

Le 17 novembre 2011

Commission des affaires sociales

**Projet de loi de financement de la sécurité sociale
Nouvelle lecture (n°3933)**

Amendements examinés par la Commission

2/3

ASSEMBLÉE NATIONALE

16 novembre 2011

A

LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2012
(Nouvelle lecture) - (n° 3933)

Commission	
Gouvernement	

AMENDEMENT

N° 13

présenté par
le Gouvernement

ARTICLE 24

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

« Pour l'année 2012, est approuvé le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	180,4	186,2	-5,8
Vieillesse	202,6	210,4	-7,8
Famille	54,4	56,5	-2,0
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,4	13,3	0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	440,2	455,8	-15,6

EXPOSÉ SOMMAIRE

Par rapport à l'actualisation des prévisions d'ores et déjà présentée par le Gouvernement au Parlement afin de tenir compte de la révision des hypothèses macro-économiques, le solde toutes branches confondues de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale s'améliore de 0,9 milliard d'euros, pour s'établir à -15,6 milliards d'euros.

Cette amélioration tient à la mise en œuvre des mesures du plan de retour à l'équilibre des finances publiques présenté par le Premier ministre le 7 novembre 2011, laquelle permet une maîtrise renforcée des dépenses des régimes, en particulier par la limitation à 2,5 % de l'évolution de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, le raccourcissement de la période transitoire

associée à la réforme des retraites de 2010 ainsi que la revalorisation limitée des prestations familiales et logement.

Amendement présenté par MM. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et
l'équilibre général, et Jean-Pierre Door

Article 24

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Pour l'année 2012, est approuvé le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble
des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	180.4	186.6	-6.2
Vieillesse	202.6	210.5	-7.9
Famille	54.4	57.0	-2.5
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	13.4	13.3	0.1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	440.3	456.8	-16.5

EXPOSÉ SOMMAIRE

Rétablissement du texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture,
moyennant l'actualisation du tableau d'équilibre compte tenu des nouvelles hypothèses
économiques.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012

Texte n°12

Amendement présenté par

AS 3 T

Jean-Luc PREEL, Claude LETEURTRE, Olivier JARDE, Yvan LACHAUD et les membres du groupe Nouveau Centre

Article additionnel après l'article 24

Rédiger ainsi l'alinéa 2,

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	186,8 (sous réserve d'une augmentation de 0,479% de CSG)	186,8	0
Vieillesse	202,8	210,5	-7,7
Famille	57,1 (sous réserve d'une augmentation de 0,194% de CSG)	57,1	0
Accidents du Travail et Maladies professionnelles	13,5	13,3	0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	460,2	467,7	-7,5

EXPOSE DES MOTIFS

Cet amendement permet de présenter la loi de financement en équilibre c'est-à-dire appliquer une règle d'or sociale. Lors de l'exercice 2011, le déficit prévisionnel de la branche vieillesse ayant été transféré à la CADES, il convient dès lors pour les autres branches de les transférer à la CADES en augmentant la CRDS de 0,05%.

ASSEMBLÉE NATIONALE

16 novembre 2011

A

LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2012
(Nouvelle lecture) - (n° 3933)

Commission	
Gouvernement	

AMENDEMENT

N° 14

présenté par
le Gouvernement

ARTICLE 25

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

« Pour l'année 2012, est approuvé le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale :

	<i>(En milliards d'euros)</i>		
	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	155,7	161,6	-5,9
Vieillesse	104,7	110,6	-5,9
Famille	53,9	56,0	-2,0
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,0	11,9	0,0
Toutes branches (hors transferts entre branches)	316,7	330,5	-13,8

EXPOSÉ SOMMAIRE

Par rapport à l'actualisation des prévisions d'ores et déjà présentée par le Gouvernement au Parlement afin de tenir compte de la révision des hypothèses macro-économiques, le solde toutes branches confondues du régime général s'améliore d'environ 0,9 milliard d'euros, pour s'établir à -13,8 milliards d'euros.

Cette amélioration tient à la mise en œuvre des mesures du plan de retour à l'équilibre des finances publiques présenté par le Premier ministre le 7 novembre 2011, laquelle permet une

maîtrise renforcée des dépenses du régime général, en particulier par la limitation à 2,5% de l'évolution de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, le raccourcissement de la période transitoire associée à la réforme des retraites de 2010 ainsi que la revalorisation limitée des prestations familiales et logement.

Amendement présenté par MM. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, et Jean-Pierre Door

Article 25

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Pour l'année 2012, est approuvé le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale :

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Soie
Maladie.....	155.7	162.0	-6.2
Vieillesse	104.7	110.7	-6.0
Famille.....	53.9	56.5	-2.5
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	12.0	11.9	0.1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	316.8	331.5	-14.7

EXPOSÉ SOMMAIRE

Rétablissement du texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture, moyennant l'actualisation du tableau d'équilibre compte tenu des nouvelles hypothèses économiques.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2012
NOUVELLE LECTURE (N° 3933)

152

A

Amendement présenté par MM. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et
l'équilibre général, et Jean-Pierre Door

Article 26

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Pour l'année 2012, est approuvé le tableau d'équilibre des organismes concourant au
financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Prévisions de dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse.....	14,2	18,3	-4,1

EXPOSÉ SOMMAIRE

Rétablissement du texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture,
moyennant l'actualisation du tableau d'équilibre compte tenu des nouvelles hypothèses
économiques.

Amendement présenté par MM. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et
l'équilibre général, et Jean-Pierre Door

Article 27

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

I. – Pour l'année 2012, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 11,1 milliards d'euros.

II. – Pour l'année 2012, les prévisions de recettes par catégorie affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à :

(En milliards d'euros)	
	Prévisions de recettes
Recettes affectées	0
Total.....	0

III. – Pour l'année 2012, les prévisions de recettes par catégorie mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse sont fixées à :

(En milliards d'euros)	
	Prévisions de recettes
Recettes fiscales affectées	0,4
Total.....	0,4

EXPOSÉ SOMMAIRE

Rétablissement du texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

ASSEMBLÉE NATIONALE

16 novembre 2011

A

LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2012
(Nouvelle lecture) - (n° 3933)

Commission	
Gouvernement	

AMENDEMENT

N° 15

présenté par
le Gouvernement

ARTICLE 28

I. – Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

« Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2012-2015), les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes, ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. ».

II. – Rétablir l'annexe B dans la rédaction suivante :

« Rapport décrivant les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les quatre années à venir

Hypothèses retenues dans la projection quadriennale

	2012	2013	2014	2015
Produit intérieur brut en volume	1,0%	2,0%	2,0%	2,0%
Masse salariale privée	3,0%	4,0%	4,0%	4,0%
Inflation	1,7%	1,75%	1,75%	1,75%
Objectif national de dépenses d'assurance maladie en valeur	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%

« La présente annexe décrit l'évolution des dépenses, des recettes et des soldes du régime général, de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) à l'horizon 2015, sur la base d'hypothèses macroéconomiques révisées compte tenu des

développements récents de la crise économique et financière et de leurs conséquences sur l'environnement économique international. Ces projections intègrent également l'impact financier des mesures du plan de retour à l'équilibre des finances publiques annoncé le 7 novembre 2011 qui contribuent plus particulièrement au redressement des comptes de la sécurité sociale.

« Les hypothèses retiennent un ralentissement en 2012 de la progression de la masse salariale privée, principale assiette des ressources de la sécurité sociale (3,0 %, contre 3,7 % en 2011). Pour les exercices 2013 à 2015, la masse salariale privée est supposée progresser de 4 % par an en valeur. Ces hypothèses traduisent la volonté de fonder la stratégie de redressement de la sécurité sociale, laquelle sous-tend les mesures présentées dans la présente loi, sur des projections financières sincères et prudentes :

« - la progression révisée de la masse salariale pour 2012 incorpore l'intégralité de la correction à la baisse de l'hypothèse de croissance du PIB, elle-même calée sur la moyenne des prévisions pour l'année à venir des instituts indépendants de conjoncture ;

« - l'hypothèse de progression de 4,0% à compter de 2013 reste inférieure au rythme annuel moyen de la masse salariale privée entre 1998 et 2007 (4,1%), alors que l'éventualité d'un rattrapage partiel des points de croissance perdus entre 2008 et 2012 par rapport à la tendance historique ne peut être écartée.

« La période quadriennale qui s'ouvre est marquée par des incertitudes sur l'environnement macroéconomique international, qui contraignent fortement les finances publiques des États. Dans le programme de stabilité transmis à la Commission européenne au premier semestre 2011, la France s'est engagée auprès de ses partenaires européens, à respecter une trajectoire de redressement du solde des administrations publiques (de -5,7 % du PIB en 2011 à -4,5 % en 2012, -3,0 % en 2013 et -2,0 % en 2014) et ce quelle que soit la conjoncture économique. Tous les sous-secteurs des administrations publiques devront prendre part à cet effort, et notamment la sécurité sociale compte tenu de son poids dans l'ensemble des finances publiques, même si sa part dans le besoin de financement d'ensemble de la sphère publique reste limitée (moins d'un cinquième du besoin de financement des administrations publiques en 2010).

« La trajectoire financière décrite dans la présente annexe confirme l'objectif d'une réduction très significative du déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale. En dépit de la révision en baisse des hypothèses macroéconomiques, la mise en œuvre du second plan de retour à l'équilibre des finances publiques permet de revenir en 2012 à un solde déficitaire de 13,8 milliards d'euros, ainsi que d'amplifier l'effort de redressement entre 2013 et 2015.

« Le déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale devrait passer de 20,1 milliards d'euros en 2011 à 8,9 milliards d'euros en 2015, soit une diminution de plus de moitié. Pour le seul régime général, le redressement est encore plus significatif : -6,5 milliards d'euros en 2015, contre -18,0 milliards d'euros en 2011. La reprise des déficits de la branche vieillesse par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) étant d'ores et déjà financée jusqu'en 2018, durant la période de montée en charge de la réforme des retraites, seul le déficit du régime général hors branche vieillesse, qui ne sera plus que de 2 milliards d'euros pour l'exercice 2015, devra être remboursé par des excédents ultérieurs.

« Le levier principal et la clé de la durabilité de ce redressement sont un effort continu de maîtrise des dépenses de la sécurité sociale. La projection quadriennale décrite dans la présente

annexe retient l'hypothèse d'une progression annuelle moyenne des charges nettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale de 2,9 % en valeur entre 2011 et 2015, soit 1,15 % en volume. Maintenir à partir de 2013 la croissance des dépenses de la sécurité sociale à un rythme inférieur de près d'un point à celui de la richesse nationale constituera un résultat important au regard des pressions que le vieillissement de la population exercera sur la demande de prestations et services sociaux. Ce résultat sera obtenu au moyen d'un engagement résolu dans la recherche de l'efficience de la fourniture de ces prestations et services.

