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001, une partie du produit net comptable des cessions de leurs terrains et bâtiments, pour la fraction de ce produit qu'ils n'utilisent pas à des investissements immobiliers destinés à la recomposition de l'offre hospitalière.

Article 24

Amendement n° 26 présenté par M. Yves Bur, Rapporteur pour avis :

I.- Dans la deuxième ligne de la dernière colonne du tableau de l'alinéa 2 de cet article, substituer au montant : « - 4,0 », le montant : « - 3,9 ».

II.- En conséquence, dans la dernière ligne de la dernière colonne du tableau de l'alinéa 2 de cet article, substituer au montant : « - 7,5 », le montant : « - 7,4 ».

Article 29

Amendement n° 27 présenté par M. Yves Bur, Rapporteur pour avis :

Rédiger ainsi l'alinéa 1 de cet article :

I.- Après le cinquième alinéa de l'article 2425 du code civil, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

Article 33

Amendement n° 28 présenté par M. Yves Bur, Rapporteur pour avis :

I.- Supprimer l'alinéa 2 de cet article.

II.- En conséquence, après le mot : « relatives », rédiger ainsi la fin de l'alinéa 4 de cet article : « à l'aide à l'acquisition d'une protection complémentaire en matière de santé ».

Après l'article 33

Amendement n° 29 présenté par M. Yves Bur, Rapporteur pour avis :

Insérer l'article suivant :

L'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 19° Les conditions dans lesquelles tout médecin est tenu d'accepter la carte mentionnée à l'article L. 161-31. »

Article 35

Amendement n° 30 présenté par M. Yves Bur, Rapporteur pour avis et M. Pascal Terrasse :

Après l'alinéa 13 de cet article, insérer les deux alinéas suivants :

III *bis*. - Après le premier alinéa de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les activités de soins de suite ou de réadaptation mentionnées au *b* de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique exercées dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale, l'État fixe également la liste des spécialités pharmaceutiques bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché dispensées aux patients hospitalisés, ainsi que la nature des dispositifs médicaux et appareillages personnalisés, qui peuvent être prises en charge, sur présentation des factures, par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus du financement par une dotation globale des prestations d'hospitalisation. Ces dépenses relèvent de l'objectif des dépenses d'assurance maladie au titre du 1 *bis* de l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale. »

Après l'article 37

Amendement n° 31 présenté par M. Yves Bur, Rapporteur pour avis :

Insérer l'article suivant :

Après l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 324-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 324-2.* – Le médecin est tenu de libeller en dénomination commune les prescriptions de médicaments aux patients atteints d'une affection de longue durée, lorsque ces médicaments appartiennent à un groupe générique tel que défini à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique. »

Après l'article 39

Amendement n° 32 présenté par M. Yves Bur, Rapporteur pour avis :

Insérer l'article suivant :

Le II de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Dans le dernier alinéa, après les mots : « et aux besoins de santé de la population », sont insérés les mots : « , ainsi que sur le fondement d'une analyse de l'évolution de l'activité médicale » ;

2° Le dernier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Les modalités d'application de cette modification sont communes aux établissements de santé mentionnés aux *a*, *b*, *c* et *d* de l'article L. 162-22-6. »

Après l'article 40

Amendement n° 33 présenté par M. Yves Bur, Rapporteur pour avis et M. Pascal Terrasse :

Insérer l'article suivant :

L'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Dans le premier alinéa, les mots : « , y compris les activités d'alternative à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile, » sont supprimés ;

2° Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret en Conseil d'État, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, détermine les catégories de prestations donnant lieu à facturation pour les activités d'alternatives à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile. Ces activités sont exercées par les établissements mentionnés aux *a* à *e* du présent article, ainsi que par les hôpitaux locaux mentionnés à l'article L. 6141-2 du code de la santé publique. »

Article 42

Amendement n° 34 présenté par M. Yves Bur, Rapporteur pour avis et M. Pascal Terrasse :

Dans l'alinéa 3 de cet article, substituer aux mots :

« la répartition des capacités d'accueil et des »,

les mots :

« les capacités d'accueil et les ».

Article 43

Amendement n° 35 présenté par M. Yves Bur, Rapporteur pour avis :

Supprimer cet article.

Article 46

Amendement n° 36 présenté par M. Yves Bur, Rapporteur pour avis :

Supprimer cet article.

Article 47

Amendement n° 37 présenté par M. Yves Bur, Rapporteur pour avis :

Rédiger ainsi cet article :

Le 16° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« 16°) Dans le cadre des programmes mentionnés au 6° de l'article L. 321-1, pour les frais d'examens de dépistage et les frais liés aux consultations de prévention, qu'il s'agisse de celles destinées aux mineurs ou de la consultation destinée aux personnes qui sont dans leur soixante et onzième année. »

Article 49

Amendement n° 38 présenté par M. Yves Bur, Rapporteur pour avis :

Dans l'alinéa 18 de cet article, substituer au montant :

« 376 millions d'euros »,

le montant :

« 360 millions d'euros ».

Article 51

Amendement n° 39 présenté par M. Yves Bur, Rapporteur pour avis :

Dans l'alinéa 9 de cet article, substituer aux mots :

« arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget »,

les mots :

« la loi de financement de la sécurité sociale ».

Avant l'article 60

Amendement n° 40 présenté par M. Yves Bur, Rapporteur pour avis :

Insérer l'article suivant :

L'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la fin du premier alinéa, après la référence : « L. 321-1 », sont insérés les mots : « et au 2° de l'article L. 431-1 » ;

2° Le deuxième alinéa (1°) est complété par les mots : « ou au 2° de l'article L. 431-1 ».

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES PAR VOTRE RAPPORTEUR POUR AVIS

Ministère de la Santé et des solidarités :

M. LIBAULT, directeur de la sécurité sociale

M. HOUSSIN, directeur général de la santé

Haute autorité de santé :

M. DEGOS, président

M. BOUVENOT, président de la commission de la transparence

Fonds de réserve pour les retraites :

M. BRIET, président du conseil de surveillance

CADES :

M. RACT-MADOUX, président du conseil d'administration

ACOSS :

M. TAVERNIER, directeur

CNAM :

M. VAN ROEKEGHEM, directeur

CNAF :

Mme PRUD'HOMME, présidente sortante

M. GEORGE, directeur

Caisse centrale de mutualité sociale agricole (MSA) :

M. PELHATE, président

M. HUMEZ, directeur

Cour des comptes :

M. CRETIN, président de la sixième chambre

Mme RUELLAN, M. BRAUNSTEIN, M. GAURON, conseillers maîtres

CFDT :

M. BONNAND, secrétaire national

Fédération nationale de la mutualité française :

M. LENOIR, président

FHP :

M. DANIS, président

LEEM :

M. LAJOUX, président

M. LEMOINE, vice-président délégué

USPO :

M. DEVILLERS, président

M. BONNEFOND, secrétaire général

CSRP :

M. MERY, président

M. DECHIN, secrétaire général