



N° 4150

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUATORZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 19 octobre 2016.

AVIS

PRÉSENTÉ

AU NOM DE LA COMMISSION DES FINANCES, DE L'ÉCONOMIE GÉNÉRALE ET
DU CONTRÔLE BUDGÉTAIRE SUR LE PROJET DE LOI *de financement de la sécurité
sociale pour 2017* (n° 4072),

PAR M. DOMINIQUE LEFEBVRE,

Député.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	7
PREMIÈRE PARTIE : L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL	11
I. LE BILAN SOCIAL DU QUINQUENNAT : LE PARI RÉUSSI DU REDRESSEMENT DES COMPTES SOCIAUX	11
A. LA RÉSORPTION ACTIVE DU DÉFICIT DES COMPTES SOCIAUX TOUT AU LONG DU QUINQUENNAT	11
1. Le redressement du solde de l'ensemble des régimes obligatoires de base : un déficit divisé par deux en 2016 et très proche de l'équilibre en 2017	12
2. Le régime général à l'équilibre : une perspective confirmée dans les prévisions pour 2017	15
a. Le régime général, vecteur principal du redressement des comptes	15
b. Une dynamique vertueuse de moindre croissance des charges par rapport aux produits sur les cinq derniers exercices	16
3. Trois branches sur les quatre à l'équilibre ou excédentaires : l'enjeu majeur du déficit de la branche maladie en cours de résorption	18
a. La branche maladie : un retour à l'équilibre à l'échéance 2019	19
b. La branche AT-MP : un solde excédentaire maintenu depuis 2013	22
c. La branche famille : un solde qui tend vers l'équilibre en 2017	23
d. La branche vieillesse : la CNAV en excédent en 2017 et le déficit du FSV en légère amélioration	24
e. L'équilibre financier des opérateurs	28
B. STRUCTURE ET ÉVOLUTION DES RECETTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE : L'IMPACT DES MESURES NOUVELLES ET DE LA CONJONCTURE ÉCONOMIQUE	31
1. Point sur les différentes ressources du régime général : évolution et répartition ...	31
a. Les catégories de recettes	31
b. Des prévisions macroéconomiques favorables au dynamisme des recettes	33

2. Les principales réformes ayant eu un impact sur les recettes lors des précédentes lois de financement de la sécurité sociale	36
a. La protection universelle maladie (PUMa) : un important changement de périmètre pour la branche maladie du régime général.....	37
b. Le pacte de responsabilité : un renforcement des mesures incitatives en faveur de l'emploi qui ne remet pas en cause les équilibres.....	38
II. UNE GESTION EFFICACE DEPUIS CINQ ANS QUI SÉCURISE LA PERSPECTIVE D'EXTINCTION DE LA DETTE SOCIALE À L'ÉCHÉANCE 2024	42
a. La gestion de la trésorerie par l'ACOSS.....	43
b. Les conditions actuelles d'amortissement de la dette sociale	48
c. Les conditions financières actuelles de l'amortissement : des taux très bas et sécurisés, mais supérieurs à ceux obtenus par l'ACOSS	52
2. Résorber la dette existante portée par la CADES et l'ACOSS : quels scénarii pour 2017 et l'après 2017 ?	54
a. Le choix du PLFSS 2017 de ne pas transférer de dette à la CADES semble le plus pertinent à court et moyen terme.....	54
b. Le FRR en soutien : la solution proposée par la Cour des comptes n'est pas optimale au regard des équilibres en jeu.....	55
c. Une trajectoire excédentaire des soldes du régime général qui permettrait une nette réduction du déficit de l'ACOSS à l'échéance 2020.....	56
III. LES PRINCIPALES MESURES DE RECETTES DU PLFSS 2017 ET LES RELATIONS ÉTAT-SÉCURITÉ SOCIALE	58
1. Les principales mesures en recettes du PLFSS.....	58
a. Des mesures spécifiques aux travailleurs indépendants.....	58
b. L'article 10 : clarification et simplification du droit social applicable à l'économie numérique	59
c. La hausse de la taxation du tabac afin de contribuer au financement de l'assurance maladie.....	61
2. Les relations État-Sécurité sociale : le montant et l'évolution des compensations d'exonérations et de réductions des recettes sociales, un enjeu majeur.....	64
a. Une croissance sensible des pertes de recettes pour la sécurité sociale sur la période 2012-2017 sous l'effet de la hausse des exonérations.....	64
b. Les modalités de compensation des pertes de recettes par l'État.....	66
3. Les transferts de recettes entre organismes de sécurité sociale prévus à l'article 20 du PLFSS pour 2017 : les conséquences des compensations mises en œuvre..	71

SECONDE PARTIE : LA MAÎTRISE DES DÉPENSES SOCIALES	75
I. RÉDUIRE LES DÉPENSES SANS RENONCER À LA QUALITÉ DE NOTRE MODÈLE SOCIAL : UN PARI EN PASSE D'ÊTRE RÉUSSI	75
A. UN ÉTAT DES LIEUX DES DÉPENSES DE SÉCURITÉ SOCIALE	75
1. Les dépenses des administrations de sécurité sociale croissent moins vite que le PIB en 2015.....	75
2. Vue d'ensemble des dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base....	76
3. Une trajectoire de dépense satisfaisante et rassurante pour l'ensemble des Français	78
B. LA BRANCHE MALADIE EN VOIE DE GUÉRISON	80
1. La progression des dépenses d'assurance maladie freinée par le respect d'un ONDAM historiquement bas	80
a. L'ONDAM 2015 s'établit finalement à 181,8 milliards d'euros soit une progression de 2,04 %.....	82
b. L'ONDAM 2016 devrait être exécuté conformément aux prévisions.....	85
2. Les mesures de maîtrise médicalisée des dépenses mises en œuvre depuis 2012 sur le champ de l'ONDAM.....	86
a. Les mesures d'économies sur les produits de santé ou les dispositifs médicaux	87
b. La pertinence et le bon usage des soins	90
c. Efficacité de la dépense hospitalière.....	92
3. ... n'ont pas empêché l'amélioration des droits des assurés sociaux	93
a. L'augmentation de la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie obligatoire	93
b. L'amélioration continue de l'accès aux soins pour les plus fragiles	96
C. LA BRANCHE VIEILLESSE EXCÉDENTAIRE PERMET DE MENER UNE POLITIQUE PLUS JUSTE	96
1. Les déterminants des dépenses de la branche vieillesse	97
a. L'évolution des effectifs des retraités	97
b. La croissance du montant des pensions	99
2. La structure et l'évolution des dépenses du FSV expliquent un déficit persistant .	100
D. LES DÉPENSES DE LA BRANCHE FAMILLE SONT DÉSORMAIS SOUTENABLES ET MIEUX ADAPTÉES	104
1. La structure particulière des charges de la branche famille.....	105
a. Un important volume de prestations gérées pour le compte de tiers	105
b. Une évolution significative du périmètre des dépenses de la branche.....	105

2. La maîtrise des dépenses de prestations légales	107
a. La réforme structurelle de la politique familiale a contribué à contenir les dépenses de la branche.....	108
b. D'autres facteurs conjoncturels de maîtrise ont également contribué à l'amélioration du solde de la branche.....	109
E. LE RENFORCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE RESTE UN IMPÉRATIF DE JUSTICE SOCIALE	110
II. LE PRÉSENT PLFSS S'INSCRIT DANS LA CONTINUITÉ DE L'ACTION GOUVERNEMENTALE DE PÉRENNISATION DU SYSTÈME FRANÇAIS DE PROTECTION SOCIALE	111
A. LE DÉFICIT DE LA BRANCHE MALADIE EN VOIE DE RÉSORPTION	112
1. Les modalités d'élaboration de l'ONDAM pour 2017	113
2. Les mesures du présent PLFSS dans le champ de la branche maladie.....	116
B. LES PERSPECTIVES DE CONSOLIDATION DE LA BRANCHE VIEILLESSE	119
1. Les prévisions de dépenses de la branche et du FSV à compter de 2017	119
a. Une conjoncture toujours favorable au ralentissement des dépenses en 2017	119
b. Construire un équilibre sur le long terme pour la branche vieillesse.....	120
2. Les mesures du présent PLFSS dans le champ de la branche vieillesse.....	124
a. La clarification du rôle du Fonds de solidarité vieillesse.....	124
b. Les autres mesures du PLFSS dans le champ de la branche vieillesse.....	129
C. LA BRANCHE FAMILLE À L'ÉQUILIBRE DÈS L'AN PROCHAIN	130
1. La progression des dépenses de la branche resterait contenue à partir de 2017	130
2. Les mesures du présent PLFSS dans le champ de la branche famille	131
EXAMEN EN COMMISSION	133
LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR ...	161

INTRODUCTION

Le redressement des comptes de la sécurité sociale est une nécessité qui, comme l'a rappelé la Cour des comptes dans son dernier rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, ne représente pas un objectif seulement comptable : il permet la préservation et la modernisation de notre système fondé sur la solidarité.

De 2002 à 2012, le cumul des déficits de la sécurité sociale, régime général et Fonds de solidarité vieillesse (FSV), a atteint 160 milliards d'euros. Ces niveaux de déficit mettaient gravement en péril notre protection sociale.

Les dépenses de sécurité sociale sont des dépenses courantes : il est donc absolument injustifié d'en reporter le financement sur les générations futures.

Assurer la pérennité de notre système de protection sociale passe par le retour à l'équilibre des comptes sociaux, et c'est ce à quoi s'est employé le Gouvernement avec le souci permanent de préserver ou d'améliorer la justice de notre système redistributif.

Dès l'été 2012, le Gouvernement a présenté une loi de finances rectificative permettant d'amorcer le redressement des comptes publics. Cette loi a apporté 1,5 milliard d'euros de recettes nouvelles à la sécurité sociale et assuré le financement de plusieurs mesures de justice correspondant à des engagements pris par le Président de la République devant les Français.

En 2013, les mesures contenues dans cette loi de finances rectificative ont amélioré le solde du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse de 5,2 milliards d'euros par rapport à son évolution tendancielle.

Le 31 décembre 2013, lors de ses vœux aux Français, le Président de la République a proposé un pacte de responsabilité visant à rétablir la compétitivité des entreprises. Un volet « solidarité », en faveur du pouvoir d'achat des ménages modestes lui a ensuite été ajouté.

Les lois de finances et les lois de financement de la sécurité sociale ont depuis lors traduit juridiquement ces engagements présidentiels.

1) Le retour à l'équilibre des comptes de la sécurité sociale et des perspectives d'excédents à court terme

Face à un déficit qui mettait gravement en péril notre système de sécurité sociale, le Gouvernement s'était engagé à redresser les comptes de l'ensemble des branches des régimes obligatoires.

La présentation du dernier PLFSS de la législature est un moyen de faire prendre conscience à chacun de l'ampleur du chemin parcouru depuis l'arrivée aux responsabilités de l'actuelle majorité : au départ, un déficit de 21 milliards d'euros pour le régime général, à l'arrivée un quasi-équilibre, 400 millions d'euros de déficit en 2017 (hors FSV), et des excédents structurels dégagés à partir de 2018. Selon les prévisions, la branche maladie du régime général devrait quant à elle présenter un solde excédentaire dès 2019.

Le FSV présente quant à lui encore un déficit de 3,8 milliards d'euros en 2017, mais celui-ci devrait également continuer de se réduire progressivement pour atteindre l'équilibre en 2020.

Le caractère structurel de ces nouveaux équilibres est démontré par l'évolution vertueuse des recettes et des dépenses tout au long du quinquennat : prises dans leur ensemble, les recettes du régime général ont été plus dynamiques que les dépenses sur la période 2012-2016 (+ 16,9 % contre + 13,3 % en cumulé sur cinq ans).

Les nombreuses mesures d'exonération de cotisations sociales, visant à abaisser le coût du travail en cohérence avec la priorité donnée à l'emploi tout au long du quinquennat, ont toutes été intégralement compensées par l'État afin de ne pas remettre en cause l'équilibre financier de la sécurité sociale. En 2017, les exonérations compensées de cotisations sociales s'élèvent à 36 milliards d'euros, le pacte de responsabilité représentant à lui seul 13,3 milliards d'euros d'exonérations en faveur de l'emploi.

2) Des dépenses maîtrisées sur la période du quinquennat

Le financement de l'ensemble des mesures du pacte de responsabilité et de solidarité s'est traduit par un plan d'économies de 50 milliards d'euros, étalé sur la période 2015-2017 et détaillé en avril 2014 par le Premier ministre.

Sur l'ensemble de la période 2014-2016, le très faible niveau d'inflation, les réformes entreprises sur les branches famille et vieillesse et les économies réalisées dans le cadre de l'ONDAM ont tiré à la baisse la dynamique des prestations et ont permis de maintenir leur progression à un niveau inférieur à 2 %.

En ce qui concerne les dépenses de la branche maladie, il convient de garder à l'esprit que leur cantonnement à un taux d'évolution inférieur à 2 % sera, compte tenu du vieillissement de la population et de l'arrivée de traitements innovants et coûteux, particulièrement complexe à mettre en œuvre, sauf à réduire les prises en charge de l'assurance maladie obligatoire. C'est donc avec le plus grand réalisme que le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit un taux d'évolution des dépenses de santé autour de 2 % jusqu'en 2020.

En ce qui concerne le Fonds de solidarité vieillesse, la structure même de ses charges, qui le rendent largement dépendant de la conjoncture économique, explique en grande partie la persistance d'un déficit de l'ordre de 3,8 milliards d'euros. Ce déficit est particulièrement préoccupant puisqu'il représente désormais près de la moitié du déficit de la sécurité sociale et que, dans le même temps, les régimes de base d'assurance vieillesse renouent avec l'équilibre, pour la première fois depuis 11 ans. Il convient donc de saluer les mesures du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, qui amorcent une réduction de ce déséquilibre tout en apportant une clarification nécessaire des missions de ce fonds. Celui-ci doit être consacré au financement de dispositifs relevant exclusivement de la solidarité nationale.

3) En finir avec la dette sociale

L'échéance d'extinction du stock de dette sociale portée par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) est maintenue à 2024, et apparaît tout à fait crédible si les trajectoires actuelles de résorption des déficits se confirment.

Par ailleurs, depuis 2015, la dette sociale nette est en réduction pour la première fois, les déficits annuels étant devenus inférieurs au montant de la dette remboursée chaque année par la CADES : 14,9 milliards d'euros ont été amortis en 2017, pour un déficit cumulé du régime général et du FSV de 4,2 milliards d'euros.

La résorption du stock de dette à l'échéance 2024 nécessite de répondre efficacement à un double défi :

– en premier lieu, il est indispensable de ne plus générer de nouveaux déficits qui auraient pour conséquence d'alourdir le stock actuel de dette : il restera fin 2016 135,8 milliards d'euros à amortir, sur un total de 260 milliards d'euros de dette reprise par la CADES depuis sa création ;

– simultanément, il faut apurer dans les meilleures conditions possibles la dette existante, portée en grande partie par la CADES, mais également par l'ACOSS, dont ce n'est pas la mission originelle. La stratégie d'apurement de la dette dans les années à venir nécessite de mobiliser à cette fin l'ensemble des excédents générés par les branches du régime général, ces derniers ne devant en aucun cas venir nourrir une hausse des dépenses.

Le Rapporteur accorde une importance toute particulière aux perspectives de gestion de la dette sociale dans ce contexte – nouveau – d'équilibre, puis d'excédents, des comptes sociaux. En effet, de nombreuses questions se poseront, notamment sur l'affectation des excédents, sur celles des ressources fiscales dégagées par l'extinction de la dette, et enfin sur le niveau de compensation par l'État des exonérations de cotisations sociales.

PREMIÈRE PARTIE : L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL

I. LE BILAN SOCIAL DU QUINQUENNAT : LE PARI RÉUSSI DU REDRESSEMENT DES COMPTES SOCIAUX

A. LA RÉSORPTION ACTIVE DU DÉFICIT DES COMPTES SOCIAUX TOUT AU LONG DU QUINQUENNAT

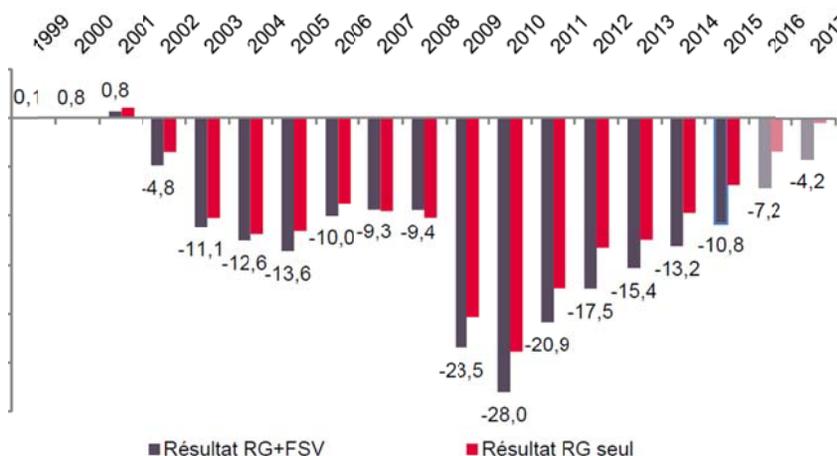
Lors de sa déclaration du 7 septembre 2012 devant la Cour des comptes, le Président de la République s'est exprimé sur l'état des finances publiques, le rétablissement de l'équilibre budgétaire et le rôle de la Cour des comptes. Il soulignait à cette occasion que « *le déficit des comptes sociaux revient à faire financer les dépenses de transferts courantes par la dette, c'est-à-dire par les générations futures, et c'est une anomalie.* » Le constat était en effet celui d'un déséquilibre structurel des comptes sociaux et d'une dette sociale croissante.

Le rétablissement des comptes de la sécurité sociale a ainsi incarné un engagement fort du Gouvernement, qui annonçait pouvoir présenter un excédent du régime général à partir de 2019.

Force est de constater que l'exercice 2016 et les prévisions 2017 confirment ce redressement des comptes amorcé depuis 2012, en rupture nette avec une trajectoire historique marquée par une quasi-permanence de déficits au cours des vingt-cinq dernières années.

ÉVOLUTION DU SOLDE DU RÉGIME GÉNÉRAL ET DU FSV DE 1999 À 2017

(en milliards d'euros)



Source : dossier de presse du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017.

1. Le redressement du solde de l'ensemble des régimes obligatoires de base : un déficit divisé par deux en 2016 et très proche de l'équilibre en 2017

Le tableau suivant présente l'évolution, depuis 2012, du solde des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale, par branche, ainsi que de celui du Fonds de solidarité vieillesse (FSV). **Le solde prévisionnel pour l'année 2017, mesures nouvelles comprises, s'élève à -0,3 milliard d'euros, soit un montant correspondant à 0,06 % des recettes affectées aux régimes obligatoires de base.**

SOLDE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DU FSV SUR LA PÉRIODE 2012-2017

(en milliards d'euros)

	2012			2013			2014			2015			2016 (p)			2017 (PLFSS)		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	178,8	184,7	- 5,9	182,2	189,1	- 6,9	186,7	193,2	- 6,5	191,3	197,1	- 5,8	197,0	201,1	- 4,0	204,5	207,1	- 2,6
Vieillesse	203,4	209,5	- 6,1	212,2	215,8	- 3,6	219,1	219,9	- 0,8	223,8	223,6	0,2	228,3	227,1	1,2	232,2	230,6	1,6
Famille	54,1	56,6	- 2,5	54,9	58,2	- 3,3	56,3	59,0	- 2,7	52,8	54,3	- 1,5	48,7	49,7	- 1,0	49,9	49,9	0,0
Accidents du travail	13,1	13,7	- 0,6	13,5	12,8	0,7	13,8	14,1	0,7	14,1	13,3	0,8	14,1	13,4	0,7	14,2	13,5	0,7
Total (hors transferts)	436,3	451,4	- 15,1	449,8	462,9	- 13,1	462,8	472,1	- 9,3	468,4	474,7	- 6,3	474,4	477,6	- 3,1	487,1	487,4	- 0,3
FSV	14,7	18,9	- 4,1	16,8	19,7	- 2,9	17,2	20,6	- 3,5	16,6	20,5	- 3,9	16,5	20,3	- 3,8	15,7	19,6	- 3,8

Source : PLFSS 2017 et Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2016 et septembre 2017)

L'équilibre financier des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (ROBSS) poursuit ainsi son rétablissement de manière dynamique. En 2015, le déficit des ROBSS et du FSV a continué à se réduire, à un rythme comparable à 2014, **soit une réduction à hauteur de 20 %**. Le déficit agrégé des régimes obligatoires de base s'est établi à 10,2 milliards d'euros en 2015, contre 12,8 milliards d'euros en 2014.

Comme lors de l'exercice précédent, **l'exécution 2015 des régimes obligatoires de base a été meilleure que les prévisions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 et que les hypothèses retenues par la Commission des comptes de la sécurité sociale en juin 2016** ⁽¹⁾. Ces écarts à la prévision, qui se sont traduits par un résultat supérieur de 2,2 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et le FSV, ont été particulièrement prégnants pour le régime général qui présente un déficit effectif de 1,5 milliard d'euros inférieur à celui prévu par la LFSS pour 2016.

Cette dynamique positive se confirme dans les prévisions pour 2016, puisque le déficit des régimes obligatoires de base se réduit de moitié, soit 3,2 milliards d'euros, pour s'établir à – 3,1 milliards d'euros. L'intégralité de l'amélioration du solde est portée par le régime général, à hauteur de 3,5 milliards d'euros. **Ainsi, en 2016, le déficit de la sécurité sociale retrouvera pour la première fois depuis dix ans un niveau inférieur à celui d'avant-crise (9,3 milliards d'euros en 2007 de déficit cumulé des régimes obligatoires de base et du FSV).**

En 2017, avant toute mesure d'économie, le déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de bases hors FSV atteindrait 6,2 milliards d'euros, selon les projections de la Commission des comptes de la sécurité sociale. La branche AT-MP serait excédentaire de 0,7 milliard d'euros et la branche famille en déficit de 1,3 milliard d'euros. La branche vieillesse serait largement excédentaire (2,7 milliards d'euros). Toutefois, contrairement à 2014 et 2015, l'excédent serait intégralement porté par la CNAV : la branche vieillesse des autres régimes de base serait tout juste à l'équilibre et ne permettrait plus d'améliorer le solde cumulé. En conséquence, les régimes spéciaux ne permettraient plus de contenir la hausse tendancielle du déficit, et celui-ci se creuserait de nouveau en raison de la hausse du déficit tendanciel de la branche maladie du régime général (– 8,3 milliards d'euros avant toute mesure d'économie).

(1) Ces prévisions, qui ont été la base de référence du rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (septembre 2016), expliquent l'analyse de la Cour qui jugeait « le rythme de réduction des déficits trop incertain à ce stade pour garantir un retour à l'équilibre avant 2020 ». *L'hypothèse retenue du déficit des régimes obligatoires de base ajouté à celui du FSV était en effet évaluée à 9,1 milliards d'euros, contre 6,9 milliards d'euros en prévisions actualisées.*

Ces projections tendanciennes sont cependant très éloignées du solde prévisionnel présenté dans le PLFSS pour 2017⁽¹⁾, **qui se rapprochent de l'équilibre à - 0,3 milliard d'euros** hors FSV et à - 4,1 milliards d'euros pour le solde consolidé avec le FSV, soit une amélioration de 2,8 milliards d'euros par rapport à la prévision actualisée pour 2016. Excepté la branche maladie, les autres soldes devraient être, selon les projections, à l'équilibre (branche famille) ou en excédent (branches AT-MP et vieillesse, hors FSV).

2. Le régime général à l'équilibre : une perspective confirmée dans les prévisions pour 2017

a. Le régime général, vecteur principal du redressement des comptes

En dehors du régime général, qui assure l'ensemble des salariés du secteur privé, des régimes de base complètent l'architecture de la sécurité sociale française. Ces régimes de base ont entrepris un redressement rapide de leur solde entre 2012 et 2014 à hauteur de 2,2 milliards d'euros. Depuis 2014, le solde de ces régimes est excédentaire. Cette tendance se confirme en 2015, ainsi que dans les prévisions pour 2016 et 2017.

Cependant, le poids du régime général dans l'ensemble des régimes obligatoires de base est déterminant et ne cesse d'augmenter : il représente plus de 75 % de l'ensemble des charges nettes en 2015. En 2016, la mise en place de la protection universelle maladie augmente mécaniquement le poids du régime général, qui devrait en effet atteindre **99,4 % des dépenses de la branche maladie (contre 88 % en 2015)**. Cette très large prédominance en fait un vecteur déterminant dans la trajectoire de redressement des comptes de l'ensemble des régimes de base. Le régime général concentre également depuis 2014 l'intégralité des dépenses de la branche famille de l'ensemble des assurés, et près de 90 % de la branche AT-MP. En revanche, la branche vieillesse est plus éclatée avec près de vingt-cinq régimes différents, le régime général représentant à peine 54 % des dépenses en 2015, tandis que les régimes de la fonction publique et des travailleurs agricoles concentrent à eux deux 38 % des prestations retraites de la branche.

Le tableau suivant présente la tendance commune de redressement des comptes entre le régime général et les autres régimes de base, ainsi que le caractère déterminant de la trajectoire du régime général dans la résorption globale des déficits.

(1) Article 22 du PLFSS pour 2017.

SOLDE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE AVEC VENTILATION ENTRE LE RÉGIME GÉNÉRAL ET LES AUTRES RÉGIMES DE BASE

(en milliards d'euros)

	2012	2013	2014	2015	2016 (p)	2017 (t)*
Régime général	- 13,3	- 12,5	- 9,7	- 6,8	- 3,4	- 6,3
Autres régimes de base	- 1,8	- 0,6	0,4	0,4	0,2	0,1

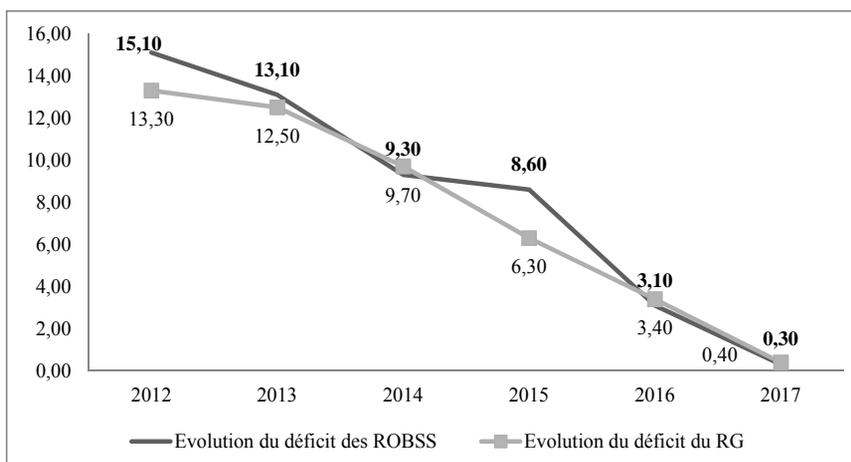
Source : Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2015 et septembre 2016.

*évolution tendancielle hors mesures nouvelles

Le graphique ci-dessous illustre la réduction croissante du déficit du régime général entre 2012 et 2017, au regard de celui de l'ensemble des régimes obligatoires de base.

ÉVOLUTION DU MONTANT DES DÉFICITS SOCIAUX 2012-2017

(en milliards d'euros)



Source : commission des finances, à partir des données de la Commission des comptes de la sécurité sociale et du PLFSS 2017.

Les données relatives aux prévisions pour 2017 intègrent les mesures nouvelles prévues dans le cadre du PLFSS pour 2017. En effet, avant mesures nouvelles, le déficit de la sécurité sociale augmenterait en tendanciel de 3,3 milliards d'euros, avec un déficit du régime général accru de 2,9 milliards d'euros, portés dans une large mesure par la branche maladie.

b. Une dynamique vertueuse de moindre croissance des charges par rapport aux produits sur les cinq derniers exercices

Prises dans leur ensemble, les recettes du régime général ont été plus dynamiques que les dépenses sur la période 2012-2016, comme le démontre le tableau suivant :

**DYNAMIQUE DES DÉPENSES DU RÉGIME GÉNÉRAL PAR RAPPORT
À LA DYNAMIQUE DES RECETTES**

(en milliard d'euros)

		2012	2016 (p)	Évolution 2012/2016
Maladie	Charges nettes	160,9	199,8	24,2 %
	Produits nets	155	195,7	26,3 %
Vieillesse	Charges nettes	110,2	122,9	11,5 %
	Produits nets	105,5	124	17,5 %
Famille	Charges nettes	56,3	49,7	- 11,7%
	Produits nets	53,8	48,6	- 9,7%
AT-MP	Charges nettes	11,7	11,8	0,9 %
	Produits nets	11,5	12,4	7,8 %
Total	Charges nettes	339,1	384,2	13,3 %
	Produits nets	325,8	380,7	16,9 %

Source : données de la Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2016.

Cette dynamique vertueuse de moindre progression des charges par rapport aux dépenses sur une tendance longue démontre l'équilibre structurel qui tend à s'imposer au sein des branches du régime général, et explique la résorption croissante du déficit du régime général de la sécurité sociale.

Les quatre branches présentent en effet des charges en moindre progression par rapport aux produits. Cet écart peut être tenu, comme pour la branche maladie qui est encore en léger déficit en 2016, ou au contraire très marqué pour les soldes excédentaires comme celui de la CNAM-AT et de la CNAV.

La branche famille a connu un changement de périmètre important en matière de charges, à savoir la budgétisation de la part de l'aide personnalisée au logement (APL) financée précédemment par le Fonds national d'aide au logement à partir de 2015. Parallèlement les produits de la branche n'ont pas été réduits de façon aussi substantielle, ce qui explique une baisse moins appuyée des produits par rapport aux dépenses.

Au total, le régime général connaît une croissance plus dynamique de ses recettes (+ 16,9 %) que de ses charges (+ 13,3 %). Comme lors de son précédent rapport, **le Rapporteur tient à souligner l'importance de raisonner en termes de solde global pour analyser la trajectoire financière des comptes de la sécurité sociale, en particulier du régime général.** En effet, le circuit de financement des organismes de la sécurité sociale est caractérisé par une imbrication complexe et des évolutions fréquentes. Parallèlement, le champ des prestations sociales subit des modifications régulières de périmètre de prises en charge entre branches qui peuvent nuire à la lisibilité des évolutions réelles.

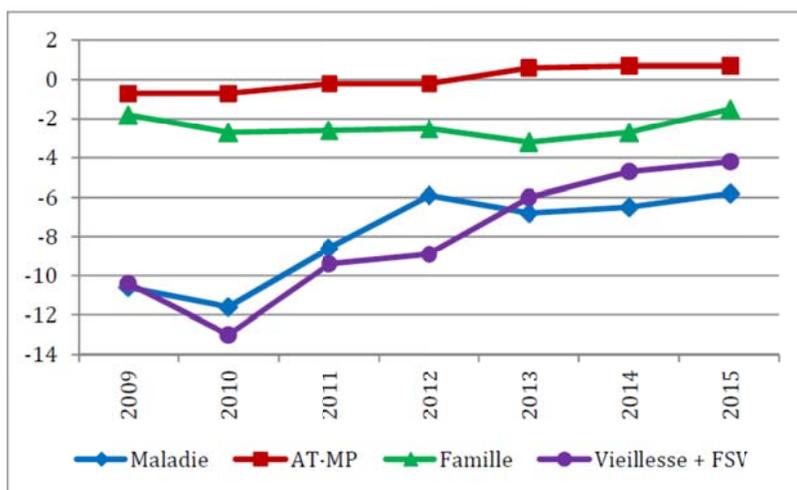
3. Trois branches sur les quatre à l'équilibre ou excédentaires : l'enjeu majeur du déficit de la branche maladie en cours de résorption

Au sein du régime général, les branches présentent par ailleurs des soldes différenciés. La tendance est cependant la même : en 2015, toutes les branches du régime général ont réduit leur déficit, ou maintenu leur excédent pour la branche AT-MP pour la deuxième année consécutive. Le déficit se concentre désormais sur la branche maladie, dont le déséquilibre a mis plus de temps à se résorber.

Le graphique suivant illustre l'évolution tendancielle du solde de chaque branche du régime général de 2009 à 2015, et met en exergue le redressement sensible, mais ralenti par rapport aux autres, du solde de la branche maladie du régime général :

ÉVOLUTION DES SOLDES DES BRANCHES DU RÉGIME GÉNÉRAL 2009-2015

(en milliards d'euros)



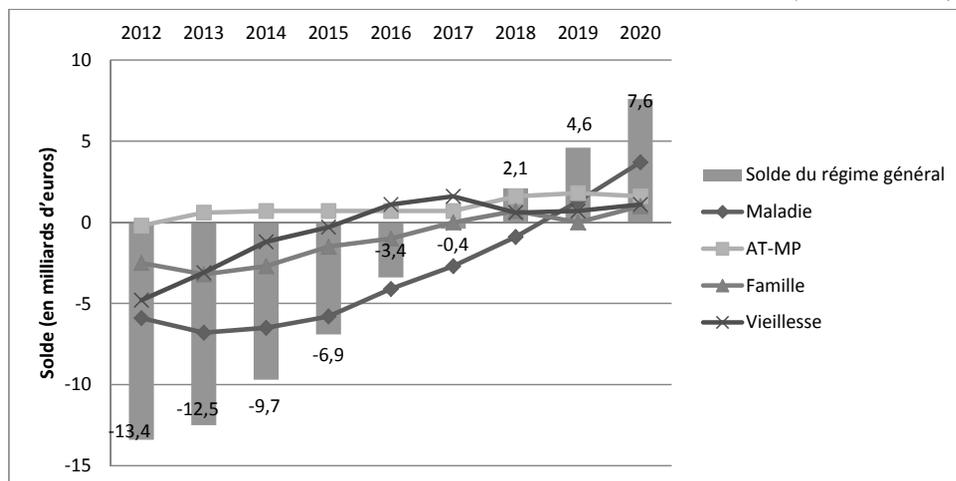
Source : Cour des comptes à partir des données de la Commission des comptes de la sécurité sociale - juin 2016.

Selon les prévisions, cette tendance devrait se poursuivre en 2016 et 2017 avec le retour d'un solde à l'équilibre, voire en excédent de l'ensemble des branches du régime général – à l'exception de la branche maladie dont le déficit apparaît cependant en forte réduction (- 40 % entre 2013 et 2016).

Au-delà de 2016, les prévisions présentées à l'annexe B du PLFSS pour 2017 prévoient **le dégageant d'un excédent structurel à l'horizon 2018.**

ÉVOLUTION DU SOLDE PAR BRANCHE DU RÉGIME GÉNÉRAL 2012-2020

(en milliards d'euros)



Source : Commission des finances à partir de l'annexe B du PLFSS 2017 pour les prévisions de la période 2017-2020 et du rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale (juin 2016) pour la période 2012-2016.

a. La branche maladie : un retour à l'équilibre à l'échéance 2019

Le tableau suivant récapitule l'évolution du solde de la branche maladie depuis 2012, et la baisse sensible du déficit à partir de 2013 :

ÉVOLUTION DU SOLDE DE LA BRANCHE MALADIE DU RÉGIME GÉNÉRAL 2012-2017

(en milliards d'euros)

		2012	2013	2014	2015	2016 (p)	2017 (PLFSS)
Maladie	Charges nettes	160,9	164,7	168,3	173,2	199,8	204,5
	Produits nets	155	157,9	161,9	167,4	195,8	207,1
	Solde	- 5,9	- 6,8	- 6,5	- 5,8	- 4,1	- 2,6

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2016) et PLFSS 2017.

En 2015, le déficit de la CNAM s'est réduit de 0,8 milliard d'euros par rapport à 2014, contrairement aux prévisions de l'année précédente qui le situait autour de 7,5 milliards d'euros. L'évolution des charges a été contenue par la maîtrise des dépenses entant dans le champ de l'ONDAM et la baisse des charges de gestion courante. Mais si le déficit représente une part des charges nettes de la branche en léger recul (3,6 %, contre 4,1 % en 2014), **sa contribution au déficit total du régime général et du FSV s'est fortement accrue en 2015 pour atteindre près de 54 % (contre 49 % en 2014) selon l'analyse de la Cour des comptes.** Cet exercice se caractérise cependant par une hausse des produits nets supérieure à celle des charges nettes (+ 3,5 % contre + 2,9 %), qui ont intégré pour la première fois en 2015 le déficit de la branche maladie du RSI. La croissance des recettes a été portée par le dynamisme des produits assis sur les revenus de

remplacement et la hausse du transfert pour sous-déclaration des accidents du travail. Une recette supplémentaire a été apportée à la branche par l'anticipation du versement des cotisations et contributions sociales des caisses de congés payés du BTP (+ 0,5 milliard d'euros).

Clarification méthodologique

Les charges et les produits pour 2015 présentés dans le tableau ci-dessus n'intègrent pas les modifications de périmètre liées à la mise en œuvre de la protection universelle maladie (PUMa), votée dans le cadre de la LFSS pour 2016. En résulte un écart important de périmètre. Afin de faciliter la lisibilité de l'évolution entre 2015 et 2016, la Commission des comptes de la sécurité sociale présente parallèlement une année 2015 « *pro forma* », soit à périmètre identique à celui de 2016. Dans cette configuration, la progression des charges apparaît beaucoup plus réduite (195,8 milliards d'euros en 2015 *pro forma*, soit une hausse de + 2 % en 2016), ainsi que celle des recettes (190 milliards d'euros en 2015 *pro forma*, soit une hausse de + 3 % en 2016).

En 2016, le déficit de la CNAM devrait passer de 5,8 milliards à 4,1 milliards d'euros, avec une progression de l'ONDAM contenue à 1,8 %. Les produits de la branche devraient se confirmer comme particulièrement dynamiques, sous l'effet d'une croissance de la masse salariale du secteur privé en hausse et d'un relèvement du taux de cotisation maladie de 0,04 point. L'affectation du produit exceptionnel de 0,7 milliard d'euros *via* l'intégration comptable des autres régimes d'assurance maladie dans le cadre de la protection universelle maladie (PUMa) contribue également à cette amélioration, bien que contestable selon la Cour des comptes.

L'exercice 2016 incarne une étape importante : le déficit de 4 milliards d'euros de la branche maladie des régimes obligatoires de base s'établit désormais à un niveau inférieur à celui de l'avant-crise (4,6 milliards d'euros en 2007 ⁽¹⁾).

(1) Cour des comptes – Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2016.

Un produit exceptionnel de CSG de 0,7 milliard d'euros intégré dans les prévisions de la Commission des comptes de la sécurité sociale et contesté par la Cour des comptes

Le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2016 a intégré au solde des régimes général de base autre que le régime général un produit exceptionnel de 0,7 milliard d'euros non prévu par la LFSS pour 2016. Ce dernier correspond au montant des encaissements de CSG du mois de janvier 2016 non affectés à la CNAMTS, soit 1/12^e de la dotation annuelle de CSG assise sur les revenus d'activité et de remplacement attribuée en 2015 aux autres régimes obligatoires de base d'assurance maladie. Il s'agit selon la Cour des comptes d'un simple changement de modalité comptable dans l'affectation de la CSG, les régimes concernés enregistrant en produits de l'exercice 2016 les produits mensuels de CSG recouverts entre février 2016 – et non plus janvier – et janvier 2017. Ce décalage d'un mois est donc comptabilisé, sur l'année 2016, comme une treizième mensualité exceptionnelle.

La Cour des comptes relève ainsi qu'« *en application de l'avis du conseil de normalisation des comptes publics n° 2012-05 du 18 octobre 2012, un changement de méthode comptable doit cependant être appliqué de manière rétrospective, comme si la nouvelle méthode avait toujours été appliquée. Dès lors, le bilan d'ouverture de l'exercice 2016 devra être ajusté d'un produit à recevoir de 0,7 Md€, ce montant ne devant pas être comptabilisé en produit de l'exercice 2016 venant affecter le résultat de ce dernier.* »

Néanmoins, même après retrait de ce produit exceptionnel, le solde de la branche maladie du régime général demeurerait en progression à hauteur de 1 milliard d'euros, avec un déficit inférieur à celui prévu par la LFSS pour 2016 (-4,8 milliards d'euros, contre - 6,2 milliards d'euros en LFSS pour 2016).

En 2017, le solde prévisionnel annoncé par le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2016 se dégraderait pour s'établir à - 8,3 milliards d'euros, sous l'effet conjugué d'une hausse des charges de l'ONDAM évaluée à 4,3 % et de recettes en ralentissement. **L'article 22 du PLFSS pour 2017 prévoit quant à lui, sous l'effet des mesures nouvelles, un ONDAM fixé à 2,1 %, représentant une économie globale de 3,5 milliards d'euros par rapport à l'évolution tendancielle de la dépense** ⁽¹⁾.

Le PLFSS pour 2017 présente par ailleurs dans son annexe B des projections optimistes, prévoyant un solde excédentaire pour l'ensemble du régime général dès 2018 (+ 2,1 milliards d'euros), et dès 2019 pour la branche maladie (+ 1,3 milliard). **En 2020, le solde de cette branche devrait atteindre + 3,7 milliards d'euros, pour un excédent total du régime général de 7,4 milliards d'euros.**

Selon le directeur général de la CNAM, la réalisation de ces projections demeure cependant fortement conditionnée par **un effort continu de maîtrise des**

(1) Ces données concernent la branche maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base, le régime représentant pour rappel 99,4 % de ces dépenses depuis 2016.

dépenses avec un ONDAM limité annuellement à 2 % sur la période, contre 4 % d'évolution tendancielle des dépenses maladie. L'équilibre de la dépense, tant par des mesures sur les prix que sur les volumes, sera déterminant dans la capacité de la CNAM à dégager des excédents structurels, au regard de la forte imprévisibilité des charges qu'elle couvre.

b. La branche AT-MP : un solde excédentaire maintenu depuis 2013

Le tableau suivant récapitule l'évolution du solde de la branche accidents du travail et maladies professionnelles depuis 2012, et excédentaire depuis 2013 :

ÉVOLUTION DU SOLDE DE LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL DU RÉGIME GÉNÉRAL 2012-2017

(en milliards d'euros)

		2012	2013	2014	2015	2016 (p)	2017 (PLFSS)
Accidents du travail	Charges nettes	11,7	11,3	11,7	11,8	12	12,1
	Produits nets	11,5	12	12,3	12,6	12,7	12,8
	Solde	-0,2	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2016) et PLFSS 2017.

En 2015, l'excédent de la branche AT-MP s'est maintenu à son niveau de 2014, alors qu'une forte réduction de solde de 0,5 milliard d'euros avait été anticipée en LFSS pour 2015, et ramenée à 0,1 milliard d'euros en LFSS pour 2016. Malgré un moindre dynamisme des cotisations sociales en 2015 qu'en 2014 (+ 1,6 % contre + 3 % l'année précédente), ces dernières ont été supérieures de 0,1 milliard d'euros à la prévision révisée principalement en raison d'un montant de cotisations non recouvrées plus faible que prévu. Il est par ailleurs constaté un net ralentissement de la croissance des charges de + 1,8 % contre + 2,8 % en 2014 ⁽¹⁾.