« En matière d'assurance maladie, en application du plan de retour à l'équilibre des finances publiques annoncé le 7 novembre 2011, la présente loi fixe un objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) en progression de 2,5 % en valeur par rapport à l'objectif 2011, qui sera lui-même respecté. La présente projection quadriennale repose également sur l'hypothèse de la reconduction de ce taux de progression de 2,5 % jusqu'en 2015, le Gouvernement s'étant engagé en outre à poursuivre une croissance des dépenses d'assurance maladie maîtrisée à ce rythme en 2016.

« Compte tenu d'une évolution tendancielle, en l'absence de toute mesure, légèrement supérieure à 4 %, cela signifie un effort d'économie de plus de 2,5 milliards d'euros chaque année. Ces économies seront justement réparties entre efforts de maîtrise médicalisée des dépenses de soins de ville, baisse des coûts des médicaments par le développement des génériques et l'action sur les prix des produits, amélioration de l'efficience hospitalière et convergence tarifaire : les mesures viseront prioritairement à renforcer l'efficacité et la performance du système de soins.

« Le projet initial du Gouvernement comportait d'ores et déjà des engagements et des dispositions permettant de respecter une progression des dépenses sous ONDAM de 2,8 % par rapport à l'objectif pour 2011, ce qui exige un montant d'économies de 2,2 milliards d'euros. Celles-ci seront atteintes :

« - par de nouvelles actions de maîtrise médicalisée, qui devront produire 550 millions d'euros d'économies ;

« - par des ajustements tarifaires dans le domaine des produits de santé dans le cadre de la politique conventionnelle, pour un montant de 770 millions d'euros ;

« - par des baisses de tarifs de certains actes médicaux, principalement en radiologie et en biologie, à hauteur de 170 millions d'euros ;

« - par l'instauration d'un quatrième jour de carence en cas d'arrêt de travail pour maladie, pour un montant évalué à 200 millions d'euros ;

« - enfin, dans le domaine hospitalier, par la poursuite de la convergence tarifaire, l'amélioration de la performance à l'hôpital et l'intensification des politiques de lutte contre la fraude, et une première diminution de la dotation des régimes d'assurance maladie au Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés, dont sont attendus 535 millions d'euros d'économies.

« En outre, en application de l'article 8.III de la loi n° 2010-465 du 28 décembre 2010 de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014, un montant de 545 millions d'euros sera mis en réserve en 2012.

« Les mesures annoncées lors de la présentation du second plan de retour à l'équilibre des finances publiques amplifieront ces efforts. Les dépenses sous ONDAM seront en effet encore réduites de plus de 500 millions d'euros en 2012 :

« - 290 millions d'euros au titre d'économies sur les dépenses de médicaments ;

« - 90 millions d'euros au titre d'une révision des tarifs des actes de biologie et de radiologie ;

« - 15 millions d'euros au titre de l'ajustement supplémentaire à la baisse de la dotation des régimes d'assurance maladie au Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (soit une baisse totale de la dotation de 100 millions d'euros par rapport au projet de loi de financement de la sécurité sociale déposé par le Gouvernement) ;

« - 20 millions d'euros sur les dépenses médico-sociales en faveur des personnes âgées.

« Ces mesures supplémentaires permettront de contenir la progression des dépenses entrant dans le périmètre de l'ONDAM en-deçà de 2,5 % en 2012. De 2013 à 2016, 500 millions d'économies additionnelles chaque année devront être dégagés afin de conserver un rythme de croissance de 2,5 % de l'ONDAM. Ces efforts de maîtrise des dépenses d'assurance maladie trouveront une traduction tangible dans les comptes de la branche maladie du régime général, dont le déficit reviendra de 11,6 milliards d'euros en 2010 à 5,9 milliards d'euros en 2012 – soit une division par deux en deux ans –, et à 0,9 milliard d'euros en 2015. Le présent rapport décrit ainsi un sentier crédible de retour à un quasi-équilibre de la branche maladie dès le milieu de la présente décennie.

« On ne saurait trop souligner la performance réalisée par la France en matière de régulation des dépenses d'assurance maladie. Depuis le début de la précédente décennie, le rythme de croissance en valeur des dépenses d'assurance maladie est passé d'environ 7 % à moins de 3 %. Le montant cumulé des économies réalisées par rapport à une situation où les dépenses d'assurance maladie seraient restées sur leur trajectoire antérieure peut être évalué à 40 milliards d'euros entre 2002 et 2010. Selon l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), notre pays se situe au deuxième rang pour la modération de la croissance des dépenses publiques de santé depuis 2005. Avec une progression de 1,7 % en moyenne par an en volume au cours de cette période, nos dépenses d'assurance maladie augmentent sensiblement moins rapidement qu'en Allemagne (2,6 %) ou au Royaume-Uni (5,9 %). Mais, dans le même temps, la France reste, parmi les pays développés, l'un de ceux dans lequel la part des dépenses de santé financée par les administrations publiques est la plus élevée, dans lequel les patients disposent des libertés les plus larges de choix du médecin ou de mode de prise en charge, et qui présente les meilleurs résultats en matière d'état de santé de la population, tout particulièrement en ce qui concerne l'espérance de vie des femmes. Le dernier rapport de la commission des comptes de la santé montre que pour la troisième année consécutive le reste à charge des ménages diminue, pour s'établir à 9,4% de la consommation des soins et biens médicaux. Cette part de reste à charge place la France en deuxième position, juste derrière les Pays-Bas.

« Dans le domaine des retraites, la réforme adoptée en 2010 a commencé à être mise en œuvre en 2011. Suite aux annonces du Premier ministre le 7 novembre 2011, la présente loi accélère la montée en charge de cette réforme : la deuxième étape du relèvement des âges de la retraite, au 1^{er} janvier 2012, portera à 60 ans et 9 mois pour la génération 1952 l'âge d'ouverture des droits et à 65 ans et 9 mois l'âge permettant l'application automatique du taux plein, soit un mois de

plus que le calendrier initialement fixé. Celui-ci est revu dans son ensemble afin d'atteindre dès 2017 et la génération 1955 les âges minimum et « taux plein » de, respectivement, 62 et 67 ans. Au total, les dispositions de la réforme des retraites portant sur les dépenses produiront en 2012 une économie significative, de l'ordre de 1,4 milliard d'euros pour le régime général, sans compter l'impact des mesures de recettes prises en loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 au bénéfice de la CNAV et du FSV, ni les gains en ressources pour les régimes de sécurité sociale consécutifs au maintien en activité d'un nombre plus important de seniors. Si l'incidence de l'accélération de la mise en œuvre de la réforme restera limitée pour le régime général en 2012 (60 millions d'euros), il sera sensiblement plus significatif en 2015 (480 millions d'euros), contribuant au redressement de la branche vieillesse.

« A plus long terme, la réforme fixe l'objectif d'un retour à l'équilibre financier de l'ensemble du système de retraite à l'horizon 2018, sans dégrader le niveau élevé des pensions dont bénéficient les retraités, ni alourdir les prélèvements supportés par les actifs afin de préserver la quasi-parité de niveau de vie aujourd'hui observée entre actifs et retraités (le niveau de vie des retraités équivaut en moyenne à 96% de celui des actifs en 2009). Aussi le levier privilégié est-il l'élévation de l'âge effectif de départ en retraite, au moyen de l'allongement de la durée d'assurance requise pour obtenir une pension à taux plein en fonction de l'évolution de l'espérance de vie et de l'élévation des âges légaux de la retraite. Ce levier est nécessaire pour atteindre l'objectif posé dans la réforme des retraites de 2003 d'un partage des gains d'espérance de vie à deux tiers en faveur de l'activité professionnelle et au tiers restant en faveur de la retraite. Au total, selon les évaluations disponibles, le relèvement des bornes d'âge devrait se traduire par un gain de 9,1 milliards d'euros à l'horizon 2018 pour la branche vieillesse du régime général, soit près de la moitié de l'impact d'ensemble de la réforme.

« Un effort ponctuel sera en outre demandé en 2012 aux bénéficiaires de prestations familiales et d'aides au logement, dont la revalorisation sera forfaitaire à hauteur de 1%. Cette mesure réduira de près de 400 millions d'euros les dépenses relatives à ces dispositifs. Compte tenu par ailleurs de l'application, à compter de l'année 2012, au 1^{er} avril de la revalorisation des prestations familiales, l'impact de cette mesure sera un peu plus important en 2013 (près de 500 millions d'euros) puis restera stable ensuite. Le principe posé par la loi d'une revalorisation de ces prestations par référence à l'évolution des prix à la consommation continuera de s'appliquer en 2013 et les années suivantes.

« Enfin, les régimes de sécurité sociale et les fonds financés par eux devront réaliser des économies sur leurs propres budgets. Les économies nouvelles sur le fonctionnement et l'action sociale des régimes s'élèveront à, respectivement, 60 et 85 millions d'euros. Les dotations aux fonds seront en outre réduites de 75 millions d'euros. Au total, 220 millions d'euros seront ainsi économisés.

Le redressement des comptes de la sécurité sociale à l'horizon 2015 repose aussi sur un effort de remise à niveau des recettes. En effet, la perte de recettes pour le régime général liée à la conjoncture très défavorable que l'économie française a traversée entre 2008 et 2011 peut être estimée à 9 points de masse salariale du secteur privé, soit 18 milliards d'euros environ. Compte tenu de l'ampleur de cette ponction sur ces recettes, sans laquelle les régimes de sécurité sociale dans leur ensemble seraient excédentaires, le Gouvernement met en œuvre des actions qui permettent d'assurer un financement viable du haut niveau de protection sociale qui doit être garanti aux Français.

« La loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites participait déjà d'un tel objectif, avec un volet recettes important. Des recettes nouvelles ciblées sont apportées aux régimes de retraite et au FSV. Ainsi, les ménages imposés à la tranche la plus élevée du barème de l'impôt sur le revenu ont vu leur taux marginal augmenter d'un point. Par ailleurs, les prélèvements sur les stock-options et les retraites chapeaux ont été relevés. Les revenus du capital sont également mis à contribution de façon spécifique (plus-values de cessions mobilières et immobilières, dividendes et intérêts). Concernant les entreprises, le gain de recettes induit par l'annualisation du calcul des allègements généraux de cotisations sociales bénéficie intégralement au FSV. Enfin, à plus long terme, les cotisations vieillesse au régime général seront augmentées entre 2015 et 2018, et compensées à due proportion par une diminution des cotisations d'assurance chômage, compte tenu de l'amélioration prévue de la situation financière de ce régime.