En 2016, l'excédent devrait selon les prévisions se contracter légèrement à 0,65 milliard d'euros, soit une réduction de 0,1 milliard d'euros par rapport à 2015 ⁽²⁾. En effet, malgré une croissance contenue des charges de + 1,4 % la hausse très modérée des produits est insuffisante pour augmenter l'excédent de la branche, notamment sous l'effet de la diminution des taux moyens de cotisations AT-MP prévue dans le cadre de la LFSS pour 2016.

En 2017, avant prise en compte des mesures nouvelles, l'excédent devrait se maintenir à un niveau presque similaire (+ 0,6 milliard d'euros), avec une progression des charges et des produits inférieure à 1 %. **Le PLFSS pour 2017 prévoit quant à lui un solde excédentaire stable à 0,7 milliard d'euros pour cette branche**, tant au niveau de l'ensemble des régimes obligatoires de base qu'à celui du régime général.

(1) Notamment sous l'effet de la baisse de la dotation au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) et de la diminution des prestations d'incapacité permanente et des allocations de cessation d'activité au titre de l'amiante (ACAATA).

(2) Du fait des arrondis effectués dans les calculs, cette baisse n'apparaît pas de manière visible dans le tableau afférent qui affiche un solde stable à 0,7 milliard d'euros.

c. La branche famille : un solde qui tend vers l'équilibre en 2017

Le tableau suivant récapitule la résorption croissante du solde de la branche famille depuis 2012, qui devrait atteindre l'équilibre en 2017 :

ÉVOLUTION DU SOLDE DE LA BRANCHE FAMILLE DU RÉGIME GÉNÉRAL 2012-2017

(en milliards d'euros)

		2012	2013	2014	2015	2016 (p)	2017 (PLFSS)
Famille	Charges nettes	56,3	57,8	59	54,3	49,7	49,9
	Produits nets	53,8	54,6	56,3	52,8	48,7	49,9
	Solde	- 2,5	- 3,2	- 2,7	- 1,5	- 1	0

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2016) et PLFSS 2017.

La branche famille se caractérise par la forte réduction de son déficit, notamment entre 2014 et 2015 où cette dernière a amélioré son solde de 1,2 milliard d'euros. **Cette nette amélioration a contribué à la moitié de la réduction du déficit du régime général et du FSV en 2015.** Dans le cadre des mesures de compensation du pacte de responsabilité, **la fin du cofinancement des aides personnalisées au logement (APL) par la branche famille** a entraîné une contraction de ses charges nettes à hauteur de - 4,7 milliards d'euros (- 8 % par rapport à 2014). Sur le volet des recettes, les produits de cotisations ont continué à diminuer sous l'effet de **la réduction du taux de cotisation famille pour les salaires compris entre 1 et 1,6 fois le SMIC mise en œuvre dans le cadre du pacte de responsabilité et de solidarité** : il s'élève depuis 2015 à 3,45 % contre 5,25 % en 2014 et 5,40 % auparavant.

En 2016, le déficit pourrait se réduire, selon les prévisions, de 0,5 milliard d'euros. En application de la deuxième phase du pacte de responsabilité, le plafond ouvrant droit à un taux réduit de cotisation famille a été relevé et porté à **3,5 SMIC au 1^{er} avril 2016**. Le transfert au budget de l'État du paiement des APL a permis de compenser cette perte de recette. Nonobstant ces opérations, la progression des charges de la CNAF serait contenue en 2016 à 0,3 % sous l'effet de la faible inflation et **de la pleine mesure des réformes de la politique familiale contenue dans la LFSS pour 2015 comme la modulation des allocations familiales en fonction du revenu**. Parallèlement, les produits assis sur les revenus d'activité ont été favorisés par une croissance sensible de la masse salariale du secteur privée.

En 2017, en dehors de toutes mesures nouvelles, le solde de la CNAF se dégraderait de 0,3 milliard d'euros selon les projections de la Commission des comptes de la sécurité sociale ⁽¹⁾. **Selon les prévisions présentées à l'article 22 du PLFSS pour 2017, la branche famille devrait au contraire être à l'équilibre pour la première fois en 2017 (+ 1 milliard par rapport aux prévisions 2016), notamment grâce à la pleine mesure des réformes mise en œuvre antérieurement.**

(1) Rapport de septembre 2016.

d. La branche vieillesse : la CNAV en excédent en 2017 et le déficit du FSV en légère amélioration

i. La CNAV : un solde excédentaire en 2016

Le tableau suivant récapitule la résorption croissante du solde de la branche vieillesse depuis 2012, **et qui devrait présenter un excédent en 2016** :

ÉVOLUTION DU SOLDE DE LA BRANCHE VIEILLESSE DU RÉGIME GÉNÉRAL 2012-2017
(en milliards d'euros)

		2012	2013	2014	2015	2016 (p)	2017 (PLFSS)
Vieillesse	Charges nettes	110,2	114,6	116,8	120,5	122,9	125
	Produits nets	105,5	111,4	115,6	120,1	124	126,5
	Solde	- 4,8	- 3,1	- 1,2	- 0,3	1,1	1,6

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2016) et PLFSS 2017.

En 2015, après une baisse de 1,9 milliard d'euros en 2014, le déficit de la branche s'est encore contracté de 0,8 milliard d'euros pour atteindre 0,3 milliard, un niveau historiquement bas qui n'avait pas été atteint depuis onze ans et largement inférieur aux prévisions. La progression des prestations sociales nettes, qui représentent 92 % des charges de la branche, a légèrement ralenti, la faible revalorisation des pensions au 1^{er} octobre 2015 (+ 0,1 %, contre + 1,3 % en 2013) ayant plus que compensé la hausse de 1,2 % du nombre de pensionnés.

En 2016, le solde de la CNAV devrait confirmer cette tendance à la hausse et présenter un excédent de 1,1 milliard d'euros, après plus de dix ans de déficit. La progression des dépenses de prestations devrait se maintenir à + 2,2 % comme en 2015, soit un rythme très maîtrisé et deux fois inférieur à celui de 2010. Les facteurs explicatifs sont multiples : faible revalorisation des pensions du fait de l'inflation, effet du relèvement de l'âge légal de départ en retraite de 60 à 62 ans, et enfin intégration dans les prévisions 2016 et 2017 de l'effet du relèvement de 65 à 67 ans de l'âge du taux plein. Le montant des produits devrait ralentir légèrement par rapport à 2015 (+ 3,2 %). Il est à noter que la **répartition des différentes recettes autres que les cotisations, qui augmenteraient de + 4,3 % en 2016, a été fortement impactée par la mise en œuvre du pacte de responsabilité et les conséquences de l'arrêt de Ruyter.**

En 2017, les prévisions du PLFSS pour 2017 confirment le caractère excédentaire du solde de la branche vieillesse, à 1,1 milliard d'euros. Le solde prévisionnel hors mesures nouvelles tel qu'évalué par la Commission des comptes de la sécurité sociale s'élèverait à 2,7 milliards d'euros, soit un excédent supérieur de 1,6 milliard par rapport aux prévisions présentées aux articles 22 et 23 du PLFSS pour 2017 – **ce résultat étant lié en grande partie à la faible revalorisation des pensions (+ 0,15 % prévu en moyenne annuelle 2017) et à la poursuite du ralentissement des départs en retraite du fait des réformes antérieures.**

Sur l'ensemble de la période 2012-2016, **la dynamique des recettes de cotisations est portée par la hausse progressive des taux de cotisation plafonnée et déplafonnée issues du décret du 2 juillet 2012⁽¹⁾ et de la loi du 20 janvier 2014 sur l'avenir des retraites⁽²⁾** qui ont permis de sécuriser la trajectoire financière de la branche vieillesse. Le tableau suivant retrace l'évolution des taux de cotisation vieillesse sous l'effet des deux réformes des retraites du quinquennat :

ÉVOLUTION PROGRESSIVE DES TAUX DE COTISATION VIEILLESSE

(en pourcentage des rémunérations brutes)

	Cotisation plafonnée (rémunération sous le PASS)		Cotisation déplafonnée (sur la totalité des rémunérations)	
	Salariale	Patronale	Salariale	Patronale
2012	6,65	8,30	0,10	1,60
2013	6,75	8,40	0,10	1,60
2014	6,80	8,45	0,25	1,75
2015	6,85	8,50	0,30	1,80
2016	6,90	8,55	0,35	1,85
2017	6,90	8,55	0,40	1,90

Source : commission des finances du Sénat, rapport pour avis sur la loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites.

L'effet cumulé sur les produits de la branche vieillesse est estimé à 1 milliard d'euros en 2015, la hausse étant équivalente en 2016. En 2017, la moindre hausse des taux de cotisation devrait ralentir la progression des produits, mais leur dynamique tendancielle demeure supérieure à celle des prestations.

Le Rapporteur insiste sur le fait que la situation de la branche vieillesse et l'excédent qu'elle dégage dès l'exercice 2016 doivent amener à réfléchir dès maintenant à une affectation efficace de l'ensemble des excédents à venir. Cette question se posera également à court terme pour la branche famille, et certainement dès 2019 pour la branche maladie. **Il s'agit en effet d'un élément qui peut s'avérer essentiel dans la résorption de la dette sociale, notamment celle portée par l'ACOSS, et qui ne peut à ce jour être transférée à la CADES.** Ce point sera abordé ultérieurement dans le cadre des développements relatifs à la gestion de la dette sociale.

Enfin, en matière de structure de recettes, l'intégration financière au régime général des branches maladie et vieillesse du Régime social des indépendants (RSI) en 2016 s'est traduite par un apport social supplémentaire de 2,3 milliards d'euros de C3S au régime général et au FSV, en contrepartie d'un transfert d'équilibre du régime général vers le RSI d'un même montant.

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

(2) Loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites.

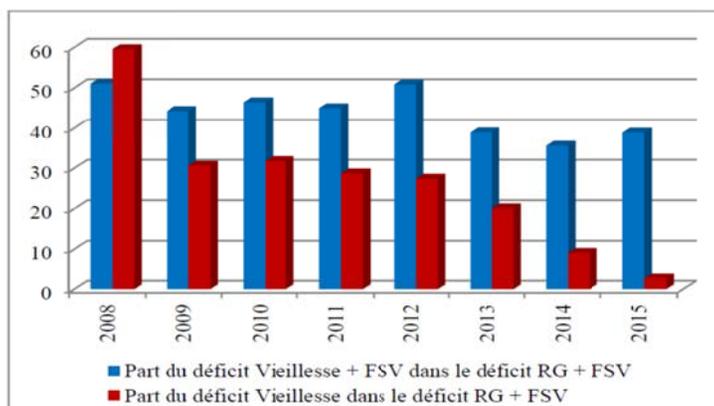
Si **cette intégration ne pèse pas comptablement sur le solde de la CNAV**, le président de cette dernière a néanmoins évoqué lors des auditions menées par le Rapporteur **un risque de déséquilibre**, la charge d'intégration pouvant à court terme devenir supérieure au reliquat de C3S transférée par la compenser. Ce point devra faire l'objet d'une attention particulière lors des exercices à venir.

ii. Le FSV, un déficit persistant mais en voie de stabilisation

Tandis que la part du déficit de la branche vieillesse dans le déficit du régime général et du FSV continue de se réduire, celle du déficit cumulé de la branche et du FSV augmente sous l'effet de la dégradation du déficit de ce dernier.

PART DU DÉFICIT DE LA BRANCHE VIEILLESSE ET DU FSV DANS LE DÉFICIT DU RÉGIME GÉNÉRAL ET DU FSV (2008-2015)

(en pourcentage)



Source : Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2016.

En effet, le solde du FSV se caractérise par un déficit persistant qui pèse de manière de plus en plus significative sur le solde agrégé du régime général et du FSV, au fur et à mesure de la résorption du déficit du régime général :

ÉVOLUTION DU SOLDE DU FSV ET IMPACT SUR LE SOLDE CONSOLIDÉ DU RÉGIME GÉNÉRAL ET DU FSV 2012-2017

(en milliards d'euros)

		2012	2013	2014	2015	2016 (p)	2017 (PLFSS)
FSV	Charges nettes	18,9	19,7	20,6	20,5	20,3	19,6
	Produits nets	14,7	16,8	17,2	16,6	16,5	15,7
	Solde	- 4,1	- 2,9	- 3,5	- 3,9	- 3,8	- 3,8
Solde cumulé RG + FSV		- 17,5	- 15,4	- 13,2	- 10,8	- 7,1	- 4,2
Part du déficit du FSV dans le déficit agrégé du RG + FSV		23 %	19 %	27 %	36 %	54 %	90 %

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2016) et PLFSS 2017.

En 2015, le déficit du FSV a atteint 3,9 milliards d'euros, soit un solde dégradé de 0,4 milliard d'euros par rapport à l'exercice 2014, inférieur aux prévisions de la LFSS pour 2016. **Le déficit du FSV représente alors 36 % du déficit agrégé du régime général et du FSV, contre seulement 19 % en 2013 et pour finalement atteindre 90 % dans les prévisions pour 2017.** Ce constat illustre de manière prégnante la résorption croissante du régime général, *a contrario* du déficit du FSV qui diminue mais peine à se résorber. En 2015, de nombreuses mesures en recettes ont été prises représentant une baisse des produits de - 1,1 milliard d'euros, compensée à due concurrence par une baisse des prises en charge de cotisation. Malgré cet équilibre, c'est bien la progression encore forte du nombre de chômeurs pris en compte dans le calcul des prises en charge de cotisations (+ 5,6 %) qui explique la dégradation du déficit.

En 2016, le déficit devrait se réduire mais de manière peu significative du fait d'une baisse des charges, notamment liée au passage à une prise en charge proportionnelle et non plus forfaitaire du minimum contributif. La prévision d'un déficit à 3,8 milliards d'euros est proche de la prévision initiale de la LFSS pour 2016. En 2017, avant mesures nouvelles, le déficit du FSV pourrait atteindre, selon la Commission des comptes de la sécurité sociale, 4 milliards d'euros. L'article 24 du PLFSS pour 2017 prévoit néanmoins une stabilisation du déficit à - 3,8 milliards d'euros. Selon l'exposé des motifs de ce dernier, *« cette stabilisation s'articule avec une politique de rétablissement progressif de l'équilibre du fonds. Celle-ci consiste à rapatrier certaines dépenses du fonds et notamment du minimum contributif et de la section 3 vers le régime général et à recentrer le fonds sur ses missions traditionnelles de financement des dispositifs de solidarité. »*

Les prévisions à l'échéance 2020 présentées à l'annexe B du PLFSS pour 2017 prévoient un solde positif de 0,3 milliard d'euros en 2020, suite à une résorption progressive du déficit. Cet excédent s'accompagnerait cependant, en l'absence d'une reprise par la CADES, d'une dette cumulée portée par l'ACOSS à hauteur de 11 milliards d'euros selon les perspectives présentées par le FSV lors des auditions, correspondant aux déficits cumulés.

Les évolutions des recettes et des charges du FSV font l'objet de développement approfondis dans le cadre de la seconde partie du présent rapport sur la maîtrise des dépenses ⁽¹⁾.

**La consolidation du financement du FSV :
une recommandation forte de la Cour des comptes ⁽²⁾**

À l'occasion de l'arrêt *de Ruyter* du 26 février 2015, la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) a remis en cause la faculté de soumettre à des prélèvements affectés à des régimes de sécurité sociale les revenus du capital perçus par des personnes rattachées à un régime de sécurité sociale d'un autre pays membre de l'Union européenne. Pour tenir compte de cette décision et sécuriser ces prélèvements, l'article 24 de la LFSS pour 2016 a affecté la quasi-totalité des prélèvements sociaux sur le capital (CSG incluse) au financement du FSV, et dans une moindre mesure, à celui de la CNSA et de la CADES. En contrepartie, les parts de CSG sur les revenus d'activité et de remplacement, de forfait social, de C3S et de taxe sur les salaires précédemment affectées au FSV sont transférées aux différentes branches du régime général, ces redéploiements étant neutres instantanément sur les recettes de chaque branche et de chaque organisme.

Cette jurisprudence a donc profondément modifié la structure de financement du FSV puisque 97 % de ses recettes émanent des prélèvements sur les revenus du capital. La Cour des comptes souligne que ces produits sont particulièrement volatils et sensibles à la conjoncture économique, avec une élasticité estimée à 3 par rapport au PIB, contre 0,9 pour la masse salariale du secteur privé ⁽³⁾. Ainsi, le risque d'effet de ciseaux est renforcé pour le FSV.

La Cour des comptes recommande ainsi de « *consolider le financement du FSV par l'affectation de ressources stables et en rapport avec le niveau de ses charges de façon à assurer son équilibre financier durable* ».

e. L'équilibre financier des opérateurs

- i. Le Fonds de réserve pour les retraites (FRR) : un opérateur qui a un rôle à jouer dans la résorption de la dette sociale de la branche vieillesse

Instauré par la LFSS pour 1999, le Fonds de réserve pour les retraites (FRR) a pour mission de gérer les sommes qui lui sont affectées afin de constituer des réserves destinées à contribuer à la pérennité financière des régimes de retraite. **Cette mission se traduit, depuis la LFSS pour 2011, par un décaissement annuel jusqu'en 2024 d'une partie des actifs du fonds au profit de la résorption de la dette sociale** : « *le fonds verse chaque année, au plus tard le 31 octobre, 2,1 milliards d'euros à la CADES afin de participer au financement des déficits, au titre des exercices 2011 à 2018, des organismes chargés d'assurer les prestations du régime de base de l'assurance vieillesse* » ⁽⁴⁾. Enfin, la loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites de 2014 ⁽⁵⁾ prévoit que les actifs du fonds pourront

(1) Dans le B du II de la seconde partie (« Les perspectives de consolidation de la branche vieillesse »).

(2) Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2016

(3) Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (chapitre 5), septembre 2012.

(4) Article L. 135-6 du code de la sécurité sociale.

(5) Loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites.

être mobilisés en cas d'écart significatif à la trajectoire de redressement des comptes de la branche vieillesse.

La loi de finances pour 2011 n'a pas prévu l'affectation des réserves restantes du FRR, au-delà du versement annuel à la CADES. L'article 4 de la loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites de 2014 prévoit cependant **un régime d'exception, les actifs du fonds pouvant être mobilisés en cas d'écart significatif à la trajectoire de redressement des comptes de la branche vieillesse**. La procédure demeure strictement encadrée : elle nécessite un avis du comité de suivi des retraites ⁽¹⁾ et le décaissement reste conditionné à l'adoption d'une disposition spécifique en LFSS.

Par ailleurs, depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, le FRR a pour mission de gérer à l'horizon 2020, et pour le compte de la CNAV, 40 % de la soulte versée par la Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG) au régime général en contrepartie de son adossement à celui-ci. Cela se traduira par le versement **d'un flux unique à la CNAV en 2020 dont le montant dépendra de l'évolution de la performance des investissements**. Le passif CNIEG n'ayant pas été précisé par la loi, ce flux unique est pour le moment évalué à 5,5 milliards d'euros mais il ne s'agit que d'une hypothèse de travail, comme l'indique le FRR.

Le FRR se caractérise par une valeur de ses actifs très élevée depuis plusieurs années : au 31 décembre 2015, la valeur des actifs du FRR, y compris la soulte IEG, **était de 36,3 milliards d'euros**, déduction faite des 2,1 milliards d'euros versés à la CADES. Son résultat financier cumulé était de 16,2 milliards d'euros, contre 15,04 milliards d'euros en 2014. Au 22 juillet 2016, une fois déduit le sixième versement de 2,1 milliards d'euros à la CADES, **la valeur des actifs du FRR s'établit à 34,9 milliards d'euros**.

Le tableau suivant récapitule l'évolution de ces actifs depuis 2012, ainsi que la performance des placements qui est croissante :

VALEUR DE MARCHÉ DE L'ACTIF DU FRR ET PERFORMANCE ANNUELLE (2012-2016)

	2012	2013	2014	2015	2016*
Actifs du FRR au 31/12 (en milliards d'euros)	36,6	36,3	37,2	36,3	34,9
Dont soulte IEG (en milliards d'euros)	3,8	4,1	4,4	4,5	4,6
Versements cumulés à la CADES (en milliards d'euros)	4,2	6,3	8,4	10,5	12,6
Performance annuelle des placements	10,5 %	5,0 %	8,7 %	3,1 %	2,5 %
Performance annualisée depuis l'origine	3,5 %	3,7 %	4,2 %	4,1 %	4,1 %

* données arrêtées au 22 juillet 2016

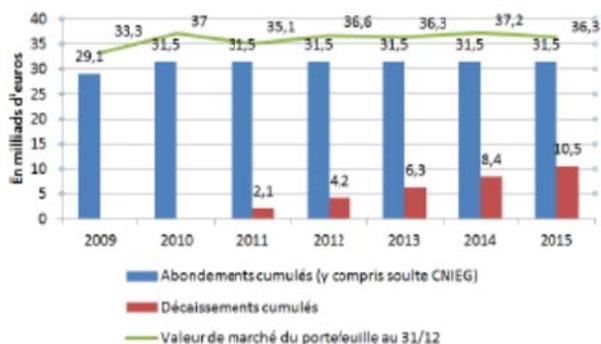
Source : Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2016 (à partir des données de la DSS et du FRR).

Le FRR apparaît, au regard de sa situation financière, comme l'une des solutions plausibles permettant la réduction accélérée de la dette portée par l'ACOSS, et notamment celle que nourrit le déficit du FSV. C'est du moins l'une

(1) Article L. 114-4 du code de la sécurité sociale.

des propositions formulée par la Cour des comptes dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

VALEUR DE L'ACTIF NET ET ABONDEMENTS CUMULÉS DU FRR 2009-2015



Source : Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2016.

- ii. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) : un solde largement excédentaire

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a été créée par la loi du 30 juin 2004, avec pour mission de rassembler en un lieu unique des moyens mobilisables au niveau national pour prendre en charge la perte d'autonomie et une partie des dépenses de soins des personnes âgées et des personnes handicapées. **La caisse a été excédentaire de 303 millions d'euros en 2015, après avoir été déficitaire de 25 millions d'euros en 2014.** L'amélioration de son solde s'explique principalement par une hausse de la quote-part de CSG affectée ayant entraîné une hausse des produits (+ 4 %) supérieure à celle des charges (+ 2,7 %).

Le solde de la CNSA serait, selon le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2016, à l'équilibre à l'issue de l'exercice 2016. En effet, les nouvelles dépenses relatives à la mise en œuvre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement ⁽¹⁾ majoreraient la progression des charges par rapport à celle des produits. La Commission des comptes évalue le déficit prévisionnel de la CNSA à 139 millions d'euros en 2017.

Comme à l'occasion de la précédente loi de financement de la sécurité sociale, **le Rapporteur souligne la nécessité de garantir des ressources pérennes à la CNSA afin de compenser l'augmentation de ses charges liées aux futures évolutions législatives.**

(1) Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

B. STRUCTURE ET ÉVOLUTION DES RECETTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE : L'IMPACT DES MESURES NOUVELLES ET DE LA CONJONCTURE ÉCONOMIQUE

1. Point sur les différentes ressources du régime général : évolution et répartition

a. Les catégories de recettes

Les ressources des régimes de sécurité sociale se décomposent en sept grandes catégories de recettes :

– les cotisations sociales (divisées entre les cotisations effectives et les contributions d'équilibre de l'employeur) ;

– la CSG ;

– les prises en charges de cotisations par l'État ;

– les recettes fiscales ;

– les diverses contributions sociales ;

– les transferts (prises en charge de cotisations et prestations par des organismes tiers comme la CNSA ou le FSV).

L'ensemble des ressources s'est élevé à 468,4 milliards d'euros en 2015 ⁽¹⁾ en hausse de 1,2 % par rapport à 2014. **Les prévisions 2016 affichent une hausse de 1,3 % en 2016 pour atteindre 474,4 milliards d'euros**, puis de 2,7 % en 2017, soit un total de 487,1 milliards d'euros ⁽²⁾.

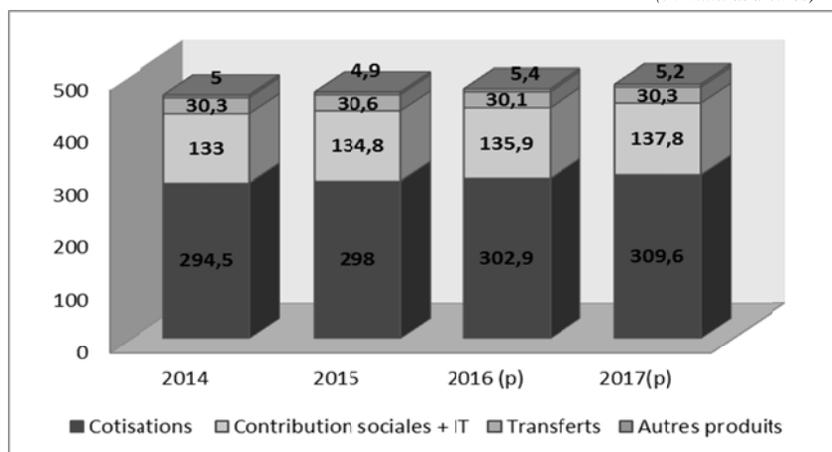
Comme l'illustre le graphique suivant, les cotisations effectives représentent une très large part de l'ensemble des recettes en 2016, la structure de financement de la sécurité sociale n'ayant pas globalement évolué sur les cinq dernières années, et ce malgré la modification de structure qu'a représenté le pacte de stabilité :

(1) Données nettes des charges liées au non-recouvrement.

(2) Total toutes branches hors transferts (articles 4 et 22 du PLFSS pour 2017).

RESSOURCES NETTES DES RÉGIMES DE BASE DE SÉCURITÉ SOCIALE PAR CATÉGORIE DE RECETTES (2012-2017)

(en milliards d'euros)



Source : Commission des finances à partir des données de la Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2016, tome I, p. 31)

Les cotisations regroupent les cotisations effectives, les cotisations d'équilibre de l'employeur et les cotisations prises en charge par l'État : elles représentent sur la période **une part stabilisée à 64 % de l'ensemble des ressources nettes** ⁽¹⁾. **La part des cotisations effectives s'élève quant à elle à 55 % pour l'ensemble de la période.** Cette stabilité cache en réalité d'importantes modifications de structure au sein de certaines branches du régime général, notamment du fait de la mise en œuvre du pacte de responsabilité et de la PUMa (cf. *infra*).

Les contributions sociales comprennent principalement les produits de CSG attribués à la CNAM, aux autres régimes de base maladie et à la CNAF, ainsi que les impôts et taxes affectés. Au sein de ce sous-ensemble, la CSG représente plus de 58 % du produit dans les prévisions 2017.

En outre, il est intéressant de noter que **chacune des branches du régime général a une structure de recettes qui diffère**. Si la branche maladie est davantage financée en 2016 par les recettes fiscales, les branches vieillesse et famille le sont à près de 65 % par les cotisations sociales, la branche AT-MP l'étant dans sa quasi-intégralité – en cohérence avec le risque qu'elle couvre en lien direct avec l'activité professionnelle. La branche vieillesse est quant à elle financée à près de 25 % par les transferts interbranches (notamment du FSV et de la CNAF), transferts qui représentent par ailleurs 20 % des recettes de l'ensemble des régimes de base.

(1) Hors FSV, CNSA et CADES.

**VENTILATION DES PRINCIPALES RESSOURCES DU RÉGIME GÉNÉRAL PAR BRANCHE
ANNÉE 2016**

(en %)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP
Cotisations sociales *	90,2	79,1	31,1	12,4
En pourcentage	46 %	64 %	64 %	98 %
Recettes fiscales **	99,8	15,1	16,7	0
En pourcentage	51 %	12 %	34 %	0 %
Transferts reçus nets	2,9	30	0,3	0
En pourcentage	1 %	24 %	1 %	0 %
Total produits nets ***	195,8	124	48,7	12,7

Source : commission des finances à partir de l'annexe 4 du PLFSS 2017.

** Cotisations sociales nettes et cotisations prises en charge par l'État nettes.*

*** Recettes fiscales : CSG + impôts, taxes et autres contributions sociales.*

**** Le total des produits nets prend également en compte les autres produits (à l'instar des produits financiers) qui demeurent marginaux, et les charges liées au non recouvrement qui viennent se déduire de la somme du produit des cotisations, des contributions et des recettes fiscales.*

Ces structures différenciées de recettes conditionnent en partie l'élasticité du produit à la conjoncture et/ou aux mesures nouvelles qui ont été mises en œuvre par le Gouvernement. Cependant, **les cotisations sociales, comme la CSG, sont des recettes prélevées majoritairement sur les salaires : elles possèdent ainsi des caractéristiques économiques proches.**

b. Des prévisions macroéconomiques favorables au dynamisme des recettes

i. Les prévisions 2016 et 2017 : une reprise sensible depuis 2014

La croissance pour 2016 présentée dans le cadre du PLF et PLFSS pour 2017 est estimée à **1,5 % du produit intérieur brut (PIB)**, conformément au programme de stabilité. **L'hypothèse d'inflation demeure très faible (0,1 % en 2017 et 0,8 % en 2017)**, inférieure aux prévisions du PLF et PLFSS pour 2016 (1 %). La masse salariale du secteur concurrentiel a progressé moins que prévu en LFSS (2,6 % contre une prévision de 2,8 %). Mais cette dernière a cependant été revue à la hausse par rapport aux prévisions de juin 2016 (+ 2,3 %), anticipant une progression de 0,6 % aux troisième et quatrième semestres.

Pour 2017, le Gouvernement prévoit une croissance identique à celle de 2016, soit 1,5 %, et une croissance de la masse salariale privée de 2,7 %, en très légère hausse par rapport à celle de cette année.

L'avis du Haut Conseil des finances publiques sur les prévisions 2017 du Gouvernement : des hypothèses optimistes mais crédibles

« Pour l'année 2016, le Haut Conseil considère que la prévision de croissance du Gouvernement de 1,5 % est un peu élevée au regard des informations connues à ce jour. Il note qu'elle est supérieure à la plupart des prévisions publiées récemment.

« Pour l'année 2017, le Gouvernement a maintenu sa prévision d'avril du programme de stabilité (1,5 %) alors que la plupart des organisations internationales et des instituts de conjoncture ont depuis abaissé les leurs (en septembre : 1,2 % pour le « Consensus Forecasts » et 1,3 % pour l'OCDE).

« Le Haut Conseil estime que **cette hypothèse de croissance pour 2017 est optimiste** compte tenu des facteurs baissiers qui se sont matérialisés ces derniers mois (atonie persistante du commerce mondial, incertitudes liées au Brexit et au climat politique dans l'Union européenne et dans le monde, conséquences des attentats notamment sur l'activité touristique...).

« À la différence des PLF 2015 et 2016, le scénario de croissance retenu par le Gouvernement, qui cumule un certain nombre d'hypothèses favorables, tend à s'écarter du principe de prudence qui permet d'assurer au mieux le respect des objectifs et des engagements pris en matière de finances publiques.

« **Les prévisions d'inflation retenues pour 2016 (0,1 %) et 2017 (0,8 %) sont raisonnables.**

« **En matière d'emploi et de masse salariale, les prévisions pour 2016 sont crédibles.** Pour 2017, elles sont élevées en lien avec les hypothèses retenues pour la croissance du PIB. »

Source : Haut Conseil des finances publiques, avis n° 2016-3 relatif aux projets de lois de finances et de financement de la sécurité sociale pour l'année 2017 (26 septembre 2016).

Le tableau suivant retrace l'évolution des principales évolutions macro-économiques depuis 2014 et en projection 2020, et démontre une amélioration sensible de la conjoncture économique :

ÉVOLUTION DES PRINCIPALES HYPOTHÈSES MACROÉCONOMIQUES

(en pourcentage)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
PIB volume	0,6	1,3	1,5	1,5	1,8	1,9	1,9
Masse salariale privée	1,6	1,7	2,6	2,7	3,6	3,8	4,1
Masse salariale publique	1,7	1,3	1,2	1,9	1,5	1,6	1,8
ONDAM	2,6	2,0	1,8	2,1	2,0	2,0	2,0
Inflation	0,4	0,0	0,1	0,8	1,4	1,8	1,8
Revalorisation des pensions (moyenne annuelle)	0,3	0,0	0,1	0,2	0,7	1,2	1,6

Source : Annexe B du PLFSS pour 2017.

- ii. Les cotisations sociales : un produit en hausse de 11 milliards d'euros entre 2015 et 2017 (prévisions)

Les cotisations sont très majoritairement assises sur les revenus d'activité (93 %) ⁽¹⁾, la part patronale des cotisations sociales des salariés

(1) La part des cotisations sur les revenus de remplacement ne représente que 1 % et est affectée quasi-exclusivement aux branches vieillesse et maladie.

représentant 72 %, la part salariale 20 % et les cotisations des travailleurs non-salariés 7 % seulement du total. Cette structure de répartition est demeurée globalement stable depuis 2013. **Elles sont donc particulièrement sensibles à la croissance de la masse salariale et aux variations des taux de cotisation : leur rehaussement de 0,3 % entre les prévisions de juin et septembre 2016 majore ainsi les prévisions de recettes assises sur les salaires**, soit les cotisations sociales mais également la CSG.

En 2015, les cotisations nettes se sont élevées à 255,5 milliards d'euros (+ 1,1 % par rapport à 2014), et devraient atteindre 259 milliards en 2016 (+ 1,5 %) et 266 milliards d'euros en 2017 (+ 2,4 %). Ainsi, depuis 2015, **la hausse des cotisations sociales est inférieure à celle de la masse salariale, conséquence naturelle des baisses de taux et allègements instaurés dans le cadre du pacte de responsabilité et de solidarité mis en œuvre en trois phases**. *A contrario*, en 2015, les hausses de taux de cotisation vieillesse ainsi que la mesure sur le prélèvement à la source dans les secteurs où le paiement des congés est mutualisé via l'adhésion à des caisses de congés payés ont atténué cette baisse des recettes. En 2016, le renforcement de la lutte contre la fraude et les hausses de taux de cotisation vieillesse ont également atténué les effets.

L'État s'étant engagé à **compenser l'effet des mesures du pacte de responsabilité**, il prendra en charge certaines exonérations. En 2017, les exonérations de cotisations compensées par l'État devraient être en forte hausse (+ 58,2 %). Les relations financières entre l'État et la sécurité sociale ainsi que leur évolution sont développées ultérieurement dans le rapport ⁽¹⁾.

iii. La CSG : un dynamisme du rendement en 2015 qui devrait se poursuivre

Le rendement total de la contribution sociale généralisée (CSG) devrait atteindre **97,3 milliards d'euros en 2016**, soit une progression de 3,3 % par rapport à 2015 (94,2 milliards d'euros en 2015). Le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale estime que cette progression est imputable à la croissance de la CSG sur les revenus d'activité (+ 2,8 % en 2016), la plus importante en volume, et de la CSG sur les revenus du patrimoine (+ 6,9 %).

Le tableau suivant détaille, par assiette de revenus, les rendements de la CSG dans le champ des régimes de bases et du FSV :

(1) 3 du III de la première partie.

ÉVOLUTION DU RENDEMENT DE CSG PAR ASSIETTE DE REVENUS

(en millions d'euros)

	2014	%	2015	%	Pro forma 2015	2016 (p)	%	2017 (p)	%
CSG activité	64 813	1,6	66 341	2,4	66 341	68 203	2,8	68 596	0,6
CSG remplacement	17 652	4,5	18 515	4,9	18 515	19 010	2,7	19 446	2,3
CSG patrimoine	4 408	-5,9	4 579	3,9	4 579	4 897	6,9	4 862	-0,7
CSG placements	5 101	-2,3	5 091	-0,2	5 091	5 367	5,4	5 458	1,7
CSG sur les jeux	346	-1,1	355	2,8	355	365	2,8	373	2,3
Majorations et pénalités	205	-3,1	183	-10,7	183	188	2,6	193	2,7
<i>Consolidation de la CSG prise en charge dans le cadre de la PAJE</i>	-341	-2,7	-352	3,4	-352	-355	0,7	-356	0,5
CSG brute	92 185	1,5	94 712	2,7	94 172	97 675	3,1	98 572	0,9
<i>Reprises nettes des provisions et ANV</i>	-483		-454		-454	-348		-317	
CSG nette	91 702	1,4	94 257	2,8	94 257	97 327	3,3	98 256	1,0
Dont CSG attribuée au RG et au FSV	77 056	1,5	78 689	2,1	87 389	89 873	2,8	90 623	0,8
<i>Frais d'assiette et de recouvrement et dégrèvements</i>	-184	-3,7	-182	-0,9	-182	-277	24,6	-226	-0,4

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale, tome I (p. 45) à partir des données DSS/SDEPF/6A.

Le ralentissement du rendement de la « CSG activité » (+ 0,6 % entre 2017, contre + 2,8 % en 2016) s'explique notamment par le contrecoup en 2017 du produit exceptionnel de 0,7 milliard d'euros intégré à l'exercice 2016.

2. Les principales réformes ayant eu un impact sur les recettes lors des précédentes lois de financement de la sécurité sociale

L'impact sur les recettes des mesures nouvelles prévues par les lois financières initiales et rectificatives depuis 2012 est présenté dans le tableau ci-dessous ⁽¹⁾ :

(1) Pour les mesures se caractérisant par une montée en charge sur plusieurs années, les estimations présentées ici correspondent à des variations d'impact financier par rapport à l'année précédente, et non à l'effet total de la mesure par rapport à l'absence de mesure nouvelle.

IMPACT SUR LES RECETTES DES MESURES NOUVELLES DEPUIS 2012

Loi	Mesures	Impact 2012	Impact 2013	Impact 2014	Impact 2015	Impact 2016	Impact 2017	Total impact par mesure
Décret RALC (3 juillet 2012)	Hausse des taux de cotisation retraite	0,2	1	0,6	0,6	0,6		3
	Hausse du forfait social de 8% à 20%	0,5	1,8					2,3
	Hausse des contributions sur les stock-options	0,1	0,2					0,3
LFR août 2012	Majoration de 2 points du prélèvement sur le capital	0,8	0,8					1,6
	Assujettissement aux prélèvements sociaux des revenus immobiliers des non-résidents	0,03						0,03
	Retraites chapeaux	0,1						0,1
	Sous-total année 2012	1,73	3,8	0,6	0,6	0,6	0	7,33
	Hausse de la fiscalité sur les bières		0,5					0,5
	Hausse de la fiscalité sur les tabacs		0,2					0,2
	Réforme des prélèvements sur mes travailleurs indépendants		0,9	-0,2	-0,1	-0,1		0,5
	Clarification de la taxe sur les salaires et création d'une tranche additionnelle		0,5					0,5
	Assujettissement des ruptures conventionnelles au forfait social		0,3					0,3
	Installation de la CASA		0,5	0,7				1,2
	Elargissement de la couverture sociale des élus locaux		0,2					0,2
	Suppression pour particuliers employeurs de l'assiette forfaitaire de cotisation		0,3					0,3
	Augmentation des cotisations de la branche ATMP		0,2					0,2
	Sous-total année 2013	0	3,6	0,5	-0,1	-0,1	0	3,9
	Revalorisation des taux de TSCA pour les contrats d'assurance maladie complémentaire non responsables			0,1				0,1
	création d'une taxe sur les boissons énergisantes			0,02	-0,02			0
	frontaliers suisses			0	0,2	0,2		0,4
	réforme des plus-values immobilières : incidence sur les ASSO			-0,1	-0,3			-0,4
Loi retraites 2014	Hausse des taux de cotisation retraite			1,9	0,7	0,7	0,7	4
	intégration des temps de pause dans les allègements généraux				0,175			
	impact sur la CSG remplacement de la suppression de la demi-part accordée aux veufs				0,3			
	Baisse de 1,8 points du taux de cotisation famille pour les salaires inférieurs à 1,6SMIC				-3,589			
	Allègements de cotisations famille des travailleurs indépendants				-1			
	Renforcement des allègements généraux				-0,761			
	Abattement de C3S				-1			
	Sous-total année 2014	0	0	0	-6,05	0	0	-6,05
	Prélèvement à la source des caisses de congés payés				1,166	-0,6	-0,6	-0,034
	Total des transferts en compensation du PRS				1,2			1,2
	Débouclage section II du FSV (attribution du forfait social)				0,15			0,15
Loi Macron	Baisse de la contribution patronale sur les AGA et modification de la date de paiement (effet sur le forfait social et PERCO)					0,4	0,2	0,6
	Sous-total année 2015	0	0	0	2,516	-0,2	-0,4	1,916
	Extension de la baisse de 1,8 points du taux de cotisation famille aux salaires compris entre 1,6 et 3,5 SMIC					-2,9	-1,1	-4
	2ème abattement C3S					-1		-1
	Hausse de la fraction de TVA nette					0,1		0,1
	Sous-total année 2016	0	0	0	0	-3,8	-1,1	-2,704
	TOTAL SUR LA PERIODE 2012-2016	1,73	7,4	1,1	-3,034	-3,5	-1,5	2,196

Source : commission des finances à partir des données de la DSS (réponse au questionnaire parlementaire).

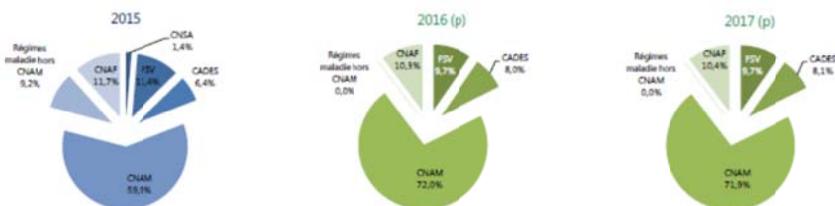
a. La protection universelle maladie (PUMa) : un important changement de périmètre pour la branche maladie du régime général

La protection universelle maladie vise à garantir à toute personne résidant en France une affiliation à l'assurance maladie à titre personnel et de façon continue tout au long de la vie, en particulier en réduisant les démarches de changement d'affiliation aux différents régimes à l'occasion des changements de

statut au regard de l'emploi (salariés/non-salariés notamment). **Elle a été mise en place par l'article 59 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.**

Cette réforme s'accompagne de **l'intégration financière de tous les régimes obligatoires d'assurance maladie de base à la branche maladie du régime général.** Cette intégration, prévue par l'article 32 de la loi de financement pour 2016, se traduit par l'inscription, dans les comptes de la CNAMTS, des dépenses de prestations en nature de tous les régimes (pour leur part correspondant aux modalités de prise en charge du régime général) et des dépenses de gestion correspondantes, d'un côté, et des recettes dédiées au financement de ces dépenses (cotisations, CSG, impôts et taxes), de l'autre. **Elle a ainsi sensiblement modifié la répartition du produit de la CSG :**

ÉVOLUTION 2015-2017 DE LA RÉPARTITION DE LA CSG



Source : Commission des comptes de la sécurité sociale, (septembre 2017) (tome I).