« Outre les recettes associées à la réforme des retraites, les mesures nouvelles annoncées par le Premier ministre le 24 août dernier dans le cadre d'un premier plan de lutte contre les déficits publics, et mises en œuvre dans les lois de finances rectificative pour 2011 et initiale pour 2012 ainsi que dans la présente loi, permettront d'améliorer les comptes des organismes de sécurité sociale de 6 milliards d'euros, dont environ 4 milliards d'euros au titre de la réduction des niches sociales. Parmi celles-ci, on peut citer : la réforme des abattements sur les plus-values immobilières, la hausse du forfait social portant sur les dispositifs tels que l'épargne salariale ou la retraite supplémentaire, l'élargissement de l'assiette de la contribution sociale généralisée et de la contribution pour le remboursement de la dette sociale pour les revenus d'activité, la réintégration des heures supplémentaires dans le barème des allègements généraux de cotisations sociales suivant les recommandations du Conseil des prélèvements obligatoires, un plus juste assujettissement aux cotisations et contributions sociales des indemnités de rupture, dans la continuité du mouvement engagé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. Ces mesures traduisent également la volonté de renforcer l'équité du prélèvement, en assurant notamment la contribution des plus hauts revenus via l'augmentation de 1,2 point des prélèvements sociaux sur les revenus du capital. Par ailleurs, dans le cadre d'une politique globale de santé publique visant à limiter les comportements à risque, les prix du tabac seront augmentés, la fiscalité sur les alcools forts rehaussée et une nouvelle taxe créée sur les boissons à sucre ajouté.

« L'année 2012 verra ainsi le redressement des comptes de la sécurité sociale franchir une étape décisive. Cependant, l'effort de reconstitution des recettes se poursuivra au-delà de cette date, en retenant prioritairement les mesures permettant de réduire les niches sociales. Ces dispositifs, qui constituent des dérogations aux règles de droit commun d'assiette et de taux des principaux prélèvements sociaux, peuvent être justifiés au regard des incitations qu'ils permettent d'adresser aux agents économiques, comme dans le cas des allègements généraux sur les bas salaires qui visent à stimuler l'embauche de travailleurs faiblement qualifiés par les entreprises. Certains peuvent avoir un objectif d'équité ou de cohésion sociale qui justifient qu'ils soient maintenus. D'autres, en revanche, ne remplissent pas ou plus les objectifs économiques ou sociaux initiaux. S'appuyant sur ce constat, et dans le prolongement des mesures d'ores et déjà prises, le Gouvernement entend donc poursuivre au-delà de 2012 l'effort de neutralisation des niches sociales les moins efficaces. La présente projection quadriennale incorpore à ce titre un surcroît de recettes sociales au titre de la participation de la sécurité sociale à l'effort de réduction du déficit public nécessaire afin de respecter la trajectoire sur laquelle le Gouvernement s'est engagé.

« Au total, les hypothèses retenues dans la construction de la projection quadriennale associée à la présente loi aboutissent à une progression annuelle moyenne des recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale de 3,6 % en valeur de 2011 à 2015. Pour le seul régime général, la dynamique des recettes serait encore plus forte : +4,0 % en

moyenne. Avec un écart d'un point de croissance par an entre des recettes dynamiques grâce à des flux réguliers de mesures nouvelles et des dépenses maîtrisées dans la durée, la sécurité sociale se rapproche en 2015 de l'équilibre financier.

« Avant cette échéance, il restera à financer les déficits qui apparaîtront et dont le transfert à la CADES n'est pas organisé à ce stade. Les déficits de la CNAV et du FSV seront repris par la CADES pendant la période de montée en charge des effets de la réforme des retraites, jusqu'en 2018. Les branches maladie et famille resteront certes déficitaires jusqu'en 2015, et devront supporter des charges financières au titre de ces besoins de financement, mais leur déficit sera fortement réduit par rapport aux projections précédentes, et leur impact sur la trésorerie de l'ACOSS en 2012 sera donc fortement allégé. D'autres régimes autorisés à recourir à l'emprunt, tels que le régime de retraite des exploitants agricoles, seront confrontés à un défi identique. Cependant, à mesure que les comptes de la sécurité sociale se redresseront, il sera possible de dégager des ressources à affecter à la CADES pour, conformément aux dispositions organiques, couvrir de nouvelles reprises de déficits limitées. A cet égard, la présente loi prévoit la mobilisation des recettes nouvelles dont bénéficiera la CADES en application du plan de lutte contre les déficits publics (soit environ 220 millions d'euros) au bénéfice de l'amortissement du déficit cumulé pour 2009 et 2010 de la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles, et ce dans le respect de la date prévisionnelle de fin de vie de la caisse estimée à 2025. ».

Régime général

(en milliards d'euros)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Maladie							
Recettes	138,8	141,8	147,9	155,7	161,4	167,7	174,2
Dépenses	149,3	153,4	157,4	161,6	165,9	170,6	175,2
Solde	-10,6	-11,6	-9,5	-5,9	-4,5	-2,9	-0,9
AT/MP							
Recettes	10,4	10,5	11,6	12,0	12,3	12,8	13,3
Dépenses	11,1	11,2	11,6	11,9	12,2	12,5	12,8
Solde	-0,7	-0,7	0,0	0,0	0,1	0,3	0,5
Famille							
Recettes	56,1	50,2	52,4	53,9	55,3	57,0	58,7
Dépenses	57,9	52,9	55,0	56,0	57,5	58,9	60,3
Solde	-1,8	-2,7	-2,6	-2,0	-2,2	-1,9	-1,5
Vieillesse							
Recettes	91,4	93,4	100,6	104,7	109,0	113,7	119,1
Dépenses	98,7	102,3	106,6	110,6	115,0	119,1	123,6
Solde	-7,2	-8,9	-6,0	-5,9	-6,0	-5,4	-4,5
Toutes branches consolidé							
Recettes	288,7	287,5	303,3	316,7	328,2	341,0	355,0
Dépenses	309,1	311,5	321,3	330,5	340,8	351,0	361,5
Solde	-20,3	-23,9	-18,0	-13,8	-12,6	-10,0	-6,5

Ensemble des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Maladie							
Recettes	162,0	165,2	171,8	180,4	186,4	193,2	200,3
Dépenses	172,4	176,5	181,3	186,2	190,8	196,0	201,0
Solde	-10,4	-11,4	-9,5	-5,8	-4,4	-2,7	-0,7
AT/MP							
Recettes	11,8	11,9	13,0	13,4	13,7	14,2	14,8
Dépenses	12,4	12,6	12,9	13,3	13,6	13,9	14,2
Solde	-0,6	-0,7	0,1	0,1	0,1	0,3	0,6
Famille							
Recettes	56,6	50,8	52,9	54,4	55,8	57,5	59,3
Dépenses	58,4	53,5	55,5	56,5	57,9	59,4	60,8
Solde	-1,8	-2,7	-2,6	-2,0	-2,2	-1,9	-1,5
Vieillesse							
Recettes	179,4	183,3	194,5	202,6	209,1	216,0	223,3
Dépenses	188,3	194,1	202,6	210,4	217,5	224,0	230,5
Solde	-8,9	-10,8	-8,1	-7,8	-8,3	-8,0	-7,2
Toutes branches consolidé							
Recettes	401,2	402,0	422,0	440,2	454,5	470,1	486,6
Dépenses	422,9	427,5	442,2	455,8	469,3	482,4	495,5
Solde	-21,7	-25,5	-20,1	-15,6	-14,8	-12,3	-8,9

Fonds de solidarité vieillesse

(en milliards d'euros)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Recettes	10,0	9,8	13,8	14,206	14,7	15,2	15,7
Dépenses	13,2	13,8	17,5	18,3	18,4	18,6	18,8
Solde	-3,2	-4,1	-3,8	-4,1	-3,8	-3,4	-3,1

»

EXPOSÉ SOMMAIRE

Il s'agit ici de tirer les conséquences sur les perspectives pluriannuelles des comptes sociaux du second plan de retour à l'équilibre des finances publiques annoncé le 7 novembre 2011 dernier par le Premier ministre. Compte tenu de la révision des hypothèses macroéconomiques pour l'exercice 2012, ces mesures permettent de rétablir, et même de légèrement améliorer, les objectifs de déficits des régimes de base et du régime général fixés dans le projet initial du Gouvernement. En outre, elles amplifient l'effort de redressement observé à l'horizon 2015 : en particulier, la branche maladie du régime général verra son déficit passer de 9,5 milliards d'euros en 2011 à moins d'un milliard en 2015.

Amendement présenté par MM. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, et Jean-Pierre Door

Article 28

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2012-2015), les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes, ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Rétablissement du texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

Amendement présenté par MM. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, et Jean-Pierre Door

Article 28
(Annexe B)

Rétablir cette annexe dans la rédaction suivante :

ANNEXE B

Rapport décrivant les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les quatre années à venir

Hypothèses retenues dans la projection quadriennale

	(En %)				
	2011	2012	2013	2014	2015
Produit intérieur brut en volume	1,75	1,0	2,0	2,0	2,0
Masse salariale privée	3,7	3,0	4,0	4,0	4,0
Inflation	2,1	1,7	1,7	1,75	1,75
Objectif national de dépenses d'assurance maladie en valeur.....	2,9	2,8	2,8	2,8	2,8

La présente annexe décrit l'évolution des dépenses, des recettes et des soldes du régime général, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) à l'horizon 2015, sur la base d'hypothèses macroéconomiques révisées compte tenu des développements récents de la crise économique et financière et de leurs conséquences sur l'environnement économique international, et intégrant l'impact financier des mesures annoncées en août 2011 dans le cadre de la stratégie du Gouvernement en matière de retour à l'équilibre financier de la sécurité sociale. Les mesures nouvelles annoncées par le Premier ministre le 7 novembre 2011 trouveront leur traduction dans un projet de loi de financement rectificative, dont les soldes s'en trouveront notablement améliorés.

Les hypothèses retiennent un ralentissement en 2012 de la progression de la masse salariale privée, principale assiette des ressources de la sécurité sociale (3,0%, contre 3,7% en 2011). Cette progression est donc révisée en baisse de 0,7 point par rapport à l'hypothèse qui avait été retenue dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale déposé à l'Assemblée Nationale le 5 octobre 2011, soit dans la même proportion que l'hypothèse de croissance du produit intérieur brut (PIB) en volume (1,0%, contre 1,75% dans le projet de loi

initials. De 2013 à 2015, la masse salariale privée est supposée progresser de 4% par an en valeur, soit plus rapidement qu'en 2011 et 2012. Cette hypothèse reste prudente, car inférieure au rythme annuel moyen de la masse salariale privée entre 1998 et 2007 (+4.1%), alors que l'éventualité d'un rattrapage partiel des points de croissance perdus entre 2008 et 2012 par rapport à la tendance historique ne peut être écartée.

La période quadriennale qui s'ouvre est marquée par des incertitudes sur l'environnement macroéconomique international, qui contraint fortement les finances publiques des États. Dans le programme de stabilité transmis à la Commission européenne au premier semestre 2011, la France s'est engagée auprès de ses partenaires européens à respecter une trajectoire de redressement du solde des administrations publiques (de -5,7 % du PIB en 2011 à -4,5 % en 2012, -3,0 % en 2013 et -2,0 % en 2014) et ce quelle que soit la conjoncture économique. Tous les sous-secteurs des administrations publiques devront prendre leur part à cet effort, et notamment la sécurité sociale compte tenu de son poids dans l'ensemble des finances publiques, même si sa part dans le besoin de financement d'ensemble de la sphère publique reste limitée (moins d'un cinquième du besoin de financement des administrations publiques en 2010).

La trajectoire financière décrite dans la présente annexe est marquée par une réduction très significative du déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale. Celui-ci devrait passer de 20,1 milliards d'euros en 2011 à 12,1 milliards d'euros en 2015, soit une diminution de près de 40 %. Pour le seul régime général, le redressement est encore plus significatif : -9,7 milliards d'euros en 2015, contre -18,0 milliards d'euros en 2011. Les déficits de la branche Vieillesse étant d'ores et déjà financés jusqu'en 2018 par le biais de la reprise par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) des déficits annuels de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) durant la période de montée en charge de la réforme des retraites, le déficit du régime général hors branche Vieillesse devra être remboursé par des excédents ultérieurs.

Le levier principal et la clé de la durabilité de ce redressement sont un effort continu de maîtrise des dépenses de la sécurité sociale. La projection quadriennale décrite dans la présente annexe retient l'hypothèse d'une progression annuelle moyenne des charges nettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale de 3,0 % en valeur entre 2012 et 2015, soit 1,25 % en volume. Maintenir pendant quatre ans la croissance des dépenses de la sécurité sociale à un rythme inférieur d'un tiers à celui de la richesse nationale constituera un résultat important au regard des pressions que le vieillissement de la population exercera sur la demande de prestations et services sociaux. Ce résultat sera obtenu au moyen d'un engagement résolu dans la recherche de l'efficacité de la fourniture de ces prestations et services.

En matière d'assurance maladie, conformément à l'engagement pris par le Président de la République lors de la conférence des déficits publics en mai 2010, la présente loi fixe un objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) en progression de 2,8 % en valeur par rapport à l'objectif 2011, qui sera lui-même respecté. La présente projection quadriennale repose également sur l'hypothèse de la reconduction de ce taux de progression de 2,8 % jusqu'en 2015 au moins.

Compte tenu d'une évolution tendancielle, en l'absence de toute mesure, légèrement supérieure à 4,0 %, cela signifie un effort d'économie de plus de 2 milliards d'euros chaque année. Ces économies seront justement réparties entre efforts de maîtrise médicalisée des dépenses de soins de ville, baisse des coûts des médicaments par le développement des génériques et l'action sur les prix des produits, amélioration de l'efficacité hospitalière et convergence tarifaire : les mesures viseront prioritairement à renforcer l'efficacité et la performance du système de soins. Ainsi, en 2012, exercice au cours duquel le respect d'une progression des dépenses sous ONDAM de 2,8 % par rapport à l'objectif pour 2011 exige un montant d'économies de 2,2 milliards d'euros, celles-ci seront atteintes :

– par de nouvelles actions de maîtrise médicalisée, qui devront produire 550 millions d'euros d'économies ;

– par des ajustements tarifaires dans le domaine des produits de santé dans le cadre de la politique conventionnelle, pour un montant de 770 millions d'euros ;

– par des baisses de tarifs de certains actes médicaux, principalement en radiologie et en biologie, à hauteur de 170 millions d'euros ;

– par une mesure sur les indemnités journalières ;

– par la mise en place de procédures tendant à faire baisser les prix des médicaments génériques, qui demeurent significativement plus élevés que dans les principaux États membres de l'Union européenne ;

– enfin, dans le domaine hospitalier, par la poursuite de la convergence tarifaire, l'amélioration de la performance à l'hôpital et l'intensification des politiques de lutte contre la fraude, dont sont attendus 450 millions d'euros d'économies.

En outre, en application du III de l'article 8 de la loi n° 2010-1645 du 28 décembre 2010 de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014, un montant de 545 millions d'euros sera mis en réserve en 2012.

On ne saurait trop souligner la performance réalisée par la France en matière de régulation des dépenses d'assurance maladie. Depuis le début de la précédente décennie, le rythme de croissance en valeur des dépenses d'assurance maladie est passé d'environ 7 % à moins de 3 %. Le montant cumulé des économies réalisées par rapport à une situation où les dépenses d'assurance maladie seraient restées sur leur trajectoire antérieure peut être évalué à 40 milliards d'euros entre 2002 et 2010. Selon l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), notre pays se situe au deuxième rang, derrière l'Italie, pour la modération de la croissance des dépenses publiques de santé depuis 2005. Avec une progression de 1,7 % en moyenne par an en volume au cours de cette période, nos dépenses d'assurance maladie augmentent sensiblement moins rapidement qu'en Allemagne (2,6 %) ou au Royaume-Uni (5,9 %). Mais, dans le même temps, la France reste, parmi les pays développés, l'un de ceux dans lequel la part des dépenses de santé financée par les administrations publiques est la plus élevée, dans lequel les patients disposent des libertés les plus larges de choix du médecin ou de mode de prise en charge et qui présente les meilleurs résultats en matière d'état de santé de la population, tout particulièrement en ce qui concerne l'espérance de vie des femmes. Le dernier rapport de la commission des comptes de la santé montre que, pour la troisième année consécutive, le reste à charge des ménages diminue, pour s'établir à 9,4% de la consommation des soins et biens médicaux. Cette part de reste à charge place la France en deuxième position, juste derrière les Pays-Bas.

Les efforts de maîtrise des dépenses d'assurance maladie qui seront fournis trouveront une traduction dans les comptes de la branche Maladie du régime général, dont le déficit reviendra de 11,6 milliards d'euros en 2010 à 5,2 milliards d'euros en 2012, soit une division par deux en deux ans, et à 2,9 milliards d'euros en 2015.

Dans le domaine des retraites, la réforme adoptée l'an dernier a commencé à être mise en œuvre en 2011. Sa montée en charge se poursuivra en 2012 avec, dès le 1^{er} janvier, la deuxième étape du relèvement des âges de la retraite (à 60 ans et 8 mois pour l'âge d'ouverture des droits), pour la génération 1952. Cette mesure et les autres dispositions de la réforme portant sur les dépenses produiront en 2012 une économie significative, de l'ordre de 1,3 milliard d'euros pour le régime général, sans compter l'impact des mesures de recettes prises en loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 au bénéfice de la CNAV et du FSV, ni les gains en ressources pour les régimes de sécurité sociale consécutifs au maintien en activité d'un nombre plus important de seniors.

À plus long terme, la réforme fixe l'objectif d'un retour à l'équilibre financier de l'ensemble du système de retraite à l'horizon 2018, sans dégrader le niveau élevé des pensions dont bénéficient les retraités, ni alourdir les prélèvements supportés par les actifs, et ainsi préserver la quasi-parité de niveau de vie aujourd'hui observée entre actifs et retraités (le niveau de vie des retraités équivaut en moyenne à 96 % de celui des actifs en 2009). Aussi le levier privilégié est-il l'élévation de l'âge effectif de départ en retraite au moyen de l'allongement de la durée d'assurance requise pour obtenir une pension à taux plein en fonction de l'évolution de l'espérance de vie et de l'élévation des âges légaux de la retraite. Ce levier est nécessaire pour atteindre l'objectif posé dans la réforme des retraites de 2003 d'un partage des gains d'espérance de vie à deux tiers en faveur de l'activité professionnelle et au tiers restant en faveur de la retraite. Au total, selon les évaluations disponibles, le relèvement des bornes d'âge devrait se traduire par un gain de 9,1 milliards d'euros à l'horizon 2018 pour la branche Vieillesse du régime général, soit près de la moitié de l'impact d'ensemble de la réforme.

Mais le redressement des comptes de la sécurité sociale à l'horizon 2015 reposera aussi sur un effort de remise à niveau des recettes. En effet, la perte de recettes pour le régime général liée à la conjoncture très défavorable que l'économie française a traversée en 2008/2011 peut être estimée à 9 points de masse salariale du secteur privé, soit 18 milliards d'euros environ. Compte tenu de l'ampleur de cette ponction sur ces recettes, sans laquelle les régimes de sécurité sociale dans leur ensemble seraient excédentaires, le Gouvernement entend logiquement mettre en œuvre des actions qui permettent d'assurer un financement viable du haut niveau de protection sociale qui doit être garanti aux Français.

La loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites participait déjà d'un tel objectif, avec un volet recettes important. Des recettes nouvelles ciblées sont apportées aux régimes de retraite et au FSV. Ainsi, les ménages imposés à la tranche la plus élevée du barème de l'impôt sur le revenu ont vu leur taux marginal augmenter d'un point. Par ailleurs, les prélèvements sur les *stock-options* et les retraites chapeaux ont été relevés. Les revenus du capital sont également mis à contribution de façon spécifique (plus-values de cessions mobilières et immobilières, dividendes et intérêts). Concernant les entreprises, le gain de recettes induit par l'annualisation du calcul des allègements généraux de cotisations sociales bénéficie intégralement au FSV. Enfin, à plus long terme, les cotisations vieillesse au régime général seront augmentées entre 2015 et 2018 et compensées à due proportion par une diminution des cotisations d'assurance chômage, compte tenu de l'amélioration prévue de la situation financière de ce régime.