Le montant des recettes du régime général et du FSV est en toute logique fortement affecté en 2016 par la mise en œuvre de la PUMA qui conduit à inscrire en recettes de la CNAM les recettes des autres régimes d'assurance maladie. Elle a conduit également à modifier légèrement la structure des recettes avec augmentation de la part de la CSG (24,3 % contre 23,2 %) et une diminution de celle des cotisations sociales (56,6 % en 2016 contre 58 % l'année précédente), qui restent néanmoins majoritaires dans le financement.

L'impact de ces intégrations sur le solde de la CNAMTS est résiduel (– 60 millions d'euros), dans la mesure où la plupart des régimes intégrés faisaient déjà l'objet, avant 2016, de transferts d'équilibrage du régime général prenant la forme soit de compensations bilatérales venant atténuer leurs déficits (caisse des mines notamment), soit d'une prise en charge intégrale de leurs déficits, à l'instar du RSI et de la MSA notamment.

b. Le pacte de responsabilité : un renforcement des mesures incitatives en faveur de l'emploi qui ne remet pas en cause les équilibres

Voté dans le cadre de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 et mis en œuvre en 2015 pour le premier volet, et à compter de 2016 pour le deuxième, **le pacte de responsabilité et de solidarité (PRS) comporte plusieurs mesures visant à réduire le coût du travail. Son impact en recettes est loin d'être négligeable, puisqu'il s'élève à 13,3 milliards d'euros en prévision annuelle pour 2017, à l'issue de la mise en œuvre de la troisième phase du PRS.**

L'ensemble de ces pertes de recettes ont été compensées par des transferts de l'État vers la sécurité sociale, prenant la forme de compensations financières ou de prise en charge de dépenses :

1. – 6,4 milliards d'euros dans le réalisé 2015 au titre de la première phase

(en milliards d'euros)

Mesures	Impact négatif	Impact positif	Bilan
Baisse de 1,8 point du taux de cotisation famille pour les salaires inférieurs à 1,6 SMIC	- 3,59		
Renforcement des allègements généraux et modification de leur répartition (hors FNAL)	- 075		
Allègements de cotisations famille des travailleurs indépendants	- 1,00		
Suppression progressive de la CSSS	- 1,05		
Total à compenser pour l'ensemble du pacte	- 6,39		- 6,39
Prélèvement à la source des cotisations des caisses de congés payés		1,14	
Affectation au régime général du prélèvement de solidarité sur les revenus du capital		2,40	
Transfert au budget de l'État de la fraction d'APL auparavant financée par la CNAF		4,64	
Total des mesures destinées à compenser le pacte		8,18	8,18
Transfert à la CNAM du financement des formations médicales des médecins	- 014		
Compensation par dotation budgétaire des exonérations sur les heures supplémentaires		0,55	
Ajustement de la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale	- 1,61		
Total des autres mesures entrant dans le calcul des transferts État/sécurité sociale	- 1,75	0,55	- 1,20
Total des transferts État/sécurité sociale liées au pacte de responsabilité	- 8,14	8,73	0,59

Source : Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, juin 2016 (annexe à la synthèse).

En 2015, l'essentiel de la compensation du coût du pacte de responsabilité se fait par le transfert, au budget de l'État, de la fraction de l'aide personnalisée au logement auparavant financée par la CNAF, ce qui vient minorer les dépenses de la branche famille de 4,6 milliards d'euros. Selon la Commission des comptes de la sécurité sociale ⁽¹⁾, les compensations mises en œuvre ont permis de présenter un bilan positif à 0,6 milliard d'euros en 2015 et 0,5 milliard d'euros en 2016.

(1) Rapport de juin 2016 (annexe à la synthèse).

2. – 4,6 milliards d’euros en impact prévisionnel sur les recettes en 2016, dont – 0,5 milliard d’impact différé de la phase I du pacte de responsabilité au titre de la deuxième phase.

(en milliards d’euros)

Mesures	Impact négatif sur le solde	Impact positif sur le solde	Bilan
Baisse du rendement du prélèvement à la source des cotisations des caisses de congés payés	– 0,49		
Total à compenser pour la phase I du pacte	– 0,49		
Extension de la baisse des cotisations d’allocations familiales pour tous les salaires inférieurs à 3,5 SMIC	– 2,92		
Hausse de l’abattement d’assiette sur la CSSS	– 1,00		
Total à compenser pour la phase II du pacte	– 3,92		
Assouplissement du régime social applicable aux attributions gratuites d’actions (AGA)	– 0,17		
Modification des règles d’assujettissement au forfait social	– 0,07		
Total à compenser au titre de la loi sur la croissance et l’activité	– 0,23		
Total des pertes de recettes à compenser	– 4,64		– 4,64
Transfert au budget de l’État des dépenses d’ALF auparavant financées par la CNAF		4,58	
Transfert au budget de l’État des dépenses prises en charge par la sécurité sociale au titre de la protection juridique des majeurs		0,36	
Total des mesures destinées à compenser le pacte		4,94	
Autres mesures du PLF ayant un impact sur les relations financières entre État et sécurité sociale		0,07	
Ajustement de la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale		0,14	
Total des transferts entre État et sécurité sociale destiné à compenser les pertes de recettes		5,14	5,14
Bilan net du pacte de responsabilité et des transferts associés entre État et sécurité sociale	– 4,64	5,14	0,50

Source : Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, juin 2016 (annexe à la synthèse).

3. – 2,3 milliards d’euros au titre de la dernière phase de mise en œuvre du pacte de responsabilité (dont coût en année pleine de l’extension du champ du taux réduit de cotisations d’allocations familiales décidé lors de la LFSS pour 2016 et moindre rendement de la mesure de prélèvement à la source des cotisations des caisses de congés payés décidée lors de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015).

Contrairement aux prévisions initiales du Gouvernement, la dernière annuité du pacte n’entraînera pas de perte de recettes pour la sécurité sociale de 3,5 milliards d’euros supplémentaires liée à la suppression complète de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S).

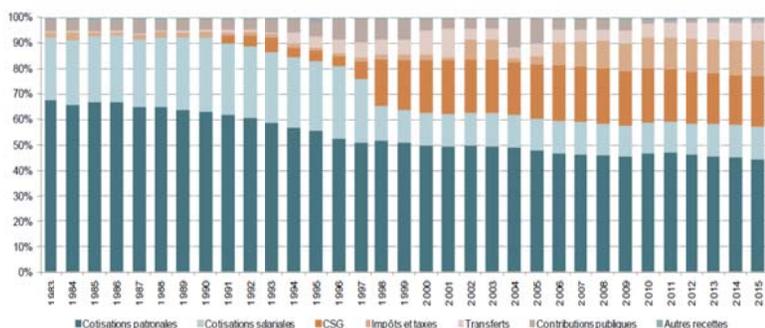
Le coût total de la baisse du taux de cotisation famille à 1,8 point pour les salaires inférieurs à 1,6 SMIC, puis à partir de 2015 à 3,5 SMIC, est de 7,6 milliards d’euros (3,6 milliards en 2015, 2,9 milliards d’euros en 2016 et 1,1 milliard d’euros en 2017), soit près de **55 % de l’impact du pacte de responsabilité sur les recettes sociales**. En 2017, l’impact en année pleine de l’extension à 3,5 SMIC devrait porter une hausse de 1,9 % de l’ensemble des mesures en faveur de l’emploi, les montants des autres dispositifs d’exonération étant davantage sur le recul.

L’article L. 131-7 du code de la sécurité sociale pose le principe d’une compensation intégrale des pertes de recettes liées aux mesures de réduction ou d’exonération de cotisations et contributions sociales : cette compensation est dite « **à l’euro l’euro** », soit une compensation exacte des pertes de recettes, linéaire à leur évolution dans le temps. **Par dérogation, le PRS est compensé « pour solde de tout compte »**, c’est-à-dire par l’attribution définitive d’une nouvelle recette ou la reprise d’une dépense, qui par nature n’a pas vocation à s’adapter automatiquement à la perte de recettes initiale.

Concernant la structure globale des recettes du régime général, **le pacte de stabilité a en premier lieu entraîné une baisse de la part des cotisations patronales au sein de l’ensemble des cotisations** (45,2 % en 2014 contre 44,5 % en 2015). Cette tendance s’inscrit cependant dans le temps long, face à un mouvement global de baisse des cotisations patronales amorcé depuis plusieurs années comme l’illustre le graphique suivant :

STRUCTURE DES RECETTES DU RÉGIME GÉNÉRAL SUR LONGUE PÉRIODE

Graphique 3 • Structure des recettes du régime général de 1983 à 2015



Source : annexe 4 du PLFSS pour 2017 (à partir des données de la DSS).

II. UNE GESTION EFFICACE DEPUIS CINQ ANS QUI SÉCURISE LA PERSPECTIVE D'EXTINCTION DE LA DETTE SOCIALE À L'ÉCHÉANCE 2024

En raison d'un problème persistant de financement des régimes de sécurité sociale, **la France a accumulé une dette sociale considérable**. Depuis 1990, le solde de trésorerie du régime général est déficitaire. En 1996, un mécanisme dédié – la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) – a été mis en place de manière provisoire visant à amortir cette dette. L'amortissement de la dette consiste concrètement à rembourser le capital de celle-ci afin d'en éteindre définitivement l'existence. Désormais, la gestion de la dette sociale est répartie entre l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), en charge de la gestion de la trésorerie des différentes branches du régime général, et la CADES, qui a pour mission d'apurer la dette.

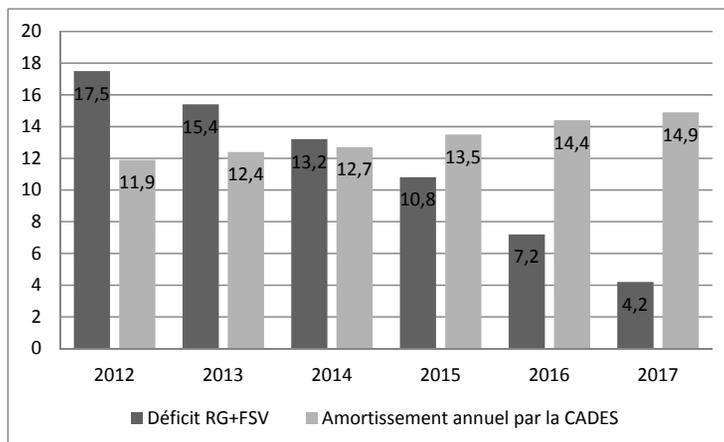
La résorption du stock de dette à l'échéance 2024 nécessite de répondre efficacement à un double défi :

– en premier lieu, **il est indispensable de ne plus générer de nouveaux déficits qui auraient pour conséquence d'alourdir le stock actuel de dette**. La trajectoire du solde des différentes branches des régimes de base de la sécurité sociale exposée dans la première partie du présent rapport démontre que cet objectif est en train d'aboutir, jusqu'à prévoir de dégager des excédents dès 2018 ;

– simultanément, il faut apurer dans les meilleures conditions possibles la dette existante, portée en grande majorité par la CADES, mais également par l'ACOSS, dont ce n'est pas la mission originelle. **La stratégie d'apurement de la dette dans les années à venir nécessite en premier lieu de mobiliser à cette fin l'ensemble des excédents générés par les branches du régime général, ces derniers ne devant en aucun cas venir nourrir une hausse des dépenses**.

Depuis 2015, la dette sociale nette est en réduction pour la première fois, **les déficits annuels étant devenus inférieurs au montant de la dette remboursée chaque année par la CADES**, comme le démontre l'histogramme suivant :

DÉFICIT ANNUEL ET AMORTISSEMENT DE LA DETTE DEPUIS 2012



Source : Commission des finances à partir des données de la DSS, de la Commission des comptes de la sécurité sociale et du PLFSS pour 2017.

a. La gestion de la trésorerie par l'ACOSS

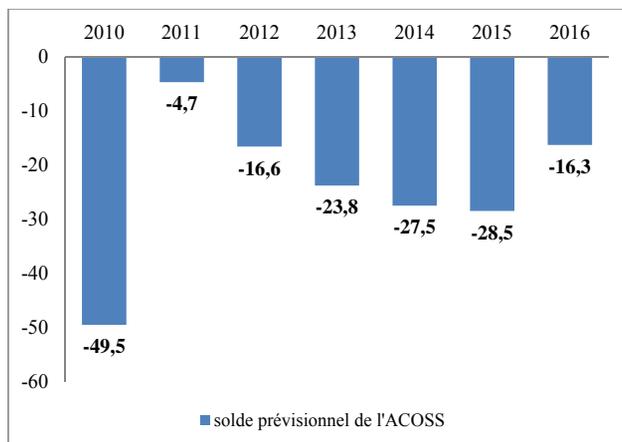
- i. Un déficit de trésorerie en diminution au 31 décembre 2016 à 16,3 milliards d'euros contre 28,5 milliards d'euros au 31 décembre 2015 grâce au transfert de dette à la CADES effectué en 2016

L'ACOSS assure la gestion commune et centralisée de la trésorerie des différentes branches du régime général ⁽¹⁾.

Le solde de trésorerie de l'ACOSS s'est élevé à – 28,5 milliards d'euros au 31 décembre 2015, soit une légère diminution de 1 milliard d'euros par rapport à 2014 et malgré une reprise de dette par la CADES de 10 milliards d'euros au premier semestre 2015. **Au 31 décembre 2016, le solde prévisionnel des comptes de l'ACOSS devrait être en déficit de 16,3 milliards d'euros**, soit une amélioration de 12,2 milliards d'euros par rapport à l'année précédente. Cette nette amélioration du solde de l'ACOSS s'explique par une reprise de dette massive par la CADES prévue par la LFSS pour 2016. Hors reprise de dette, le compte de l'ACOSS s'établirait à – 39,9 milliards d'euros au 31 décembre 2016.

(1) Article L. 225-1 du code de la sécurité sociale.

ÉVOLUTION DU SOLDE DE L'ACOSS DEPUIS 2010*



Source : Commission des finances, à partir des données de la Commission des comptes de la sécurité sociale depuis 2013.

* Ce solde évolue principalement sous l'effet des reprises de dette par la CADES.

Les dispositions relatives au transfert de dette de l'ACOSS à la CADES

L'article 9 de la loi de financement pour 2011⁽¹⁾ a prévu un transfert de dette à la CADES des déficits des exercices 2011 à 2017 de la branche vieillesse du régime général et du FSV, selon une double limite :

- un plafond global de transfert fixé à 62 milliards d'euros ;
- un plafond annuel de transfert fixé à 10 milliards d'euros.

Cette reprise de dette a été financée par l'affectation à la CADES :

- de 0,28 point de CSG supplémentaire ;
- de 1,3 point du prélèvement social sur les revenus du capital ;
- du versement par le FRR de 2,1 milliards d'euros par an entre 2011 et 2024, soit un total de 29,4 milliards d'euros.

La loi de financement pour 2014⁽²⁾ a élargi le périmètre des déficits repris par la CADES aux branches maladie et famille, tout en réduisant d'une année l'horizon de transfert de dette, désormais fixé à 2017.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016⁽³⁾ a supprimé le plafond annuel de reprise de 10 milliards d'euros fixé en LFSS pour 2011 et a ainsi permis de saturer dès 2016 le plafond global de 62 milliards d'euros.

(1) Loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011.

(2) Article 16 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

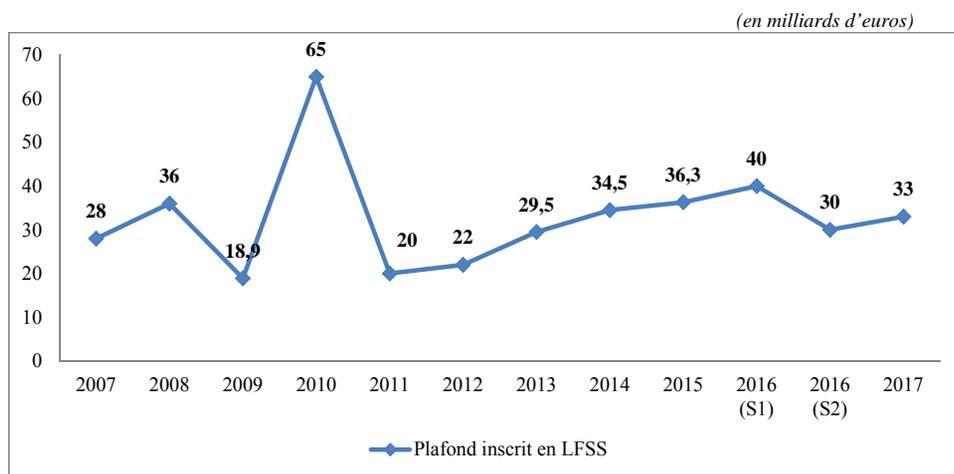
(3) Article 26 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016.

En vertu de ces modifications, les montants des déficits de l'ACOSS transférés à la CADES en 2016 ont été fixés à **23,6 milliards d'euros** par le décret du 4 février 2016 et sur la base des prévisions retenues en LFSS pour 2016, permettant ainsi d'atteindre le plafond de 62 milliards d'euros fixé en 2011 dans un contexte caractérisé par des taux d'intérêt très bas. **Cette reprise a fait l'objet de quatorze versements entre février et septembre 2016**, afin de lisser le transfert sur plus longue période et réduire ainsi le besoin de trésorerie du régime général dès le début de l'année, avec un premier transfert dès février de 4 milliards d'euros.

En raison du déficit structurel du régime général, l'ACOSS est autorisée chaque année par le projet de loi de financement de la sécurité sociale à recourir à des ressources non permanentes afin de refinancer ce déficit. La LFSS pour 2015 avait fixé un plafond de découvert de trésorerie de l'ACOSS à **36,3 milliards d'euros**. Ce dernier a été fixé en 2016 à 40 milliards d'euros jusqu'en juillet 2016, et à 30 milliards d'euros du 1^{er} août au 31 décembre 2016.

Ces plafonds d'autorisation de découvert de trésorerie du régime général par des ressources non permanentes sont retracés dans le graphique suivant, témoignant des effets de reprises de dette régulières par la CADES.

ÉVOLUTION DU PLAFOND DE DÉCOUVERT DE TRÉSorerIE DE L'ACOSS



Source : Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2016) et PLFSS 2017 (article 35).

La gestion de la trésorerie commune du régime général consiste à garantir la **continuité financière** de celui-ci, c'est-à-dire le renouvellement quotidien des opérations financières réalisées pour le compte des différentes branches. Le déséquilibre entre les encaissements et les tirages du régime général a nécessité la mise en place d'opérations liées à la couverture des besoins de financement.

Toutes les branches ne participent pas de manière équivalente à la dette « courante » portée par l'ACOSS. **La ventilation de la dette par branche qui au**

titre de l'année 2016 est présentée dans le tableau ci-dessous, l'ensemble des déficits antérieurs à 2015 ayant été soldés grâce au transfert de 23,6 milliards à la CADES au premier septembre 2016 :

VENTILATION DE LA DETTE PORTÉE PAR L'ACOSS FIN 2016 ⁽¹⁾

(en milliards d'euros)

Déficit restant fin 2016	CNAM	CNAV	CNAF	CNAM-AT	FSV	Total
2012	0	0	0		0	0
2013	0	0	0		0	0
2014	0	0	0		0	0
2015	-4,8	0,3	-1,5		-0,1	-6,1
Total	-4,8	0,3	-1,5	0	-0,1	-6,1
2016 prévision PLFSS 2017	-4,1	1,1	-1,0		-3,8	-7,8
Total	-8,9	1,4	-2,5	0	-3,9	-13,9

Source : ACOSS.

ii. Des conditions de financement exceptionnelles pour la deuxième année consécutive

- Une structure de financement qui fait désormais appel aux instruments de marché à plus de 75 %

Initialement, l'ACOSS finançait ses besoins de trésorerie uniquement grâce à des avances de trésorerie ou des prêts auprès de la Caisse des dépôts et consignations (CDC). Depuis 2007, la structure de financement de l'ACOSS s'est diversifiée : elle est désormais habilitée à émettre directement sur les marchés financiers des billets de trésorerie (article 38 de la LFSS pour 2007) et depuis 2010 un programme d'*euro commercial paper* ⁽²⁾, c'est-à-dire des titres de créances négociables **d'une durée inférieure à un an** et d'un montant maximal de 20 milliards d'euros en toutes devises de pays de l'OCDE. Cette diversification vise à permettre, en fonction de la situation des marchés, **de réduire les coûts de financement des besoins de trésorerie**.

En 2016, les *euro commercial papers* (ECP) représentent 55 % du financement de l'ACOSS (contre 19 % en 2011) et les billets de trésorerie de marché 21 % (contre 13 % en 2011). **C'est donc plus de 75 % de la structure de financement de l'ACOSS qui est désormais assuré par les instruments de marché**. Pour rappel, les concours de la Caisse des dépôts et consignations représentaient en 2010 72 % du financement, contre 16 % en 2015 et seulement 4 % en septembre 2016. Bien que désormais minoritaires, les partenariats avec la

(1) Le solde du compte ACOSS au 31 décembre (« dette portée par l'ACOSS ») résulte d'une approche en encaissements-décaissements qui diffère du cumul des soldes en droits constatés pour diverses raisons (trésorerie des tiers, produits et charges à rattacher à l'exercice mais positionnés sur un autre exercice). L'analyse de l'écart des concepts est présentée dans le rapport de la Commission des comptes de septembre, tome 2, page 111. L'essentiel de l'écart résulte de la position des tiers.

(2) Encadré par l'article L. 139-4 du code de la sécurité sociale.

Caisse des dépôts et consignations ainsi qu'avec l'Agence France Trésor constituent des éléments de sécurisation du financement de l'ACOSS.

Cette évolution très sensible dans la structure de financement de l'ACOSS renforce l'effet d'opportunité que représentent les taux exceptionnellement bas des emprunts à court terme depuis 2015.

- *Des taux négatifs qui génèrent un résultat financier exceptionnel à + 82 millions d'euros en 2016*

Le résultat financier de l'ACOSS connaît une amélioration fulgurante entre 2015 et 2016, comme ce fut le cas entre 2014 et 2015 :

– en 2014, les charges financières de l'ACOSS s'étaient élevées à 44,2 millions d'euros, pour 24,8 milliards d'euros de financement mobilisé en moyenne sur l'année⁽¹⁾. Le taux moyen de financement de l'ACOSS était alors à 0,199 % pour l'année 2014 contre 0,137 % en 2013 ;

– l'année 2015 a marqué l'entrée dans un contexte atypique des marchés financiers, avec des taux de référence devenus négatifs. Ainsi, le taux EONIA⁽²⁾ moyen devrait s'établir à – 0,1 % sur l'année 2015. **Le résultat financier de l'ACOSS a bénéficié de cette conjoncture très favorable de financement, et s'est établi à 16,4 millions d'euros**, très largement au-dessus des prévisions (3,8 millions d'euros), pour des montants moyens empruntés de 28,2 milliards d'euros. En effet, les opérations de bons du Trésor et d'*euro commercial paper* ont généré des produits financiers (+ 14,6 millions d'euros) permettant de compenser en intégralité les charges financières de l'année, et de dégager un excédent ;

– **l'année 2016 confirme et amplifie très fortement cette conjoncture exceptionnelle, puisque fin juillet 2016, le résultat net financier prévisionnel est positif à hauteur de 82,3 millions d'euros.** Du fait du contexte atypique des marchés, les opérations de BT (billets de trésorerie) et d'ECP apportent des produits financiers à hauteur de 14,6 millions et 78,5 millions d'euros pour des moyens empruntés s'élevant à 25,3 milliards d'euros. Comme rappelé lors de l'audition du directeur de l'ACOSS, l'agence empruntait en 2008 sur les marchés au taux de 4 % et supportait des charges financières de près de 800 millions d'euros pour des moyens empruntés à hauteur de 20 milliards d'euros.

Le taux moyen d'emprunt court terme de l'ACOSS sur l'année 2016 s'établit à – 0,44 %, soit près de 2 points en deçà du taux moyen d'emprunt de la CADES (+ 1,47 %).

(1) Ce résultat financier s'était de surcroît dégradé de 18,3 millions d'euros par rapport à 2013 en raison de la hausse des volumes d'emprunt contractés auprès de la Caisse des dépôts et consignations et de la hausse des taux moyens.

(2) Euro Overnight Index Average : il s'agit du taux interbancaire pour la zone euro avec une échéance à un jour.

b. Les conditions actuelles d'amortissement de la dette sociale

i. La mission et la durée de vie de la CADES

Créée en 1996⁽¹⁾, la CADES a pour mission d'apurer la dette des différents organismes de sécurité sociale, selon les transferts de dette prévus par voie législative. La CADES met en œuvre une véritable politique d'amortissement de la dette sociale, consistant à rembourser tant les intérêts que le capital.

À l'image de la croissance dynamique de la dette sociale, la durée de vie de la CADES ne cesse de s'allonger depuis sa création. Ainsi, l'ordonnance de 1996 avait initialement fixé la durée de vie de la caisse à treize ans et un mois, soit une extinction prévue en 2009. La loi de financement de la sécurité sociale pour 1998 a prorogé l'existence de la caisse jusqu'en 2014. Dans un aveu de désespérance, le législateur a prévu en 2004 que la CADES serait pérennisée « jusqu'à l'extinction » de ses missions⁽²⁾. Cette incertitude, érigée en principe, fonde les conditions d'**une date d'extinction aléatoire**, aujourd'hui estimée selon le président de la CADES, à 2024.

Néanmoins, la loi organique d'août 2005 (LOLFSS) a modifié l'ordonnance de 1996, prévoyant que **tout transfert de dette à la CADES devait dorénavant s'accompagner du transfert des ressources récurrentes permettant de ne pas accroître la durée d'amortissement de la dette sociale**⁽³⁾. Désormais, l'allongement de la durée d'amortissement de la dette sociale n'est envisageable qu'en vertu d'une modification de cette disposition qui revêt un caractère organique, confirmé par une décision du Conseil constitutionnel⁽⁴⁾. Cette éventualité s'est réalisée à une reprise : la loi organique de 2010 a prévu que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 puisse prévoir, à titre dérogoire, des transferts de dette conduisant à un accroissement de la durée d'amortissement de la dette sociale.⁽⁵⁾

Selon les projections actualisées de la CADES, au regard de la conjoncture des marchés, l'horizon d'extinction de la dette en 2024 a toute les chances d'être réalisé, alors que la date d'extinction de la caisse était estimée à 2025 dans les prévisions de la LFSS pour 2011, avant d'être ramenée à 2024 en 2013. La reprise de dette a donc pu se réaliser sans que l'horizon d'amortissement soit allongé.

(1) Ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.

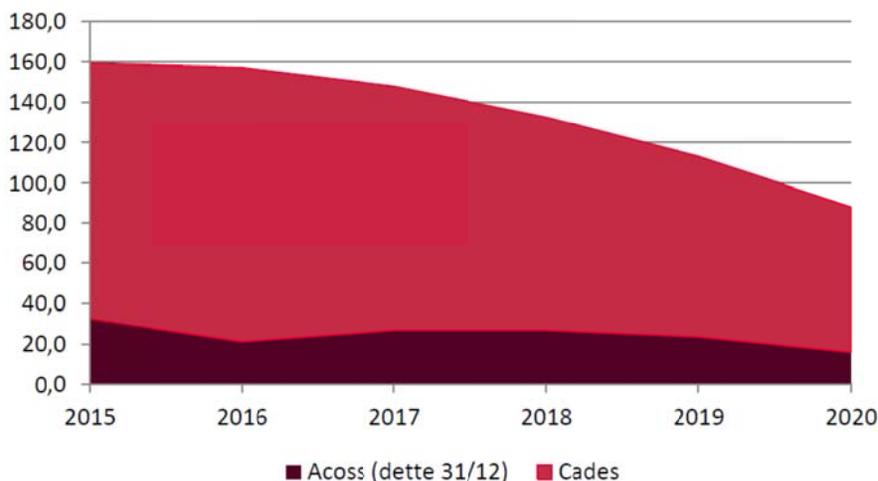
(2) Article 76 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

(3) Article 4 bis de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, introduit par la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

(4) Conseil constitutionnel, décision n° 2005-519 DC du 29 juillet 2005, considérants 39 et 40.

(5) Article 1^{er} de la loi organique n° 2010-1380 du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale.

ÉVOLUTION DE LA DETTE SOCIALE (2015-2020)



Source : PLFSS pour 2017 (dossier de presse).

ii. L'évolution de l'amortissement de la dette sociale par la CADES

En 2015, la CADES a amorti 13,5 milliards de dette sociale. Cet exercice a été marqué par un transfert de 10 milliards d'euros de dette à la CADES, permettant à cette dernière la reprise des déficits prévisionnels pour 2014 de la branche vieillesse, du FSV, mais également de la CNAM (reliquat du déficit 2012 et 2013) et de la CNAF conformément à l'extension de périmètre votée dans la LFSS pour 2014.

La CADES devrait rembourser **en 2016 14,4 milliards d'euros de dette**. Parallèlement, la suppression du plafond annuel de 10 milliards d'euros en LFSS pour 2016 a permis, à recettes constantes, de transférer 23,6 milliards d'euros⁽¹⁾ de l'ACOSS à la CADES, comme décrit précédemment. Cet apport n'a pas modifié les conditions de financement de la Caisse.

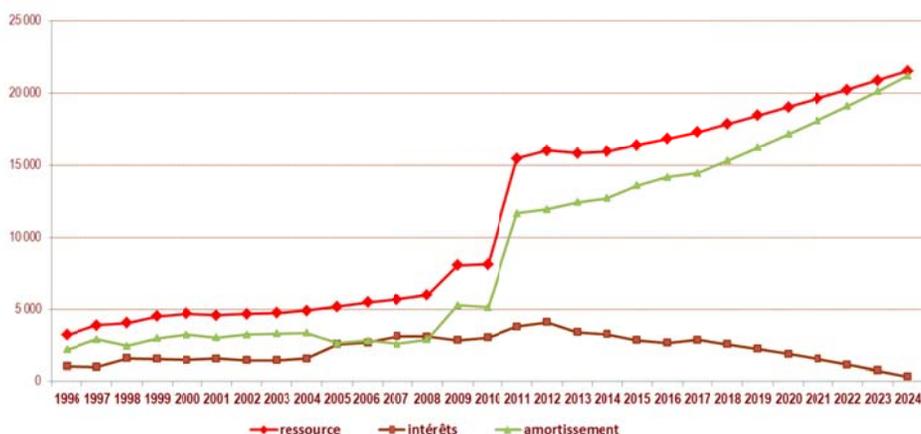
Ainsi, au 31 décembre 2016, le montant global des reprises de dette opérées par la CADES depuis sa création atteindra 260,5 milliards d'euros. La Caisse devrait avoir amorti à cette date 48 % de la dette reprise (124,7 milliards d'euros), soit un encours restant de 135,8 milliards sur le total transféré jusqu'en 2016 (soit 6,1 points de PIB). L'encours restant s'établit à un niveau supérieur à celui de 2015 (126,7 milliards d'euros) du fait de l'importance du montant transféré courant 2016.

(1) Les déficits 2015 de la CNAV et du FSV (4,2 milliards d'euros minorés de 0,7 milliard d'euros au titre de la reprise 2015), le reliquat du déficit 2013 de la CNAM (6,5 milliards d'euros) et le déficit 2013 de la CNAF (3,2 milliards d'euros), le déficit 2014 de la CNAM (6,5 milliards d'euros) et le déficit 2014 de la CNAF (2,7 milliards d'euros) et une partie du déficit 2015 de la CNAM (1,2 milliard d'euros).

Le montant des intérêts devrait quant à lui être en baisse, à 2,4 milliards pour un amortissement annuel de 14,4 milliards d'euros. Pour rappel, le montant des intérêts s'élevait à 3,1 milliards d'euros en 2007, pour un amortissement annuel de 2,5 milliards d'euros. **Le coût de la dette reprise** correspond aux charges d'intérêts versés par la CADES dans le cadre de sa politique d'emprunt. Ces charges, déduites des ressources propres de la Caisse, déterminent le résultat annuel qui correspond au montant amorti annuellement. **Depuis la création de la CADES, le montant cumulé des charges d'intérêts versés s'élève à 49,5 milliards d'euros, soit près de 40 % du montant de la dette amortie cumulée, et s'élèvera *a minima* à 61 millions d'euros en 2024, sous réserve de stabilité des taux.**

Le graphique suivant illustre l'évolution de la répartition entre amortissement et intérêts au regard du montant des ressources depuis la création de la CADES, en incluant les projections jusqu'à la date prévisionnelle d'extinction de la dette :

RÉPARTITION ENTRE AMORTISSEMENT ET INTÉRÊTS (1996-2024)



Source : CADES.

Ce graphique fait apparaître de manière prégnante la baisse tendancielle des charges d'intérêts, et l'affectation croissante de la ressource au seul amortissement de la dette qui en découle. Cette évolution est la résultante des très bonnes conditions de financement sur les marchés dont bénéficie la CADES (*cf. supra*).

L'article 24 du PLFSS pour 2017 fixe un objectif d'amortissement de la dette sociale par la CADES à 14,9 milliards d'euros en 2017.

- iii. Évolution des ressources de la CADES : les modifications de structure issues de la LFSS pour 2016 consolident les ressources de la Caisse

La CADES peut amortir la dette sociale grâce à **l'affectation de ressources, qui se sont progressivement diversifiées**. Historiquement, la CADES bénéficiait d'une ressource unique, instaurée lors de sa mise en place : la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS). La **CRDS** est prélevée sur les revenus d'activité et de remplacement à un taux unique resté inchangé de 0,5 %.

En 2009, la CADES a bénéficié de l'attribution de 0,2 point de **CSG** ⁽¹⁾. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a relevé la fraction de CSG affectée à la CADES à hauteur de 0,48 point et prévu l'affectation à la CADES de 1,3 point du **prélèvement social sur les revenus de placement et du patrimoine** et un versement annuel de 2,1 milliards d'euros du **Fonds de réserve pour les retraites** de 2011 à 2024 ⁽²⁾.

La LFSS pour 2016 a rationalisé le financement de la CADES : ses recettes sont ramenées à deux sources de financement hors versement du FRR, à savoir la CSG et la CRDS, ce qui permettra d'accroître la lisibilité du financement de la caisse. Elle a donc supprimé l'affectation à la Caisse du prélèvement social sur les revenus du capital au profit d'une nouvelle fraction de CSG, portant la part de la CSG affectée à la Caisse de 0,48 à 0,60 point :

– la CSG représente désormais 46 % de l'ensemble des ressources (contre 36 % en 2015) ;

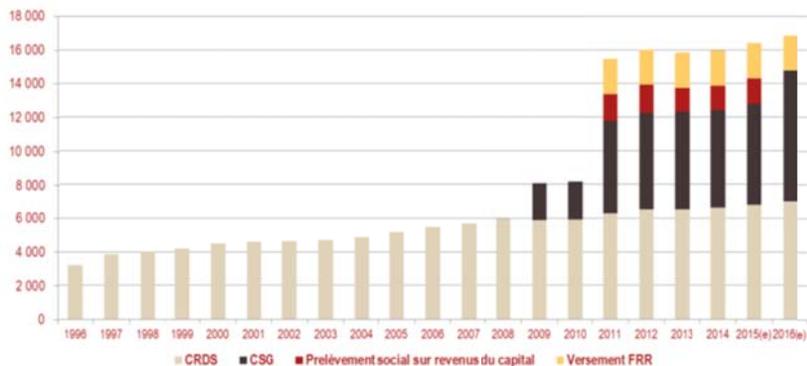
– les impositions assises sur les revenus d'activité représentent désormais 58,8 % du total, contre 52,4 % en 2015. **Cette montée en charge va dans le sens d'une sécurisation des ressources de la CADES, les perspectives d'évolution de la masse salariale promettant une dynamique favorable des ressources.**

Au total, **le montant des ressources de la CADES s'est élevé en 2015 à 16,4 milliards d'euros, et devraient atteindre 16,9 milliards d'euros en 2016.** L'évolution des ressources de la CADES et leur dynamique respective sont illustrées dans l'histogramme ci-après :

(1) Article 10 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009.

(2) Article 9 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011.

ÉVOLUTION DES RESSOURCES DE LA CADES DEPUIS SA CRÉATION



Source : CADES.

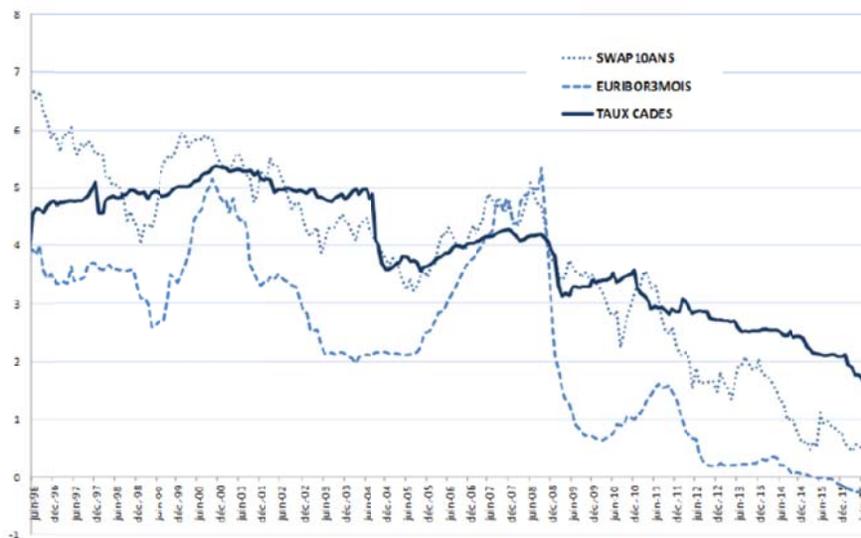
c. Les conditions financières actuelles de l'amortissement : des taux très bas et sécurisés, mais supérieurs à ceux obtenus par l'ACOSS

Contrairement à l'ACOSS, la CADES ne contracte pas uniquement des emprunts de court terme, mais également des emprunts à moyen et long terme, qui constituent la majorité du financement : ces derniers représenteront dans le programme de financement pour 2016 entre 15 et 20 milliards d'euros, contre un volet d'emprunts à court terme entre 4 et 9 milliards d'euros. Ces derniers sont de nature à assurer les reprises de dette prévues par le législateur et dont le calendrier s'est échelonné jusqu'en septembre 2016.

Les charges financières de la CADES bénéficient de l'environnement de taux bas des marchés financiers. Ainsi, le **taux moyen de refinancement** du portefeuille des dettes restant à amortir est inférieur à 2,6 % depuis juin 2013, et **s'élève à 1,47 % fin septembre 2016**, soit un niveau exceptionnellement bas qui ne cesse pourtant de diminuer (le taux de refinancement était à 1,62 % au 31 août 2016)⁽¹⁾. La CADES bénéficie par ailleurs d'une excellente réputation auprès des investisseurs, dont les profils sont variés tant sur le plan géographique que professionnel.

(1) Pour rappel, le taux de refinancement de la CADES à sa création était de 5 %.

ÉVOLUTION DU TAUX DE REFINANCEMENT DE LA CADES (1996-2016)



Source : CADES.

Ainsi, les taux de marché exceptionnellement faibles justifient **la reprise anticipée de 26,3 milliards d’euros en 2016 : elle représente une couverture contre le risque de remontée des taux à moyen et long terme, qui s’il advenait, conduirait la CADES à obtenir des financements à long terme de cette dette dans des conditions moins favorables que celles qui prévalent aujourd’hui.** Elle représente également une protection de la dette portée par l’ACOSS, contre la remontée des taux à court terme cette fois.

La dette encore portée par la CADES, dont le montant s’élèvera à 16,3 milliards d’euros à l’issue de l’année 2016, ne pourrait être transférée à la CADES sans perspectives de nouvelles ressources puisque le plafond de 62 milliards d’euros fixé en 2011 est désormais saturé.

Le président de la CADES insiste sur la nécessité, si le montant de la dette restant à apurer est augmenté, d’y procéder le plus rapidement possible. En effet, ce nouveau transfert de dette nécessitera l’affectation de nouvelles recettes à la Caisse, se traduisant par une hausse du taux de CRDS. **Or, plus l’année de reprise est tardive, plus la ressource additionnelle nécessaire sera élevée :** selon les données fournies par la CADES, une reprise en 2018 nécessiterait une hausse de taux de CRDS de + 0,105 % en 2018 (soit un taux de 0,605 %), contre + 0,147 % en 2020 (taux de 0,647 %).

Le Rapporteur se félicite de l'efficacité de gestion de la CADES depuis sa création en 1996 : elle a permis avec succès d'apurer la dette d'un système de sécurité sociale qui a été fortement affecté par la crise financière, grâce à une gestion évolutive et optimisée de ses ressources. Cet outil peut cependant, s'il est utilisé au-delà du nécessaire et alors même que le solde global du régime général est en cours de résorption rapide, perdre son caractère vertueux. En effet, la CADES doit demeurer **outil transitoire** dont la finalité est, à l'échéance 2024, l'extinction de la dette sociale. Cette dernière doit être concomitante à la disparition de la CADES au risque sinon d'en faire un instrument facilitant le recours au déficit et contraire à l'objectif de maîtrise des dépenses.

Le Rapporteur préconise ainsi de ne pas procéder à un nouveau transfert de dette à la CADES d'ici à 2024 afin de sécuriser son terme, l'extinction de la dette portée par l'ACOSS devant être rendue possible par l'affectation exclusive de l'ensemble des excédents dégagés par le régime général, sans distinction de branche.

2. Résorber la dette existante portée par la CADES et l'ACOSS : quels scénarii pour 2017 et l'après 2017 ?

a. Le choix du PLFSS 2017 de ne pas transférer de dette à la CADES semble le plus pertinent à court et moyen terme

Le choix de ne pas transférer de dette à la CADES en 2017 se justifie par la concomitance de plusieurs facteurs :

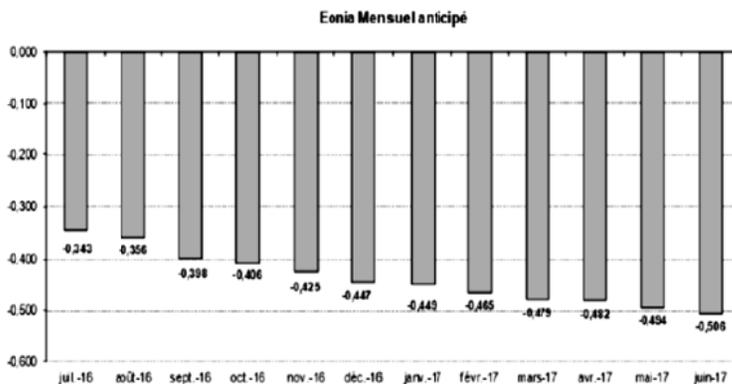
– **une reprise anticipée de 26,3 milliards d'euros a déjà lieu cette année** : elle a déjà augmenté significativement la dette restant à apurer par la Caisse. Par ailleurs, ayant entraîné la saturation du plafond global de 62 milliards, une nouvelle reprise de dette aurait dû s'accompagner de l'affectation d'une nouvelle ressource acquise par la hausse de la CRDS. **Ce choix n'est pas en accord avec la ligne gouvernementale visant à ne pas alourdir les prélèvements obligatoires** ;

– **la résorption des déficits et l'apparition d'un excédent cumulé** du régime général dès 2018 : elle est à même de garantir la stabilisation du stock de dette restant à amortir et permet d'envisager de nouvelles modalités d'apurement de la dette existante ;

– **la faiblesse des taux des emprunts court terme obtenus par l'ACOSS**, qui permet un financement de la dette à un coût exceptionnellement bas, puisque les produits financiers générés par les taux négatifs s'élèvent à près de 80 millions d'euros. Ces taux demeurent inférieurs à ceux des emprunts court terme souscrits par la CADES.