Outre les recettes associées à la réforme des retraites, des mesures nouvelles annoncées par le Premier ministre le 24 août dernier, dans le cadre d'un plan global de lutte contre les déficits, permettront d'améliorer les comptes des organismes de sécurité sociale de 6 milliards d'euros, dont environ 4 milliards d'euros au titre de la réduction des niches sociales. Parmi celles-ci, on peut citer : la réforme des abattements sur les plus-values immobilières, la hausse du forfait social de 6 à 8 % portant sur les dispositifs tels que l'épargne salariale ou la retraite supplémentaire, l'élargissement d'un point de l'assiette de la contribution sociale généralisée et de la contribution pour le remboursement de la dette sociale pour les revenus d'activité, la réintégration des heures supplémentaires dans le barème des allègements généraux de cotisations sociales suivant les recommandations du Conseil des prélèvements obligatoires, tout en maintenant les avantages fiscaux et sociaux prévus par la loi n° 2007-1223 du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat, la hausse du taux de la taxe sur les conventions d'assurance, un plus juste assujettissement aux cotisations et contributions sociales des indemnités de rupture, dans la continuité du mouvement engagé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. Ces mesures traduisent également la volonté de renforcer l'équité du prélèvement, en assurant notamment la contribution des plus hauts revenus via l'augmentation de 1,2 point des prélèvements sociaux sur les revenus du capital. Par ailleurs, dans le cadre d'une politique globale de santé publique visant à limiter les comportements à risque, les prix du tabac seront renchérissés, la fiscalité sur les alcools forts augmentée et une nouvelle taxe créée sur les boissons à sucre ajouté. Certaines de ces mesures

sont inscrites dans la loi n° 2011-1117 du 19 septembre 2011 de finances rectificative pour 2011. Le reste de l'effort se traduit par des dispositions tant législatives, inscrites dans la présente loi et dans la loi de finances pour 2012, que réglementaires.

L'année 2012 verra ainsi le redressement des comptes de la sécurité sociale franchir une étape décisive. Cependant, l'effort de reconstitution des recettes se poursuivra au-delà de cette date, en retenant prioritairement les mesures permettant de réduire les niches sociales. Ces dispositifs, qui constituent des dérogations aux règles de droit commun d'assiette et de taux des principaux prélèvements sociaux, peuvent être justifiés au regard des incitations qu'ils permettent d'adresser aux agents économiques, comme dans le cas des allègements généraux sur les bas salaires qui visent à stimuler l'embauche de travailleurs faiblement qualifiés par les entreprises. Certains peuvent avoir un objectif d'équité ou de cohésion sociale qui justifie qu'ils soient maintenus. D'autres, en revanche, ne remplissent pas ou plus les objectifs économiques ou sociaux initiaux. S'appuyant sur ce constat et sur les mesures d'ores et déjà prises, le Gouvernement entend donc poursuivre au-delà de 2012 l'effort de neutralisation des niches sociales les moins efficaces. La présente projection quadriennale incorpore à ce titre un surcroît de recettes sociales, au titre de la participation de la sécurité sociale à l'effort de réduction du déficit public nécessaire afin de respecter la trajectoire sur laquelle le Gouvernement s'est engagé ; ces recettes permettront de compenser la révision à la baisse de la masse salariale par rapport aux hypothèses retenues dans la loi n° 2010-1645 du 28 décembre 2010 précitée.

Au total, les hypothèses retenues dans la construction de la projection quadriennale associée à la présente loi aboutissent à une progression annuelle moyenne des recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale de 3,6 % en valeur de 2011 à 2015. Dans le seul régime général, la dynamique des dépenses serait encore plus forte : +4,0 % en moyenne. Avec un écart d'un point entre des recettes dynamiques grâce à des flux réguliers de mesures nouvelles et des dépenses maîtrisées dans la durée, la sécurité sociale se rapproche en 2015 de l'équilibre financier.

Avant cette échéance, il restera à financer les déficits qui apparaîtront et dont le transfert à la CADES n'est pas organisé à ce stade. Les déficits de la CNAV et du FSV seront repris par la CADES pendant la période de montée en charge des effets de la réforme des retraites, jusqu'en 2018. Les branches Maladie et Famille resteront certes déficitaires jusqu'en 2015 et devront supporter des charges financières au titre de ces besoins de financement, mais leur déficit sera fortement réduit par rapport aux projections précédentes et leur impact sur la trésorerie de l'ACOSS en 2012 sera donc fortement allégé. D'autres régimes autorisés à recourir à l'emprunt, tels que le régime de retraite des exploitants agricoles, seront confrontés à un défi identique. Cependant, à mesure que les comptes de la sécurité sociale se redresseront, il sera possible de dégager des ressources à affecter à la CADES pour, conformément aux dispositions organiques, couvrir de nouvelles reprises de déficits limitées. À cet égard, la présente loi prévoit la mobilisation des recettes nouvelles dont bénéficiera la CADES en application du plan de lutte contre les déficits publics (soit 220 millions d'euros) au bénéfice de l'amortissement du déficit cumulé pour 2009 et 2010 de la branche Vieillesse du régime des exploitants agricoles, et ce dans le respect de la date prévisionnelle de fin de vie de la caisse estimée à 2025.

Régime général

(En milliards d'euros)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Maladie							
Recettes	138.8	141.8	147.9	155.7	161.4	167.7	174.2
Dépenses	149.3	153.4	157.4	162.0	166.8	171.9	177.1
Solde	-10.6	-11.6	-9.5	-6.2	-5.4	-4.2	-2.9
Accidents du travail/Maladies professionnelles							
Recettes	10.4	10.5	11.6	12.0	12.3	12.8	13.3
Dépenses	11.1	11.2	11.6	11.9	12.2	12.5	12.8
Solde	-0.7	-0.7	0.0	0.1	0.1	0.3	0.5
Famille							
Recettes	56.1	50.2	52.4	53.9	55.3	57.0	58.8
Dépenses	57.9	52.9	55.0	56.5	58.1	59.5	61.0
Solde	-1.8	-2.7	-2.6	-2.5	-2.8	-2.6	-2.2
Vieillesse							
Recettes	91.4	93.4	100.6	104.7	109.0	113.7	119.1
Dépenses	98.7	102.3	106.6	110.7	115.3	119.7	124.1
Solde	-7.2	-8.9	-6.0	-6.0	-6.2	-6.0	-5.1
Toutes branches consolidé							
Recettes	288.7	287.5	303.3	316.8	328.2	341.1	355.1
Dépenses	309.1	311.5	321.3	331.5	342.5	353.6	364.7
Solde	-20.3	-23.9	-18.0	-14.7	-14.3	-12.6	-9.7

Ensemble des régimes obligatoires de base

(En milliards d'euros)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Maladie							
Recettes	162.0	165.2	171.8	180.4	186.4	193.3	200.4
Dépenses	172.4	176.5	181.3	186.6	191.7	197.4	203.1
Solde	-10.4	-11.4	-9.5	-6.2	-5.3	-4.1	-2.7
Accidents du travail/Maladies professionnelles							
Recettes	11.8	11.9	13.0	13.4	13.7	14.2	14.8
Dépenses	12.4	12.6	12.9	13.3	13.6	13.9	14.2
Solde	-0.6	-0.7	0.1	0.1	0.1	0.3	0.6
Famille							
Recettes	56.6	50.8	52.9	54.4	55.8	57.5	59.3
Dépenses	58.4	53.5	55.5	57.0	58.6	60.0	61.5
Solde	-1.8	-2.7	-2.6	-2.5	-2.8	-2.5	-2.2
Vieillesse							
Recettes	179.4	183.3	194.5	202.6	209.2	216.1	223.5
Dépenses	188.3	194.1	202.6	210.5	217.8	224.8	231.3
Solde	-8.9	-10.8	-8.1	-7.9	-8.6	-8.6	-7.8
Toutes branches consolidé							
Recettes	401.2	402.0	422.0	440.3	454.6	470.3	486.8
Dépenses	422.9	427.5	442.1	456.8	471.1	485.2	498.9
Solde	-21.7	-25.5	-20.1	-16.5	-16.5	-14.9	-12.1

Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Recettes	10.0	9.8	13.8	14.2	14.7	15.2	15.8
Dépenses.....	13.2	13.8	17.5	18.3	18.4	18.6	18.8
Solde.....	-3.2	-4.1	-3.8	-4.1	-3.7	-3.4	-3.0

EXPOSÉ SOMMAIRE

Rétablissement du texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture, actualisé en fonction des nouvelles hypothèses économiques.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2012
NOUVELLE LECTURE (N° 3933)

AS	156	A
----	-----	---

Amendement présenté par MM. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et
l'équilibre général, et Jean-Pierre Door

Article 31 bis A

Supprimer cet article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Suppression d'une disposition introduite par le Sénat.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2012
NOUVELLE LECTURE (N° 3923)

AS 157 A

Amendement présenté par MM. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, et Jean-Pierre Door

Article 32

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Sont habilités à recourir à des ressources non permanentes afin de couvrir leurs besoins de trésorerie les régimes obligatoires de base et les organismes concourant à leur financement mentionnés dans le tableau ci-dessous, dans les limites indiquées :

	(En millions d'euros)
	Montants limites
Régime général – Agence centrale des organismes de sécurité sociale.....	22 000
Régime des exploitants agricoles – Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	2 900
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales.....	1 450
Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État	50
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines.....	900
Caisse nationale des industries électriques et gazières.....	600
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français	650
Caisse de retraite du personnel de la Régie autonome des transports parisiens	50

À titre dérogatoire, la caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français est autorisée à recourir à des ressources non permanentes dans la limite de 1 600 millions d'euros du 1^{er} au 15 janvier et du 15 au 31 décembre 2012.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Rétablissement du texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture, moyennant l'actualisation de la limite applicable au régime général compte tenu des nouvelles hypothèses économiques.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2012
NOUVELLE LECTURE (N° 3933)

AS	158	A
----	-----	---

Amendement présenté par MM. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et
l'équilibre général, et Jean-Pierre Door

Article 32 bis

Supprimer cet article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Suppression d'une disposition introduite par le Sénat.



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE
SOCIALE POUR 2012 (N°3933)

Amendement présenté par M. Jean-Pierre Door,
rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail

Article 33 A

Supprimer cet article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à supprimer l'article 33 A, dont l'objet est d'inscrire dans la loi le droit en vigueur relatif au versement des indemnités journalières maladie. Ces mesures sont de nature strictement réglementaire.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012

Amendement présenté par Jean Luc PREEL

Article 33 A

AS	49	R
----	----	---

A l'article 33 A, après le troisième alinéa insérer un alinéa ainsi rédigé :

À l'article L.323-4 du Code de la Sécurité sociale, après le quatrième alinéa, insérer un cinquième alinéa ainsi rédigé :

« Dans un souci d'équité, le délai de carence doit être identique pour les salariés du public et du privé. Ce délai doit être fixé par décret ».

EXPOSE DES MOTIFS

Il existe aujourd'hui un délai de carence de 3 jours pour les salariés du privé concernant l'ouverture des droits aux II et il est prévu de le porter à 4. Or il n'y a aucun délai de carence pour les salariés du public.

Il convient donc d'harmoniser, dans un souci d'équité, les conditions d'ouverture des droits aux II pour le public et le privé et de supprimer le délai de carence pour les salariés du privé.

AS 118 A

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE
SOCIALE POUR 2012 (N°3933)

Amendement présenté par M. Jean-Pierre Door,
rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail

Article additionnel après l'article 33 B

Après l'article 33 B, insérer l'article suivant :

L'article L. 323-4-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 323-4-1.* – Au cours de toute interruption de travail d'au moins trois mois pour cause de maladie ou d'accident non professionnel et lorsqu'une modification de l'aptitude au travail est prévisible, le médecin conseil, en liaison avec le médecin traitant, sollicite le médecin du travail, dans des conditions définies par décret, pour préparer et étudier, le cas échéant, les conditions et les modalités de la reprise du travail ou envisager les démarches de formation. L'assuré est assisté durant cette phase par une personne de son choix. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à mieux placer dans le texte l'article 46 *quater* introduit par le Sénat

AS	97	A
----	----	---

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE
SOCIALE POUR 2012 (N°3933)

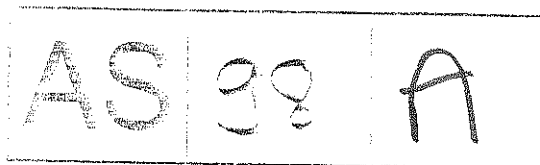
Amendement présenté par M. Jean-Pierre Door,
rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail

Article 33 C

Supprimer cet article

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à supprimer l'article 33 C, demandant un rapport au Gouvernement sur le renoncement aux soins. En effet, l'objet de ce rapport est déjà satisfait par les programmes de qualité et d'efficacité qui sont annexés chaque année à la loi de financement de la sécurité sociale et par le rapport annuel du fonds CMU.



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE
SOCIALE POUR 2012 (N°3933)

Amendement présenté par M. Jean-Pierre Door,
rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail

Article 33 bis A

Supprimer cet article

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet article vise à ce que le CEPS assure un suivi périodique des dépenses liées aux dispositifs médicaux en vue de vérifier si leur évolution est compatible avec le respect de l'ONDAM. La disposition est inutile puisque le CEPS assure déjà un suivi régulier des dépenses liées aux dispositifs médicaux pris en charge au titre de la liste des produits et prestations remboursables et publie déjà les résultats de ce suivi dans son rapport annuel d'activité. Un chapitre entier de ce rapport lui est même consacré. Il est donc proposé de supprimer cet article.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE
SOCIALE POUR 2012 (N°3933)

Amendement présenté par M. Jean-Pierre Door,
rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail

Article 33 bis B

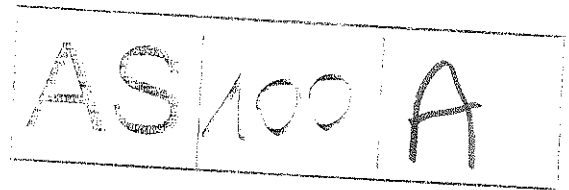
Supprimer cet article

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet article vise à remplacer systématiquement les mécanismes de remises et la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques en cas de dépassement du taux K par des baisses de prix.

Le montant global des remises est faible puisqu'il est de l'ordre de 1 % des dépenses remboursables de médicaments. On ne peut donc pas considérer que les remises faussent la vision des prix. En outre, celles-ci portent très souvent sur des produits pris en charge à 100 % par l'assurance maladie ; cela n'entraîne donc pas de transfert vers les complémentaires. Il s'agit d'un outil de régulation des dépenses et de conventionnement très utile au CEPS, qui sait le manier avec précaution, en privilégiant toujours les baisses de prix. Bref, cet outil de négociation ne nuit pas aux baisses de prix ; au contraire, il les facilite.

Il est donc proposé de supprimer cet article.



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE
SOCIALE POUR 2012 (N°3933)

Amendement présenté par M. Jean-Pierre Door,
rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail

Article 33 bis C

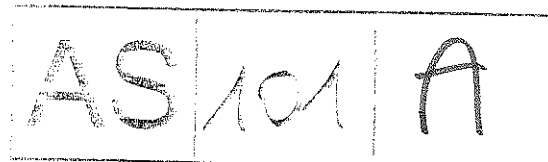
Supprimer cet article

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet article vise à permettre au directeur général de l'ARS de diminuer la rémunération spécifique des professionnels de santé lorsqu'ils participent à la permanence de soins dans les cas où ils ne respecteraient pas les tarifs opposables.

Votre rapporteur considère que cette mesure serait de nature à décourager la participation des médecins du secteur 2 à la permanence des soins et pourrait nuire aux patients.

Il est donc proposé de supprimer cet article.



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE
SOCIALE POUR 2012 (N°3933)

Amendement présenté par M. Jean-Pierre Door,
rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail

Article 33 ter

Supprimer cet article

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet ajout du Sénat vise à ne faire bénéficier de la rémunération à la performance qu'aux seuls médecins de secteur 1.

La rémunération à la performance est basée sur des objectifs de santé publique et de bonnes pratiques avec pour effet direct l'amélioration de la qualité et de l'efficience de la prise en charge. La rémunération à la performance, qui vise à être globalement rentable, s'inscrit également dans la continuité de la maîtrise médicalisée.

Dès lors, il ne serait pas cohérent de limiter aux seuls médecins de secteur 1 ce levier de santé publique, de qualité et d'efficience des soins.

Au demeurant, les partenaires conventionnels n'ont pas souhaité réserver la rémunération à la performance aux seuls médecins de secteur 1.

Il est donc proposé de supprimer cette disposition.

AS	56	A
----	----	---

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE POUR 2012 (N°3933)

Amendement présenté par M. Jean-Pierre Door, député

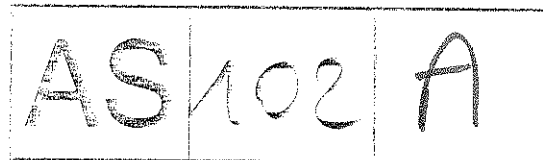
Article 34 bis A (nouveau)

Supprimer cet article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le Sénat a adopté cet article additionnel qui a pour objet que l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) soumette pour avis aux fédérations nationales représentatives des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des tarifs.

Il convient de supprimer une telle mesure qui est susceptible d'introduire de préjudiciables facteurs de rigidités.



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE
SOCIALE POUR 2012 (N°3933)

Amendement présenté par M. Jean-Pierre Door,
rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail

Article 34 bis

Rétablir ainsi cet article :

I. – Après l'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 2132-2-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 2132-2-2. – Dans le cadre des programmes de santé mentionnés à l'article L. 1411-6, l'enfant bénéficie avant la fin de son troisième mois d'un dépistage précoce des troubles de l'audition.

« Ce dépistage comprend :

« 1° Un examen de repérage des troubles de l'audition réalisé avant la sortie de l'enfant de l'établissement de santé dans lequel a eu lieu l'accouchement ou dans lequel l'enfant a été transféré ;

« 2° Lorsque celui-ci n'a pas permis d'apprécier les capacités auditives de l'enfant, des examens complémentaires réalisés avant la fin du troisième mois de l'enfant dans une structure spécialisée dans le diagnostic, la prise en charge et l'accompagnement des troubles de l'audition agréée par l'agence régionale de santé territorialement compétente ;

« 3° Une information sur les différents modes de communication existants, en particulier la langue mentionnée à l'article L. 312-9-1 du code de l'éducation, et leur disponibilité au niveau régional ainsi que sur les mesures de prise en charge et d'accompagnement des troubles de l'audition susceptibles d'être proposées à l'enfant et à sa famille.

« Les résultats de ces examens sont transmis aux titulaires de l'autorité parentale et inscrits sur le carnet de santé de l'enfant. Lorsque des examens complémentaires sont nécessaires, les résultats sont également transmis au médecin de la structure mentionnée au 2° du présent article.

« Ce dépistage ne donne pas lieu à une contribution financière des familles.

« Chaque agence régionale de santé élabore, en concertation avec les associations, les fédérations d'associations et tous les professionnels concernés par les troubles de l'audition, un programme de dépistage précoce des troubles de l'audition qui détermine les modalités et les conditions de mise en oeuvre de ce dépistage, conformément à un cahier des charges national établi par arrêté après avis de la Haute Autorité de santé et du conseil national de pilotage des agences régionales de santé mentionné à l'article L. 1433-1. »

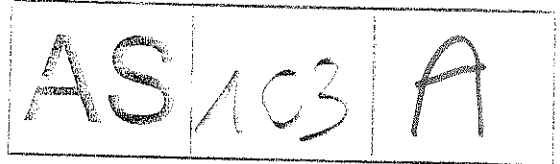
II. — Dans les trois ans suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur le dépistage précoce des troubles de l'audition prévu à l'article L. 2132-2-2 du code de la santé publique. Ce rapport dresse notamment le bilan de la réalisation des objectifs de dépistage, diagnostic et prise en charge précoces, des moyens mobilisés, des coûts associés et du financement de ceux-ci et permet une évaluation de l'adéquation du dispositif mis en place à ces objectifs.

Le cahier des charges national prévu au même article L. 2132-2-2 est publié dans les six mois suivant la promulgation de la présente loi.

Les agences régionales de santé mettent en oeuvre le dépistage précoce des troubles de l'audition prévu au même article L. 2132-2-2 dans les deux ans suivant la promulgation de la présente loi.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à rétablir l'article 34 *bis*, supprimé au Sénat, relatif au dépistage précoce des troubles de l'audition. Cet article a été adopté lors de l'examen de la proposition de loi Fourcade, il constitue un progrès pour les patients et a fait l'objet de larges consultations.



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE
SOCIALE POUR 2012 (N°3933)

Amendement présenté par M. Jean-Pierre Door,
rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail

Article 34 quater

Rétablir ainsi cet article :

Le *b* du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour l'application du présent *b*, sont inscrites, après avis du directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, au répertoire des spécialités génériques les spécialités dont le principe actif est d'origine végétale ou minérale, qui présentent la même composition quantitative que ce principe actif et qui ont une activité thérapeutique équivalente à celle de la spécialité de référence, à condition que ces spécialités et la spécialité de référence ne présentent pas de propriétés sensiblement différentes au regard de la sécurité ou de l'efficacité ; ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à rétablir l'article 34 *quater*, supprimé au Sénat, qui permet l'inscription au répertoire des génériques des spécialités dont el principe actif est d'origine végétale.