L'ACOSS demeure par nature davantage soumise au risque de hausse des taux que la CADES, cette dernière ayant un important volet de refinancement moyen et long terme. Cependant, les projections de court et moyen terme confirment que le risque de relèvement brutal des taux demeure faible, ce que confirment les perspectives baissières du taux EONIA tel que présenté jusqu'à juin 2017 :

PERSPECTIVE D'ÉVOLUTION DE L'EONIA POUR 2016 ET 2017 ⁽¹⁾



Source : ACOSS/Bloomberg

b. Le FRR en soutien : la solution proposée par la Cour des comptes n'est pas optimale au regard des équilibres en jeu

Dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2015, la Cour des comptes recommande de mobiliser en priorité les réserves disponibles du Fonds de réserve pour les retraites pour amortir la dette résultant des déficits non repris de la branche vieillesse du régime général et du FSV (au plus **3,4 milliards d'euros** au sein de la dette portée par l'ACOSS fin 2016). Cela se traduirait par une affectation anticipée de ces réserves à la CADES, complétée pour le reste du solde de la dette portée par l'ACOSS en 2016 – 14 à 16 milliards d'euros selon la Cour – par toute autre ressource permettant de respecter le terme aujourd'hui prévu en 2024, sans dégrader les conditions de l'équilibre financier des régimes de sécurité sociale.

Les réserves disponibles du FRR pourraient également avoir vocation à être mobilisées à partir de 2017 pour amortir la dette résultant des déficits cumulés par ailleurs fin 2016 par les branches vieillesse du régime des exploitants agricoles et de celui des mines, pour un total **de 3,7 milliards d'euros**.

Ce recours au FRR aurait comme conséquences de permettre une reprise de dette par la CADES, qui doit nécessairement s'accompagner de l'affectation de nouvelles recettes, tout en évitant faire porter intégralement cette reprise par une hausse du taux de CRDS. Il serait également cohérent avec la mission d'instrument de stabilisation qui a été confié au Fonds par la loi du 20 janvier 2014 sur le système des retraites.

(1) Taux calculés à partir des cotations de « swap » EONIA.

Ces transferts doivent cependant inciter à la prudence, car, comme l'a rappelé le président de la CADES lors des auditions menées par le Rapporteur, **les actifs du FRR demeurent en grande partie des plus-values latentes**, par nature plus dépendantes de la conjoncture et moins sécurisées que des bénéfices acquis.

Le Rapporteur considère que la solution consistant à transférer à la CADES de manière anticipée les réserves du FRR ne trouve pas de justifications suffisantes, et constitue par ailleurs une destruction de valeur que l'absence d'urgence ne nécessite pas. **La ponction sur les réserves du FRR constitue ainsi une solution politiquement confortable à court terme, permettant un nouveau transfert de dette à la CADES sans hausse des prélèvements obligatoires. Elle est cependant peu sécurisée au regard de la nature des actifs, et peu vertueuse à court terme puisqu'elle implique par ailleurs d'augmenter la dette restant à apurer à la CADES, à un coût qui demeure supérieur à celui de l'ACOSS.**

Comme dit précédemment, le Rapporteur demeure largement favorable à une résorption directe du déficit de l'ACOSS, sans nouveau transfert à la CADES (cf. *infra*) et sans faire appel aux réserves du FRR.

c. Une trajectoire excédentaire des soldes du régime général qui permettrait une nette réduction du déficit de l'ACOSS à l'échéance 2020

Depuis 1998, le solde du régime général de la sécurité sociale n'a été excédentaire qu'à trois reprises, en 1999, 2000 et 2001. Depuis 2002, le régime général est constamment déficitaire avec une très forte dégradation de son solde depuis la crise de 2008. L'année 2010 a connu un déficit record de 23,9 milliards d'euros. Dans ce contexte, il est légitime que l'affectation des excédents n'ait pas été un enjeu jugé majeur.

L'inversion de tendance et la résorption des déficits, qui devraient aboutir à un résultat cumulé excédentaire dès 2018, doivent cependant amener les pouvoirs publics à réfléchir à l'allocation la plus optimale possible de ces excédents prévisionnels, afin qu'ils participent à la résorption du stock de dette restant à solder.

L'affectation des excédents est aujourd'hui prévue par plusieurs dispositions, variables selon les branches, et ne semble pas adaptée à la stratégie de résorption des déficits. Elle relève d'une logique intra-branche, et ne serait pas en mesure à l'échéance 2020, d'être transférée à l'ACOSS :

– en vertu du I de l'**article 76 de loi n° 2004-810 relative à l'assurance maladie**, « *la part des recettes de la branche maladie supérieure aux dépenses de la branche est affectée prioritairement, dans les conditions prévues par une loi de financement de la sécurité sociale, à la Caisse d'amortissement de la dette sociale* » ;

– **l'article L. 251-6-1 du code de la sécurité sociale** prévoit quant à lui que « *la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés affecte au Fonds de réserve pour les retraites mentionné à l'article L. 135-6 : 1° Le résultat excédentaire de l'exercice clos de chacun des fonds dont elle a la gestion, à l'exception de celui du régime spécial mentionné à l'article L. 715-1 ; un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget fixe chaque année la date de ce versement ; 2° Le cas échéant, en cours d'exercice, un montant représentatif d'une fraction de l'excédent prévisionnel de l'exercice tel que présenté par la Commission des comptes de la sécurité sociale lors de sa réunion du second semestre de ce même exercice ; un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget détermine les montants à verser ainsi que les dates de versement.* » ;

– aucune disposition spécifique ne régit l'affectation des excédents de la CNAF et de la branche AT-MP. D'un point de vue financier, l'ensemble des comptes de ces deux branches sont gérés au sein de la trésorerie de l'ACOSS, **même si les résultats de chaque branche restent isolés dans les écritures de l'agence.** Dans cette configuration, les excédents restent acquis à la branche dont ils émanent, sans pouvoir apurer le déficit global des branches du régime général.

Dans le cadre des auditions, le président de l'ACOSS a indiqué que sous l'hypothèse des soldes prévisionnels 2018-2020 des branches du régime général et du FSV tels qu'exposés en annexe B du PLFSS et en l'absence conventionnelle d'écart entre variation de trésorerie et déficit, le solde « net » de trésorerie de fin d'année pour l'ACOSS serait d'environ – 22 milliards d'euros en 2017 et 2018, **avant de décroître significativement d'ici 2020 puisque le régime général dégagerait des excédents élevés. Il s'élèverait alors, en l'absence d'une nouvelle reprise de dette par la CADES, à – 11,5 milliards d'euros.**

SOLDE DE L'ACOSS 2015-2020

(en milliards d'euros)

Exercice	Sources	Déficit annuel	Reprises CADES	Solde au 31/12 avec reprise CADES
2015	Réel Acooss	– 11,0	10,0	– 28,5
2016	Prévision Acooss	– 11,4	23,6	– 16,3
2017	Prévision Acooss	– 5,7		– 22,0
2018	PLFSS 2017	– 0,5		– 22,5
2019	PLFSS 2017	3,3		– 19,2
2020	PLFSS 2017	7,7		– 11,5

Le Rapporteur est favorable à une évolution de ce cadre légal. Une loi de financement de la sécurité sociale pourrait faire évoluer cette logique intra-branche, en prévoyant **la fongibilité de l'ensemble des excédents à l'ACOSS – CNAM et CNAV comprises** – afin d'accélérer l'apurement de la dette cumulée portée par l'agence, en dehors de tout nouveau transfert à la CADES.

Cette gestion cumulée des déficits, difficilement envisageable tant que les quatre branches présentent des écarts de soldes substantiels, se justifie désormais par la tendance commune vertueuse de retour à l'équilibre de l'ensemble des branches. Elle permet par ailleurs de neutraliser toute vélocité à la hausse des dépenses des branches en situation excédentaire, alors même que le déficit cumulé du régime général n'est pas résorbé.

III. LES PRINCIPALES MESURES DE RECETTES DU PLFSS 2017 ET LES RELATIONS ÉTAT-SÉCURITÉ SOCIALE

1. Les principales mesures en recettes du PLFSS

a. Des mesures spécifiques aux travailleurs indépendants

- i. Article 7 : Réforme des dispositifs d'exonérations spécifiques et harmonisation des règles de recouvrement des cotisations sociales des travailleurs indépendants en outre-mer

Les exonérations de cotisations spécifiques aux travailleurs indépendants en outre-mer présentent la particularité de ne pas être conditionnées en fonction du niveau des ressources. Deux dispositifs de réductions et d'exonérations sociales existent :

– pendant vingt-quatre mois à compter de la date de la création de l'activité, il dispose d'une exonération totale des cotisations et contributions de sécurité sociale ;

– au-delà des vingt-quatre premiers mois d'activité, et de manière pérenne, les cotisations et contributions de sécurité sociale sont calculées, pour la partie des revenus inférieure au plafond annuel de la sécurité sociale (PASS), sur une assiette égale à 50 % de ses revenus.

Le premier volet de la mesure vise à rationaliser les dispositifs d'exonération, notamment en instaurant un plafonnement de l'assiette aux revenus inférieurs ou égaux à 2,5 PASS, avec une dégressivité à partir de 1,1 PASS. Ce plafonnement serait accompagné d'une hausse à 75 % de l'exonération en troisième année civile, avec maintien du plafonnement. Le second volet prévoit un ensemble de dispositions visant à aligner les règles de calcul et de recouvrement des cotisations et contributions sociales ultramarines sur le droit applicable en métropole. **Cette mesure représenterait une recette supplémentaire de 30 millions d'euros pour les comptes de la sécurité sociale.**

ii. Article 8 : Réduction du taux des cotisations d'assurance maternité des travailleurs indépendants à faibles revenus

Cette mesure vise à compenser, pour les travailleurs indépendants, le fait que ces derniers ne bénéficient pas de la mise en œuvre du pacte de responsabilité, qui prévoit notamment le relèvement du taux de CICE de 6 à 7 % dès 2017 pour les entreprises. Le Gouvernement s'était engagé à prévoir une mesure spécifique d'allègements de cotisations personnelles au bénéfice des travailleurs indépendants, **d'un montant équivalent à 150 millions d'euros.**

L'article 8 procède ainsi à une réduction des taux de cotisations d'assurance maladie ciblée sur les travailleurs indépendants affiliés au RSI et ayant les revenus les plus faibles (inférieurs à 70 % du PASS), le taux étant à ce jour de 6,5 %. Le taux de la cotisation augmenterait de 3,5 % à 6,5 % linéairement pour les revenus allant jusqu'à 70 % du PASS et demeurerait à 6,5 % au-delà de ce seuil. Pour les micro-entrepreneurs, des dispositions spécifiques sont prévues.

La réduction du taux des cotisations maladie-maternité des travailleurs indépendants de droit commun minore les cotisations dues par ces cotisants dont les revenus sont inférieurs à 70 % du PASS (27 000 euros), pour un coût annuel de 150 millions d'euros dès 2017, dont 22 millions d'euros pour les travailleurs indépendants en micro-entreprise. La mesure concerne 1,8 million de cotisants au RSI, dont 600 000 micro-entrepreneurs.

Cette perte de recette sera compensée « pour solde de tout compte » et non « à l'euro l'euro », par dérogation à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale.

L'article 9 prévoit quant à lui la réforme du pilotage du recouvrement des cotisations et contributions dues par les travailleurs indépendants, visant notamment à rationaliser la répartition des compétences entre l'interlocuteur social unique (ISU) spécifique au RSI et l'ACOSS, et à mettre en place un pilotage national du recouvrement et en adaptant les systèmes d'information. Cette mesure n'a pas d'impact financier.

Les deux mesures cumulées des articles 8 et 9 représentent **un effort global net de 120 millions d'euros en faveur des travailleurs indépendants.**

b. L'article 10 : clarification et simplification du droit social applicable à l'économie numérique

Cet article s'inspire des propositions du rapport remis en février 2016 par Pascal Terrasse au Premier ministre sur l'économie collaborative.

L'économie collaborative, ou de partage, est en pleine expansion. Le Conseil national du numérique la définit comme suit : des « *services occupant une fonction d'intermédiaire dans l'accès aux informations, aux contenus, aux*

services ou aux biens, le plus souvent édités ou fournis par des tiers», qui « au-delà de leur seule interface technique, organisent et hiérarchisent ces contenus en vue de leur présentation et leur mise en relation aux utilisateurs finaux » et dont la caractéristique commune est de **proposer des biens, des services et des contenus aux consommateurs qui sont produits, mis à disposition ou vendus par des contributeurs selon une relation de pair à pair.**

Elle regroupe aujourd'hui neuf secteurs principaux (dont les plus connus sont le transport et l'hébergement).

VUE D'ENSEMBLE DES SECTEURS DE L'ÉCONOMIE COLLABORATIVE EN FRANCE ET DES PRINCIPALES PLATEFORMES SUR LE MARCHÉ



Études économiques du PIPAME, juillet 2015.

Source

Source : rapport de Pascal Terrasse sur l'économie collaborative, février 2016.

Ces plateformes sont au nombre de 250 à 300 en France et représentent un chiffre d'affaires qui évolue rapidement, évalué à près de 380 millions d'euros en 2015. Le droit social applicable à ces activités génératrices de revenus demeure incertain, ces zones grises étant par ailleurs susceptibles de favoriser les abus. Comme le souligne l'étude d'impact : « Les relations de pair à pair organisées par les plateformes révèlent des zones grises ou peu connues de l'application des règles sociales, ce qui peut conduire à certains abus lorsque des travailleurs indépendants profitent de ces plateformes pour exercer une activité professionnelle sans la déclarer à ce titre. », le risque de travail dissimulé étant important.

Cet article vise à clarifier la position de l'administration fiscale sur la **notion de partage de frais**, et celle de l'administration sociale sur la **notion d'activité professionnelle** servant de fondement au paiement des cotisations et aux bénéficiaires de droits sociaux. Notamment dans le cas où ces activités sont exercées de manière ponctuelle et génèrent de faibles revenus, le présent article prévoit des démarches sociales facilitées afin de ne pas augmenter le risque de non

déclaration (en permettant par exemple aux plateformes numériques de proposer un service d'accompagnement aux formalités administratives, à partir de 2018).

En dehors de la gestion des démarches administratives, les principales mesures visent à **clarifier les règles sociales applicables en distinguant les actes relevant de la gestion du patrimoine privé et ceux qui relèvent d'activités à caractère professionnel** (se traduisant par un objectif de rentabilisation du patrimoine), **donnant alors lieu à affiliation au régime des travailleurs indépendants**. Le Gouvernement n'a en effet pas jugé opportun de créer un régime spécifique d'affiliation pour l'économie numérique.

L'article 10 fixe deux seuils distincts de recettes ou chiffre d'affaires au-dessus desquels l'activité sera considérée comme professionnelle, avec toutes les conséquences sociales et fiscales qui en découlent :

– dans le cas des locations de courte durée d'habitations meublées comprenant la mise à disposition de biens et services associés, la mesure définit un critère unique d'affiliation **sur la base du seuil de 23 000 euros de recettes ou de chiffre d'affaires annuel**, identique à celui qui existe pour les locations de locaux d'habitation meublés ⁽¹⁾ ;

– un seuil d'affiliation unique fixé à 10 % du PASS des recettes ou du chiffre d'affaires annuel (soit 3 850 euros) **pour l'ensemble des biens meubles**.

Des textes d'application seront nécessaires avant la mise en vigueur de ces mesures afin d'explicitier la détermination des seuils.

Ces nouvelles affiliations devraient générer des recettes supplémentaires, par ailleurs portées par le très fort dynamisme du secteur. L'étude d'impact projette des recettes supplémentaires croissantes sur les quatre prochaines années :

(en millions d'euros)

Impact financier en droits constatés			
2017	2018	2019	2020
+ 10	+ 20	+ 30	+ 40

Source : étude d'impact de l'article 10 (annexe 10 du PLFSS 2017).

c. La hausse de la taxation du tabac afin de contribuer au financement de l'assurance maladie

i. Article 16 : Création d'une contribution sociale à la charge des industriels du tabac

En France, malgré une baisse de 12 % des volumes de paquets de cigarettes mis à la consommation entre 2011 et 2015, le bénéfice dégagé sur

(1) **Seuil fixé par la LFSS pour 2012**, auxquelles s'ajoutent deux autres conditions cumulatives pour être considérées comme professionnelles : l'enregistrement au registre du commerce et des sociétés et le fait que ces recettes excèdent les autres revenus du foyer fiscal soumis à l'impôt sur le revenu. Ces conditions ne s'appliquent pas à l'économie collaborative.

chaque paquet vendu aurait progressé de près de 25 % compte tenu de l'augmentation des prix sur cette même période. Le bénéfice annuel des industriels sur le marché s'élevant à 850 millions d'euros ⁽¹⁾, il **aurait donc crû de l'ordre de 80 millions d'euros** selon les données fournies par l'étude d'impact.

En 2015, une hausse des volumes des cigarettes et de tabac à rouler mis à la consommation dans le réseau a été constatée, de respectivement 1 % pour les premières et de 5,6 % pour le second. Les premiers mois de 2016 confirment cette tendance à la hausse. Les produits du tabac sont d'ores et déjà taxés au titre de deux types d'imposition, **supportées à ce jour exclusivement par le consommateur final** :

– **des droits d'accises** : l'article 575 A du code général des impôts détermine les taux et parts prévus pour chaque catégorie fiscale ⁽²⁾ :

DROIT D'ACCISE SUR LES TABACS MANUFACTURÉS

PRODUITS	TAUX PROPORTIONNEL	PART SPÉCIFIQUE
Cigarettes	49,70 %	48,75 €
Cigares	23 %	19 €
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	32 %	67,50 €
Autres tabacs à fumer	45 %	17 €
Tabacs à priser	50 %	0,00 €
Tabacs à mâcher	35 %	0,00 €

Source : site des douanes.

– de la TVA au taux normal de 20 %.

Les accises versées, comme la TVA, sont déductibles du chiffre d'affaires du redevable.

L'article 16 propose la création d'une contribution sur le chiffre d'affaires des fournisseurs agréés de tabacs, taxe dont l'assiette sera constituée par le montant total du chiffre d'affaires du redevable relatif à la commercialisation des tabacs manufacturés, hors TVA, déduction faite de la remise consentie aux débiteurs de tabac et du droit de consommation. **Son taux est fixé à 5,6 %. Cette contribution a notamment pour vocation de financer le fonds de prévention du tabagisme**, au service d'actions de surveillance et d'observation de l'état de santé, ainsi que des actions de prévention. Il vient plus globalement augmenter les recettes de la CNAMTS, le fonds tabac étant adossé à celle-ci.

(1) Pour un bénéfice mondial de plus de 12 milliards d'euros pour les principales multinationales pour un chiffre d'affaires de plus de 65 milliards d'euros.

(2) Le droit de consommation se décompose, pour chaque groupe de produits, en une part spécifique exprimée pour 1 000 unités ou 1 000 grammes quel que soit le prix de vente de chaque groupe de produits et une part proportionnelle au prix de vente au détail.

Le chiffrage présenté dans l'étude d'impact annexée au PLFSS pour 2017 est le suivant ⁽¹⁾ :

(en millions d'euros)

Impact financier en droits constatés			
2017	2018	2019	2020
+ 130	+ 130	+ 130	+ 130

Source : étude d'impact de l'article 16 (annexe 10 du PLFSS 2017).

Au-delà de l'impact économique, cette mesure s'inscrit plus largement dans le cadre d'impacts sociaux visant à réduire la consommation tabagique, notamment chez les jeunes.

ii. Article 17 : Augmentation des droits de consommation applicables au tabac à rouler

Depuis 1990, les volumes de tabac à rouler ont augmenté de 84 % alors que les volumes de cigarettes ont diminué de moitié. Le volume de tabac à rouler représente ainsi aujourd'hui 16 % du marché total des produits du tabac, démontrant l'effet de report de la consommation de cigarettes vers le tabac à rouler.

La fiscalité appliquée au tabac à rouler est inférieure à celle des cigarettes, rendant le prix total plus attractif pour le consommateur (prix inférieur en moyenne de 26,6 % en 2016), alors que ce produit serait plus nocif d'un point de vue de santé publique. Jusqu'en 2014, le droit de consommation perçu (droit proportionnel additionné au droit spécifique) ⁽²⁾ sur le tabac à rouler était inférieur de 2,7 points à celui des cigarettes (62 % contre 64,7 %). Depuis l'article 94 de la loi n° 2014-1655 du 29 décembre 2014 de finances rectificative pour 2014, le montant de la part spécifique n'est plus revalorisé en fonction des hausses de prix. **En 2016, la taxation du tabac à rouler représente 59 % du prix de vente, contre 64,7 % pour les cigarettes.**

Le taux de taxation global applicable au tabac à rouler étant de 59 %, l'article 17 du PLFSS modifie l'article 575 A du code général des impôts et augmente de 5,7 points le taux correspondant à la part proportionnelle au prix, actuellement fixée à 32 % du prix de vente TTC : il serait donc porté à 37,7 %. **En cohérence, une hausse du minimum de perception est prévue.** Ce minimum passerait à 161 euros au 1^{er} janvier 2017, et 167 euros au 1^{er} janvier 2018.

Le chiffrage présenté dans l'étude d'impact annexé au PLFSS pour 2017 est le suivant :

(en millions d'euros)

Impact financier en droits constatés			
2017	2018	2019	2020
+ 120	+ 120	+ 120	+ 120

Source : étude d'impact pour l'article 17 (annexe 10 du PLFSS 2017).

(1) Sur la base d'une assiette correspondant à un chiffre d'affaires hors TVA, rémunération des buralistes et droit de consommation de 2,3 milliards d'euros et un taux de taxation de 5,6 %.

(2) Cf. tableau supra (présentation de l'article 16 du PLFSS pour 2017).

L'augmentation de la fiscalité sur le tabac prévue par le PLFSS pour 2017 représente donc une nouvelle ressource en faveur de la branche maladie, prioritairement affectée à la lutte contre le tabagisme, à hauteur de 250 millions d'euros par an dès 2017.

2. Les relations État-sécurité sociale : le montant et l'évolution des compensations d'exonérations et de réductions des recettes sociales, un enjeu majeur

a. Une croissance sensible des pertes de recettes pour la sécurité sociale sur la période 2012-2017 sous l'effet de la hausse des exonérations

Prises dans leur ensemble, les exonérations sociales représentent un coût très significatif pour les recettes de la sécurité sociale. Par ailleurs, l'évolution de ces exonérations est très dynamique, notamment sur les deux dernières années, du fait de la mise en œuvre du pacte de responsabilité et de solidarité.

Les mesures engendrant des pertes de recettes pour la sécurité sociale sont de trois natures différentes, et se distinguent entre elles par leur mécanisme et leur impact sur l'équilibre des comptes de la sécurité sociale :

– **les exonérations compensées (36 milliards d'euros en 2017)**, qui ont pour principal objectif de soutenir l'emploi en diminuant le coût du travail, **soit sous la forme d'exonérations ciblées, soit sous la forme d'allègements généraux**. En 2017, les allègements généraux représentent 80 % de l'ensemble des exonérations de cotisations, compensées ou non ;

– **les exonérations non compensées** : il s'agit principalement d'exonérations créées avant 1994, année où le principe de compensation des exonérations fut introduit par la loi du 25 juillet 1994⁽¹⁾, ou de mesures postérieures ayant fait l'objet d'une disposition expresse de non-compensation. **Le projet de loi de finances pour 2017 prévoit à son article 26 de revenir** sur cette logique en supprimant les dispositions expresses de non-compensation et en prévoyant de compenser les mesures créées avant 2014. Leur montant s'élève à **1,2 milliard d'euros dans les prévisions pour 2017** ;

– **les exemptions d'assiette**, qui se distinguent des exonérations puisqu'elles constituent des dispositifs d'exclusion de certaines rémunérations de l'assiette soumise aux prélèvements. Les sommes versées ne sont donc pas assujetties à cotisations et contributions sociales. **Elles ne donnent généralement pas lieu à compensation par le budget de l'État, sauf pour celles créées après 2004** – ces dernières restant minoritaires. **La perte de recettes estimée est de 8,7 milliards d'euros en prévision pour 2017**.

(1) Article L. 131-7 du code de la sécurité sociale.

Le tableau suivant retrace l'évolution depuis 2012 de l'ensemble des dispositifs ayant un impact sur les recettes de la sécurité sociale, **le montant total de la perte de ressources étant de 45,9 milliards d'euros, en augmentation de 3 % par rapport à 2016 et de 26 % par rapport à 2012 :**

COÛT TOTAL DES EXONÉRATIONS 2012-2017

(en milliards d'euros)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	évolution 2017/2016	évolution 2017/2012
Allègements généraux	20,6	20,7	20,9	25,8	28,8	29,7	3,1 %	44,2 %
Réduction générale des cotisations patronales	20,6	20,7	20,9	21,2	21,2	20,9	- 1,4 %	1,5 %
Baisse du taux de cotisation d'allocations familiales des salariés	0	0	0	3,6	6,6	7,8		
Baisse du taux de cotisation d'allocations familiales des travailleurs indépendants	0	0	0	1	1	1		
Mesures ciblées compensées	6,1	3,9	3,8	3,5	3,7	6,3	70,3 %	3,3 %
<i>Dont mesures ciblées non compensées en 2015 et 2016 et compensées à partir de 2017</i>						2,3		
Coût total des exonérations compensées	26,7	24,6	24,7	29,3	32,5	36	10,8 %	34,8 %
Mesures ciblées non compensées	3,8	3,2	3,7	3,7	3,8	1,2	- 20 %	- 68,4 %
Mesures d'exemption d'assiette ^(*)	8	6,7	7	8,4	8,3	8,7	+ 4,8 %	
Coût total des « exonérations » compensée ou non	38,5	34,5	35,4	41,4	44,6	45,9	3%	19,2% ⁽¹⁾

^(*) La méthodologie d'estimation des mesures d'exemption d'assiette a été modifiée dans l'annexe 5 au PLFSS 2017 afin d'appliquer à l'assiette exemptée estimée non plus la somme des taux déplaçonnés dans le champ de la sécurité sociale, mais les taux effectifs. Elle a été appliquée à partir des exemptions d'assiette de 2015. Par conséquent, la comparaison de ces montants sur la période apparaît peu pertinente

Source : à partir des données de l'annexe 5 du PLFSS 2015, 2016 et 2017.

Au regard du montant total des produits de la sécurité sociale (502,8 milliards d'euros tous régimes confondus et FSV compris), les exonérations et exemptions représentent donc en 2017 9 % du montant de la ressource totale. L'augmentation significative du volume de ces mesures depuis 2012 démontre la volonté forte du Gouvernement d'alléger le coût du travail, en diminuant le coût social de celui-ci.

(1) Cette évolution ne prend pas en compte le changement de méthodologie dans le chiffrage des exemptions d'assiette.

b. Les modalités de compensation des pertes de recettes par l'État

Si le coût total des exonérations est massif, le coût net pour la sécurité sociale est cependant fortement diminué par l'obligation de compensation qui incombe à l'État en matière d'exonérations sociales.

Les deux principes régissant les relations financières entre l'État et la sécurité sociale afin de garantir l'équilibre financier de la sécurité sociale

– le principe de compensation intégrale

Le principe de compensation intégrale ⁽¹⁾ prévoit que l'État prend à sa charge, au moyen de recettes fiscales ou de crédits budgétaires, les pertes de recettes de la sécurité sociale relatives à :

- toute mesure de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale, instituée à compter de la date d'entrée en vigueur de la loi du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale ⁽²⁾ ;
- toute mesure de réduction ou d'exonération de contributions sociales instituée à compter de la publication de la loi précitée du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ⁽³⁾ ;
- toute mesure de réduction ou d'abattement de l'assiette de ces cotisations et contributions instituée à compter de la publication de la loi du 13 août 2004 précitée ;
- toute mesure de transfert de charges opéré entre l'État et la sécurité sociale à compter de la même date.

Toutefois, des exceptions à ce principe peuvent être prévues de manière expresse en loi de financement de la sécurité sociale.

Ce principe implique que les mesures d'exonération ou de réduction fassent l'objet d'un suivi statistique et comptable précis afin que les recettes fiscales ou les crédits budgétaires compensent exactement les pertes de recettes constatées (compensation dite « à l'euro l'euro »).

Une autre forme de compensation peut être mise en œuvre dite « pour solde de tous comptes ». Cela se traduit par l'affectation définitive d'une recette nouvelle à la sécurité sociale ou la reprise d'une dépense en compensation des pertes de recettes subies. Cette solution a par exemple été retenue pour la compensation des exonérations du pacte de responsabilité et de solidarité (PRS) ⁽⁴⁾.

(1) Article L. 131-7 du code de la sécurité sociale.

(2) Loi n° 94-637 du 25 juillet 1994.

(3) Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

(4) Le pacte de responsabilité et de solidarité a été prévu par les deux lois financières de l'été 2014 (loi n° 2014-891 du 8 août 2014 de finances rectificative pour 2014 et loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014) et décliné, depuis, dans l'ensemble des textes financiers.

Cette option doit toutefois prévoir une dérogation expresse à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, même si la compensation est assurée financièrement en pratique. L'article 24 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016⁽¹⁾ a prévu cette dérogation expresse s'agissant de la baisse du taux de cotisation d'allocations familiales, du nouvel abattement de contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) et des mesures prévues par la récente loi pour la croissance⁽²⁾.

– **le principe de neutralité en trésorerie**

Le principe de neutralité en trésorerie⁽³⁾ prévoit la neutralité en trésorerie des relations entre l'État et la sécurité sociale. Ce principe a pour objet de sécuriser la gestion de la trésorerie assurée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS). La neutralité des flux financiers repose sur deux mécanismes :

- une budgétisation rigoureuse des dépenses ;
- des conventions financières conclues entre l'ACOSS et l'État encadrant les versements infra-annuels (une périodicité de versements qui ne peut être supérieure à dix jours).

Le respect de ce principe est retracé dans l'état semestriel des sommes restant dues par l'État transmis par le Gouvernement au Parlement chaque année avant la fin du mois de janvier de l'exercice suivant.

La compensation des mesures d'exonérations peut prendre plusieurs formes :

- une dotation budgétaire (il s'agit d'une compensation classique « à l'euro l'euro ») ;
- l'affectation de recettes fiscales supplémentaires à la sécurité sociale ;
- le transfert du financement d'une ou plusieurs dépenses de la sécurité sociale vers l'État.

i. La compensation des mesures nouvelles en 2017

En 2017, les organismes de sécurité sociale verraient spontanément leurs recettes diminuer d'environ 3,8 milliards d'euros par rapport à 2016, toutes choses égales par ailleurs. **Pour l'ensemble de ces nouvelles mesures entraînant des pertes de recettes**, les tableaux ci-dessous mettent en regard les montants à compenser et les différentes modalités de de compensation mises en œuvre :

(1) Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, article 24.

(2) Loi n° 2015-990 du 6 août 2015 pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques.

(3) Article L. 139-2 du code de la sécurité sociale.

Montant à compenser (en M€)	3 848
Mesures du pacte de solidarité et de responsabilité	1 574
Extinction de la recette caisses de congés payés	500
Effet année pleine de l'extension de la mesure AF	1 074
Mesures déjà mises en œuvre	2 100
Baisse des cotisations maladie des exploitants agricoles	480
Transfert du financement des ESAT	1 470
Baisse des cotisations des travailleurs indépendants	150
Mesures PLF 2017/PLFSS 2017	174
Transfert de la part État du FIR vers l'assurance-maladie	116
Transfert des MDPH à la CNSA	58

Modalités de la compensation (en M€)	3 848
Transferts de dépenses	175
Agence nationale de la santé publique	65
Allocation de logement temporaire (ALT)	40
Transférabilité ASPA-AAH	20
Transfert des prestations familiales dans les DOM	50
Compensation d'exonérations	2 778
Prélèvement non pérenne sur les réserves de la section 3	719
Transferts de recettes	176
Transfert de taxe sur les véhicules des sociétés (TVS)	310
TVA fraction à ajuster	- 134

Source : annexe 6 du PLFSS pour 2017.

L'article 26 du PLF 2017 prévoit ainsi de compenser ces pertes de recettes par un ensemble de mesures diverses, dont deux ne relèvent cependant pas d'une compensation émanant *stricto sensu* du budget de l'État. Il s'agit :

– d'une part, de la création d'une taxe sur les véhicules des sociétés spécifique au dernier trimestre 2017, **rapportant 160 millions d'euros** (article 11 du PLFSS pour 2017). À cette taxe spécifique s'ajoute par ailleurs l'affectation des 150 millions d'euros de taxe sur les véhicules des sociétés demeurant affectés jusqu'en 2016 au budget de l'État ;

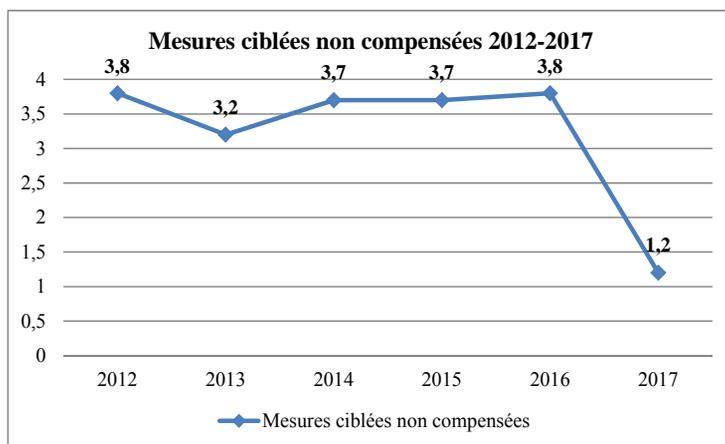
– d'autre part, la ponction opérée sur les réserves de la troisième section du FSV (**719 millions d'euros**) qui ne constitue pas à proprement parler une compensation durable pour le budget de la sécurité sociale, ni un transfert de recettes de l'État vers la sécurité sociale.

Au total, sur une perte de recettes prévisionnelle de 45,9 milliards d'euros en 2017, la compensation de l'État représente près de 78,5 %, soit 36 milliards d'euros.

- ii. La baisse massive des mesures d'exonérations ciblées non compensées entre 2016 et 2017 : une mesure de compensation et non un apport supplémentaire

Sont exclues de la compensation les mesures d'exemption d'assiette et les mesures ciblées non compensées. Ces dernières sont cependant en forte diminution, notamment entre 2016 et 2017 (-68,4 %), comme l'illustre le graphique ci-après :

(en milliards d'euros)



Source : annexe 5 du PLFSS pour 2015, 2016 et 2017.

Comme l'explique l'annexe 6 du PLFSS pour 2017, l'article 26 du PLF pour 2017 prévoit en effet de revenir sur la logique de non-compensation, d'une part en supprimant des dispositions expresses de non-compensation, et en prévoyant d'autre part de compenser des exonérations créées avant 1994 : « cette mesure permet de poursuivre la logique vertueuse de compensation d'exonérations, qui n'était appliquée jusqu'ici qu'au flux de nouvelles exonérations. La compensation sécurise en effet les recettes de la sécurité sociale, qui ne sont plus affectées par les décisions prises au regard d'autres objectifs de politique publique, telles que la politique de l'emploi ou d'appui à certains secteurs économiques. Par ailleurs, cela autorise un pilotage renforcé de ces exonérations [...] ».

Ainsi, l'État prend à sa charge 2,3 milliards d'euros supplémentaires d'exonérations non compensées avant 2017, qui concernent des mesures variées : aide à domicile employée par un particulier, aide à domicile employée par une entreprise ou une association, associations intermédiaires, aides et chantiers d'insertion (ACI), arbitres et juges sportifs ou encore aide au chômeur créateur et repreneur d'entreprises (ACCRE).

S'ajoute également la prise en charge par l'État de la réduction du taux de cotisation maladie des exploitants agricoles à hauteur de 0,5 milliard d'euros. La prise en compte de cette mesure de compensation porte le montant des compensations d'exonérations ciblées non compensées à 2,8 milliards d'euros.

Il est à noter que la prise en charge de ces mesures d'exonération ne participe pas en tant que telle à la hausse de la part globale des mesures compensée par l'État. **En effet, cette prise en charge est réalisée afin de compenser le coût des mesures du pacte de responsabilité, et ne vient pas s'y ajouter. Il s'agit d'une modalité de compensation au même titre que les autres, et non d'un apport supplémentaire à la sécurité sociale.**

Le montant prévu à l'article 21 du PLFSS 2017 afin de couvrir l'ensemble des exonérations ciblées non compensées s'établit à 6,1 milliards d'euros. Il correspond au montant de la compensation de l'État en 2017 sur la base du coput de 2017 en encaissement-décaissement, après soustraction du montant déjà comptabilisé par les régimes en droits constatés en 2016 pour les dispositifs nouvellement compensés ⁽¹⁾.

iii. Le transfert de charges : un mode de compensation en forte expansion

L'article 26 du PLF 2017 prévoit de compenser ces pertes de recettes en transférant à l'État des dépenses actuellement prises en charge par la sécurité sociale :

– le complément de financement de l'Agence nationale de la santé publique (ANSP), déjà majoritairement assuré par l'État, pour 65 millions d'euros ;

– le financement de l'allocation de logement temporaire (ALT), pour 40 millions d'euros ;

– la possibilité de conserver sous conditions le bénéfice de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), servie par l'État, au moment de l'arrivée à l'âge de la retraite, sans basculement automatique vers l'allocation de solidarité pour les personnes âgées (ASPA), servie par les régimes de retraite. L'économie est estimée à 20 millions d'euros.

Le montant total des dépenses prises en charge par la sécurité sociale pour le compte de l'État, qui ne correspondent pas à l'origine à des compensations d'exonérations, est en constante progression :

**ÉVOLUTION DES DÉPENSES PRISES EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE
POUR LE COMPTE DE L'ÉTAT (2012-2016)**

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Évolution 2016/2017	Évolution 2012/2017
Prestations versées par les OSS pour le compte de l'État	19,3	19,8	20,9	26,3 ⁽²⁾	31,4 ⁽³⁾	31,5 ⁽⁴⁾	0,1 %	63,2 %

Source : Annexe 6 du PLFSS pour 2016

(1) L'annexe 5 du PLFSS évoque un montant total de **6,4 milliards d'euros, correspondant au coût des dispositifs prévus en droits constatés pour 2017 pour la sécurité sociale** (4 milliards d'euros au titre des mesures ciblées compensées, incluant les 500 millions d'euros au titre de la baisse de cotisation maladie des exploitants agricoles), et 2,3 milliards d'euros au titre des mesures ciblées non compensées en 2015 et 2016, et compensées à partir de 2017.

(2) Dont **4,8 milliards d'euros de transfert de l'aide personnalisée au logement (APL)**.

(3) + **4,7 milliards d'euros de rebudgétisation de l'allocation de logement familiale (ALF)** votée en LFSS pour 2016, auxquels s'ajoutent 3 901 millions d'euros de prise en charge de la protection juridique des majeurs (+ 5,1 milliards d'euros au total).

(4) + 125 millions au titre du PLFSS 2017.

L'augmentation massive des transferts de charges entre 2014 et 2015 (+ 26 %) est liée au changement de périmètre qui correspond au transfert à la charge de l'État de la part des APL financée auparavant par la branche famille, dans le cadre des compensations liées à la mise en œuvre de la deuxième phase du pacte de responsabilité. Ce mouvement a été accentué par la prise en charge de l'allocation de logement familiale votée en PLFSS pour 2016 (+ 19,3 % entre 2015 et 2016). La progression est beaucoup plus limitée entre 2016 et 2017.

Il est ressorti des auditions menées par le Rapporteur que les transferts de prise en charge financière ne s'accompagnant pas d'un transfert en gestion, comme c'est le cas pour l'ensemble des prestations APL et ALF gérées par la CNAF, font émerger des difficultés de pilotage qui amènent à s'interroger sur la pertinence de la montée en charge de cette modalité de compensation.

Les transferts de charges effectuant le mouvement inverse, c'est-à-dire de l'État vers la sécurité sociale, présentent un montant bien moins élevé sur la période, à hauteur de 1,8 milliards d'euros ⁽¹⁾.

Au regard du montant élevé des compensations financées par le budget de l'État, à hauteur de **36 milliards d'euros en 2017**, et de l'évolution croissante de cette prise en charge, **le Rapporteur s'interroge sur l'avenir de ces relations financières dès lors que le déficit des comptes de la sécurité sociale est en passe d'être résorbé, et que la dette restant à apurer est amenée à disparaître à l'échéance 2024.** Il est à noter que s'ajoutent de surcroît les subventions d'équilibre de l'État au profit des régimes spéciaux de retraite, pour un montant de 6,2 milliards d'euros en 2017, portant à plus de 40 milliards d'euros la contribution totale du budget de l'État à l'équilibre des comptes de la sécurité sociale.

Dans la perspective où les régimes obligatoires de base de la sécurité sociale seraient en équilibre, voire en mesure de dégager des excédents structurels, **la question de la soutenabilité et de la légitimité d'un tel volume de compensations ne pourra manquer d'être posée.** Cette réflexion apparaîtrait d'autant plus justifiée dans un contexte où les comptes de l'État seraient, pour leur part, encore amplement déficitaires.

Se posera également la question de l'affectation, ou contraire de l'extinction, des ressources aujourd'hui affectées à la CADES pour rembourser la dette, dont le montant s'élève à 16,9 milliards d'euros en 2016 : l'enjeu portera en premier lieu sur le produit de la CRDS (6,8 milliards en 2015), dont l'unique objectif est le remboursement de la dette sociale, mais également sur les fractions de CSG affectées à la Caisse depuis 2005 (6,1 milliards d'euros en 2015).

3. Les transferts de recettes entre organismes de sécurité sociale prévus à l'article 20 du PLFSS pour 2017 : les conséquences des compensations mises en œuvre

L'article 20 procède à de multiples réorganisations de flux financiers internes à la sphère des administrations de sécurité sociale (ASSO), d'une part en tirant les conséquences nécessaires de la compensation, par l'État, des pertes de

(1) 5,5 millions d'euros en 2014, 167,8 millions d'euros en 2015 et 1,6 milliards en 2017.

recettes que subirait la sécurité sociale en 2017, notamment du fait de la mise en œuvre du pacte de responsabilité et de solidarité ; et d'autre part, en réformant les circuits de financement afin de procéder à diverses simplifications et mises en cohérence entre la nature de la ressource et le risque à couvrir.

L'étude détaillée des mesures de transferts de dépenses concernant le FSV et la rationalisation de son architecture financière est réalisée dans la seconde partie consacrée aux dépenses du présent rapport.

Ces opérations ont pour objectif de neutraliser les effets de compensation qui peuvent entraîner des pertes de recettes pour certaines branches, tandis que d'autres y verront un gain important – ce serait notamment le cas de la branche vieillesse qui bénéficie fortement de la compensation par l'État des exonérations nouvellement compensées en 2017, compte tenu du poids des cotisations portant sur ce risque au sein des dispositifs d'exonération.

Ces réaffectations de recettes donnent lieu à une rationalisation du schéma d'affectation des recettes de la sécurité sociale, **afin de réduire le nombre de branches affectataires de celles-ci en limitant les recettes partagées et en veillant à une meilleure cohérence.**

- *La réaffectation en quasi-totalité des droits de consommation sur les tabacs à l'assurance maladie*

L'affectation des droits de consommation sur les tabacs est actuellement éclatée entre l'assurance maladie, la CNAF, la CNSA, le fonds CMU, les régimes vieillesse et maladie des exploitants agricoles, certains régimes spéciaux, le FCAATA et, depuis les lois financières pour 2016, le régime d'assurance viagère des gérants et débitants de tabac (RAVGDT). Des droits de consommation sur les tabacs, relevant de dispositions légales spécifiques à ce territoire, sont également affectés à la collectivité territoriale de Corse et aux départements de Corse.

Il est proposé, dans l'article 20 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, d'affecter à la CNAMTS l'intégralité de cette taxe, hormis la fraction dédiée au financement du RAVGDT, à hauteur de 29 millions d'euros. Cette mesure vise renforcer encore la logique comportementale de cette taxe, puisque la branche maladie supporte en premier lieu les conséquences en termes sanitaires du tabagisme, en cohérence avec les préconisations du Haut Conseil du financement de la protection sociale ⁽¹⁾.

Afin d'assurer la neutralité de cette réaffectation de recettes pour les actuels bénéficiaires des droits tabacs, plusieurs mesures sont nécessaires :

– un recentrage de la taxe de solidarité additionnelle sur les contrats d'assurance maladie complémentaire (TSA) au profit du fonds CMU ;

(1) *Rapport d'étape sur la clarification et la diversification du financement des régimes de protection sociale (7 juin 2013).*

– la hausse du montant de prélèvement social sur le capital versé au profit de la CNSA, qui s’accompagne du transfert à celle-ci de la part de l’État dans le financement des maisons départementales des personnes handicapées (58 millions d’euros) ;

– la CNAF sera compensée du retrait de l’affectation des droits tabacs par une augmentation de sa quote-part du produit de taxe sur les salaires.

Enfin, le recentrage effectué en faveur de la CNAMTS des recettes inclut la suppression du financement des droits tabacs de la compensation au régime complémentaire obligatoire des exploitants agricoles ⁽¹⁾, cette quote-part étant remplacée par l’affectation de la taxe sur les huiles, *a priori* plus dynamique.

- *Le recentrage des bénéficiaires de la taxe de solidarité additionnelle sur les contrats d’assurance maladie complémentaire (TSA)*

Actuellement affectée au fonds CMU pour une part correspondant à 6,27 % et, pour le solde, partagée entre la CNAF et la CNAMTS, elle sera désormais recentrée et affectée uniquement à la CNAMTS et au fonds CMU, notamment pour compenser la perte des droits tabacs qui sont actuellement affectés à ce dernier.

Les pertes engendrées pour la CNAF seront également compensées dans le cadre de la réaffectation de la quote-part de taxe sur les salaires, **cette dernière étant la principale recette avec la CSG qui demeure partagée entre les différents régimes et les différentes branches.**

- *La contribution sociale de solidarité sur les sociétés (C3S) : un recentrage vers la CNAV*

Le produit de la contribution sociale de solidarité sur les sociétés (C3S) est actuellement réparti entre la CNAV, la CNAMTS et le régime des exploitants agricoles. L’affectation de cette imposition sera simplifiée, via l’affectation de l’intégralité de cette recette à la CNAVTS.

Le schéma suivant tente d’illustrer le mouvement de recentralisation des droits de consommation sur le tabac vers la CNAMTS, ainsi que plus globalement la simplification, toute relative cependant, de l’affectation des recettes entre organismes de sécurité sociale :

(1) Article 9 de la LFSS 2014.

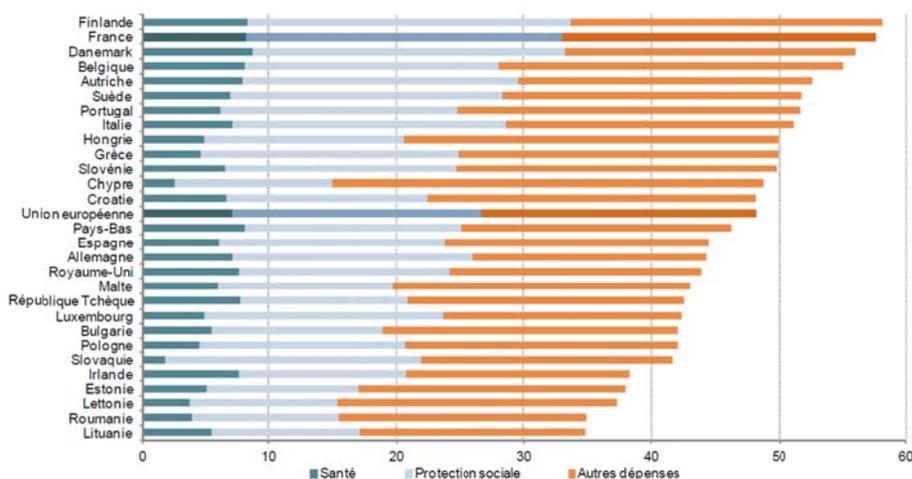
SECONDE PARTIE : LA MAÎTRISE DES DÉPENSES SOCIALES

I. RÉDUIRE LES DÉPENSES SANS RENONCER À LA QUALITÉ DE NOTRE MODÈLE SOCIAL : UN PARI EN PASSE D'ÊTRE RÉUSSI

En comptabilité nationale, les administrations de sécurité sociale (ASSO) regroupent l'ensemble des régimes de base de sécurité sociale, l'assurance chômage, les régimes de retraite complémentaire, les fonds spéciaux concourant au financement des dépenses sociales et le secteur public hospitalier (hors hôpitaux militaires). Elles représentent un poids important dans la dépense des administrations publiques comparativement à la plupart des membres de l'OCDE, puisqu'elles couvrent près de la moitié de la dépense publique totale.

DÉPENSES DES ADMINISTRATIONS PUBLIQUES DANS L'UNION EUROPÉENNE EN 2014

(en % du PIB)



Source : Eurostat.

A. UN ÉTAT DES LIEUX DES DÉPENSES DE SÉCURITÉ SOCIALE

1. Les dépenses des administrations de sécurité sociale croissent moins vite que le PIB en 2015

Les dépenses des administrations de sécurité sociale s'élèvent à 578,5 milliards d'euros en 2015, soit 26,5 % du PIB.

Depuis 1980, les dépenses des administrations de sécurité sociale se sont accrues de près de 7 points de PIB. Cette évolution n'est pas continue sur

l'ensemble de la période, mais résulte de l'alternance de périodes où augmente la part de PIB consacrée aux dépenses des administrations de sécurité sociale (1979-1984, 1990-1993, 1995-1996, 2001-2005, 2007-2014) et de périodes où cette part diminue (notamment 1985-1989, 1997-2000).

Une réduction de la part de PIB consacrée aux dépenses des administrations de sécurité sociale ne signifie toutefois pas que ces dépenses diminuent, mais qu'elles augmentent moins vite que la richesse nationale. C'est le cas en 2015 : les dépenses des administrations de sécurité sociale augmentent de 0,6 %, tandis que le PIB en valeur croît de 1,9 %.

Le montant des dépenses des administrations de sécurité sociale augmente en effet moins vite ces dernières années. Les dépenses croissent donc de + 0,6 % en 2015, après + 2,3 % en 2014, contre une moyenne de + 2,9 % par an de 2010 à 2013 et de + 4,5 % par an de 2000 à 2010. Ce faible accroissement des dépenses en 2015 et 2014 s'explique notamment par la modération des dépenses de retraite et d'assurance maladie, ainsi que par le faible niveau de l'inflation. Ces deux effets viennent contrebalancer la hausse des dépenses d'indemnisation du chômage consécutive à la situation encore dégradée du marché du travail.

En 2016, les administrations de sécurité sociale contribueraient à hauteur de 0,8 point à la croissance de la dépense publique, et cette contribution ne serait plus que de 0,6 point en 2017, du fait du ralentissement des dépenses liées au risque vieillesse.

2. Vue d'ensemble des dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base

Depuis 1996, les objectifs de dépenses et les prévisions de recettes des régimes obligatoires de base sont votés tous les ans par le Parlement dans le cadre de l'examen de la loi de financement de la sécurité sociale. Le champ des lois de financement de la sécurité sociale est plus restreint que celui des ASSO : il n'intègre ni les régimes complémentaires obligatoires, ni le régime de l'assurance chômage, ni les comptes des hôpitaux.

Les dépenses des régimes obligatoires de sécurité sociale sont à 98 % constituées de prestations, qui comprennent les prestations légales et les prestations extralégales.

Les 2 % restant se répartissent entre :

– les **transferts**, qui regroupent notamment les transferts au titre des mécanismes de compensation entre régimes, les prises en charge de cotisations ou de prestations, les dotations aux fonds répertoriés en annexe 8 au projet de loi de financement de la sécurité sociale ;

– les **charges de gestion courante**, qui recouvrent la gestion administrative propre aux caisses, le transfert au fonds national de gestion administrative de l'ACOSS, ainsi que les frais d'assiette et de recouvrement et les frais de gestion de certaines prestations ;

– les **charges financières**, qui correspondent aux dépenses engagées par les régimes habilités à recourir à des ressources non permanentes pour la couverture de leurs besoins de trésorerie ;

– les autres charges, qui recouvrent des dépenses de nature diverse, notamment les charges exceptionnelles, le reste à charge de l'assurance maladie au titre de la couverture maladie universelle complémentaire (ces dépenses étant remboursées de façon forfaitaire par le « fonds CMU ») ou encore d'autres charges techniques.

Les tableaux suivants détaillent, pour la période 2014-2017, les charges des régimes de base et la répartition des prestations par branche.

RÉPARTITION DES CHARGES NETTES DES RÉGIMES DE BASE ET DU FSV PAR TYPE DE DÉPENSES

(en milliards d'euros)

	2014	%	2015	%	Structure 2015	2016 (p)	%	2017 (p)	%
Prestations nettes*	451,9	2,2	454,4	0,6	95,6 %	457,5	0,7	467,5	2,2
<i>Prestations légales nettes</i>	444,4	2,2	446,9	0,6	94,1 %	449,6	0,6	459,4	2,2
<i>Prestations extralégales nettes</i>	5,4	5,1	5,7	5,3	1,2 %	5,9	3,5	6,2	5,6
<i>Autres prestations nettes</i>	2,2	-0,7	1,8	-16,0	0,4 %	2,0	10,1	1,9	-4,7
Transfert nets*	7,3	4,1	7,3	0,5	1,5 %	7,1	-2,1	7,3	1,8
<i>transferts avec d'autres régimes de base</i>	0,4	7,7	0,3	-23,5	0,1 %	0,2	-33,2	0,2	3,8
<i>Transfert avec des fonds</i>	4,6	2,8	4,7	0,4	1,0 %	4,6	-2,3	4,6	1,2
<i>Transferts avec les complémentaires</i>	2,2	6,2	2,3	4,4	0,5 %	2,4	2,1	2,5	2,6
Charges financières	0,1	15,1	0,1	-52,2	0,0 %	0,0	-2,9	0,1	++
Charges de gestion courante	13,4	-2,1	13,1	-1,9	2,8 %	13,2	0,7	12,9	-2,3
Autres charges	0,1	--	0,3	82,6	0,1 %	0,1	-45,3	0,1	-13,0
Charges nettes totales	472,8	2,1	475,1	0,5	100 %	478,0	0,6	487,8	2,1

Source : annexe 4 au PLFSS pour 2017.

RÉPARTITION DES PRESTATIONS LÉGALES PAR BRANCHE

(en milliards d'euros)

	2014	%	2015	%	2016 (p)	%	2017 (p)	%
Prestations de la branche maladie	179,4	2,7	183,6	2,3	187,4	2,1	193,5	3,2
Prestations maladie-maternité	172,7	2,6	176,7	2,3	180,4	2,1	186,3	3,3
Prestations invalidité	6,5	4,2	6,7	2,8	6,8	2,7	7,1	3,3
Prestations décès	0,2	-3,4	0,2	-22,9	0,2	-3,9	0,1	-17,9
Prestations de la branche AT-MP	9,8	1,9	9,9	0,7	10,0	1,4	10,1	1,2
Prestations pour incapacité temporaire	4,2	3,8	4,3	2,4	4,4	3,0	4,6	2,7
Prestations pour incapacité permanente	5,6	0,4	5,5	-0,5	5,5	0,1	5,5	-0,1
Prestations de la branche famille et dotation au logement	39,6	1,3	34,3	-13,3	29,4	-14,4	29,3	-0,2
Allocations en faveur de la famille	18,3	2,4	18,2	-0,3	18,1	-0,7	18,3	1,3
Allocations pour la petite enfance	10,9	-0,4	10,3	-5,8	10,1	-1,5	9,8	-2,6
Autres allocations (logement, personnes handicapées)	10,4	1,3	5,8	-44,0	1,2	-79,8	1,2	-2,2
Prestations de la branche vieillesse	215,6	1,9	219,2	1,7	222,8	1,7	226,4	1,6
Droits propres	188,9	2,1	192,5	1,9	196,1	1,9	199,5	1,7
Droits dérivés	21,6	0,7	21,6	0,1	21,7	0,3	21,8	0,4
Autres prestations (invalidité, veuvage, prime d'ancienneté)	5,1	1,7	5,1	-0,1	5,1	-0,5	5,1	1,3
Ensemble des régimes de base	444,4	2,2	446,9	0,6	449,6	0,6	459,4	2,2

Source : annexe 4 au PLFSS pour 2017.

3. Une trajectoire de dépense satisfaisante et rassurante pour l'ensemble des Français

Depuis 2012, ont été mises en œuvre d'importantes réformes qui ont permis de conjuguer amélioration du service rendu aux assurés sociaux, gestion plus efficace et efficience accrue des dépenses.

L'infléchissement de la croissance des charges depuis cette date est indubitable :

ÉVOLUTION DES CHARGES NETTES DE L'ENSEMBLE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DU FSV ENTRE 2010 ET 2016

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016 Prévision
Charges nettes (milliards d'euros)	427,2	438,5	451,6	463,2	472,8	475	478
Variation (pourcentage)	2,8	2,7	3	2,6	2	0,5	0,6

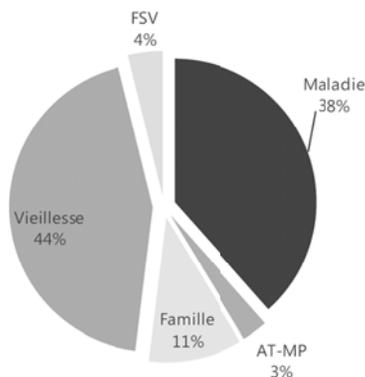
Source : rapports à la Commission des comptes de la sécurité sociale 2012 à 2016.

Le net ralentissement observé en 2015 s'explique par le transfert à l'État du financement intégral de l'aide personnalisée au logement (APL) en contrepartie des baisses de cotisations mises en œuvre dans le cadre du pacte de responsabilité. Sans ce transfert, les charges des régimes et du fonds auraient néanmoins fortement ralenti (+ 1,5 % en 2015). De même, en 2016 la très faible hausse est liée au transfert de l'allocation de logement familiale (ALF) et de la prise en charge des frais mandataires judiciaires, des comptes de la CNAF au budget de l'État en compensation de la deuxième phase du pacte de responsabilité. Sans ces transferts, les dépenses à champ constant auraient augmenté de 1,7 % en 2016, après avoir augmenté de plus de 2 % en 2014.

Cette évolution très contenue des dépenses s'explique aussi par les changements décidés dans le domaine de la politique familiale, et également par les économies réalisées dans le champ de l'ONDAM ainsi que par les réformes menées en matière de retraites.

En effet, eu égard à leur poids et leur dynamisme, ce sont les dépenses d'assurance vieillesse et d'assurance maladie qui contribuent le plus à la croissance des dépenses des régimes de base, comme le montre le graphique ci-après.

RÉPARTITION DES DÉPENSES DES RÉGIMES OBLIGATOIRES EN 2015



Source : Commission des comptes de la sécurité sociale.

Aussi, les mesures volontaristes prises par l'actuelle majorité ont-elles porté pour l'essentiel sur ces deux branches cruciales pour l'avenir de notre système de protection sociale.

Un autre déterminant de la croissance de la masse des prestations versées est l'évolution des taux de revalorisation. Or l'inflation s'inscrit dans une baisse continue depuis 2012 : elle serait quasi nulle en 2016 (+ 0,1 %) et faible en 2017 (+ 0,8 %), et, combiné aux nouvelles modalités de revalorisation décidées par le Gouvernement en 2015, ce facteur a très favorablement joué sur les dépenses différentes branches de la sécurité sociale.

ÉVOLUTION DU TAUX D'INFLATION DEPUIS 2005

(en %)

	Taux d'inflation
2015	0,0
2014	0,5
2013	0,9
2012	2,0
2011	2,1
2010	1,5
2009	0,1
2008	2,8
2007	1,5
2006	1,6
2005	1,8

Source : INSEE.

B. LA BRANCHE MALADIE EN VOIE DE GUÉRISON

Institué par la loi organique du 22 juillet 1996⁽¹⁾, l'objectif national de dépenses d'assurances maladie (ONDAM) est un outil de pilotage annuel des dépenses de santé qui couvre les trois quarts d'entre elles. L'ONDAM ne retrace donc pas la totalité des dépenses de santé : son champ est globalement celui des remboursements de la sécurité sociale.

À partir de 2010, et à l'exception de 2013, l'objectif voté s'est progressivement ralenti, et cette trajectoire a été systématiquement respectée en exécution.

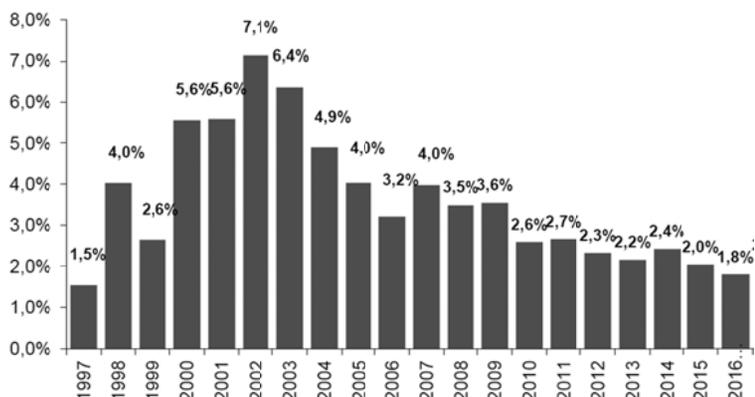
Les modalités de construction de l'ONDAM reposent sur l'application d'un taux d'évolution cible à une assiette, constituée de la prévision d'exécution de l'ONDAM de l'année précédente et corrigée de l'impact des mesures qui ont une incidence sur le périmètre des dépenses prises en considération. Ce taux, global et décliné par sous-objectif, visé par la loi de financement est défini à partir d'un taux d'évolution tendancielle, dont sont déduits des montants d'économies à rechercher.

1. La progression des dépenses d'assurance maladie freinée par le respect d'un ONDAM historiquement bas

Le tableau suivant permet de constater le chemin parcouru, depuis la création de cet outil de pilotage, en matière de maîtrise des coûts de l'assurance maladie.

(1) Loi organique n° 96-646 du 22 juillet 1996 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

HISTORIQUE DE L'ÉVOLUTION DE L'ONDAM DEPUIS 1997

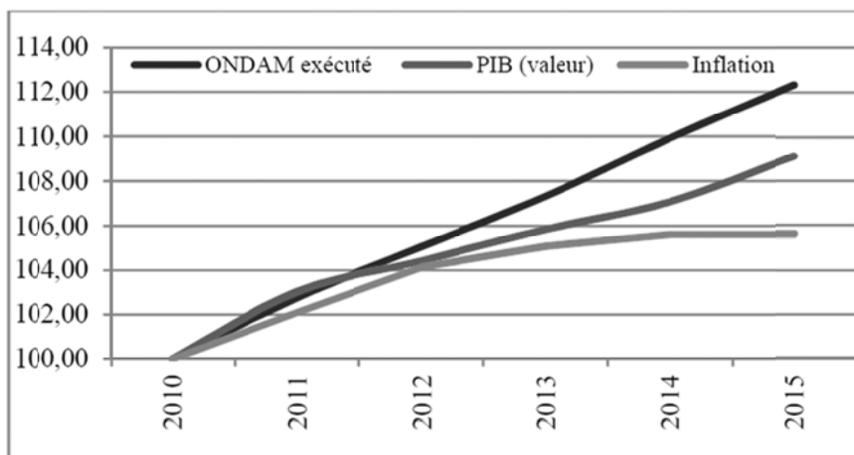


Source : dossier de presse du PLFSS pour 2017.

Alors que lors du précédent quinquennat l'évolution moyenne de l'ONDAM s'est établie à 2,9 %, la moyenne serait, pour les années 2012 à 2017, de 2,1 % seulement.

S'il convient de se féliciter des efforts accomplis dans la maîtrise de l'accroissement des dépenses de santé, la Cour des comptes rappelle régulièrement que les dépenses dans le champ de l'ONDAM augmentent plus fortement que le PIB.

ÉVOLUTION DE L'ONDAM EXÉCUTÉ, DU PIB ET DE L'INFLATION ENTRE 2010 ET 2015



Source : Cour des comptes.

a. L'ONDAM 2015 s'établit finalement à 181,8 milliards d'euros, soit une progression de 2,04 %

L'ONDAM fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 s'élevait à 182,3 milliards d'euros. Cette enveloppe correspondait à un taux de progression (+ 2,1 %) en recul par rapport aux années précédentes. Elle intégrait la première étape du plan ONDAM 2015-2017 visant à réaliser 10 milliards d'euros d'économies.

L'ONDAM 2015 a été révisé à 181,9 milliards d'euros (+ 2,05 %) dans la partie rectificative de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, correspondant à une sous-exécution de 425 millions d'euros par rapport au taux d'accroissement de 2,1 %. Le rapport de la Cour des comptes a confirmé cette hypothèse, constatant même un infléchissement supplémentaire des dépenses de l'ordre de 80 millions d'euros, soit une dépense finale de 181,8 milliards d'euros (+ 2,04 %), montant confirmé par l'article 1^{er} du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale.

i. Les soins de ville présentent toujours une dynamique forte

Même si les dépenses de soins de ville ont moins augmenté qu'en 2014 (+ 2,5 % contre + 3 %), leur progression a dépassé l'objectif rectifié de la loi de financement pour 2016 à hauteur de 0,4 point, soit 230 millions d'euros. Les dépenses de soins de ville continuent d'être principalement tirées à la hausse par les honoraires des professionnels médicaux et paramédicaux.

(en millions d'euros)

	2014 (périmètre 2015)	2015	Variation	Variation	Participation à la hausse
Honoraires paramédicaux	10 996	11 457	+ 462	+ 4,2 %	22,9 %
Honoraires médicaux	17 416	17 835	+ 419	+ 2,4 %	20,8 %
Indemnités journalières	10 058	10 392	+ 334	+ 3,3 %	16,6 %
Remises conventionnelles	- 1 146	- 851	+ 295	+ 25,7 %	14,6 %
Dispositifs médicaux	5 934	6 215	+ 281	+ 4,7 %	13,9 %
Cotisations PAM	2 594	2 786	+ 192	+ 7,4 %	9,5 %
Transports des malades	4 122	4 264	+ 142	+ 3,4 %	7,0 %
Honoraires des dentistes	3 392	3 502	+ 110	+ 3,2 %	5,4 %
Autres dépenses	943	957	+ 14	+ 1,5 %	0,7 %
Biologie	3 404	3 412	+ 8	+ 0,2 %	0,4 %
Médicaments	23 404	23 164	- 240	- 1,0 %	- 11,9 %
Total soins de ville	81 118	83 133	+ 2 015	+ 2,5 %	100 %

Source : Cour des comptes d'après les données de la direction de la sécurité sociale.

Comme en 2014, le respect du nouveau montant prévisionnel de l'ONDAM 2015 a nécessité la mise en œuvre de mesures de régulation infra-annuelles consistant en des gels de dépenses déjà mises en réserve en début d'année (les réserves ont représenté pour 2015 0,3 % de l'ONDAM) ou en des

mises en réserve supplémentaires, appelées « surgels », ultérieurement rendus définitifs. Sur le seul périmètre des établissements de santé et des établissements médico-sociaux, le montant des dotations définitivement supprimées s'est élevé à **736 millions d'euros**.

ii. L'ONDAM hospitalier

Les dépenses figurant au sein des sous-objectifs afférents à l'activité des établissements de santé se sont élevées à 76,4 milliards d'euros soit une augmentation de + 1,8 % par rapport à 2014, légèrement inférieure à celle de cette même année (+ 2,0 %). La légère sous-exécution par rapport à l'objectif rectifié par la LFSS pour 2016, est liée au gel définitif de certaines dotations en fin d'année.

L'impact de cette baisse des concours de l'assurance maladie sur le déficit hospitalier n'est pas neutre. En 2015, d'après les données provisoires des comptes financiers des hôpitaux publics, le déficit total atteint **411 millions d'euros**, soit 0,6 % de leurs produits, un taux relativement modéré par rapport à un budget de 75 milliards d'euros. Le déficit cumulé des établissements déficitaires se détériore pour s'établir à 807 millions, contre un déficit cumulé de 548 millions d'euros en 2014, **les déficits se concentrant cependant sur un nombre moins élevé d'établissements que par le passé**. La moitié du déficit serait en effet imputable à 25 établissements en 2015 contre 40 en 2014⁽¹⁾. Quant aux établissements excédentaires, leur excédent cumulé s'améliore et s'établit à près de 400 millions d'euros en 2015, contre 339 millions d'euros en 2014.

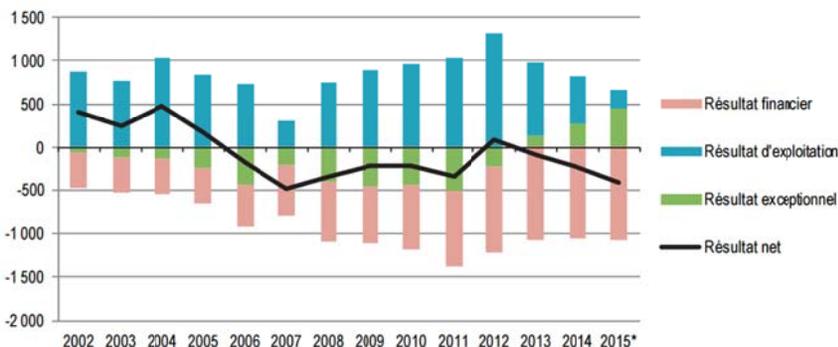
Cette détérioration du solde souligne la nécessité pour les établissements publics de santé de dégager des efforts de productivité suffisants pour compenser le ralentissement des concours de l'assurance maladie.

Le niveau du déficit des hôpitaux publics reste cependant, sur la période, moindre que celui constaté entre 2006 et 2011, comme en témoigne le graphique ci-dessous :

(1) Les établissements les plus endettés étant ceux de Nancy, Nice et Marseille.

DÉCOMPOSITION DU RÉSULTAT DES HÔPITAUX PUBLICS ENTRE 2002 ET 2015

(en millions d'euros)



*Données provisoires.

Source : Les dépenses de santé en 2015, DREES.

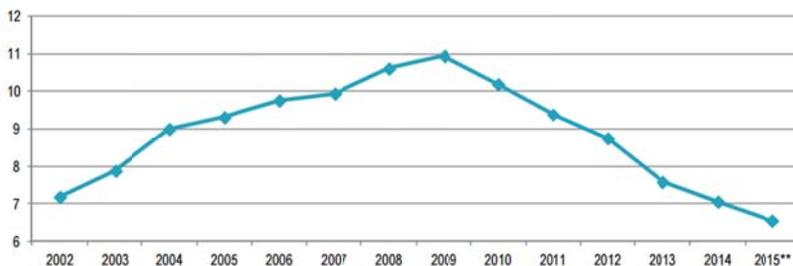
Le Rapporteur souligne par ailleurs l'effort de maîtrise des dépenses de personnel réalisé par les établissements hospitaliers. Celles-ci n'ont crû que de 1,75 % en 2015 contre 2,7 % en 2014.

En ce qui concerne les investissements hospitaliers, ils ont représenté 4,4 milliards d'euros en 2015 et la part des dépenses d'investissement rapportées aux produits continue de baisser depuis 2010 comme demandé dans le cadre de la stratégie nationale d'investissement. Elle s'établit à 6,6 % en 2015 contre 7,1 % en 2014. Cette part atteignait 10,9 % en 2009.

L'effort d'investissement a été très soutenu jusqu'en 2010 sous l'impulsion de plans nationaux d'investissements (plan Hôpital 2007 et plan Hôpital 2012). Parallèlement à la diminution de l'effort d'investissement, **la progression de l'encours de la dette des hôpitaux publics ralentit encore pour atteindre 29,7 milliards d'euros en 2015.**

ÉVOLUTION DE L'EFFORT D'INVESTISSEMENT DES HÔPITAUX PUBLICS (2002-2015)

(en pourcentage des produits)



Source : DREES.

En définitive, les dépenses qui connaissent les hausses les plus élevées en 2015 sont, comme en 2014, celles pour lesquelles l'effet volume est prépondérant et n'est pas atténué par une baisse des prix, comme c'est le cas pour les dépenses de médicament.

b. L'ONDAM 2016 devrait être exécuté conformément aux prévisions

Fixé à **185,2 milliards d'euros** dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 (+ 1,8 %), l'ONDAM 2016 devrait, selon la Commission des comptes de la sécurité sociale et le dernier avis du Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie ⁽¹⁾, pouvoir être respecté.

Il convient cependant de signaler le risque d'une nouvelle surexécution du sous-objectif « soins de ville », de l'ordre de 245 millions d'euros, provenant essentiellement d'une dynamique des volumes d'actes et de prescriptions plus élevée que prévue. Les mécanismes de régulation du médicament introduits en loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 et la diminution de l'ONDAM médico-social à 18 milliards d'euros (au lieu de 18,2 milliards d'euros) devraient toutefois permettre de minorer ce dépassement, tout comme un rendement des remises pharmaceutiques plus élevé que prévu.

Quant aux risques sur l'ONDAM hospitalier, ils s'élèvent à 500 millions d'euros, mais ce dépassement serait gagé par des réserves prudentielles à hauteur de 300 millions d'euros (sur les 558 millions d'euros mis en réserve en début d'année) et pour 200 millions d'euros par les mesures complémentaires du présent PLFSS. **L'article 3** prévoit en effet un prélèvement de 150 millions d'euros sur les fonds de roulement de l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) et de 50 millions d'euros sur le fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) afin de financer le fonds de modernisation des établissements publics et privés (FMESPP), en substitution de crédits de l'ONDAM.

(1) Avis du Comité d'alerte n° 2016-3 du 12 octobre 2016.

RÉALISATIONS PRÉVISIONNELLES DANS LE CHAMP DE L'ONDAM EN 2016

(en milliards d'euros)

	Constat 2015	Base 2016 réactualisée (1)	Objectifs 2016 arrêtés	Prévisions (2)	Taux d'évolution (2/1)	Écart à l'objectif arrêté
ONDAM TOTAL	181,8	181,8	185,2	185,2	1,8 %	0,0
Soins de ville	83,1	83,1	84,3	84,6	1,8 %	0,2
Établissements de santé	76,4	76,4	77,9	77,9	2,0 %	0,0
Établissements et services médico-sociaux	17,7	17,7	18,2	18,0	1,6 %	- 0,2
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,7	8,7	8,9	8,8	1,2 %	- 0,1
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	9,1	9,1	9,3	9,2	2,0 %	- 0,1
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,0	3,0	3,1	3,1	0,1 %	- 0,0
Autres prises en charge	1,6	1,6	1,7	1,6	2,8 %	- 0,1

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2016.

Le Rapporteur est parfaitement conscient des aléas qui pèsent par définition sur le respect des trajectoires de dépenses de santé, dont l'évolution dépend de comportements très difficilement prévisibles. Ainsi, après des dépenses de soins de ville exceptionnellement dynamiques au premier semestre 2016, celles-ci ont très fortement ralenti au second semestre.

Cette relative tension sur l'ONDAM 2016 démontre en tout cas que l'objectif d'économies fixé en deçà de 2 % est particulièrement ambitieux. Le respect d'une évolution à 1,8 % en 2016 a nécessité des efforts de régulation et de maîtrise des dépenses très importants qu'il convient de mettre au crédit de l'actuelle majorité.

2. Les mesures de maîtrise médicalisée des dépenses mises en œuvre depuis 2012 sur le champ de l'ONDAM...

Puisque le respect de l'ONDAM est largement garanti par un certain nombre de dispositifs législatifs dont la mise en œuvre est renvoyée au cadre conventionnel, le Rapporteur souhaite retracer les principaux outils qui ont permis depuis 2012 le respect d'objectifs de dépenses contraignants et ambitieux. Ces outils s'organisent autour de trois axes principaux :

- la maîtrise des prix des produits de santé et le développement des génériques ;
- la pertinence et le bon usage des soins ;
- la qualité et l'efficacité de la dépense hospitalière.

Le tableau suivant récapitule les différentes mesures qui ont été présentées lors du dépôt des différents projets de loi de financement de la sécurité sociale par l'actuelle majorité, en intégrant les prévisions pour 2017 :

**LISTE DES MESURES D'ÉCONOMIES ENVISAGÉES DANS LE CHAMP DE L'ONDAM
ENTRE 2012 ET 2017**

(en millions d'euros)

	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Mesure d'économies sur les produits de santé ou les dispositifs médicaux (ville + hôpital)	1 026	1 080	1 065	1 045	1 430	5 646
Virage ambulatoire	225		370	465	640	1 700
Pertinence et bon usage des soins	605	730	1 155	940	865	4 295
Efficacité de la dépense hospitalière	507	440	520	690	845	3 002
Lutte contre les fraudes	50		75			125
Divers (reports, abondements exceptionnels, ...)		160		270	270	700
TOTAL	2 413	2 410	3 185	3 410	4 050	15 468

Source : commission des finances, à partir des dossiers de presse des projets de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 à 2017.

a. Les mesures d'économies sur les produits de santé ou les dispositifs médicaux

Par leur ampleur, les mesures prises par le Gouvernement pour infléchir le prix des produits de santé ont représenté le levier d'action le plus efficace dans le respect de la trajectoire des dépenses de santé.

En la matière, le Comité économique des produits de santé (CEPS), principalement chargé de fixer les prix des médicaments et les tarifs des dispositifs médicaux à usage individuel pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, joue un rôle fondamental.

Pour mener ces actions, le comité conclut avec les entreprises des conventions portant sur le prix des médicaments et son évolution, sur les remises, sur les engagements des entreprises concernant le bon usage des médicaments et les volumes de vente, ou sur les modalités de participation des entreprises à la mise en œuvre des orientations ministérielles.

Outre ce travail permanent de recherche de la meilleure efficacité possible de la politique du médicament, deux mécanismes spécifiques de régulation des dépenses afférentes ont été mis en œuvre par l'actuelle majorité.

La refonte du taux « K »

Afin d'impliquer plus fortement l'industrie pharmaceutique dans l'effort de limitation des dépenses de médicaments, la LFSS pour 1999 a prévu le versement par les entreprises pharmaceutiques d'une contribution dite de la « clause de sauvegarde ». Ce versement est activé lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé par l'ensemble des entreprises assujetties augmente au-delà d'un taux, dit « taux K » jusqu'en 2014 et taux « L » à partir de 2015, par rapport à l'année précédente. Les remises conventionnelles sont exonératoires de cette contribution. Pour avoir cet effet, elles doivent néanmoins atteindre depuis 2015 80 % du montant de la contribution due au titre de la clause de sauvegarde. Depuis 2008, le « taux K » n'avait plus été atteint, ce qui met en évidence un décalage entre les taux fixés et les objectifs du Gouvernement en termes de stabilité de la dépense de médicaments. Le taux « L » a ainsi été fixé par la LFSS pour 2015 à - 1 % (contre un taux « K » de + 0,4 % en 2014), ce qui renforce ainsi les mécanismes de régulation en vigueur en garantissant le rendement.

La création d'une contribution au titre des médicaments contre l'hépatite C

La LFSS pour 2016 a créé une contribution à la charge des entreprises commercialisant les traitements contre l'hépatite C, qui se déclenche lorsque les deux conditions suivantes sont remplies :

- la somme des chiffres d'affaires (hors taxe) issus de l'exploitation des médicaments destinés au traitement de la pathologie est supérieure à un seuil fixé à 450 millions d'euros, le « montant W », réévalué à 600 millions d'euros dans le cadre du PLFSS pour 2017 ;
- le taux de croissance des chiffres d'affaires est supérieur à 10 %.

Dès lors que les deux conditions cumulatives de seuil et de croissance du chiffre d'affaires sont remplies, les entreprises concernées doivent s'acquitter d'une contribution progressive dont le montant total dépend de l'écart constaté avec le montant de l'enveloppe dédiée au financement de ces médicaments. Chaque entreprise est, en principe, redevable d'une part de la contribution déterminée au prorata de son chiffre d'affaires, dans la limite d'un plafond représentant 15 % de son chiffre d'affaires.

La mise en œuvre de ces mécanismes illustre le caractère davantage contraignant que par le passé de l'encadrement des dépenses de médicaments. Ils constituent un puissant levier pour garantir la maîtrise des dépenses de santé.

La quasi-totalité des laboratoires pharmaceutiques choisissent cependant l'alternative qui leur est proposée de conclure des conventions avec le CEPS plutôt que de se voir appliquer la clause de sauvegarde. Le tableau ci-dessous retrace l'évolution entre 2007 et 2015 des remises conventionnelles, exprimées en millions d'euros, versées par les entreprises pharmaceutiques :

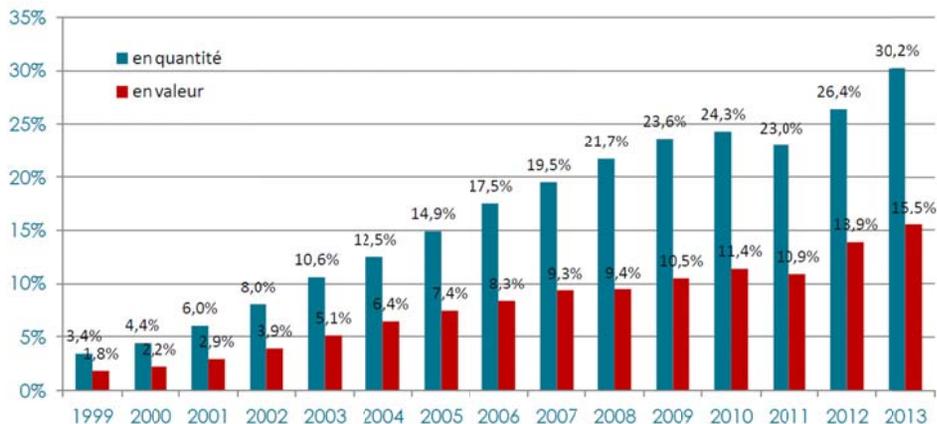
(en millions d'euros)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Remises nettes totales	359	260	236	272	333	328	418	517	555

Source : CEPS.

L'accent a également été mis sur la promotion des médicaments génériques et biosimilaires. Le lancement en mars 2015 d'un plan national de promotion des génériques, a fixé comme objectif d'augmenter en volume la prescription de 5 points dans le répertoire, sur trois ans, ce qui représente une économie substantielle de l'ordre de 350 millions d'euros.

ÉVOLUTION DE LA PART DES GÉNÉRIQUES DANS LE MARCHÉ DES SPÉCIALITÉS REMBOURSABLES



Source : ANSM, Analyse des ventes de médicaments en France en 2013, juin 2014.

Par ailleurs, en janvier 2016, un nouvel accord-cadre entre le CEPS et les industries du médicament a été signé. Ce nouvel accord triennal constitue l'un des outils essentiels de la politique du médicament menée par le Gouvernement et montre la priorité donnée aux relations conventionnelles avec les industriels, notamment pour la régulation des dépenses.

Ce nouvel accord-cadre est placé sous le signe de la « préférence conventionnelle » : dans la mesure du possible, le Gouvernement s'engage à consulter ses partenaires industriels quand un médicament très coûteux pour les finances publiques arrive sur le marché, afin de trouver une solution négociée. Désormais, un « comité de pilotage de la politique conventionnelle » (CPPC) réunira les acteurs de l'industrie et du Gouvernement afin d'échanger des données et surtout des prévisions sur les nouveaux anticancéreux, anti-Alzheimer et antidiabétiques qui pourraient changer la donne budgétaire.

b. La pertinence et le bon usage des soins

Les actions en la matière consistent à encourager et accompagner l'évolution des comportements en termes de prescriptions et de consommation des soins en ville ainsi qu'à l'hôpital (actes interventionnels non indiqués, examens d'imagerie déjà réalisés, prescriptions médicamenteuses inutiles, admissions en soins de suite et de réadaptation non justifiées, hospitalisations inadéquates par rapport à une intervention en ambulatoire...). Ces efforts de rationalisation ont été très tôt entrepris par l'assurance maladie⁽¹⁾, mais l'aggravation du déficit ces dix dernières années en a accru l'importance.

Ces actions de maîtrise médicalisée s'appuient sur la diffusion des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, validées par la Haute Autorité de santé (HAS), et sur le déploiement de campagnes d'accompagnement des praticiens, menées par les délégués de l'assurance maladie (DAM) et les praticiens-conseils.