AS	105	A
----	-----	---

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE
SOCIALE POUR 2012 (N°3933)

Amendement présenté par M. Jean-Pierre Door,
rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail

Article 34 quinquies A

Supprimer cet article

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet article vise à obliger les médecins qui excluent la possibilité de substitution d'un générique par rapport à un princeps, à le justifier systématiquement auprès du médecin conseil.

Votre rapporteur estime que cette solution, d'une extrême lourdeur administrative, n'est pas une réponse satisfaisante au réel problème de la hausse de la non substitution en matière de produits de santé.

En conséquence, il propose sa suppression.

AS 104 A

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE
SOCIALE POUR 2012 (N°3933)

Amendement présenté par M. Jean-Pierre Door,
rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail

Article 34 nonies

Rétablir ainsi cet article :

I. – À défaut de conclusion, un mois après l'entrée en vigueur de la présente loi, d'un avenant conventionnel visant les médecins exerçant à titre libéral une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation autorisés à pratiquer des honoraires différents des tarifs fixés par la convention médicale prévue à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale et les autorisant à pratiquer de manière encadrée des dépassements d'honoraires pour une partie de leur activité, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale disposent, à cet effet et pendant une durée de deux mois, de la faculté de modifier par arrêté la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes conclue le 26 juillet 2011, en portant notamment à 50 % le taux d'encadrement des dépassements d'honoraires mentionné au troisième alinéa de l'article 36 de la convention signée le 26 juillet 2011 en application de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

II. – L'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Elles prévoient également la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations des médecins autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires encadrés en application du I de l'article 34 *nonies* de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2012 à hauteur du taux maximal de dépassements d'honoraires autorisé par lesdites dispositions conventionnelles. »

III. – Le II entre en vigueur concomitamment aux dispositions prévues en application du I pour les contrats et règlements relatifs à des

garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais des soins de santé occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, conclus ou renouvelés après cette entrée en vigueur.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à rétablir l'article 34 *nonies*, instaurant le secteur optionnel, qui a été introduit à l'Assemblée nationale et supprimé au Sénat.

En l'absence d'évolution majeure, le niveau des dépassements d'honoraires dans les spécialités de chirurgie, gynécologie obstétrique et anesthésie réanimation est susceptible de menacer l'accès à ces soins.

Le Gouvernement a donc proposé un encadrement des tarifs pour ces trois spécialités. Plus précisément, dans ces spécialités :

- au moins 30% de l'activité devrait se faire à tarif opposable ;
- les dépassements seront limités à 50% du tarif remboursable, et seront obligatoirement pris en charge dans les contrats responsables ne seraient pas facturés ;
- et il s'agit d'avoir un nombre d'acte suffisant pour garantir la qualité des soins.

Afin de ne pas ouvrir de nouvelles possibilités de dépassement, cet encadrement des tarifs ne sera ouvert qu'au secteur 2.

La proposition votée par l'Assemblée nationale garde ouverte la porte du dialogue : les partenaires conventionnels disposent d'un mois à compter de la promulgation du PLFSS pour se mettre d'accord. En l'absence d'un accord avec l'UNOCAM, le gouvernement instaurera cet encadrement par voie réglementaire.

L'absence de proposition tangible aux dépassements d'honoraires dans ces trois spécialités n'est plus acceptable.



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE POUR 2012 (N°3933)

Amendement présenté par M. Jean-Pierre Door, député

Article 35

Rédiger ainsi cet article :

« Après le deuxième alinéa de l'article L. 6114-3 du code de la santé publique, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

Ils fixent, dans le respect de la déontologie des professions de santé, des objectifs établis à partir d'indicateurs de performance relatifs aux conditions de gestion des établissements de santé, de prise en charge des patients et d'adaptation aux évolutions du système de santé, dont la liste et les caractéristiques sont fixées par décret, après consultation de la Haute Autorité de santé, de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et des fédérations hospitalières représentatives des établissements publics et privés. Les résultats obtenus au regard de ces indicateurs sont publiés chaque année par les établissements de santé. En cas d'absence de publicité des résultats des indicateurs ou lorsque les objectifs fixés n'ont pas été atteints, le directeur général de l'agence régionale de santé peut faire application du dernier alinéa de l'article L. 6114-1.

À titre expérimental, pour une durée de deux ans à compter de la publication de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2012, il peut décider d'une modulation à la hausse ou à la baisse des dotations de financement mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale. Lorsque les objectifs fixés ont été atteints ou dépassés, le directeur général de l'agence régionale de santé peut décider du versement d'une contrepartie financière, selon des modalités et dans des conditions fixées par décret. ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

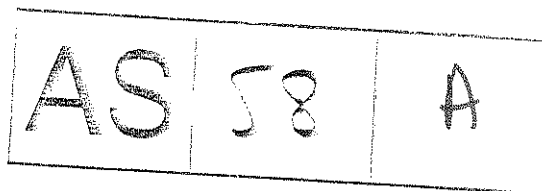
Le Sénat a supprimé cet article, qui introduit des indicateurs de performance dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements de santé, qu'il convient de rétablir dans le texte adopté par l'Assemblée nationale.

En effet, le rapport de septembre 2009 de la Cour des comptes sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale dédié à « l'organisation de l'hôpital » mettait déjà en évidence des marges de progression importantes en matière d'organisation et de rationalisation, c'est-à-dire de performance des établissements de santé.

De même, la MECSS, dans son rapport de mai 2010 relatif au fonctionnement de l'hôpital, soulignait l'impérieuse nécessité d'améliorer la performance des établissements de santé.

Les dispositions de l'article 35 répondent à ces demandes et s'inscrivent dans la suite naturelle des indicateurs de qualité déjà introduits par la loi HPST et des premiers efforts d'amélioration de l'efficacité des établissements.

Cette mesure constituera en outre un levier d'économies significatives par la performance qu'elle exigera des établissements de santé.



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE POUR 2012 (N°3933)

Amendement présenté par M. Jean-Pierre Door, député

Article 35 bis A (nouveau)

Supprimer cet article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le contrôle de la tarification à l'activité a connu plusieurs améliorations récentes, notamment grâce à un décret publié le 29 septembre dernier. Ce décret a ainsi renforcé la procédure contradictoire :

- en étendant le délai dans lequel les hôpitaux peuvent présenter leurs observations (de 15 à 30 jours) ;
- en permettant à l'établissement d'être entendu devant la commission de contrôle (en plus de l'audition déjà prévue par le directeur de l'ARS).

De plus :

- Une circulaire aux ARS, concertée avec les fédérations hospitalières, doit permettre de garantir la bonne application des nouvelles dispositions et l'uniformité entre régions de la réalisation des contrôles et de la fixation des sanctions.
- Une mission INSEE va permettre de valider la méthodologie d'échantillonnage et d'extrapolation des sanctions
- L'observatoire économique des établissements de santé voit sa compétence élargie au suivi des contrôles T2A. Cela donne aux fédérations, qui participent à cet observatoire, un vecteur pour remonter les problèmes rencontrés par les établissements
- Les fiches de méthodologie de contrôle utilisées par les médecins en charge du contrôle feront l'objet d'une concertation avec les fédérations hospitalières

Dans ces conditions, la création d'une commission de contrôle tripartite n'apparaît pas nécessaire

AS	53	A
----	----	---

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE POUR 2012 (N°3933)

Amendement présenté par M. Jean-Pierre Door, député

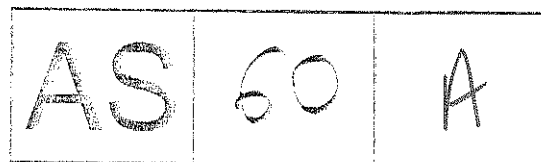
Article 35 bis B (nouveau)

Supprimer cet article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Il n'apparaît pas opportun de permettre à des médecins salariés exerçant au sein des établissements de santé dont le mode de financement relève du champ ex-OQN de pouvoir effectuer des consultations et actes externes.

En effet, il n'a été procédé à aucune évaluation du coût d'une telle mesure et le rapporteur général de la commission du Sénat saisie au fond a lui-même indiqué qu'« *il est étrange que la commission des finances ait laissé passer un tel amendement* ».



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE POUR 2012 (N°3933)

Amendement présenté par M. Jean-Pierre Door, député

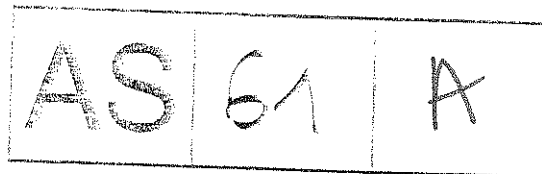
Article 35 bis C (nouveau)

Supprimer cet article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet article additionnel, qui vise à prendre en compte la durée moyenne de séjour dans la fixation par arrêté du montant du forfait journalier applicable en établissements de soins de suite et de réadaptation, est satisfait.

En effet, l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale dispose déjà que « le forfait journalier peut être modulé dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, en fonction de l'un ou de plusieurs des critères suivants : catégorie de l'établissement, nature du service, durée du séjour ».



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE POUR 2012 (N°3933)

Amendement présenté par M. Jean-Pierre Door, député

Article 35 bis D (nouveau)

Supprimer cet article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le directeur général de l'agence régionale de santé tient déjà compte des nécessités liées à l'accomplissement des missions de service public et des besoins d'accès de la population à des actes de chirurgie à tarifs opposables dans l'appréciation d'un excédent d'activité.



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE POUR 2012 (N°3933)

Amendement présenté par M. Jean-Pierre Door, député

Article 35 bis

Rédiger ainsi cet article :

« I. – L'article L. 6211-21 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

Art. L. 6211-21. – Sous réserve des accords ou conventions susceptibles d'être passés avec des régimes ou des organismes d'assurance maladie ou des établissements de santé publics ou privés ou des groupements de coopération sanitaire mentionnés à l'article L. 6133-1 et sous réserve des contrats de coopération mentionnés à l'article L. 6212-6, les examens de biologie médicale sont facturés au tarif de la nomenclature des actes de biologie médicale prise en application des articles L. 162-1-7 et L. 162-1-7-1 du code de la sécurité sociale. »

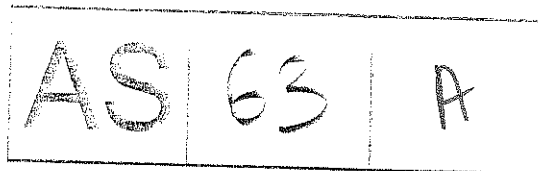
II. – Le IV de l'article 8 de l'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale est abrogé. ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'article 35 bis, qui ouvre la possibilité pour les établissements de santé d'obtenir des « remises de tarifs » des laboratoires de biologie médicale pour des volumes importants d'examens, a été supprimé par le Sénat mais il convient de rétablir la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale.