Certaines actions mobilisent le levier de la rémunération à travers la révision des tarifs conventionnels et la détermination des conditions d'attribution de forfaits ou de primes conditionnées à l'atteinte d'objectifs de santé publique dites « rémunérations à la performance ». Inspirée du contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) introduit en juillet 2009 sur la base du volontariat des médecins traitants libéraux (16 000 médecins y ont adhéré), la rémunération sur objectifs de santé publique a été progressivement généralisée aux médecins traitants puis à de nombreuses spécialités.

Ce dispositif établit des « indicateurs de qualité de la pratique médicale », portant sur la prescription des médicaments dans le répertoire des génériques, sur la proportion de patients traités selon les recommandations de bonnes pratiques et selon les résultats de leurs examens, sur la couverture vaccinale, la participation des patients aux dépistages.

D'autres mesures consistent à réguler les prescriptions au moyen de la diffusion de référentiels (actes de masso-kinésithérapie), des fiches-repères (durées recommandées d'arrêts de travail) ou encore en conditionnant leur prise en charge à l'avis du service médical : c'est le cas des procédures de demande d'accord préalable (DAP), de mise sous objectif (MSO) ou encore de mise sous accord préalable (MSAP) prévues par le législateur et que mobilise l'assurance maladie pour cibler les praticiens aux écarts de pratiques.

(1) *Le principe de maîtrise médicalisée, qui vise une optimisation des dépenses de soins par l'amélioration qualitative du système de soins, a été réaffirmé par la loi de réforme du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.*

BILAN DES ÉCONOMIES RÉALISÉES DANS LE CADRE DES MESURES DE MAÎTRISE MÉDICANISÉE MISES EN ŒUVRE ENTRE 2012 ET 2015

(en millions d'euros)

Année d'exercice	2012	2013	2014	2015
Prescriptions				
Médicaments				
Antibiotiques	24	42	38	12
Hypocholes térolémiantes	38	82	49	73
Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)	18	–	–	–
Anxio-hypnotiques	3	3	3	8
Anti-hypertension artérielle (Anti-HTA)	43	28	69	50
Anti-agrégants plaquettaires (AAP)	62	39	46	16
Antidépresseurs	25	31	12	16
EPO	8	36	17	11
Anti-TNF	–	3	18	35
Anticoagulants oraux (AOD)	–	–	–	0
Hors AMM				0
Antidiabétiques	–	–	96	65
latrogénie	–	–		54
Hépatite C	–	–		10
DMLA	–	–		1
Médicaments d'exception / Médicaments onéreux	–	–		1
Dispositifs médicaux	32	30	26	25
Arrêts de travail (indemnités journalières)				
Dont prescriptions praticiens libéraux	180	78	0	25
Dont prescriptions hospitalières	20	22	4	28
Transports				
Dont prescriptions praticiens libéraux	27	40	11	14
Dont prescriptions hospitalières	73	112	45	33
Masseurs-kinésithérapeutes	31	49	0	65
Biologie	9	7	26	56
Autres actes			–	1
Total des économies réalisées	593	602	460	599
Objectif	550	550	600	700
Taux d'atteinte de l'objectif	108 %	109 %	77 %	86 %

Source : Réponse aux questionnaires parlementaires.

c. Efficacité de la dépense hospitalière

La rationalisation de la dépense hospitalière repose tout d'abord sur le développement de la chirurgie ambulatoire, qui recouvre les hospitalisations de moins de 12 heures sans hébergement de nuit, réalisées avec une qualité et une sécurité des soins équivalentes à celles des hospitalisations conventionnelles.

Source d'efficience (en termes de qualité et de sécurité des soins, de satisfaction du patient ou encore de modernisation des établissements de santé) et d'économies substantielles pour l'assurance maladie, le développement de la chirurgie ambulatoire a été notable depuis une quinzaine d'années. Selon une analyse de la Commission des comptes de la sécurité sociale ⁽¹⁾, les économies réalisées sont de quatre types : réductions d'effectifs de nuit et de week-end (35 % des économies réalisées), baisse des charges liées à la réduction des capacités en hospitalisation complète (19 %), gains de productivité permettant une réduction de la masse salariale (14 %) et réorganisation territoriale des capacités (32 %).

Dans le cadre du plan d'économies de l'assurance maladie de 10 milliards d'euros, des économies à hauteur de 400 millions d'euros sont attendues résultant de l'atteinte d'un taux de chirurgie ambulatoire supérieur à 50 % à l'horizon 2017.

En 2014, la chirurgie ambulatoire représentait déjà 45 % des interventions en France, soit une progression significative de + 1,8 point par an depuis 2007.

ÉVOLUTION DU TAUX GLOBAL DE CHIRURGIE AMBULATOIRE AU NIVEAU NATIONAL ENTRE 2007 ET 2014

2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
32,3 %	33,6 %	36,2 %	37,8 %	39,5 %	40,8 %	42,7 %	44,6 %

Source : Les chiffres clés de l'offre de soins en 2015, DGOS.

Le ralentissement des dépenses hospitalières passe également par la recherche d'une meilleure efficience dans le mode de financement des établissements. La tarification à l'activité (T2A) est aujourd'hui le mode de financement privilégié des établissements de santé, publics et privés pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO).

Lancée en 2004 dans le cadre du plan « Hôpital 2007 », elle repose sur une logique de mesure de la nature et du volume des activités. Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) classe le séjour de chaque patient au sein d'un « groupe homogène de malades » (GHM) auquel est associé un « groupe homogène de séjour » (GHS). Ceux-ci conditionnent le tarif de prise en charge par les régimes d'assurance maladie.

(1) « La chirurgie ambulatoire », fiche éclairage publiée dans le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2015.

Un nombre important de missions assurées par les établissements publics et les établissements privés à but non lucratif reste toutefois financé par les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation interne (MIGAC). Ces financements concernent en fait les activités difficilement identifiables par patient (actions de prévention, dépistage, par exemple) ou nécessitant une permanence quel que soit le niveau effectif d'activité, comme le SAMU ou le centre anti-poison.

Enfin, certains médicaments onéreux et dispositifs médicaux sont pris en charge en sus des tarifs de prestations. Ces listes font l'objet de mises à jour régulières, et sont arrêtées par le ministre, sur recommandations du conseil de l'hospitalisation.

Même si elle a permis de répondre aux dysfonctionnements du précédent système de tarification (les services hospitaliers étaient obligés de rationner les interventions voire de les reporter pour avoir consommé la totalité de l'enveloppe avant la fin de l'année), la T2A, tout en incitant à la réduction des séjours hospitaliers, possède un effet inflationniste indéniable sur le nombre d'actes (consultations, radios, analyses...) et prend mal en compte la qualité. Elle a aussi entraîné une explosion du travail administratif face à la complexification des « codes » servant à décrire l'activité hospitalière. Depuis, des aménagements ont été instaurés : les parcours des patients, l'isolement de certaines activités et la qualité des soins prodigués dans le calcul des ressources attribuées aux hôpitaux sont mieux pris en compte.

Par ailleurs, la ministre des affaires sociales et de la santé a confié en novembre 2015 au docteur Olivier Véran le pilotage d'une mission sur l'évolution du mode de financement des établissements de santé. Dans son rapport d'étape présenté le 25 mai dernier, le comité émet des propositions applicables à court terme visant à faire évoluer le financement hospitalier, notamment par la mise en place d'une dotation modulée à l'activité pour les hôpitaux, les services de soins de suite et de réadaptation (SSR) ainsi que les unités de soins critiques et de soins palliatifs. Certaines de ces recommandations figurent d'ores et déjà au sein des **articles 44 et 45** du présent projet de loi.

3. ... n'ont pas empêché l'amélioration des droits des assurés sociaux

Le ralentissement des dépenses de santé ne s'est pas fait par l'amoindrissement de la qualité de notre système de santé, bien au contraire, et encore moins par l'affaiblissement de la protection qu'il doit offrir, notamment aux plus vulnérables.

a. L'augmentation de la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie obligatoire

L'amélioration de l'accès aux soins passe tout d'abord par un reste à charge supportable pour les ménages, afin que celui-ci ne soit pas une cause de renoncement aux soins.

Or, en l'espèce, pour la quatrième année consécutive, la part des dépenses de santé supportée par les ménages a diminué. Elle était de 9,3 % en 2011, elle s'établit aujourd'hui à 8,4 %, un niveau historiquement bas. Cette dernière évolution traduit un effort financier soutenu de la collectivité puisque le poids des prises en charge par l'assurance maladie dans le PIB s'est accru de plus de 0,9 point en 15 ans.

Le tableau suivant retrace l'ensemble des mesures dont la finalité était, jusqu'en 2011, d'augmenter la participation financière des usagers :

MESURES D'AUGMENTATION DE LA PARTICIPATION DES MÉNAGES (2004-2011)

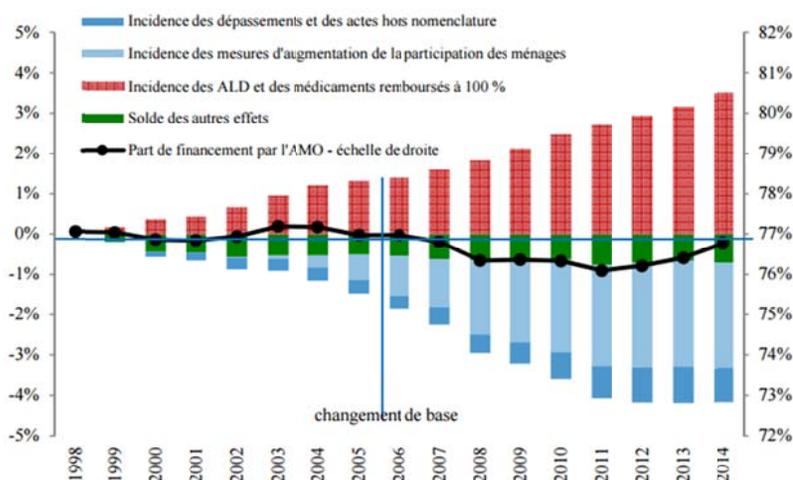
(en millions d'euros)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Hausse du forfait hospitalier de 2,33 euros	+ 180							
Rétablissement du ticket modérateur (TM) sur les dépenses de transport et de soins paramédicaux consécutifs à un acte « lourd »	+ 200							
Participation de 1 euro par consultation de médecin et analyse de biologie		+ 430						
Hausses du forfait hospitalier de 1 euro en 2005, 2006 et 2007		+ 120	+ 120	+ 120				
Majoration du TM pour les consultations en dehors du parcours de soins coordonné (PSC)			+ 100					
Extension de la participation de 1 euro à la consultation externe des hôpitaux et hausse du plafond journalier à 4 euros				+ 50	+ 100			
Participation forfaitaire de 18 euros mise en place à l'hôpital puis en ville				+ 50	+ 100			
Augmentation de 10 points de la majoration du TM hors PSC					+ 150			
Franchise sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires					900			
Augmentation de 20 points de la majoration du TM hors PSC						+ 150		
Hausse de 2 euros du forfait hospitalier							+ 160	
Baisse du taux de remboursement des dispositifs médicaux de la liste des produits et prestations (LPP) (30 %)								+ 100
Hausse du seuil d'application de la participation forfaitaire de 18 euros								+ 100
Total	+ 380	+ 550	+ 220	+ 220	+ 1 250	+ 150	+ 160	+ 200

Source : Cour des comptes, septembre 2016.

Depuis 2012, l'évolution du partage de financement des dépenses de santé entre l'assurance maladie obligatoire et les ménages est presque uniquement liée, par effet de structure, à l'augmentation du nombre de patient en « affection de longue durée » (ALD) ⁽¹⁾ et aux médicaments remboursés à 100 %. La part de l'assurance maladie obligatoire a ainsi augmenté de 0,8 point entre 2011 et 2014, nonobstant l'évolution des taux individuels de prise en charge, durablement affectés par les mesures intervenues avant 2012. Cette tendance s'est poursuivie en 2015 avec une augmentation supplémentaire de 0,2 point de la part de l'assurance maladie obligatoire.

PRINCIPAUX FACTEURS D'ÉVOLUTION DE LA PART DES DÉPENSES DE SANTÉ PRISE EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE



Note de lecture : en 2012, la part des dépenses de santé financée par l'assurance maladie obligatoire était de 76,1 %. Entre 1998 et 2012, les ALD et les médicaments remboursés à 100 % ont contribué à accroître cette part de 2,9 points, tandis que les mesures d'augmentation de la participation des ménages et les dépassements ont contribué à la réduire respectivement de 2,6 points et de 0,9 point.
Source : Cour des comptes.

Ce dernier graphique illustre l'importance du facteur « ALD » dans l'évolution de la part de financement par l'assurance maladie. Comme l'a fait remarquer la Cour des comptes, ce constat implique une hétérogénéité croissante des niveaux de prise en charge selon les types de soins et les catégories d'assurés ⁽²⁾.

(1) Les patients en ALD présentent des dépenses remboursables plus de six fois supérieures en moyenne à celles des autres assurés. Ils bénéficient de taux de remboursement moyens très supérieurs à ceux des autres assurés, en raison non seulement de l'exonération du ticket modérateur dont ils bénéficient pour les dépenses en rapport avec leur affection, mais aussi du fait d'un recours plus fréquent à des soins ou à des produits mieux pris en charge (hospitalisation et médicaments coûteux remboursés à 100 %).

(2) La Cour donne l'exemple, en soins de ville, d'une même fourchette de dépense opposable comprise entre 1 200 et 1 500 euros annuels qui a donné lieu à un taux de remboursement moyen de 81 % pour les assurés en ALD et de seulement 64 % pour les autres assurés.

Le Rapporteur estime cependant qu'une prise en charge renforcée des patients les plus gravement malades n'est pas en contradiction avec l'objectif d'universalité assigné à notre système de protection sociale. Par ailleurs, comme l'a fait remarquer le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés lors de son audition par le rapporteur, les affections chroniques ont statistiquement vocation à toucher 80 % des Français.

b. L'amélioration continue de l'accès aux soins pour les plus fragiles

Dans le cadre du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté, lancé par le Premier ministre en janvier 2013, le plafond de revenus ouvrant droit à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), ainsi que celui permettant de bénéficier de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) ont été exceptionnellement relevés de 7 %. Plus de 5 millions de personnes sont désormais bénéficiaires de la CMU-C, dont le panier de soins a par ailleurs été considérablement élargi en matière d'optique et d'audioprothèses.

Depuis le 1^{er} juillet 2015, les bénéficiaires de l'ACS qui ont souscrit un contrat sélectionné bénéficient déjà du tiers payant intégral et de l'exonération du paiement des participations forfaitaires et des franchises.

En outre, la loi « santé »⁽¹⁾ a prévu l'extension du tiers payant pour la part de l'assurance maladie d'ici à la fin de l'année 2017 pour les quelques 15 millions de Français pris en charge à 100 % (femmes enceintes, personnes en maladie de longue durée ou atteintes d'une affection professionnelle...) qui ne devraient plus rien avoir à déboursier chez leur médecin à partir du 31 décembre 2016.

Enfin, votée dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, la protection universelle maladie (PUMa) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016. Elle permettra de simplifier les démarches des Français pour garantir la continuité de leur protection sociale, lors d'un changement de situation matrimoniale ou professionnelle. S'inscrivant dans cette logique d'universalisation de la protection maladie, la suppression progressive du statut d'ayant droit parachève l'ambition de donner à chaque citoyen un droit individuel à la prise en charge de ses frais de santé par l'assurance maladie.

L'ensemble de ces mesures s'inscrivent dans une démarche volontariste d'accès effectif aux soins engagée depuis le début de la présente législature et que le Rapporteur tenait à rappeler.

C. LA BRANCHE VIEILLESSE EXCÉDENTAIRE PERMET DE MENER UNE POLITIQUE PLUS JUSTE

Les articles 1^{er} et 4 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale rectifient le solde de la branche vieillesse respectivement à + 0,2 milliard d'euros au titre de 2015 et + 1,2 milliard d'euros au titre de 2016. Ces résultats remarquables sont le fruit, sur le volet dépenses, d'un travail de maîtrise des différents paramètres qui influent sur le dynamisme des charges de la branche.

(1) Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

1. Les déterminants des dépenses de la branche vieillesse

Le PLFSS pour 2017 rectifie les dépenses de la branche vieillesse pour 2015 à 223,6 milliards d'euros. Parmi ces dépenses, les prestations servies ont représenté 219,2 milliards d'euros, soit 98 % des dépenses de la branche, les 2 % restant représentant les transferts, les charges de gestion ou les charges financières. Le montant des prestations versées s'est accru de seulement 1,7 % par rapport à l'année 2014 (contre 1,9 % l'année précédente).

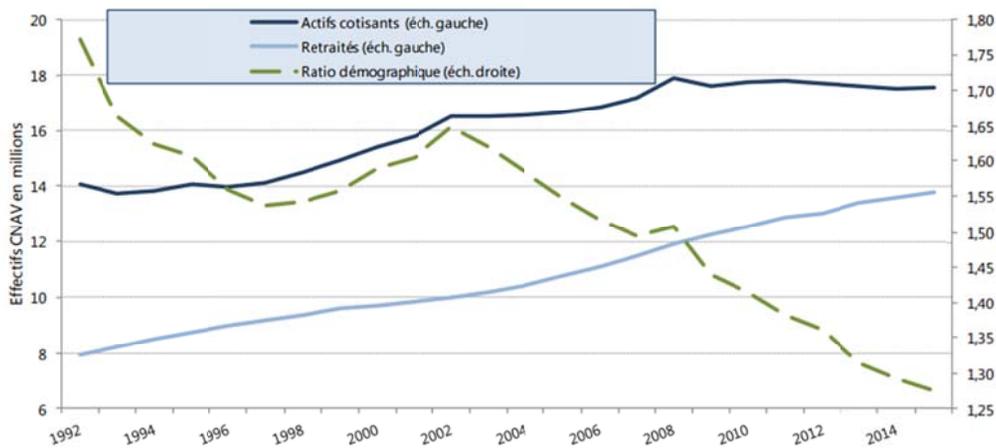
Les prévisions pour l'année 2016 annoncent un volume de prestations égal à 222,8 milliards d'euros, soit un taux de progression sensiblement équivalent (1,7 %).

a. L'évolution des effectifs des retraités

i. L'importance du facteur démographique

La croissance des prestations vieillesse est tirée par l'arrivée à l'âge de la retraite des générations nombreuses du « *baby boom* », qui remplacent les classes creuses nées dans l'entre-deux-guerres, et par l'allongement de l'espérance de vie. Cette tendance de fond qui concerne l'ensemble du système de retraite par répartition se traduit par une dégradation du ratio démographique des régimes.

RATIO COTISANTS SUR RETRAITÉS DE LA CNAV



Source : CNAV et Commission des comptes de la sécurité sociale.

À la lecture de ce graphique, l'on constate que le ratio cotisants/retraités s'est fortement dégradé. À 1,3 cotisant pour un retraité au régime général entre 2013 et 2015 le ratio était beaucoup plus favorable entre 2003 et 2005, puisqu'il s'établissait à 1,6.

ii. L'infléchissement des départs en retraite...

La montée en charge, depuis 2011, du relèvement de l'âge légal pour les assurés nés à partir du second semestre 1951 permet de contrer l'évolution démographique défavorable décrite ci-dessus et se traduit par un ralentissement de l'évolution de la population retraitée.

Pour l'année 2015, les flux de départs à la retraite ont diminué de 7 % en lien avec la montée en charge de la réforme de 2010 ⁽¹⁾. Pour 2016, l'évolution des départs en retraite à l'âge légal et au-delà serait toujours étroitement liée à la montée en charge de la réforme de 2010 qui occasionne des flux de départs heurtés : le recul par palier de l'âge légal de départs en retraite induira un report des départs et seuls 8/12e de la génération 1954 atteindront l'âge légal de départ à la retraite en 2016 (après 7/12e en 2015).

NOMBRE DE DÉPARTS À LA RETRAITE LIQUIDÉS PAR LE RÉGIME GÉNÉRAL PAR ANNÉE

Départs (tous âges)	2012	2013	2014	2015	2016
Hommes	276 570	330 890	315 230	294 490	289 450
Femmes	297 620	356 570	337 540	312 240	306 950
Ensemble	574 190	687 460	652 770	606 730	596 400

Source : *Modèle Prisme, CNAV.*

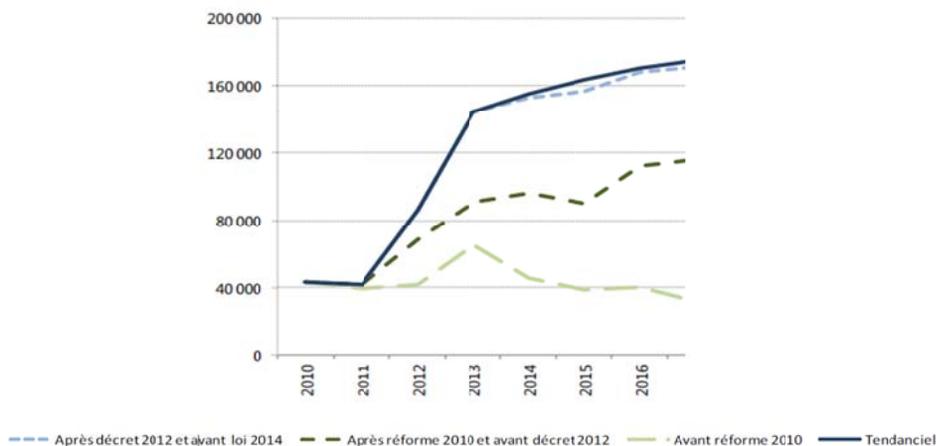
iii. ... est atténué par les assouplissements successifs de la retraite anticipée pour carrières longues

La réforme de 2010 précitée, le décret de 2012 et la réforme de 2014 ont tous choisi d'assouplir les conditions de départ anticipé en retraite.

La masse des pensions pour retraite anticipée pour carrières longues continue donc d'augmenter, plus d'un quart des flux de départs à la CNAV étant concernés par ce dispositif.

(1) La loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 a prévu le relèvement progressif de l'âge légal d'ouverture des droits à la retraite et de l'âge d'annulation de la décote. Ces deux bornes sont progressivement augmentées à deux ans entre les générations 1951 et 1956, passant de 60 à 62 ans et de 65 à 67 ans. La montée en charge du dispositif était prévue jusqu'en janvier 2018.

FLUX DE DÉPARTS EN RETRAITE ANTICIPÉE AU RÉGIME GÉNÉRAL

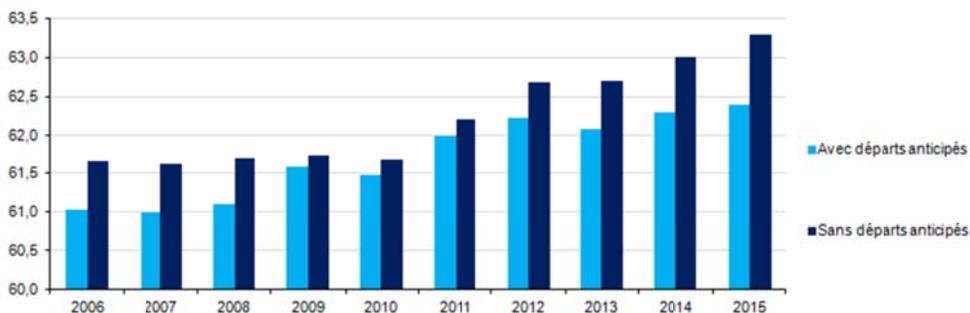


Source : Commission des comptes de la sécurité sociale.

Les dépenses au titre de la retraite anticipée ont atteint 2,4 milliards d'euros en 2015 (après 2 milliards d'euros en 2014) et ont contribué pour 0,5 point à la progression des droits propres du régime général.

Ces assouplissements contribuent également à anticiper de près d'un an le recul de l'âge moyen de départ en retraite, qui s'établissait en 2015 à 62,4 ans.

ÉVOLUTION DES ÂGES MOYENS DE DÉPART À LA RETRAITE DEPUIS 2006



Source : CNAV.

b. La croissance du montant des pensions

i. L'augmentation des montants liquidés

Ce facteur d'accroissement de la dépense résulte d'un changement de structure lié au renouvellement de la population des retraités : les nouveaux retraités, aux carrières généralement plus favorables, disposent en moyenne de pensions plus élevées que les retraités, plus âgés, récemment décédés (effet de

norria). Le montant des pensions, a en effet augmenté à un rythme annuel moyen de 3 % entre 2004 et 2012, alors que l'inflation s'est maintenue à un niveau toujours inférieur sur cette période.

Le tableau suivant permet de constater que, sur les deux dernières années, l'effet de norria a compté pour plus d'un point dans l'augmentation du montant des pensions servies.

MONTANTS DES PENSIONS MOYENNES BRUTES ENTRE 2011 ET 2014

	2011	2012	2013	2014
Montant mensuel moyen par retraité (en euros)	1 256	1 282	1 306	1 322
Évolution du montant mensuel brut (en %)	3,2	2,1	1,9	1,2
Évolution du montant mensuel corrigé de l'inflation annuelle (en %)	0,8	0,7	1,2	1,2

Source : DREES.

ii. La revalorisation des pensions

L'évolution des prestations vieillesse dépend bien sûr de l'inflation, sur lesquelles elles sont indexées.

En 2015, l'effet en moyenne annuelle lié aux revalorisations des pensions a été particulièrement faible. La revalorisation intervenue au 1^{er} octobre 2015 a été de 0,1 %, correspondant à l'inflation prévisionnelle pour 2015. Les règles de revalorisation en vigueur ayant conduit à une absence de revalorisation au 1^{er} octobre 2014, la contribution de l'effet prix à l'évolution des pensions a été de seulement 0,025 point en 2015 (la revalorisation de 0,1 % au 1^{er} octobre a un effet sur un trimestre uniquement) après 0,3 point en 2014.

Compte tenu de l'inflation constatée de l'indice de prix hors tabac, les pensions de retraite ne seront pas revalorisées au 1^{er} octobre 2016. En moyenne annuelle, la revalorisation des pensions serait alors de 0,075 % en 2016, contribuant très peu à l'augmentation des prestations des régimes de retraite.

2. La structure et l'évolution des dépenses du FSV expliquent un déficit persistant

Depuis 1993, le financement des avantages vieillesse à caractère non contributif relevant de la solidarité nationale a vocation à être assuré par le FSV.

Les dépenses prises en charges par le FSV sont définies par l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale et ont été régulièrement élargies comme le détaille le tableau suivant :

ÉVOLUTION DES DÉPENSES DU FSV

Date d'affectation de la charge	Charge prévue à l'origine mais qui ne relève plus désormais du FSV	Charge non prévue à l'origine et qui ne relève plus désormais du FSV	Charge prévue à l'origine et relevant toujours du FSV	Charge non prévue à l'origine et relevant désormais du FSV
1994			Minimum vieillesse (puis ASPA à partir de 2007)	
	Majoration de pension pour enfant (jusqu'en 2011 et sort du compte en 2016)			
			Majoration de pension pour conjoint à charge	
	PA service national (jusqu'en 2003)			
			PA chômage	
1995		PA APR-AFN (jusqu'en 2009)		
		Pension vieillesse Anciens combattants (jusqu'en 2004)		
2001		PA Volontariat civil (jusqu'en 2012)		
				Chômage et pré-retraite Agirc-Arrco
2004		Prime exceptionnelle de 70 euros		
2007				ASPA Mayotte
2008		Prime exceptionnelle de 200 euros		
2010				PA arrêt de travail
				PA Volontariat civique
2012				Mico (part forfaitaire puis 50 % dépense réelle)
2015				PA stage
				PA apprentis
				PA volontariat associatif
		Prime exceptionnelle de 40 euros		
2016				ASPA Saint-Pierre-et-Miquelon

Source : commission des finances du Sénat et FSV.

Sur la période 2002-2008, les dépenses du FSV progressent légèrement passant de 12,4 milliards d'euros en 2002 à 14,6 milliards d'euros en 2008, mais le poids des dépenses du FSV dans l'ensemble des dépenses de retraite a diminué sur la période considérée : de 8,3 % en 2002, il atteint son plus bas niveau en 2008, soit 7,3 % des charges de l'ensemble des régimes de base.

Entre 2008 et 2011, les charges du FSV ont fortement augmenté (+ 15,2 % par an en moyenne) avec notamment une hausse importante en 2011 (+ 27,3 %) pour atteindre 22,3 milliards d'euros à cet horizon. Cette évolution tient à deux facteurs principaux : une nette hausse du coût des cotisations au titre du chômage (+ 1,3 milliard d'euros en 2009 et + 1,2 milliard d'euros en 2010) et un élargissement des prises en charge du FSV. En effet, conformément à la réforme des retraites de 2010, le fonds finance depuis 2011 les cotisations vieillesse au titre des périodes de maladie, maternité, invalidité et AT-MP ainsi qu'une partie du minimum contributif⁽¹⁾. Sur cette période, la part des charges nettes du FSV dans l'ensemble des dépenses des régimes de base augmente de 3 points en passant à 10,3 % en 2011.

Les charges du FSV demeurent dynamiques entre 2011 et 2014 (+ 4,4 % par an en moyenne) sous l'effet notamment des prises en charge de cotisations (+ 7 % par an en moyenne) et plus précisément au titre du chômage. En effet, la dégradation macroéconomique couplée à l'augmentation des taux de cotisation intervenues dans le cadre du décret du 2 juillet 2012⁽²⁾ et de la loi du 20 janvier 2014 (qui a majoré l'assiette de la cotisation forfaitaire) entraîne un accroissement important de ces prises en charge de cotisations.

Par ailleurs, en 2012, les dépenses au titre du minimum contributif augmentent de 3,5 à 3,9 milliards d'euros, en application de la LFSS pour 2012. En 2014, les prises en charge intègrent le versement de la prime exceptionnelle de 40 euros accordée aux retraités touchant une pension inférieure à 1 200 euros. Cette prime est versée par les régimes de retraite, mais son coût (0,2 milliard d'euros) est supporté par le FSV. Les dépenses relatives au minimum vieillesse sont en revanche structurellement peu dynamiques en raison d'une baisse tendancielle des effectifs de bénéficiaires due à l'amélioration du niveau des pensions contributives.

En 2015, les charges du FSV atteignent 10,6 % des charges de l'ensemble des régimes de base, en légère baisse par rapport à 2014 (0,2 point). Cette stagnation s'explique notamment par une baisse de l'assiette forfaitaire servant de base au calcul des prises en charge de cotisations au titre du chômage qui est désormais alignée sur une durée hebdomadaire de travail de 35 heures (contre 39 heures auparavant).

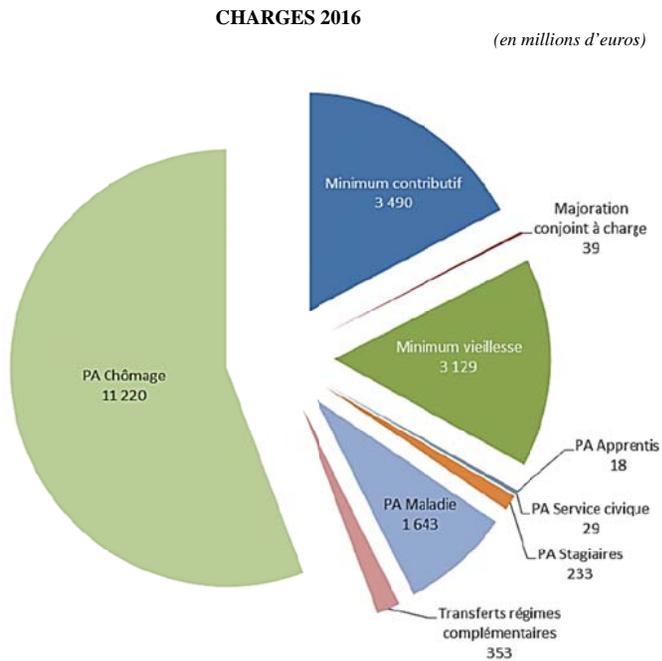
(1) En revanche, à compter de 2011, les majorations de pensions de retraite versées aux parents ayant élevé au moins trois enfants sont intégralement prises en charge par la CNAF et ne pèsent donc plus sur le solde du fonds.

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

Ainsi, la cotisation forfaitaire a diminué de 8,5 %, alors qu'elle aurait progressé de 2 % spontanément. Cette mesure a minoré le montant des transferts du FSV vers la CNAV de 1,2 milliard d'euros. Au total, malgré la hausse de 5,6 % des effectifs de chômeurs pris en compte, le transfert versé a diminué de 0,3 milliard d'euros, contribuant négativement (1,6 point) à l'évolution des charges du fonds.

Cette baisse a été compensée par l'instauration par la loi du 20 janvier 2014 de prises en charge de cotisations pour les stagiaires de la formation professionnelle et les apprentis qui entraînent une dépense supplémentaire de 0,3 milliard d'euros pour le fonds.

Le graphique suivant détaille la répartition des charges du fonds en 2016 :

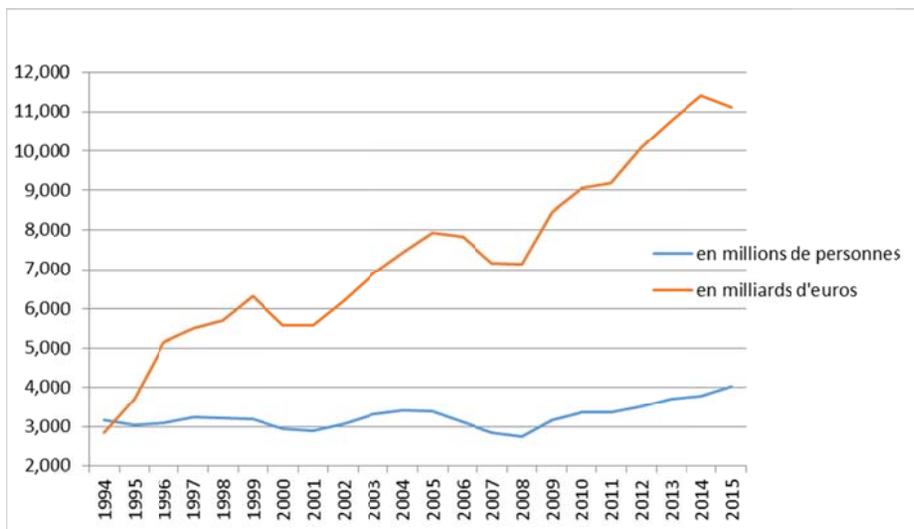


Source : FSV.

Le Rapporteur tient ici à souligner l'importance de l'« effet prix » dans la détermination du montant de la dépense liée au chômage et qui relativise quelque peu l'impact qu'aurait sur cette dernière une baisse éventuelle du nombre de chômeurs. Cet effet concerne la progression du coût individuel du chômeur (ou assiette forfaitaire) pris en charge et qui dépend du SMIC horaire moyen, du nombre d'heures légales travaillées dans l'année, du taux de cotisation

d'assurance vieillesse et du taux de réfaction appliqué⁽¹⁾. Or ces paramètres ont fortement augmenté entre 1994 et aujourd'hui : l'horaire moyen est ainsi passé de 5,37 euros à 9,67, et le taux de cotisation de 16,35 % à 17,65 % en 2016.

ÉVOLUTIONS COMPARÉES DU NOMBRE DE CHÔMEURS PRIS EN CHARGE PAR LE FSV ET DU MONTANT DE LA DÉPENSE CHÔMAGE



Source : FSV.

Selon les estimations de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale sur l'avenir du Fonds de solidarité vieillesse, dont le rapport a été remis en juin 2016, à recettes constantes, une diminution du taux de chômage au-dessous de 8 % de la population active pourrait ramener le FSV à l'équilibre.

D. LES DÉPENSES DE LA BRANCHE FAMILLE SONT DÉSORMAIS SOUTENABLES ET MIEUX ADAPTÉES

La branche famille est administrée par la CNAF qui gère les prestations familiales et pilote le réseau des caisses d'allocations familiales. L'une des principales singularités de la branche famille est que la CNAF, outre le fait qu'il s'agit de la seule branche pour l'heure véritablement universelle, verse un volume très important de prestations pour le compte d'autres organismes, ces charges n'étant donc pas retracées *in fine* dans les comptes de la branche.

(1) Pour rappel : Dépense chômage = nombre de chômeurs au sens du FSV [nombre de chômeurs indemnisés + 29 % du nombre de chômeurs non indemnisés] X coût individuel du chômeur [90 % SMIC horaire X 1 820 h (soit la durée annuelle du travail à raison de 35 h hebdomadaires) X taux de cotisation retraite (soit 17,65 % en 2016)].

1. La structure particulière des charges de la branche famille

a. Un important volume de prestations gérées pour le compte de tiers

La CNAF gère près de 80 milliards d'euros de prestations, dont seulement 30 milliards correspondent à des prestations effectivement supportées par la branche famille. Les transferts représentent en effet 10 milliards d'euros, et sont constitués de versements à la CNAV au titre de l'AVPF ⁽¹⁾ et des majorations pour enfants. Par ailleurs, le versement des minima sociaux (RSA et AAH) représente plus de 20 milliards d'euros, et les allocations logement près de 20 milliards d'euros.

Les frais de gestion de ces prestations versées pour le compte de tiers sont en principe supportés par la branche famille, à l'exception des remboursements décrits dans le tableau ci-dessous, relatifs à l'année 2014 :

(en euros)

Frais de gestion	Montant
PRE RMI-API	80,00
ALT	1 015 651,06
FNAL ALS	102 224 420,21
FNAL APL	155 274 194,37
RSA	37 556 694,00
Total	296 071 039,64

Source : CNAF.

RMI-API : Dispositif en voie d'extinction.

ALT : Allocation de logement temporaire (hébergement d'urgence et gens du voyage).

En ce qui concerne la gestion du RSA pour le compte des départements, ces derniers concluent, localement, des conventions avec les différentes caisses de leur ressort.

Le Rapporteur souligne ici les difficultés de pilotage que cette situation peut être amenée à créer, les dépenses n'étant pas supportées *in fine* par l'organisme en charge de leur gestion.

b. Une évolution significative du périmètre des dépenses de la branche

Le périmètre de la branche a été fortement modifié au cours de la présente législature.

En 2015, les mesures d'allègement du coût du travail liées au pacte de responsabilité ont été compensées à la branche par un transfert au budget de l'État de charges de l'allocation personnalisée au logement, représentant une dépense de 4,5 milliards d'euros ⁽²⁾.

(1) Assurance vieillesse des parents au foyer.

(2) De plus, une recette nouvelle de cotisations et de CSG, prélevée à la source des caisses de congés payés, a été affectée à la sécurité sociale. Enfin, la part des cotisations familiales dans les allègements généraux a été diminuée. Toutefois, la baisse des charges attendues étant supérieure à la baisse prévue des recettes, une fraction de la taxe sur les salaires correspondant au gain attendu de la fiscalisation des majorations de pensions a été transférée au FSV.

Dans le cadre de la deuxième phase du pacte de responsabilité, la LFSS pour 2016 a étendu la baisse de taux de cotisation famille aux salaires compris entre 1,6 et 3,5 SMIC. Identiquement à 2015, un transfert de charges vers l'État a neutralisé cette perte de recettes. Les allocations de logement à caractère familial (4,7 milliards d'euros) ainsi que les dépenses afférentes à la protection juridique des majeurs (0,4 milliard d'euros) ne font donc dorénavant plus partie du périmètre des dépenses de la CNAF ⁽¹⁾.

Si ces mouvements sont neutres à court terme sur le solde de la CNAF, puisqu'ils interviennent en compensation des baisses de recettes liées au pacte de responsabilité, la modification du périmètre des dépenses peut être analysée comme structurellement favorable à la branche dans la mesure où la charge du financement des aides au logement croissait plus vite que l'ensemble des charges de la branche, comme l'indique le tableau ci-dessous :

PROGRESSION DES CHARGES D'AIDES AU LOGEMENT AU REGARD DE LA PROGRESSION DES CHARGES D'ALLOCATIONS FAMILIALES

	2013	2014	2015	2016
Augmentation des liées aux allocations en faveur de la famille*	+ 2,3 %	+ 2,4 %	- 0,3 %	- 0,7%
Augmentation au titre de l'APL	+ 5%	+ 4%	+ 4,2%	+ 3,2%
Augmentation au titre de l'ALF	+ 2,9 %	+ 1,6 %	+ 2,2 %	+ 1,7 %

* Allocations familiales, complément familial, allocation de soutien familial, allocation de rentrée scolaire (ARS).

Source : *commission des finances d'après les rapports à la Commission des comptes de la sécurité sociale et les projets annuels de performances.*

Il est cependant probable que les mesures adoptées en LFI pour 2016 (prise en compte du patrimoine dans les ressources, dégressivité de l'aide pour les niveaux de loyer élevés, suppression du droit à l'APL des ménages rattachés à un foyer fiscal redevable de l'ISF) contribueront au ralentissement de l'augmentation des dépenses d'aides au logement.

Pour 2015, les dépenses totales supportées par la branche se sont élevées à 54,3 milliards d'euros, et sont estimées à 49,7 milliards d'euros pour 2016.

(1) À l'instar de 2015, le transfert de charges étant supérieur à la perte prévue de recettes, des transferts internes à la sécurité sociale ont été prévus par la LFSS pour 2016 : la CNAF a ainsi rétrocédé tous les prélèvements assis sur les revenus du capital. Ces transferts permettaient en outre de se mettre en conformité avec le droit européen quant à l'affectation des recettes assises sur les revenus du capital à des prestations non contributives.

DÉTAIL DES CHARGES SUPPORTÉES PAR LA BRANCHE FAMILLE

(en millions d'euros)

	2014	%	2015	%	2016 (p)	%
Charges nettes	59 016	2,1	54 302	- 8,0	49 656	- 8,6
Prestations sociales nettes	41 511	1,8	41 257	- 0,6	36 484	- 11,6
Prestations légales nettes	36 855	0,8	36 301	- 1,5	31 375	- 13,6
Allocations en faveur de la famille	18 282	2,4	18 221	- 0,3	18 096	- 0,7
Allocations pour la garde des enfants	12 738	- 0,7	12 209	- 4,1	12 97	- 0,9
Allocations en faveur du logement	4 440	1,6	4 456	0,4	- 16	--
Autres prestations légales	1 309	4,3	1 311	0,2	1 056	- 19,5
Provisions et ANV nettes des reprises sur prestations	85	--	103	20,9	142	++
Prestations extralégales nettes	4 656	10,6	4 957	6,4	5 109	3,1
Transferts versés nets	14 582	2,1	10 152	--	10 192	0,4
Financement du FNAL	4 605	4,0	- 21	--	0	--
Prise en charge de cotisations au titre de l'AVPF	4 911	0,9	5 077	3,4	5 090	0,3
Majorations pour enfants	4 660	1,2	4 704	0,9	4 748	0,9
Congé paternité	275	1,2	273	- 0,9	274	0,5
Autres transferts nets	131	24,3	120	- 7,8	81	--
Charges de gestion courante	2 895	8,9	2 901	0,2	2 953	1,8
Gestion courante propre à la CNAF	2 450	0,9	2 500	2,1	2 537	1,5
Transfert au FNGA de l'ACOSS	207	0,2	176	- 15,1	200	13,7
Frais d'assiette et de recouvrement	28	25,6	22	- 20,9	13	--
Autres charges de gestion courante	210	++	203	- 3,5	203	0,0
Autres charges nettes	28	--	- 9	--	26	--

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale.

Les dépenses relatives aux prestations familiales représentent les trois quarts des charges de la branche famille. Parmi ces prestations, la structure demeure quasiment identique au cours du temps : 57 % sont des allocations d'entretien en faveur de la famille, 39 % concernent la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) et 4 % correspondent à d'autres prestations.

2. La maîtrise des dépenses de prestations légales

Le déficit de la CNAF s'est établi à 1,5 milliard d'euros en 2015. Avec un déficit ramené à 1 milliard d'euros, la CNAF poursuivrait son redressement en 2016, sous l'effet du ralentissement plus prononcé de ses charges. Neutralisée des effets du pacte de responsabilité sur le périmètre des charges de la CNAF, **la hausse de la dépense globale serait limitée à 0,3 % en 2016, après 0,2 % en 2015.**

a. La réforme structurelle de la politique familiale a contribué à contenir les dépenses de la branche

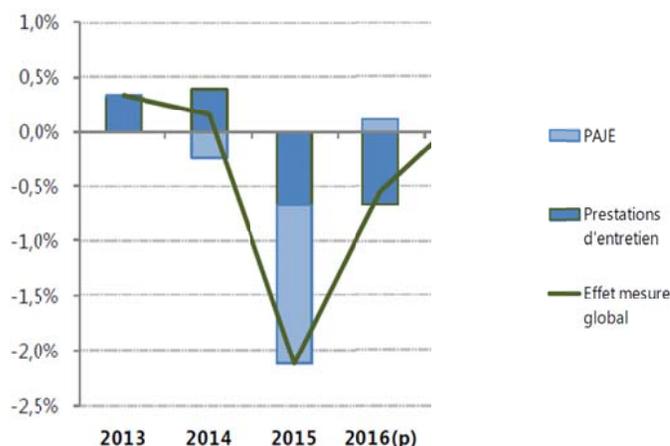
La LFSS pour 2014 a tout d'abord procédé à plusieurs ajustements. Il a été décidé de moduler le montant de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) en fonction des ressources des familles. Le texte a également supprimé le complément de libre choix d'activité (CLCA) majoré.

Par ailleurs, en recettes cette fois-ci, le plafond de l'avantage fiscal lié au quotient familial a été diminué : le rendement de cette mesure, d'environ 1 milliard d'euros pour 2014, a été affecté à la CNAF, via une quote-part de TVA nette, afin qu'elle bénéficie entièrement de l'économie ainsi réalisée.

La LFSS pour 2015 a ensuite prévu la modulation du montant des allocations familiales (ainsi que de l'allocation forfaitaire et des majorations pour âge) en fonction des ressources des familles. D'après une estimation financière réalisée par la CNAF au mois d'avril 2016, la réforme de la modulation conduirait à une baisse de 5,8 % des dépenses d'allocations familiales en année pleine. En 2015, l'effet porte sur la moitié d'un exercice et l'économie est estimée à 381 millions d'euros. En 2016, l'économie induite serait de 762 millions d'euros.

En 2016, l'effet en année pleine de la modulation des allocations familiales contribuerait pour 1,2 point à la baisse sur l'ensemble de la dépense. Toutefois, la montée en charge des mesures du plan pauvreté en 2016 augmenterait à hauteur de 0,5 point la hausse des dépenses. Au total, l'ensemble des mesures portant sur les prestations d'entretien en faveur de la famille contribuerait ainsi pour 0,7 point à la baisse de la dépense globale en 2016.

DÉCOMPOSITION DE LA CROISSANCE DES PRESTATIONS LÉGALES ET DE L'EFFET DES MESURES PAR GRAND TYPE DE PRESTATION



Source : Commission des comptes de la sécurité sociale.

b. D'autres facteurs conjoncturels de maîtrise ont également contribué à l'amélioration du solde de la branche

Au-delà des mesures structurelles, trois déterminants permettent de comprendre l'évolution des dépenses de prestations de la branche famille : l'effet revalorisation, l'effet plafond et l'effet volume des bénéficiaires.

i. L'effet revalorisation

La très faible inflation constatée depuis 2014 a grandement limité la progression des charges en 2014, et en 2015. En effet, après une revalorisation de la base mensuelle des allocations familiales (BMAF) de 1,2 % en 2013, et 0,8 % en 2014, la composante « prix » de l'évolution de la masse des prestations se réduit encore en 2015, puisque la BMAF n'a pas été revalorisée au 1^{er} avril. En 2016, dans un contexte d'inflation quasi nulle, l'effet prix sur les prestations se limiterait à 0,1 point, la BMAF ayant été revalorisée de 0,1 % au 1^{er} avril.

ii. L'effet plafond

La faible inflation sur la période récente conduit à limiter la revalorisation des plafonds alors que parallèlement, les ressources des allocataires prises en compte pour mesurer leur éligibilité aux prestations plafonnées continuent de progresser. Cela entraîne la sortie de certains allocataires des dispositifs plafonnés, jouant ainsi à la baisse sur la dépense, pour 0,1 point (soit 30 millions d'euros) en 2016.

iii. L'effet volume des bénéficiaires

En 2015, le nombre de naissances a diminué pour la première fois, induisant mécaniquement une inflexion dans la progression du volume de chaque prestation familiale. Cette évolution spontanée globale est principalement due à la baisse accentuée du volume de recours au CLCA-PREPARE⁽¹⁾.

En 2016, le volume global jouerait négativement sur la progression de la dépense, pour 0,2 point. En particulier, le recours aux solutions de garde dans leur ensemble (CMG, PREPARE) devrait encore s'infléchir, et parallèlement, la moindre progression du nombre d'enfants de 0 à 20 ans infléchirait le volume spontané des allocations familiales (+0,3 %) et permettrait ainsi de contenir la progression résiduelle des prestations d'entretien.

(1) La prestation partagée d'éducation de l'enfant (PREPARE), issue de la loi sur l'égalité réelle entre les femmes et les hommes, se substitue au complément libre choix d'activité (CLCA) pour les enfants nés ou adoptés à compter du 1^{er} janvier 2015. Cette réforme consiste à réserver une partie de la durée de la prestation au second parent. Pour que la famille bénéficie de la durée de versement maximale de la prestation, il est nécessaire que chaque parent fasse valoir son droit successivement ou simultanément.

E. LE RENFORCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE RESTE UN IMPÉRATIF DE JUSTICE SOCIALE

La fraude détectée par les organismes de sécurité sociale en matière de prestations sociales au cours de l'année 2014 atteint 424,96 millions d'euros soit une progression de 29,9 % par rapport à 2013.

FRAUDES AUX PRESTATIONS SOCIALES DÉTECTÉES PAR LES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE

(en millions d'euros)

Montants de la fraude détectée en millions d'euros	2009	2010	2011	2012	2013	2014
MALADIE	154,11	164,17	129,25	155,96	174,63	203,38
dont :						
• CNAMTS	152	156,3	120	149	167,1	196
• MSA	2,11	1,97	3,14	2,76	3,49	3,88
• RSI	ND	5,9	6,11	4,2	4,04	3,5
RETRAITE	4,86	11,29	17,42	13,26	9,29	9,24
dont :						
• CNAV	3,3	10,1	14,4	8,3	8,2	7,72
• MSA	1,56	0,79	1,79	1,76	0,96	0,62
• RSI	ND	0,4	1,23	3,2	0,13	0,9
FAMILLE	86,01	91,13	103,6	121,44	143,42	212,34
dont :						
• CNAF	85	90,1	101,5	119	141,4	210
• MSA	1,01	1,03	2,1	2,44	2,02	2,34
Total fraudes aux prestations servies par les organismes de Sécurité sociale	244,98	266,59	250,97	290,66	327,34	424,96

Source : Délégation nationale à la lutte contre la fraude, Bilan 2014.

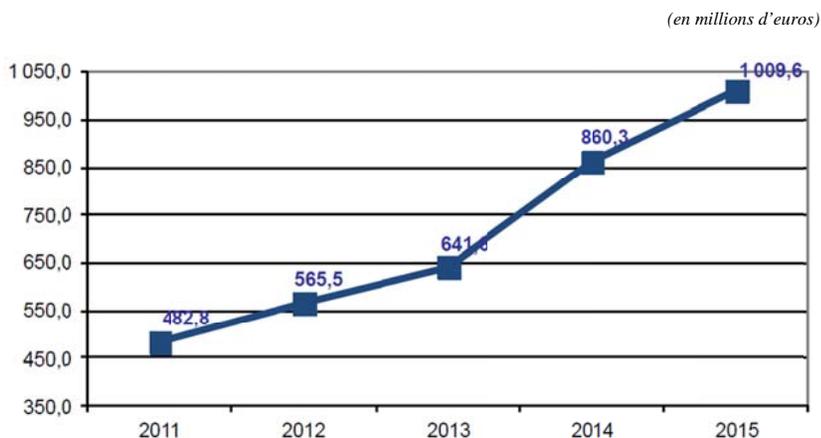
Le Rapporteur tient ici à souligner que ces chiffres ne doivent pas être interprétés dans le sens d'une augmentation très significative du volume des fraudes ou du nombre de fraudeurs, mais sont le signe d'une amélioration croissante des outils de détection. Ce constat témoigne de la forte implication de chacun et de l'investissement collectif pour une lutte contre la fraude toujours plus performante.

Les conventions d'objectifs et de gestion (COG) conclues entre l'État et les organismes de sécurité sociale ont fixé des objectifs ambitieux de nombre de contrôles et de fraudes devant être détectées et sanctionnées. Les organismes sont fortement mobilisés dans tous les domaines.

Cette forte augmentation est également liée à l'amélioration de la qualification des indus frauduleux, à une utilisation accrue des méthodes de ciblage par « datamining » et à la poursuite du traitement des requêtes du répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS), qui recense toutes les prestations auxquelles ont accès les assurés auprès de l'ensemble des régimes.

Si l'on considère la lutte globale contre les fraudes tant aux prestations qu'aux cotisations, les résultats 2015 sont encore plus probants : les organismes de sécurité sociale ont ainsi détecté plus de 1 milliard d'euros de fraude, soit une progression de plus de 17 % en un an seulement (860,3 millions d'euros en 2014). Ce résultat historiquement élevé confirme la tendance observée depuis 2012 : les montants des fraudes détectées ont doublé depuis le début du quinquennat.

ÉVOLUTION DES MONTANTS FRAUDULEUX CONSTATÉS PAR LES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE



Source : dossier de presse du comité national de lutte contre la fraude, septembre 2016.

II. LE PRÉSENT PLFSS S'INSCRIT DANS LA CONTINUITÉ DE L'ACTION GOUVERNEMENTALE DE PÉRENNISATION DU SYSTÈME FRANÇAIS DE PROTECTION SOCIALE

Hors mesures nouvelles, le déficit du régime général s'accroîtrait de 2,9 milliards d'euros, sous l'effet d'une progression des dépenses de 2,7 % et d'une augmentation des recettes moindre, estimée à 2 % par le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2016.

Les prévisions gouvernementales indiquent au contraire pour 2017 une amélioration du solde du régime général d'environ 3 milliards d'euros. Par rapport au solde tendanciel, **ce sont donc près de 6 milliards d'euros d'amélioration** que les mesures incluses ou induites par le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale permettront. Ce quasi-retour à l'équilibre du régime général est pour l'essentiel lié à un effort très important sur les dépenses de la branche maladie.

D'autres leviers seront mis en œuvre, sans recul des droits, comme la poursuite des efforts sur les dépenses de fonctionnement et d'action sociale des organismes ou l'intensification de la lutte contre la fraude ⁽¹⁾.

Au niveau de l'ensemble des régimes de sécurité sociale, la prévision de dépenses, hors Fonds de solidarité vieillesse, s'élève pour 2017 à 487,4 milliards d'euros.

Le dossier de presse du présent texte détaille les prévisions de dépenses du régime général jusqu'en 2020.

PRÉVISIONS DE DÉPENSES DU RÉGIME GÉNÉRAL 2017-2020 *

(en milliards d'euros)

	2017	2018	2019	2020
Dépenses	379,9	388,2	397,5	407,6
Taux d'évolution par rapport à l'année précédente	+ 2,23 %	+ 2,18 %	+ 2,39 %	+ 2,54 %

* Hors transferts entre branches.

Source : dossier de presse du PLFSS pour 2017 et commission des finances.

Le tableau suivant récapitule les principales hypothèses sous-jacentes au présent PLFSS en ce qui concerne la prévision des objectifs de dépenses :

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
ONDAM	2,6 %	2,0 %	1,8 %	2,1 %	2,0 %	2,0 %	2,0 %
Inflation	0,4 %	0,0 %	0,1 %	0,8 %	1,4 %	1,8 %	1,8 %
Revalorisation des pensions (moyenne annuelle)	0,3 %	0,0 %	0,1 %	0,2 %	0,7 %	1,2 %	1,6 %

Source : annexe 9 au PLFSS pour 2017.

A. LE DÉFICIT DE LA BRANCHE MALADIE EN VOIE DE RÉSORPTION

Dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, il est proposé de fixer l'ONDAM pour 2017 à 190,7 milliards d'euros, **soit un taux de progression de 2,1 % par rapport à 2016**. Cet objectif est ambitieux puisqu'il s'agit de réaliser 4,05 milliards d'euros d'économies soit 0,6 milliard d'euros de plus qu'en 2016.

(1) Pour 2017, l'exposé général des motifs du PLF indique que le rendement de la lutte contre la fraude aux prestations et aux cotisations est évalué à 500 millions d'euros, tandis que les économies en gestion sont estimées à 270 millions d'euros.

MONTANTS ET TAUX D'ÉVOLUTION DE L'ONDAM 2017

Montants en Md€	Base 2017	Taux d'évolution	Sous-objectifs
ONDAM TOTAL	186,7	2,1%	190,7
Soins de ville	84,8	2,1%	86,6
Établissements de santé	77,7	2,0%	79,2
Établissements et services médico-sociaux	19,5	2,9%	20,1
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,8	2,9%	9,1
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	10,7	2,8%	11,0
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,2	2,1%	3,2
Autres prises en charge	1,6	4,6%	1,7

Source : annexe 7 au PLFSS pour 2017.

1. Les modalités d'élaboration de l'ONDAM pour 2017

La construction de l'ONDAM pour 2017 est fondée sur l'évaluation d'une augmentation tendancielle des dépenses de + 4,3 % ⁽¹⁾.

Ce taux est supérieur à celui retenu les années précédentes (il était de + 3,9 % en 2015 et + 3,6 % en 2016) du fait de la prise en compte principalement des éléments suivants :

- l'entrée en vigueur de la nouvelle convention médicale négociée au cours de l'été 2016, qui a été pris en compte pour un montant de 0,4 milliard d'euros ;

- le coût prévisionnel 2017 de la convention avec les chirurgiens-dentistes, actuellement en négociation pour environ 200 millions d'euros ;

- les effets sur la masse salariale des hôpitaux de la hausse en deux temps de la valeur du point de la fonction publique (+ 0,6 % au 1^{er} juillet 2016 et + 0,6 % au 1^{er} février 2017) et la revalorisation des carrières résultant du protocole « parcours professionnel carrières et rémunérations » pour 770 millions d'euros ;

- les mesures catégorielles consécutives au plan attractivité pour 30 millions d'euros ;

- l'impact de l'arrivée sur le marché de médicaments anti-cancéreux de nouvelle génération.

(1) Ce tendanciel global se décompose en : 4,7 % pour les soins de ville, 4 % pour les dépenses afférentes aux établissements de santé, 3,2 % en ce qui concerne le sous-objectif « médico-social », 2,1 % pour le FIR et 4,6 % pour les autres prises en charge. Une mise en réserve de dotations, pour un montant au moins égal à 0,3 % de l'ONDAM voté, soit 572 millions d'euros, sera par ailleurs mise en œuvre.

Les principales mesures de la nouvelle convention médicale signée le 25 août 2016

Présenté par la ministre des affaires sociales comme une grande avancée pour les médecins et pour les patients, ce texte comporte notamment les dispositions suivantes :

- différents niveaux de consultations (25, 30, 46 et 60 euros) ont été définis pour permettre aux médecins d'adapter la durée de leur consultation aux besoins des patients en fonction de la complexité de leur situation médicale (enfants, malades chroniques, personnes âgées) ;
- la consultation de référence à 25 euros chez le généraliste sera revalorisée dès le 1^{er} mai 2017 ;
- un nouveau forfait permettra également de mieux prendre en compte les caractéristiques des patients (âge, pathologie, etc.) pour renforcer le suivi au long cours par leur médecin traitant ;
- pour renforcer l'accès à des soins rapides, la convention incite financièrement les praticiens à prendre en charge sous 48 heures un patient adressé par un de leurs confrères ;
- en complément des mesures portées par le Pacte territoire santé, la nouvelle convention va permettre de renforcer la lutte contre les déserts médicaux, en instaurant une aide pouvant aller jusqu'à 50 000 euros pour les professionnels qui décideraient de s'installer dans ces zones ;
- grâce au renforcement de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), les médecins pourront davantage se consacrer à la prévention (risques liés à la consommation de tabac et d'alcool, par exemple) ;
- des aides permettront enfin aux cabinets médicaux de poursuivre leur informatisation et d'alléger leurs tâches administratives. Les praticiens seront ainsi accompagnés financièrement dans la mise à jour des logiciels compatibles avec l'automatisation du tiers payant généralisé, ce qui facilitera la mise en place de cette mesure prévue par la loi de modernisation du système de santé.

L'importance de la détermination du tendanciel, qui détermine *in fine* le volume d'économies à réaliser, accentue la nécessité d'évaluer *a posteriori* de la robustesse de ces prévisions au regard des dynamiques constatées et d'analyse de leurs évolutions entre les exercices successifs.

Le plan d'économies qui permettra de respecter l'évolution de l'ONDAM en 2017 s'articule autour de quatre axes, dans la continuité des efforts entrepris depuis 2012 :

- le renforcement de l'efficacité de la dépense hospitalière, qui passe notamment par des mutualisations qui pourront s'appuyer sur les nouveaux groupements hospitaliers de territoire et des économies sur les achats hospitaliers, où des marges très importantes demeurent ;

– le virage ambulatoire qui sera intensifié dans les établissements hospitaliers, *via* en premier lieu l'accélération de la diffusion de la chirurgie ambulatoire, ainsi que le développement de l'hospitalisation à domicile, l'amélioration de la prise en charge en sortie d'établissement et l'optimisation du parcours pour certaines pathologies ou populations ;

– les économies liées aux produits de santé, avec un accent particulier sur le développement des médicaments génériques afin de lever les derniers freins à une diffusion plus large, génératrice d'économies importantes. La mise en place du fonds de financement de l'innovation pharmaceutique (FFIP) devrait par ailleurs contribuer à hauteur de 200 millions d'euros au financement de médicaments innovants ;

– le dernier axe vise à améliorer la pertinence du recours à notre système de soins dans toutes ses composantes : réduction des actes inutiles ou redondants que ce soit en ville ou en établissements de santé, maîtrise du volume de prescription des médicaments, et simplification des prises en charge de cotisations des professionnels de santé.

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES MESURES D'ÉCONOMIES RELATIVES À L'ONDAM 2017

Efficacité de la dépense hospitalière	845
Optimisation des dépenses des établissements	80
Optimisation des achats	505
Liste en sus	260
Virage ambulatoire et adéquation de la prise en charge en établissement	640
Développement de la chirurgie ambulatoire	160
Réduction des inadéquations hospitalières	250
Rééquilibrage de la contribution de l'ONDAM à l'OGD	230
Produits de santé et promotion des génériques	1 430
Baisse de prix des médicaments	500
Promotion et développement des génériques	340
Tarifs des dispositifs médicaux	90
Biosimilaires	30
Contribution du Fonds de financement de l'innovation pharmaceutique	220
Remises	250
Pertinence et bon usage des soins	1 135
Baisse des tarifs des professionnels libéraux	165
Maîtrise des volumes et de la structure de prescription des médicaments et dispositifs médicaux	380
Maîtrise médicalisée hors médicament	320
Réforme des cotisations des professionnels de santé	270
Total	4 050

Source : annexe 7 au PLFSS pour 2017.

La présentation du détail des économies à réaliser en 2017 a fait l'objet d'importantes réserves de la part du Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie, dans son avis précité, qui a relevé qu'« *une partie significative des économies annoncées n'a pas pour objet de ralentir le rythme des dépenses mais de mobiliser d'autres sources de financement qui ne sont pas décomptées dans l'ONDAM* » :

– la mobilisation des réserves du nouveau fonds de financement de l'innovation pharmaceutique au financement de dépenses de médicaments innovants, à hauteur de 220 millions d'euros (jusqu'à ces dépenses étaient entièrement prises en charge dans le cadre de l'ONDAM) ;

– la mobilisation des réserves de la CNSA à hauteur de 230 millions d'euros pour réduire la participation de l'ONDAM au financement des établissements médico-sociaux ;

– le constat comme en 2016 d'une économie « virtuelle » de 270 millions d'euros qui fait suite à la baisse du taux des cotisations maladie des personnels de santé exerçant en ville ;

– la mise en avant dès la présentation du projet de loi de financement de la sécurité sociale des remises attendues aux négociations entre les industriels et le CEPS, pour un montant de 250 millions d'euros (jusqu'à présent, ces économies étaient constatées *ex post*, une fois les négociations achevées).

Le Rapporteur est conscient des risques qui pèsent sur l'ONDAM 2017, mais ils sont en partie la conséquence d'un resserrement depuis 2012 de son évolution autour de 2 %. Les dépenses ayant été fortement maîtrisées sur cette période, les marges de progression, même si elles restent importantes, sont de plus en plus complexes à mettre en œuvre. Par ailleurs, et même si l'ONDAM reste un indicateur privilégié de la mesure des économies réalisées sur les dépenses de santé, il n'est pas le seul, et le seul fait de retirer certaines dépenses de l'enveloppe normée qu'il représente ne signifie pas en soi une moindre maîtrise des dépenses de la branche, dont le solde est en amélioration continue.

2. Les mesures du présent PLFSS dans le champ de la branche maladie

Le présent projet de loi introduit tout d'abord des mesures complémentaires permettant de mieux faire face de façon structurelle et pérenne au coût de l'innovation pharmaceutique et de garantir l'accès de tous aux thérapies les plus efficaces.

Notamment, **l'article 49** met en place un fonds de financement de l'innovation pharmaceutique (FFIP). En lissant dans le temps l'impact sur l'ONDAM du coût de ces nouveaux traitements, ce fonds va permettre à l'assurance maladie de continuer à assurer pleinement ses missions dans le respect d'un ONDAM 2017 qui demeure très serré. Les mécanismes actuels de régulation

de la dépense, s'ils sont nécessaires et donc maintenus, ne permettent pas d'atténuer les brusques variations de charge que représente l'arrivée sur le marché de ces nouveaux traitements.

Le nouveau fonds prendrait en charge l'ensemble des dépenses des listes sur lesquelles sont inscrits les médicaments les plus innovants ⁽¹⁾.

En recettes le fonds percevra :

– une dotation de l'assurance maladie, comptabilisée au sein de l'ONDAM, et son montant évoluera en fonction de la dépense moyenne observée les cinq dernières années. Jusqu'en 2021, cette variation est fixée à + 5 %. Pour 2017, cette contribution de l'ONDAM est évaluée par le Gouvernement à 6,2 milliards d'euros ;

– les remises conventionnelles et les dispositifs de régulation liés aux médicaments pris en charge par le fonds, qui sont évalués en 2017, pour ce qui est des remises, à 780 millions ⁽²⁾.

Par ailleurs, le fonds est doté dès 2017 d'un fonds de roulement évalué à 876 millions d'euros dans l'étude d'impact, correspondant au transfert des réserves de la section 3 du Fonds de solidarité vieillesse. En réalité, 40 millions d'euros seront tout d'abord versés à la branche vieillesse, à compter de 2016, nécessaires au financement de la dérogation d'âge (*cf. infra*). La somme finalement versée au fonds sera donc de 836 millions d'euros, comme prévu par le VIII de l'article 20 du présent texte.

Pour 2017, le Gouvernement a évalué le volume total de la dépense des médicaments innovants à **7,2 milliards d'euros**.

L'addition des recettes et des dépenses prévisionnelles aboutit donc à la constatation d'un déficit du fonds pour 2017 de **220 millions d'euros**, soit environ 25 % des réserves constituées grâce au transfert des sommes contenues dans la section 3 du Fonds de solidarité vieillesse.

Cette somme se retrouve bien retracée en économie sur l'ONDAM 2017 (*cf. supra*).

(1) C'est le cas par exemple de la « liste en sus », facturée en sus des prestations d'hospitalisation tarifées à l'activité, pour le financement des médicaments des produits innovants et particulièrement onéreux, ce qui permet à la fois d'assurer la diffusion du progrès technique et de prendre en compte des profils de pathologie atypiques. En 2012, tous secteurs confondus, la dépense liée aux médicaments de la liste en sus s'est élevée à un peu plus de 2,6 milliards d'euros.

(2) Pour mémoire, le rendement des remises est évalué à 550 millions d'euros pour 2016.

COMPTE PRÉVISIONNEL DU FFIP POUR 2017

(en milliers d'euros)

Charges	
2017	
Dépenses ville	3 300,2
Dépenses hôpital	3 931,6
Total	7 234,8

Produits	
2017	
Dotation AMO ville	2 923,9
Dotation AMO hôpital	3 306,1
Remises	782,9
Total	7 012,8
Résultat : perte	- 219,0

Source : annexe 7 au PLFSS pour 2017.

L'article 18 procède à une réforme de la clause de sauvegarde dite « taux L », et prolonge pour 2016 le mécanisme de la clause « W » visant à réguler les dépenses liées aux traitements contre l'hépatite C. La mesure proposée consiste à différencier le taux « L » en créant deux mécanismes de régulation distincts selon que les médicaments sont délivrés en ville (taux Lv, fixé à 0 %) ou à l'hôpital (taux Lh, fixé à 2 %), cette dernière dépense étant la plus dynamique. En ce qui concerne le montant « W », il est fixé à 600 millions d'euros pour 2017.

Toujours en ce qui concerne le médicament, l'article 50 vise à rendre possible en cours de traitement le remplacement d'une molécule par un médicament biologique qui lui est similaire, afin d'accélérer la pénétration des biosimilaires, l'économie étant estimé à 120 millions d'euros à l'horizon 2020. L'article 51 permet de pérenniser le dispositif dit de l'« ATU » et de « post ATU »⁽¹⁾ en rendant les innovations plus soutenables financièrement. Le principe de la libre fixation des prix est maintenu pour cette liste de médicaments, mais pose le principe en contrepartie du reversement à l'assurance maladie du différentiel avec le prix qui sera *in fine* négocié conventionnellement avec le CEPS. L'économie est estimée à environ 60 millions d'euros par an.

Au-delà du respect de la trajectoire financière de l'ONDAM, l'article 44 procède ainsi à une rénovation du modèle de financement des établissements de santé pour l'adapter aux enjeux actuels de l'offre de soins, en s'appuyant sur les recommandations formulées par le Dr. Olivier Véran. Il s'agit notamment de faire évoluer les règles de tarification des activités à la frontière de l'hospitalisation de jour et l'activité externe des établissements sanitaires, des activités de soins critiques ou des activités hospitalières « isolées » (pour mieux tenir compte de certaines spécificités géographiques) ainsi que de procéder à quelques ajustements sur la montée en charge de la réforme de la tarification des soins de suite et réadaptation adoptée dans la LFSS pour 2016.

(1) En France, l'utilisation exceptionnelle de spécialités pharmaceutiques ne bénéficiant pas d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) et ne faisant pas l'objet d'un essai clinique est conditionnée à l'obtention préalable d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU).

Enfin le présent projet de loi donne toute leur place aux assurés et à leurs représentants via une profonde réforme du financement des associations d'usagers consacrée par la création du Fonds national de la démocratie sanitaire.

B. LES PERSPECTIVES DE CONSOLIDATION DE LA BRANCHE VIEILLESSE

Le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale confirme le retour à une situation financière assainie pour la branche vieillesse.

Sur le champ du régime général, la Commission des comptes de la sécurité sociale a estimé le solde tendanciel de la branche vieillesse à + 2,7 milliards d'euros. Le présent PLFSS prévoit un excédent moindre, à + 1,6 milliard d'euros, en progression de 0,5 milliard d'euros.

Ce moindre excédent par rapport au solde « avant mesures » du projet de loi de financement de la sécurité sociale s'explique par un retour à une progression normale des dépenses liées à un flux de départs en retraite anticipée toujours fort et à une légère reprise de l'inflation, mais aussi et surtout par le transfert de la charge du financement du minimum contributif (MICO) à la CNAV, pour 1 milliard d'euros en 2017.

1. Les prévisions de dépenses de la branche et du FSV à compter de 2017

À court terme et malgré l'amélioration de la situation économique comme des comptes des régimes de base, les prévisions ne conduisent pas à prévoir un retour à l'équilibre financier de la branche vieillesse du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse avant 2020.

a. Une conjoncture toujours favorable au ralentissement des dépenses en 2017

En 2017, la contribution des effectifs ralentirait fortement. Tout d'abord, le relèvement de l'âge légal se traduirait par un creux des départs entre septembre 2016 et janvier 2017, minorant très fortement le nombre de nouveaux mois en paiement sur l'année 2017. En outre, le relèvement de l'âge du taux plein automatique conduit à minorer les flux de départ entre août et novembre 2016, mais également entre juin et octobre 2017, favorisant le ralentissement de la population moyenne de bénéficiaires en paiement.

En revanche, les assouplissements successifs du dispositif de retraite anticipée pour longues carrières (RALC) conduiraient à une contribution élevée des pensions servies avant l'âge légal à l'évolution des prestations de retraite. Ainsi, sur le champ du régime général, les pensions versées au titre de la RALC atteindraient 3,2 milliards d'euros en 2017 et contribueraient respectivement pour 0,5 point à la progression des droits propres versés par la CNAV. Le nombre de bénéficiaires d'une retraite anticipée atteindrait son pic en 2017 avec près de 300 000 nouveaux retraités en moyenne sur l'année.

En 2017, l'inflation conduirait à une revalorisation des pensions de 0,6 %, mais puisqu'elle intervient désormais au 1^{er} octobre, son impact sur l'année 2017 ne sera que de 0,15 %.

b. Construire un équilibre sur le long terme pour la branche vieillesse

L'addition des résultats de la CNAV et du FSV témoigne de la persistance d'un déficit jusqu'en 2020.

Cette situation est liée pour partie au dynamisme à court terme des dépenses de la CNAV, et à la structure même des charges du FSV.

L'annexe B du présent texte présente les objectifs de dépenses jusqu'en 2020 :

OBJECTIF DE DÉPENSES DE LA BRANCHE VIEILLESSE (2017-2020)

(en milliards d'euros)

	2017	2018	2019	2020
Objectif de dépenses pour l'ensemble des régimes obligatoires	230,6	236,4	243,3	251,3
Variation en %	+ 1,5 %	+ 2,5 %	+ 2,9 %	+ 3,3 %
Objectif de dépenses pour le régime général	125	128,5	132,7	137,6
Variation en %	+ 1,7 %	+ 2,8 %	+ 3,3 %	+ 3,7 %

Source : commission des finances et annexe B du PLFSS pour 2017.

L'accroissement significatif des charges de la branche, et la baisse des excédents de la CNAV anticipés pour les années 2018 à 2020 sont liés à plusieurs facteurs :

– l'arrêt des hausses de cotisation vieillesse ;

– la fin progressive du relèvement de l'âge légal sans relais immédiat de l'augmentation de la durée d'assurance (à partir de 2018, les départs en retraite correspondront à nouveau à des générations entières et le nombre de nouveaux mois en paiement augmentera à pas réguliers)⁽¹⁾ ;

– la reprise d'une inflation supérieure à 1,5 % ;

– le transfert à la CNAV de nouvelles dépenses opéré par le présent PLFSS (cf. *infra*).

(1) La hausse progressive de la durée d'assurance nécessaire pour obtenir le taux plein, instaurée par la réforme de 2014 devrait produire ses effets à partir du flux de départs de 2021. Ainsi, au régime général, les flux de départs entre 2021 et 2035 devraient être inférieurs de 10 000 à 20 000 assurés par an par rapport aux prévisions de départs avant réforme. La CNAV estime que la population totale des pensionnés diminuerait progressivement sur la période pour atteindre – 320 000 assurés à l'horizon 2050, soit une réduction de 1,5 % du nombre de retraités du régime général.

En ce qui concerne le FSV et les dépenses qu'il supporte au titre des cotisations versées au bénéfice des demandeurs d'emploi, en tendanciel, la cotisation de référence devrait connaître une progression relativement dynamique, sous l'effet, d'une part, de l'augmentation prévisionnelle du SMIC (+ 7 % de 2015 à 2020), et d'autre part, de la poursuite de l'augmentation du taux de cotisation vieillesse à partir de 2012 (+ 0,3 % de 2015 à 2017), soit un effet cumulé de près de 8,9 %.

**PRISE EN CHARGE DES COTISATIONS VIEILLESSE
AU TITRE DES PÉRIODES DE CHÔMAGE**

Année	SMIC horaire	Part SMIC	Nombre d'heures	Taux de cotisation	Cotisation de référence	Évolution
2014	9,53	90 %	2 028	17,25 %	3 000,49	3,46 %
2015	9,61	90 %	1 820	17,45 %	2 746,84	- 8,45 %
2016	9,67	90 %	1 820	17,6 %	2 795,66	1,78 %
2017	9,72	90 %	1 820	17,7 %	2 826,04	1,09 %
2018	9,84	90 %	1 820	17,7 %	2 860,93	1,23 %
2019	10,04	90 %	1 820	17,7 %	2 919,08	2,03 %
2020	10,29	90 %	1 820	17,7 %	2 991,77	2,49 %

Source : annexe 8 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017.

À plus long terme, la soutenabilité de notre système de retraite dépend bien évidemment d'hypothèses macroéconomiques qu'il appartient au Conseil d'orientation des retraites d'examiner.

D'ores et déjà, il est possible d'affirmer que la hausse de la durée d'assurance prévue par la réforme de 2014, qui est utilisée pour la proratisation des pensions ⁽¹⁾, engendrerait des baisses du montant des pensions d'environ 2 % en moyenne à l'horizon 2050. À cette date, l'économie sur la masse de prestations devrait atteindre près de 7 milliards d'euros par an. Mais le report des départs a aussi un effet sur les cotisations perçues, un certain nombre d'assurés poursuivant leur activité. En ajoutant les effets sur les masses de prestations et les effets sur les cotisations, l'incidence globale de l'allongement de la durée d'assurance pour le régime général serait d'environ 2 milliards d'euros en 2030 et de près de 8 milliards d'euros en 2050.

Dans le rapport annuel du COR de juin 2016 « *Évolutions et perspectives des retraites en France* », la présentation des hypothèses économiques à long terme a été revue. Les résultats des projections sont d'abord déclinés selon différents scénarios de productivité du travail et un taux de chômage de 7 %.

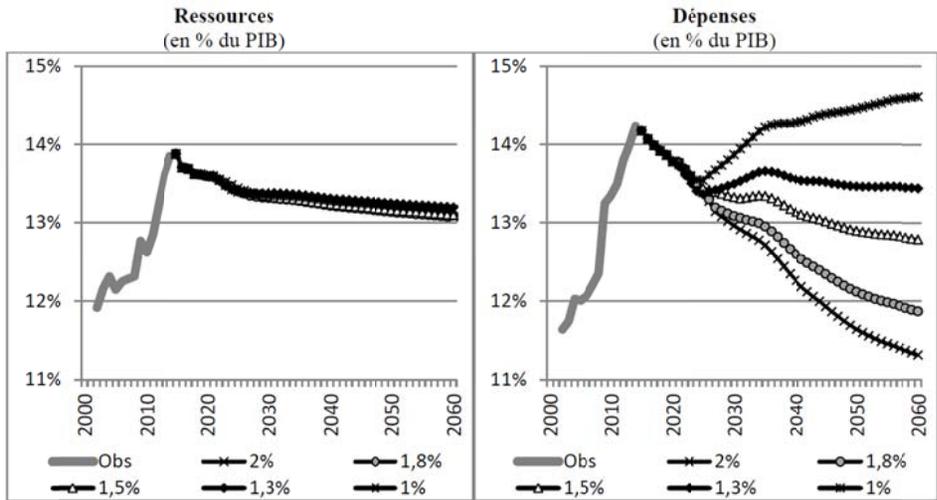
(1) C'est le taux de réduction de la pension de retraite en l'absence de validation d'une carrière complète dans un régime de retraite. Il a pour effet de réduire le montant de la pension. Le coefficient de proratisation est différent de la décote, qui dépend de la durée d'assurance totale, tous régimes confondus.

HYPOTHÈSES DE LONG TERME DANS LES SCÉNARIOS ÉCONOMIQUES DU COR

Croissance annuelle de la productivité du travail (valeurs de long terme à partir de...)				
Scénario 2,0 % (2028)	Scénario 1,8 % (2028)	Scénario 1,5 % (2026)	Scénario 1,3 % (2026)	Scénario 1,0 % (2026)

Source : hypothèses COR, avec un taux de chômage à l'horizon 2025 égal à 7 %.

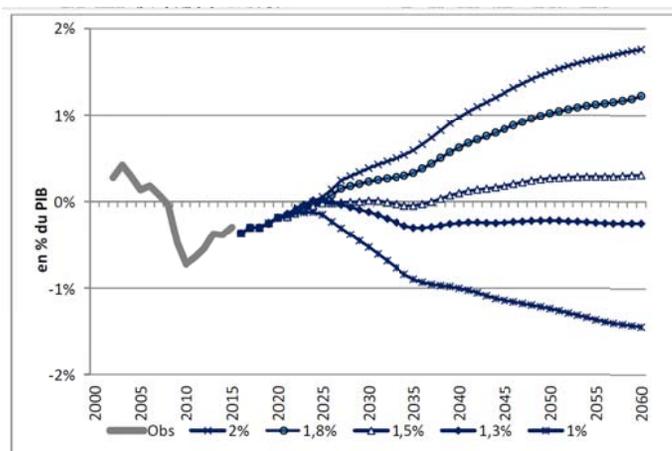
Alors que les ressources de notre système de retraite varieraient peu d'un scénario à l'autre (entre 13,1 % et 13,2 % du PIB en 2060 dans les divers scénarios), les dépenses varieraient en 2060 entre 11,3 % du PIB dans le scénario 2 % et 14,6 % du PIB dans le scénario 1 %.



Source : COR.

Ainsi, en cas de croissance suffisante des revenus d'activité, **notre système pourrait dégager des excédents durables au-delà de 2020** (dans les scénarios 1,5 %, 1,8 % et 2 %). À l'inverse, il resterait durablement en besoin de financement en cas de croissance des revenus d'activité inférieure à 1,5 % par an à long terme.

SOLDE FINANCIER ANNUEL PROJETÉ DU SYSTÈME DE RETRAITES



Source : hypothèse COR.

À cette sensibilité à l'évolution des revenus d'activité, il convient d'ajouter l'hypothèse relative au taux de chômage. Le solde financier du système de retraites serait par conséquent amélioré à terme de 0,1 à 0,2 point de PIB avec un taux de chômage de 4,5 % plutôt qu'à 7 %. Il serait à l'inverse plus dégradé en cas de taux de chômage à 10 % plutôt qu'à 7 %, de 0,3 point de PIB en 2040 et d'un peu moins en 2060 (0,1 à 0,2 point de PIB), du fait de pensions de retraite un peu plus faibles en raison de carrières davantage marquées par le chômage. L'ampleur de ces écarts reste plus faible que celle due aux différences d'hypothèse de croissance des revenus d'activité (ou de la productivité du travail). La situation financière du système de retraite serait ainsi nettement meilleure avec un taux de chômage de 10 % mais des revenus d'activité croissant de 2 % par an (excédent de 1,7 % du PIB en 2060) qu'avec un taux de chômage de 4,5 % mais une croissance des revenus d'activité de 1,5 % par an (excédent de 0,5 % du PIB en 2060).

Il convient de signaler que les perspectives du COR sont réalisées à législation constante : elles prennent notamment en compte les évolutions de la réglementation issues de la loi du 20 janvier 2014 et de l'accord national interprofessionnel relatif aux retraites complémentaires AGIRC-ARRCO-AGFF du 30 octobre 2015. Cette importante modification du cadre juridique du système de retraites est à souligner.

Les principales mesures de l'accord national interprofessionnel du 30 octobre 2015

• Pour 2016 l'accord prévoit :

- une moindre revalorisation des pensions pendant trois ans (un point de moins que l'inflation), avec une « clause plancher » pour empêcher une diminution nominale. La mesure devrait rapporter 2,1 milliards d'euros à l'horizon 2020 ;
- une date de revalorisation des pensions décalée au 1^{er} novembre (au lieu du 1^{er} avril), pour un rendement de 1,3 milliard d'euros ;
- une augmentation du prix d'achat du point pendant trois ans, de manière à diminuer le rendement des régimes pour le futur retraité. Alors que pour 100 euros, le salarié achète actuellement 6,56 points, il n'obtiendrait plus que 6 points dans trois ans. La mesure doit générer un rendement de 100 millions d'euros à l'horizon de 2020.

• À partir de 2019 l'accord prévoit :

- la mise en place (dès 2019 pour la génération 1957) d'un bonus-malus pour inciter les salariés à travailler un an de plus une fois qu'ils ont rempli les conditions nécessaires pour partir avec une retraite à taux plein (âge légal et durée de cotisation). Ce dispositif doit rapporter 500 millions d'euros dès 2020 ;
- la création d'un régime unifié de retraite complémentaire, qui reprendra l'ensemble des droits et obligations des régimes AGIRC et ARRCO ;
- l'augmentation des cotisations patronales via une hausse de deux points (de 125 % à 127 %) du taux d'appel, non créatrice de droits, qui doit générer un rendement de 800 millions d'euros ;
- une nouvelle répartition des cotisations à l'AGIRC à hauteur de 60 % à la charge de l'employeur et de 40 % à la charge des salariés (contre respectivement 62 et 38 % actuellement), comme c'est le cas à l'ARRCO.

2. Les mesures du présent PLFSS dans le champ de la branche vieillesse

L'une des principales mesures du présent projet de loi impactant la branche vieillesse et le FSV est contenue au sein de l'article 20, qui opère par ailleurs divers transferts de recettes entre les branches et les régimes de sécurité sociale.

a. La clarification du rôle du Fonds de solidarité vieillesse

Face au défi que représente le déficit structurel du Fonds de solidarité vieillesse, le Gouvernement entreprend, par cet article, de clarifier et de rationaliser le champ d'intervention de cet organisme dont la vocation première est le financement d'avantages vieillesse relevant entièrement de la solidarité nationale.