En effet, il apparaît que la qualité des examens de biologie médicale sera bien assurée par la procédure d'accréditation des laboratoires prévue l'ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale.

Cette mesure est en outre de nature à faire réaliser des économies de l'ordre de 50 millions d'euros par an aux établissements de santé.



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE POUR 2012 (N°3933)

Amendement présenté par M. Jean-Pierre Door, député

Article 36

Rédiger ainsi le I de l'article :

« I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le chapitre V du titre III du livre IV de la première partie est complété par une section 5 ainsi rédigée :

« Section 5

« Fonds d'intervention régional

« Art. L. 1435-8. – Un fonds d'intervention régional finance, sur décision des agences régionales de santé, des actions, des expérimentations et, le cas échéant, des structures concourant à :

« 1° La permanence des soins, notamment la permanence des soins en médecine ambulatoire prévue à l'article L. 6314-1 et la permanence des soins en établissement de santé mentionnée au 1° de l'article L. 6112-1 ;

« 2° L'amélioration de la qualité et de la coordination des soins. Des aides peuvent être accordées à ce titre à des professionnels de santé, à des regroupements de ces professionnels, à des centres de santé, à des pôles de santé, à des maisons de santé, à des réseaux de santé, à des établissements de santé ou médico-sociaux ou à des groupements d'établissements, le cas échéant dans le cadre contractuel prévu à l'article L. 1435-4 ;

« 3° L'amélioration de la répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé ;

« 4° La modernisation, l'adaptation et la restructuration de l'offre de soins dans le cadre des contrats prévus à l'article L. 6114-1 et conclus avec les établissements de santé et leurs groupements, ainsi que par le financement

de prestations de conseil, de pilotage et d'accompagnement des démarches visant à améliorer la performance hospitalière ;

« 5° L'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et l'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé ;

« 6° La prévention des maladies, la promotion de la santé, l'éducation à la santé et la sécurité sanitaire ;

« 7° La mutualisation au niveau régional des moyens des structures sanitaires, notamment en matière de systèmes d'information en santé et d'ingénierie de projets ;

« 8° (nouveau) La prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi qu'aux prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ou âgées dépendantes.

« Les financements alloués aux établissements de santé et aux établissements médico-sociaux au titre du fonds d'intervention régional, ainsi que les engagements pris en contrepartie, sont inscrits et font l'objet d'une évaluation dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens mentionnés, respectivement, à l'article L. 6114-2 du présent code et à l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles.

« Art. L. 1435-9. – Les ressources du fonds sont constituées par :

« 1° Une dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ;

« 2° Une dotation de l'État ;

« 3° Le cas échéant, une dotation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;

« 4° Le cas échéant, toute autre dotation ou subvention prévue par des dispositions législatives ou réglementaires.

« Au sein des ressources du fonds, sont identifiés :

« a) Les crédits destinés au financement des actions tendant à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé, à la prévention des maladies et à la sécurité sanitaire, qui ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux ;

« b) Les crédits destinés au financement de la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi qu'au financement des prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ou âgées dépendantes, qui ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins.

« Art. L. 1435-10. — Les orientations nationales du fonds sont déterminées par le conseil national de pilotage des agences régionales de santé.

« La répartition régionale des crédits est fixée chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées, après avis du conseil national de pilotage des agences régionales de santé.

« La gestion comptable et financière du fonds est confiée à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Elle peut déléguer une partie de ses crédits aux agences régionales de santé.

« Les sommes notifiées par les agences régionales de santé au titre d'un exercice pour des actions, expérimentations et structures financées par le fonds sont prescrites à son profit au 31 décembre du quatrième exercice suivant dans des conditions fixées par décret.

« En vue de permettre un suivi de l'utilisation des dotations affectées au fonds d'intervention régional, un bilan élaboré sur la base des données transmises par chaque agence régionale de santé est adressé au Parlement avant le 15 octobre de chaque année. Ce bilan contient notamment une analyse du bien-fondé du périmètre des actions mentionnées à l'article L. 1435-8. de l'évolution du montant des dotations régionales annuelles affectées au fonds ainsi qu'une explicitation des critères de répartition régionale.

« Art. L. 1435-11. — Les modalités d'application de la présente section sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;

2° Le 6° de l'article L. 1432-6 est abrogé ;

3° Avant le dernier alinéa de l'article L. 1433-1, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Il détermine les orientations nationales du fonds mentionné à l'article L. 1435-8. » ;

4° La seconde phrase du second alinéa de l'article L. 1434-6 est ainsi rédigée :

« Le montant de la contribution de chaque caisse nationale d'assurance maladie est fixé dans le cadre des dispositions de l'article L. 1435-9. » ;

5° Le troisième alinéa de l'article L. 1435-4 est ainsi rédigé :

« La contrepartie financière est financée par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du présent code et la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale. » ;

5° bis (nouveau) L'article L. 6112-3-2 est abrogé ;

6° L'article L. 6323-5 est ainsi modifié :

a) À la fin de la première phrase, les mots : « pour la qualité et la coordination des soins, dans les conditions prévues à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « régional prévu à l'article L. 1435-8 » ;

b) La dernière phrase est supprimée. ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Rétablissement du texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012

Texte n°12
Amendement n°

AS	24	R
----	----	---

Présenté par Jean Luc PREEL, Claude LETEURTRE, Olivier JARDE

Article 36

A l'article 36, à la fin de l'alinéa 20, ajouter une phrase ainsi rédigée: « Les modalités de répartition des crédits en fonction des régions sont annexées à l'arrêté ».

Exposé des motifs

L'article 36 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 prévoit la création d'un fonds d'intervention régional. La répartition régionale des crédits du fonds sera fixée chaque année par arrêté sur proposition du conseil national de pilotage des agences régionales de santé. Il est indispensable que les modalités de répartition de ces crédits entre les régions soient explicitées et jointes en annexe de l'arrêté, permettant ainsi de justifier les choix budgétaires, et en particulier les différences inter régionales.



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE POUR 2012 (N°3933)

Amendement présenté par M. Jean-Pierre Door, député

Article 36

Rédiger ainsi le II de l'article :

« II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 221-1-1 est ainsi modifié :

a) Le deuxième alinéa du I est ainsi rédigé :

« Le fonds peut financer des actions et expérimentations nationales concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville. » ;

a bis) Les troisième, quatrième et sixième alinéas du I sont supprimés ;

b) À la fin du 3° du IV, les mots : « et celle réservée au financement des actions à caractère régional » sont supprimés ;

c) Le V est ainsi modifié :

– à la deuxième phrase du premier alinéa, les mots : « répartit la dotation annuelle réservée aux actions régionales entre les agences régionales de santé et » sont supprimés ;

– la dernière phrase du même premier alinéa est supprimée ;

– la seconde phrase du second alinéa est supprimée ;

d) La seconde phrase du premier alinéa du VI est supprimée ;

2° Au début de la première phrase de l'article L. 162-45, les mots : « Le comité national de gestion du fonds mentionné à l'article L. 221-1-1 et » sont supprimés. ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Rétablissement du texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012

Texte n°12

Amendement n°

AS	12	R
----	----	---

Jean Luc PREEL Claude LETEURTRE, Olivier JARDE

Article 36

Insérer un dernier alinéa ainsi rédigé :

« Le Directeur Général de l'ARS après avis de la Conférence régionale de santé doit pouvoir répartir l'enveloppe. »

EXPOSE DES MOTIFS

Il relève de la compétence du Directeur Général de l'ARS de pouvoir répartir l'enveloppe après avis de la Conférence régionale de santé. Il est nécessaire de renforcer le rôle de cette conférence lien de la démocratie sanitaire.



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE
SOCIALE POUR 2012 (N°3933)

Amendement présenté par Mme Bérengère Poletti,
rapporteur pour le secteur médico-social, et M. Denis Jacquat

Article 37

Rédiger ainsi cet article :

À compter de l'exercice 2012 et pour une période ne pouvant excéder trois ans, des expérimentations peuvent être menées sur les règles de tarification des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes mentionnés au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, dans le but d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins.

Pour les besoins de ces expérimentations, il peut être dérogé aux règles de calcul du forfait global relatif aux soins prévues au 1° de l'article L. 314-2 du même code en introduisant une majoration de ce forfait en fonction d'indicateurs de qualité et d'efficacité, dont la liste est fixée par décret.

Les modalités de mise en œuvre des expérimentations sont déterminées par un cahier des charges national approuvé par décret en Conseil d'État.

Les expérimentations sont conduites par les agences régionales de santé dont la liste est fixée par un arrêté des ministres chargés des personnes âgées et de la sécurité sociale. Les agences sélectionnent les établissements participant à l'expérimentation parmi les établissements volontaires en fonction de critères définis dans le cahier des charges national.

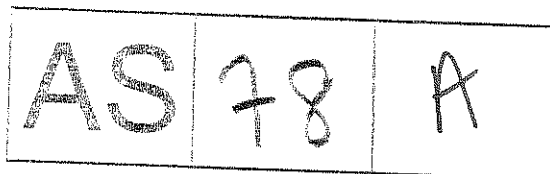
Un bilan annuel des expérimentations est réalisé par les ministres chargés des personnes âgées et de la sécurité sociale d'après les éléments transmis par les agences régionales de santé et est transmis au Parlement.

Un rapport d'évaluation est réalisé avant le terme de l'expérimentation, en vue d'une éventuelle généralisation.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à rétablir l'article 37, supprimé par le Sénat, qui introduit une expérimentation de la prise en compte de la performance des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes dans la tarification du forfait relatif aux soins.

Il précise également que les modulations tarifaires ne peuvent être que des majorations, conformément à ce que la ministre a affirmé lors de la discussion général sur le projet de loi en séance publique le 25 octobre 2011.



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE
SOCIALE POUR 2012 (N°3933)

Amendement présenté par Mme Bérengère Poletti,
rapporteur pour le secteur médico-social, et M. Denis Jacquat

Article 37 *bis* B

Supprimer cet article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à supprimer l'article 37 *bis* B introduit par le Sénat, qui crée des coefficients correcteurs s'appliquant aux tarifs plafonds des EHPAD, permettant de prendre en compte les écarts de charges liés aux implantations géographiques (coût de l'immobilier notamment) dans la convergence tarifaire.

Il ne revient pas à l'enveloppe relative au financement des soins de prendre en charge des charges liées aux coûts du foncier. Par ailleurs, un rapport sur les différences de charges sociales et fiscales supportées par les établissements est prévu par l'article 37 *ter*.