À l'instar des conclusions de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale sénatoriale sur l'avenir du Fonds de solidarité vieillesse⁽¹⁾, le Rapporteur insiste également sur le fait que les élargissements successifs des missions du FSV ont fortement contribué à brouiller sa mission qui devrait être clairement limitée au financement de dispositifs de solidarité.

Face à ce constat, la mesure proposée vise d'une part à revenir progressivement sur la prise en charge par le FSV d'une partie des dépenses au titre du MICO en transférant dès 2017 1 milliard d'euros au titre de cette dépense vers les régimes de base de retraite, et d'autre part, à supprimer la section 3 du fonds, en transférant ses réserves à la branche maladie.

i. Le transfert progressif du financement des dépenses de la « section 2 » du FSV

En 2010, la loi portant réforme des retraites a chargé le FSV du financement d'une part du MICO. Servi par le régime général, le régime des salariés agricoles, celui des artisans et commerçants ainsi que par le régime des cultes, le MICO est un dispositif hybride au regard de la distinction entre les domaines contributif et non contributif qui s'est traduite par la perte de lisibilité du Fonds de solidarité vieillesse⁽²⁾. Le coût total est de 7 milliards d'euros, dont 3,5 milliards sont financés depuis 2011 par le FSV.

Le texte prévoit le transfert progressif de la dépense correspondante vers les régimes vieillesse concernés, dont 1 milliard d'euros dès 2017, le transfert de l'ensemble des 3,5 milliards d'euros devant être achevé au plus tard le 31 décembre 2019, aboutissant à une économie cumulée sur la période de 8,8 milliards d'euros.

INCIDENCE DU TRANSFERT À LA CNAV DU FINANCEMENT DU MICO ENTRE 2017 ET 2020 SUR LES CHARGES DU FSV

(en millions d'euros)

	2017	2018	2019	2020	Cumul 2017-2020
Économies pour le FSV liées à la diminution de la prise en charge du MICO	1 000	1 772	2 540	3 477	8 790

Source : FSV.

(1) Mission d'information sénatoriale faite au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales sur l'avenir du Fonds de solidarité vieillesse, Mme Catherine Génisson et M. Gérard Roche, juin 2016.

(2) Les bénéficiaires du MICO se distinguent en effet nettement de ceux du minimum vieillesse en ce qu'ils ont contribué pendant tout ou partie de leur carrière au système de retraites. Il constitue un complément visant à porter la pension du bénéficiaire à un montant plafonné, depuis le 1^{er} janvier 2016, à 1 135,73 euros.

Dans la même logique est transférée aux régimes d'assurance vieillesse la prise en charge qui figurait également au sein de la section 2 du FSV vieillesse relative à la majoration de pension pour conjoint à charge ⁽¹⁾, et dont le coût annuel, qui est amené à décroître, est inférieur à 40 millions d'euros.

La répartition actuelle des recettes entre les sections, étanche, conduisait à un déséquilibre important et structurel de la section 2 alors même que les perspectives pluriannuelles du FSV prévoient un excédent de la section 1 de 287 millions d'euros en 2020 ⁽²⁾. Le Rapporteur souscrit donc pleinement à cette mesure qui permettra d'alléger les charges du FSV et d'accélérer ainsi son redressement.

ii. La suppression de la « section 3 » du FSV

La troisième section du FSV, qui constituait la « section 2 » jusqu'en 2015, a été créée en LFSS pour 2011 et devait permettre la mise en réserve des recettes affectées au financement du maintien à 65 ans du départ à la retraite pour les parents de trois enfants ou parents d'enfant handicapé ⁽³⁾.

Les réserves ont été constituées depuis 2011 sur la base de 0,5 point de forfait social et de 0,2 point de prélèvement social sur les revenus du capital et atteindront, à la fin de l'année 2016, un montant de près de 900 millions d'euros. Le niveau de dépenses estimé pour le financement de cette dérogation s'élèverait à 305 millions d'euros à horizon 2022 et 373 millions d'euros en 2050. La dépense pour la seule année 2017 est chiffrée à 40 millions d'euros.

Une telle accumulation de réserves est dérogatoire, par sa logique de provisionnement, au principe général du financement global des dépenses annuelles du régime général et du FSV par les recettes de l'année en cours.

Aussi, dans la poursuite d'une logique de rationalisation, l'ensemble des charges et des réserves de la section 3 sont transférées, pour un montant de 836 millions d'euros, au régime général.

(1) Les retraités dont le conjoint, âgé de plus de 65 ans, n'avait pas de pension de retraite et disposait de faibles ressources avaient droit à une majoration de 609,80 euros par an de la retraite de base de la sécurité sociale. Elle est supprimée pour les pensions prenant effet après le 1^{er} janvier 2011. Néanmoins, les retraités qui en bénéficiaient au 31 décembre 2010, continuent à la percevoir.

(2) D'après les perspectives présentées à l'annexe 8 du PLFSS pour 2017.

(3) La réforme des retraites de 2010 avait maintenu l'âge de départ à taux plein à 65 ans, quelle que soit la durée d'assurance, pour les personnes nées entre le 1^{er} juillet 1951 et le 31 décembre 1955 qui ont eu au moins trois enfants nés ou élevés, ayant réduit ou interrompu leur carrière pour s'occuper de l'un d'eux et ayant validé un nombre minimum de trimestres avant cette interruption.

EFFETS DES DISPOSITIONS DE L'ARTICLE 20 SUR LA STRUCTURE DU FONDS DE SOLIDARITÉ VIEILLESSE

Section I (en millions d'euros)			
Charges		Produits	
Prise en charge des cotisations	13 755	CSG sur les revenus du patrimoine	9 565
Pris en charge du minimum vieillesse	3 091	Prélèvement social sur revenus du capital fraction correspondant à 3,35 %	6 736
Transfert avec les régimes complémentaires	371	Produits financiers et divers	8
Autres charges techniques	56	SOUS-TOTAL PRODUITS section I	16 309
Charges de gestion courante	1		
SOUS-TOTAL CHARGES section I	17 274		
Section II (en millions d'euros)			
Charges		Produits	
Minimum contributif	3 477	Taxe sur les salaires 2,5 %	342
Majoration de pension pour conjoint à charge	37	Contribution sur avantages retraite (retraite chapeau)	225
		Redevance licence UMT	37
		Autres (désertance)	15
SOUS-TOTAL CHARGES section II	3 514	SOUS-TOTAL PRODUITS section II	619
Section III (en millions d'euros)			
Maintien du bénéfice de l'âge d'annulation de la décote à 65 ans pour les parents de 3 enfants ou d'enfants handicapés	305 (à horizon 2022) 373 (à horizon 2050)	Recettes mises en réserve (jusqu'en 2016 : 0,5 point de forfait social) Produits financiers résultant du placement des excédents de la section	876
Résultats nets (en milliards d'euros)			
	Résultats section I		- 1
	Résultats section II		- 2,9
	Résultats section III		876
	Résultats FSV 2017 avant mesures PLFSS		- 3,9

Transfert à la branche vieillesse

Affectation de la totalité de la TS aux branches maladie et famille

Transfert à la branche vieillesse

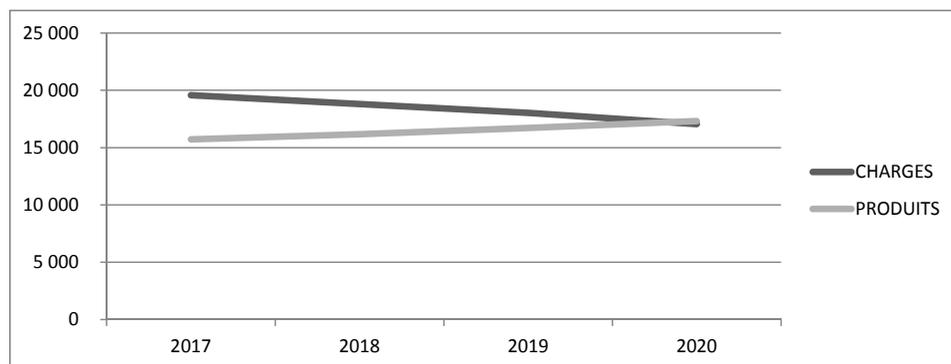
Branche maladie

Diminution de la fraction à 3,1 % au bénéfice de la CNSA (286 millions d'euros)

« ex section I » (en millions d'euros)			
Charges		Produits	
Prise en charge des cotisations	13 755	CSG sur les revenus du patrimoine	9 565
Pris en charge du minimum vieillesse	3 091	Prélèvement social sur revenus du capital fraction correspondant à 3,12 %	6 448
Transfert avec les régimes complémentaires	371	Produits financiers et divers	8
Autres charges nettes	56	SOUS-TOTAL PRODUITS section I	16 021
Charges de gestion courante	1		
SOUS-TOTAL CHARGES section I	17 274		
Section comptable distincte			
Charges		Produits	
Fraction du minimum contributif	2 500	0	
Frais de gestion	nc		
Résultats nets (en milliards d'euros)			
Résultats « ex section I »		- 1,25	
Résultats section distincte		- 2,5	
Résultats FSV après mesures PLFSS		- 3,8	

Source : commission des finances.

Selon l'annexe 8 du présent texte, la progression des produits de la « section 1 » serait de 3 % en 2018 et en 2019 et de 4 % en 2020 et, du côté des dépenses, une stabilisation est attendue sur la période 2017-2020. De 2017 à 2020, les comptes du fonds retrouveront donc progressivement l'équilibre avec un excédent prévu de 300 millions d'euros : les charges diminueraient de 2,5 milliards d'euros tandis que les produits augmenteraient de 1,6 milliard d'euros sur la période.



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

b. Les autres mesures du PLFSS dans le champ de la branche vieillesse

Deux mesures doivent ici être mentionnées, le Rapporteur renvoyant pour plus de précisions aux commentaires d'articles des rapporteurs de la commission des affaires sociales.

L'**article 30** tout d'abord, qui ouvre le droit à la retraite progressive aux salariés ayant plusieurs employeurs. La retraite progressive permet à un salarié de cumuler une fraction de sa pension de vieillesse avec une activité à temps partiel, et de continuer à améliorer ses droits à retraite futurs lorsqu'il décidera de cesser définitivement son activité.

Le dispositif est ouvert aux assurés relevant du régime général, du régime agricole (salariés et non-salariés) ou du Régime social des indépendants (RSI). Mais en l'état actuel du droit, l'activité professionnelle exercée doit l'être à titre exclusif. L'extension de la retraite progressive aux pluriactifs permettra de répondre favorablement à une demande exprimée par certaines catégories de population qui exercent, par nature, des activités à temps réduit chez plusieurs employeurs, telles que les assistantes maternelles ou les employés de services à la personne. Cette extension de la retraite progressive aux pluriactifs induit une certaine complexité de gestion, qui justifie une entrée en vigueur différée au 1^{er} juillet de l'année suivant son adoption. L'impact financier est évalué à une dizaine de millions d'euros par an.

Enfin, l'**article 33** procède à une simplification bienvenue de la couverture des indépendants. Aujourd'hui, l'assurance vieillesse de base des assurés du RSI est prise en charge par deux régimes distincts juridiquement : le régime de retraite de base des professions artisanales d'une part, le régime des professions industrielles et commerciales d'autre part.

La mesure proposée vise tout d'abord à fusionner les deux régimes de retraite de base préexistants des artisans et commerçants en un régime unique et commun aux deux populations. À compter du 1^{er} janvier 2018 au plus tard, les actuels assurés, qu'ils soient artisans ou commerçants, cotisants et nouveaux retraités, du RSI seront pris en charge par un régime unique. Une fois la fusion des régimes de base des artisans et commerçants achevée, l'ensemble du risque vieillesse du RSI sera pris en charge par des régimes uniques (base et complémentaire).

Enfin, ces mêmes travailleurs indépendants bénéficieront dans ce cadre d'une protection sociale élargie à l'ouverture de droits à indemnités journalières, comme l'ensemble des actuels affiliés du RSI.

Afin de mesurer les effets démographiques, financiers et de gestion de cette évolution, un dispositif spécifique de suivi sera mis en œuvre et donnera lieu à un rapport d'évaluation.

Cette mesure devrait entraîner une hausse progressive du total des cotisations et des prestations à mesure qu'un nombre croissant d'entrepreneurs seront rattachés à des régimes offrant une meilleure couverture.

Elle induira aussi, bien que cet objectif soit second aux préoccupations de qualité de service et de lisibilité pour l'assuré de manière progressive des économies de gestion liées au regroupement de la protection sociale d'une population nouvelle, au sein d'un même organisme et non plus de manière séparée selon les risques maladie d'une part et vieillesse et invalidité-décès d'autre part.

C. LA BRANCHE FAMILLE À L'ÉQUILIBRE DÈS L'AN PROCHAIN

Selon la Commission des comptes de la sécurité sociale, avant mesures nouvelles, le déficit de la branche famille s'aggraverait de 300 millions d'euros en 2017. Le présent PLFSS prévoit au contraire une amélioration du solde de 1 milliard d'euros, la branche famille revenant à l'équilibre.

Ce redressement, s'il est essentiellement imputable à une augmentation des recettes de la branche (+ 1 milliard d'euros) est également permis par une dynamique des dépenses toujours freinée par une faible inflation.

1. La progression des dépenses de la branche resterait contenue à partir de 2017

En 2017, la montée en charge de la modulation des allocations familiales sera presque achevée, mais les revalorisations de prestations prévues par le plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale contribueraient encore pour 0,6 point à la hausse de la dépense de prestations d'entretien⁽¹⁾. À l'inverse, le rebond ponctuel de la prime à la naissance ne jouerait plus en 2017⁽²⁾, et l'ensemble des mesures portant sur la PAJE ralentiraient la dépense à hauteur de 0,4 point. Au total, l'effet de l'ensemble des mesures redeviendrait positif en 2017 (+ 0,2 point).

En conséquence, l'allocation de soutien familial (ASF) et le complément familial seraient quasiment les seules prestations à tirer positivement la croissance de la masse financière des prestations familiales.

En ce qui concerne l'effet prix dû à l'inflation, la légère reprise conduirait à revaloriser la BMAF de 0,2 % au 1^{er} avril.

(1) L'allocation de soutien familial et le montant majoré du complément familial ont connu pour la troisième année consécutive une revalorisation exceptionnelle de leur montant, effective pour les prestations dues à compter du 1^{er} avril 2016.

(2) La LFSS pour 2015 avait décalé la date de versement de la prime à la naissance avant la fin du deuxième mois suivant la naissance et non plus au septième mois de grossesse. Cette disposition a entraîné une économie ponctuelle en 2015, ce qui explique le rebond de la dépense en 2016.

Il convient de rappeler ici que la LFSS pour 2016 a modifié la méthode de calcul du coefficient. Afin d'améliorer la lisibilité des modalités de revalorisation et d'éviter à l'avenir des correctifs négatifs, la revalorisation intervient désormais en fonction de l'évolution de la valeur moyenne des indices de prix mensuels (hors tabac) calculée sur les douze derniers mois. Le coefficient de revalorisation correspond donc dorénavant à l'évolution de la valeur moyenne de l'indice des prix à la consommation publié par l'Insee calculée sur la période de février N-1 à janvier N (par rapport à la valeur moyenne de l'indice sur la période février N-2 à janvier N-1).

CALCUL DU TAUX DE REVALORISATION APPLIQUÉ À LA BMAF

	2013	2014	2015	2016	2017 (p)
Prix hors tabac estimés pour l'année N (1)	1,2 %	1,1 %	0,0 %	0 %	0,1 %
Ajustement sur N-1 (2) = (4) - (1)	0,0 %	- 0,5	-		
Revalorisation au 1 ^{er} avril (3) = (1) + (2)	1,2 %	0,6 %	0 %	0,1 %	0,2 %
Revalorisation en moyenne annuelle	1,2 %	0,7 %	0,1 %	0,1 %	0,2 %
Inflation constatée (4)	0,7 %	0,4 %	0,0 %		

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale.

2. Les mesures du présent PLFSS dans le champ de la branche famille

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 comporte deux mesures relatives à la branche famille (en dehors des réaffectations de recettes opérées par l'article 20).

L'article 27 procède à la création d'une agence de recouvrement des pensions alimentaires. Malgré une politique volontariste de lutte contre la pauvreté mise en œuvre depuis 2012 en faveur des parents isolés ⁽¹⁾, trois difficultés restent identifiées pour certaines familles confrontées à des impayés de pensions alimentaires :

- la mission générale de recouvrement des créances alimentaires des CAF n'est pas ouverte à tous : en particulier pour les parents remis en couple, non éligibles à l'ASF, est imposée une condition d'épuisement des procédures normales de recouvrement ;

- les familles qui se séparent et parviennent à trouver un accord amiable n'ont actuellement d'autre possibilité que de recourir au juge aux affaires familiales pour obtenir l'homologation de leur convention ;

(1) Cette action s'est traduite par une revalorisation exceptionnelle des montants de l'ASF et la généralisation par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 de la garantie contre les impayés de pensions alimentaires (GIPA). Cette mesure renforce des moyens de recouvrement et offre la garantie d'une pension alimentaire minimale d'un montant de 104,75 euros, versée au titulaire d'une décision de justice ou d'un accord amiable. En outre, afin d'optimiser la mission de recouvrement des pensions alimentaires et de professionnaliser les agents en charge de cette mission, la gestion de l'ASF recouvrable a été mutualisée le 30 juin 2015 au sein de 22 CAF pivots.

– aucune réponse satisfaisante n’est apportée au paiement des pensions alimentaires lorsque le créancier a été victime de menaces de violence et que ce dernier ne souhaite plus avoir de contact direct avec le parent débiteur.

Cette agence sera mise en place le 1er janvier 2017 sous la forme d’un service national adossé à la CNAF. Elle visera à assurer le recouvrement rapide des pensions alimentaires impayées, elle permettra de mieux faire connaître la mission générale de recouvrement des impayés de pensions alimentaires des CAF et des caisses de MSA. La mesure proposée instaure ainsi une mission générale de recouvrement des créances alimentaires impayées en supprimant pour les couples l’exigence de la justification d’une tentative préalable de recouvrement et elle permet la branche famille de conférer directement une force exécutoire aux accords amiables des couples non mariés qui se séparent. Enfin en particulier lorsque le créancier a été victime de violence ou de menaces, elle permet à la branche, sur décision du juge, de jouer un rôle d’intermédiation financière entre les parents.

L’article 28 réforme le circuit de gestion et de paiement du complément mode de garde (CMG) dit « emploi direct » ⁽¹⁾, dans une logique de simplification des flux entre organismes gestionnaires et d’adaptation de cette prestation au dispositif de prélèvement à la source applicable dès 2018.

Actuellement, le CMG « emploi direct » consiste en :

– une aide (dite « CMG cotisations ») calculée en fonction du montant des cotisations et contributions sociales liées à la rémunération de la personne ;

– une prise en charge (dite « CMG rémunération ») de la rémunération nette du salarié pouvant aller jusqu’à 85 % de cette rémunération, dans la limite d’un plafond variable selon le revenu fiscal de référence et la composition du foyer.

Le premier volet de la réforme prévoit, à compter de 2018, de globaliser le montant total de CMG et d’affecter en priorité ce montant d’aide à la couverture du montant des contributions et cotisations sociales restant à la charge de l’employeur.

Le second volet de la mesure consiste à étendre à horizon 2018, les missions du centre national Pajemploi, ainsi que par cohérence celles du centre CESU pour les autres activités de particulier employeur, afin de leur permettre de proposer, à titre optionnel, que le particulier employeur s’acquitte du paiement du salaire auprès de l’employé par l’intermédiaire de ces organismes. Dans un tel schéma, les centres Pajemploi et CESU renforceraient leur rôle de facilitateur de leurs démarches auprès des employeurs, en prenant en charge toutes les formalités sociales liées à l’emploi d’un salarié, y compris la retenue à la source de l’impôt sur le revenu du salarié, tandis que l’employeur ne resterait responsable que de la déclaration.

(1) Pour rappel, le CMG est versé, sans condition de ressources, aux familles qui font garder leur enfant de moins de 6 ans par un mode d’accueil individuel (assistant maternel, garde à domicile) ou une micro-crèche. Il peut s’agir soit d’un CMG « emploi direct » en cas d’emploi par le particulier d’une garde à domicile ou d’un assistant maternel, soit d’un CMG « structure ».

EXAMEN EN COMMISSION

La commission, au cours de sa séance du 19 octobre 2016, examine pour avis le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 (n° 4072).

M. Dominique Lefebvre, rapporteur pour avis. Comme chaque année, notre commission examine pour avis le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), pendant que nos collègues de la commission des affaires sociales l'examinent au fond. En tant que rapporteur pour avis – je le suis pour la troisième année consécutive –, je privilégie l'approche suivante : il s'agit d'examiner la situation d'ensemble, la trajectoire financière, les mesures de recettes et la logique générale de maîtrise des dépenses, sans nécessairement aborder l'ensemble des nombreuses questions que soulève tout PLFSS. En dehors des débats généraux habituels que nous avons, j'insisterai notamment sur la question de l'extinction de la dette sociale. Je la mettrai en perspective pour l'avenir, compte tenu de la situation dans laquelle nous nous trouvons aujourd'hui.

La présentation de ce dernier PLFSS de la législature est l'occasion de faire prendre conscience à chacun de l'ampleur du chemin parcouru depuis l'arrivée aux responsabilités de l'actuelle majorité. Là encore, il faut remettre les choses en perspective : la dette sociale actuelle résulte de la trajectoire des comptes de la protection sociale que nous avons connue depuis le début des années 1990. Nous en sommes tous conscients ici, et nous sommes d'ailleurs tous coresponsables de cette situation. S'agissant de la présente législature, nous sommes partis d'un déficit du régime général de 21 milliards d'euros pour aboutir à un quasi-équilibre en 2017, à 400 millions d'euros près. Quel que soit le débat que nous aurons sur les hypothèses macroéconomiques sur lesquelles est fondé ce PLFSS, je vous rappelle que l'évolution des recettes est liée, pour l'essentiel, à celle de la masse salariale. Or celle-ci a été très modérée ces dernières années et, d'après les projections qui sont faites, dont certaines vont jusqu'à 2020, elle devrait rester relativement modérée dans les années qui viennent par rapport à ce que nous avons pu connaître à d'autres périodes.

Nous sommes tous conscients que le redressement des comptes de la sécurité sociale ne correspond pas seulement à un objectif comptable : c'est une nécessité car, sans équilibre structurel des comptes sociaux, c'est le fondement même de la protection sociale qui est sapé et, partant, notre capacité à mener des politiques de solidarité. De 2002 à 2012, le déficit cumulé de la sécurité sociale – régime général et Fonds de solidarité vieillesse (FSV) – a atteint 160 milliards d'euros. Ces niveaux de déficit se sont ajoutés aux déficits antérieurs à 2002, qui se sont cristallisés, je le rappelle, au début des années 1990, ce qui avait conduit le gouvernement de l'époque à créer, en 1996, la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES). Nous voyons bien l'ampleur de la question qui nous est posée.

Jusqu'en 1990, les gouvernements, quelle que soit leur couleur, parvenaient bon an mal an à équilibrer à peu près les comptes de la protection sociale sur courte ou moyenne période. À l'époque, les branches et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) fonctionnaient, année après année, avec les seules avances de la Caisse des dépôts et consignations (CDC). Pour avoir exercé des responsabilités auprès du Premier ministre Michel Rocard, je me souviens que le plafond des avances de la CDC, qui faisait l'objet de discussions chaque année, s'élevait alors à 6 milliards de francs, soit à environ 1 milliard d'euros. Aujourd'hui, la dette sociale cumulée atteint 250 milliards d'euros, et le

plafond des avances à l'ACOSS avoisine les 30 milliards par an. Ces avances servent, d'une part, à alimenter la trésorerie des régimes sociaux – à hauteur de 10 à 15 milliards – et, d'autre part, à financer la partie de la dette sociale qui est gérée par l'ACOSS.

Considérons l'évolution du déficit du régime général et du FSV depuis 1999. Si l'on en croit les projections de ce PLFSS, nous devrions retrouver, en 2017, la situation de 1999. Entre-temps, nous avons connu des périodes de déficit massif, notamment au moment de la crise financière, de 2008 à 2011. Or le problème est que la crise financière avait été précédée d'années de déficit persistant, tant du budget de l'État que de celui de la sécurité sociale. Nous n'étions donc pas dans une situation favorable au moment où il a fallu faire face à la crise. Selon moi, le message que la commission des finances doit marteler, indépendamment de nos sensibilités politiques, est le suivant : si nous ne sommes pas capables, dans notre pays, d'apurer les déficits, voire de constituer des réserves, lors des périodes de croissance, alors il n'y a aucune chance que nous puissions faire face aux phases de dépression du cycle économique. S'agissant des comptes de la protection sociale, dans la mesure où la dynamique des recettes est indexée presque exclusivement sur l'évolution de l'emploi et du salaire moyen, on peut plonger très vite.

Pour ce qui est de la présente législature, la courbe est plutôt bonne : le déficit des régimes obligatoires de base a été divisé par deux entre 2015 et 2016, passant de 6,3 à 3,1 milliards d'euros, hors FSV. Le solde prévisionnel desdits régimes obligatoires de base pour 2017 est à 400 millions d'euros de l'équilibre, montant qui correspond à 0,06 % de l'ensemble des recettes affectées à ces régimes – néanmoins, j'ai toujours considéré pour ma part que ceux qui soulignaient la faiblesse des déficits par rapport à la masse des dépenses se trompaient d'approche : en matière de protection sociale, nous devons nous conformer à une exigence d'équilibre permanent ou d'excédent structurel à moyen terme. Si l'on considère le solde consolidé avec le FSV, le déficit total a été divisé par sept entre 2010 et 2017. Le redressement des comptes de la sécurité sociale, engagement pris au début de cette législature, est donc une réalité.

L'essentiel de cette dynamique résulte de la remise en ordre du régime général. D'après les projections, son solde consolidé sera presque à l'équilibre en 2017, et nous devrions commencer à dégager des excédents structurels à partir de 2018.

La tendance est celle d'un retour à l'équilibre pour chacune des branches. En 2015, toutes les branches du régime général ont réduit leur déficit, ou maintenu leur excédent s'agissant de la branche accidents du travail et maladies professionnelles. De manière classique – c'était vrai il y a trente ans et cela le reste aujourd'hui –, les éventuels excédents de cette branche servent à combler les déficits des autres branches. Certains demandent de rectifier cette situation, mais nous avons un problème de financement global. Le déficit se concentre désormais quasi exclusivement sur la branche maladie, dont le déséquilibre met plus de temps à se résorber. Quant à la branche vieillesse, elle est globalement à l'équilibre, mais avec des comptes de la Caisse nationale de l'assurance vieillesse (CNAV) désormais excédentaires et un FSV par nature déficitaire car le chômage est à un niveau élevé. Nous reviendrons sur ce point.

Selon les prévisions du PLFSS, la tendance de 2015 devrait se poursuivre en 2016 et 2017 avec un retour à l'équilibre, voire un excédent, dans toutes les branches du régime général, à l'exception de la branche maladie, dont le déficit a néanmoins été réduit de 40 % entre 2013 et 2016.

Hier soir dans l'hémicycle, au cours de l'examen du projet de loi de finances pour 2017, nous avons débattu du réalisme de la prévision de croissance de 1,5 %. Or dire que

cette prévision est trop optimiste revient à dire que nous aurons des difficultés à la fois en termes d'emploi et en termes de salaires en 2018, 2019 et 2020 – je le signale à l'attention de nos collègues de l'opposition. Sur longue période, une évolution annuelle de la masse salariale de 2 à 3 % – ce que nous avons connu ces dernières années – ou, même, de 3 à 3,5 % – ce que nous pourrions connaître à l'approche de 2020 – reste modérée. Il s'agit d'une trajectoire normale.

En revanche, deux questions vont se poser selon moi : d'une part, qu'allons-nous faire des excédents structurels dégagés à partir de 2018, sachant que la dette gérée par la CADES ne s'éteindra qu'en 2024 et que la dette non transférée gérée par l'ACOSS sera de l'ordre de 15 à 18 milliards d'euros en fin d'année 2016 ? D'autre part, qu'allons-nous faire, à terme, du 0,5 point de contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) et de la fraction de contribution sociale généralisée (CSG) qui alimentent la CADES ? Selon moi, la commission des finances devrait faire passer le message suivant : il faut maintenir durablement les soldes du régime général en excédent, et ne pas se précipiter, dès lors qu'il y a un excédent structurel, pour revenir à l'équilibre, soit en engageant de nouvelles dépenses, soit en diminuant trop fortement les recettes.

Pour la branche maladie, l'exercice 2016 constitue une étape importante : le déficit de 4 milliards d'euros de la branche maladie des régimes obligatoires de base s'établit désormais à un niveau inférieur à celui d'avant la crise. Le PLFSS pour 2017 prévoit un solde excédentaire dès 2018 pour l'ensemble du régime général – de 2,1 milliards d'euros – et dès 2019 pour la branche maladie – de 1,3 milliard. En 2020, le solde positif de la branche maladie devrait atteindre 3,7 milliards, pour un excédent total du régime général de 7,4 milliards.

J'ignore quelle est la teneur des débats à la commission des affaires sociales, mais je le répète : à partir du moment où il y a des excédents, le réflexe de base pourrait consister à relâcher la pression, en estimant que l'on dispose de marges permettant soit de diminuer les recettes, soit d'augmenter les dépenses, par exemple pour améliorer la couverture maladie, revaloriser les petites retraites ou revenir sur les mesures touchant les allocations familiales. En ce qui me concerne, ma position est simple, et j'aimerais que l'ensemble de la commission la fasse sienne : tout cela sera bienvenu le jour où nous aurons totalement apuré la dette sociale, ce qui n'est pas encore le cas.

Les résultats que j'ai présentés ont été obtenus de manière très simple : sur la période de 2012 à 2016, nous avons réussi à faire en sorte que, dans les quatre branches, la croissance des produits soit supérieure à celle des charges, ce qui est une dynamique vertueuse. Cela montre que les politiques de gouvernance successives, indépendamment des mesures de recettes et de dépenses, finissent par porter leurs fruits. Tout le monde finit par comprendre qu'il est nécessaire de raisonner en termes d'équilibre structurel. Ainsi que le Président de la République l'avait très justement rappelé devant la Cour des comptes en septembre 2012, que je l'ai indiqué dès le début de mon rapport et que nous le disons tous au sein de notre commission, le déficit budgétaire de l'État peut s'expliquer par des politiques contracycliques, notamment des politiques d'investissement, mais, en matière de protection sociale, les dépenses non couvertes dont bénéficient aujourd'hui les personnes malades, les retraités ou les familles sont des charges que l'on reporte et qui devront être payées demain. Nous ne pouvons pas accepter une telle dynamique.

Le régime général connaît donc une croissance de ses recettes plus dynamique – près de 17 % – que celle de ses charges – 13,3 %. À cet égard, je souligne l'importance de raisonner en termes de solde global plutôt qu'en termes de solde par branche. En effet, si le déficit et la dette de chaque branche sont individualisés en application des règles actuelles

– au sein des quelque 17 milliards de dette gérés par l'ACOSS, on sait ce qui est imputable à la CNAV, au FSV, à la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) et à la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) –, d'une part, la dette est globalisée au sein de la CADES et, d'autre part, on sait qu'il suffit de jouer sur l'affectation des recettes ou des dépenses pour modifier le solde d'une branche. En réalité, le solde des branches dépend de la manière dont on construit les circuits de financement.

S'agissant des prévisions macroéconomiques, la question principale est, je le répète, celle de l'évolution de la masse salariale. À ce sujet, il y a eu des allers-retours : les prévisions ont d'abord été optimistes, avant d'être révisées dans un sens plus pessimiste. La réduction plus rapide que prévu du déficit en 2016 et le résultat anticipé par ce PLFSS pour 2017 tiennent à une dynamique de masse salariale constatée plus importante que prévu. Il y a plusieurs facteurs à cela : les créations nettes d'emplois et l'effet du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE). Car le CICE a non seulement permis aux entreprises de restaurer leurs marges et d'investir, mais il s'est aussi traduit, en partie, par une augmentation des salaires – je le dis notamment à l'attention de certains collègues de la majorité qui ont beaucoup critiqué ce dispositif.

Pour ma part, je considère que les prévisions macroéconomiques sont, à ce stade, « raisonnablement optimistes », pour reprendre les termes habituellement utilisés à la Cour des comptes.

J'appelle aussi votre attention sur la structure des recettes du régime général. Sur très longue période, nous constatons une décroissance de la part des cotisations patronales, une forte décroissance de celle des cotisations salariales – compte tenu notamment de la transformation des cotisations salariales d'assurance maladie en points de CSG – et une montée en charge de la CSG. Surtout, il y a une question importante pour le budget de l'État : les politiques d'exonération et d'allègement des charges sociales patronales menées par les gouvernements successifs se traduisent par des compensations « à l'euro l'euro » versées par l'État à la sécurité sociale ou, dans certains cas, pour solde de tout compte – tel est le cas des mesures contenues dans le pacte de responsabilité et de solidarité, notamment du CICE et de la baisse des cotisations familiales, que je soutiens ; or ces compensations atteignent au total 30 à 40 milliards d'euros. Ce montant n'est pas considérable au regard des 400 milliards de recettes du régime général, mais il représente entre la moitié et les deux tiers du déficit du budget de l'État, qui s'élève à 70 milliards.

Ce mécanisme est une bonne chose lorsque les régimes sociaux sont déficitaires. Toutefois, les excédents structurels qui seront dégagés dans les années qui viennent au sein des régimes de protection sociale et la perspective de l'extinction de la dette gérée par la CADES en 2024 nous conduiront nécessairement à reposer un jour la question de l'articulation entre l'État et la sécurité sociale. À cet égard, je suis surpris que certains s'interrogent déjà sur l'affectation possible de la CRDS et de la CSG qui alimentent la CADES.

Pour ma part, je défends la position suivante devant notre commission : je ne vois pas pourquoi l'on garderait un déficit du budget de l'État entre 30 et 50 milliards d'euros et parallèlement 40 milliards d'euros de compensations versés par l'État à la sécurité sociale. Il ne serait pas justifié, dans le même temps, d'augmenter les dépenses de protection sociale sans avoir préalablement remis de l'ordre dans ces régimes. On voit bien le débat qui opposera tout ministre du budget et tout ministre des affaires sociales, quelle que soit la couleur des gouvernements.

Je le répète : si nous sommes responsables et raisonnables, une fois que nous aurons totalement apuré la dette sociale, nous devons nous interroger sur l'opportunité de continuer à verser, à partir du budget de l'État, 35 à 40 milliards de compensations de pertes de recettes à la sécurité sociale. On peut estimer que c'est nécessaire pour maintenir un haut niveau de protection sociale, mais on peut aussi estimer qu'il y a d'autres priorités pour le budget de l'État, notamment le financement de ses missions régaliennes.

Je n'exprime pas les choses de manière aussi catégorique dans mon rapport. En tout cas, cette question se posera à l'avenir et je la pose dès aujourd'hui car, quel que soit le résultat des élections de 2017, la majorité et les gouvernements de la prochaine législature – qui devrait normalement coïncider avec l'extinction progressive de la dette sociale – auront cette responsabilité, surtout si, comme nous l'espérons tous, la situation économique du pays s'améliore. Pour ma part, j'ai connu des périodes où la situation économique s'améliorait et où l'on se précipitait pour desserrer les freins avant d'avoir terminé la remise en ordre de nos comptes.

Une annexe volumineuse au PLFSS détaille l'ensemble des dispositifs d'exonération – que l'on peut appeler « niches sociales » – et les mécanismes de compensation correspondants. Le montant des pertes de recettes liées aux exonérations sera de 45,9 milliards d'euros en 2017, en augmentation de 3 % par rapport à 2016 et de 26 % par rapport à 2012. Cela montre bien que la présente majorité a procédé à des allègements de charges dans le but de diminuer le coût du travail. Ces exonérations seront compensées à hauteur de 36 milliards d'euros en 2017. Dans mon rapport, j'ai recensé toutes les mesures prises dans le cadre du pacte de responsabilité et de solidarité, et montré que la compensation avait été faite « à l'euro l'euro ». Je considère qu'il n'y pas de débat sur ce point : on entend de manière récurrente que l'État ne compenserait pas les allègements de cotisations et que cela créerait des déficits fictifs pour les régimes sociaux. Tel n'est pas le cas actuellement.

Je souhaite insister sur la question de la dette. Un graphique figurant dans mon rapport montre que, depuis 2015, les remboursements de dette sociale par la CADES sont supérieurs aux déficits constatés. Cela signifie que nous nous engageons effectivement dans le processus de résorption de la dette sociale, tant de celle qui relève de la CADES que de celle qui relève de l'ACOSS. Mais nous n'en sommes qu'au début de ce processus. La trajectoire actuelle conduit à une extinction de la dette gérée par la CADES en 2024. Il restera à déterminer comment solder la dette résiduelle gérée par l'ACOSS. J'y reviendrai en conclusion.

J'en viens à la question des dépenses. Nous savons très bien que l'équilibre des régimes de protection sociale dépend essentiellement de la dynamique des dépenses d'assurance vieillesse et d'assurance maladie. Le point essentiel, compte tenu des incertitudes qui pèsent sur la prévisibilité de ces dépenses à moyen terme, c'est que nous disposons désormais d'un dispositif de pilotage et de gouvernance, tant pour les dépenses d'assurance maladie que pour celles d'assurance vieillesse.

S'agissant des dépenses d'assurance vieillesse, nous avons un débat sur les responsabilités respectives des uns et des autres dans les déficits, puis dans le redressement. En tout cas, il suffit d'examiner les scénarios du Conseil d'orientation des retraites (COR) pour s'apercevoir que la situation peut être très différente à court, moyen et long terme suivant les hypothèses macroéconomiques retenues, notamment en termes de chômage et de salaires – ainsi, avec un chômage élevé, les résultats de la branche vieillesse seront meilleurs s'il y a une forte progression des salaires. Toujours est-il que la dynamique des dépenses d'assurance vieillesse est paramétrée : par la démographie, par l'indexation, par les durées de cotisation, par l'âge de départ à la retraite, par les minorations et les majorations.

Tel n'est pas le cas – j'appelle votre attention à tous sur ce point – des dépenses d'assurance maladie : la tendance reste, ce n'est contesté par personne, une dérive spontanée de ces dépenses de 4 % par an. Or, si l'on s'intéresse à l'historique de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), on constate que l'on arrive aujourd'hui à un niveau avoisinant les 2 % – 1,8 % en 2016. À cet égard, le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie a estimé que le niveau de 1,8 % n'était pas inatteignable, mais que ce serait très compliqué.

D'aucuns proposent de fixer l'ONDAM à 1,75 % dans les années qui viennent. Après examen, je ne crois pas que cela soit tenable. Ou alors, cela implique à la fois de faire des efforts de rationalisation de la médecine de ville – sachant qu'ils sont antinomiques avec la conception actuelle de la médecine libérale et que ce sont précisément les dépenses de médecine de ville qui progressent – et de conduire une restructuration drastique des hôpitaux. Certains proposent d'équilibrer les comptes de la protection sociale en réalisant une économie de 20 milliards d'euros sur l'assurance maladie, notamment sur le système hospitalier public et privé. La dépense hospitalière s'élevant actuellement à 78 milliards d'euros, je ne sais pas comment ils font !

Les trajectoires en matière d'assurance maladie sont très difficiles à maîtriser : il y a un système d'économie de la santé, avec des évolutions de prix et de volume, mais aussi des phénomènes comportementaux, tant chez les professionnels de santé que chez les patients. Cela suppose une gestion extrêmement rigoureuse, année après année, et c'est là qu'il y a des éléments de risque importants. Nous sommes d'ailleurs confrontés à un problème en matière de financement de l'innovation, d'où certaines dispositions de ce PLFSS, notamment la création d'un fonds de financement pour l'innovation pharmaceutique. Je ne peux dire qu'une chose à ce sujet : on ne peut pas, d'une part, desserrer la contrainte et, d'autre part, faire des projections en ce qui concerne l'équilibre des comptes sociaux en partant du principe qu'il est possible de fixer durablement l'ONDAM à un niveau inférieur à 2 %.

Je voudrais dire un mot du FSV – j'aurai l'occasion d'y revenir en réponse à un amendement de Patrick Hetzel. Le PLFSS prévoit à l'horizon 2020 l'équilibre de la CNAV et un solde proche de zéro pour le FSV. Pour ce faire, le projet de loi revient sur une décision de la précédente majorité consistant à faire prendre en charge le minimum contributif par le FSV. Le minimum contributif s'inscrit dans une logique de solidarité professionnelle. Ce n'est pas le seul mécanisme de solidarité financé par la CNAV dans le cadre des branches professionnelles. Le FSV est censé financer les dispositifs relevant de la solidarité nationale mais ses missions ont été progressivement élargies. L'essentiel des dépenses du FSV – soit quelques milliards – concernent la prise en charge des cotisations retraite des chômeurs. Il n'y a donc aucune chance de diminuer les dépenses du FSV sans baisser durablement le chômage – c'est mécanique. La clarification prévue par l'article 20 du projet de loi consiste à supprimer l'organisation du FSV en trois sections, celui-ci étant recentré, pour l'essentiel, sur la prise en charge des cotisations retraite des chômeurs, qui constituent de vraies dépenses de solidarité. Les dépenses qui relèvent certes de mécanismes de solidarité, mais de solidarité professionnelle, sont transférées à la CNAV. On n'en voit pas les effets en 2017, mais de 2018 à 2020, l'équilibre est réalisé. Cette clarification me semble bienvenue.

On peut se féliciter de la hausse du montant des fraudes sociales détectées. Les journaux en concluent parfois hâtivement que la fraude sociale augmente. Pourtant, il n'existe pas d'indicateurs sur la hausse de la fraude sociale. En revanche, les indicateurs nous renseignent sur la performance des services et sur leur capacité à la détecter.

Je souhaite conclure sur la question de la dette.

Alors que les branches commencent à enregistrer des excédents structurels, la position de la commission des finances doit être simple : on peut faire tout ce que l'on veut dès lors que la dette sociale a été apurée. Pour ce faire, il faut éviter de creuser de nouveaux déficits. Il restera fin 2016 près de 136 milliards d'euros à amortir sur un total de 260 milliards d'euros de dette reprise par la CADES depuis sa création.

Cette dette a un coût. En 2017, le montant cumulé des intérêts liés à la dette sociale depuis 1993 a atteint 49,5 milliards d'euros. En 2024, ce montant devrait représenter au minimum 60 milliards d'euros. Notre incapacité à résorber les déficits de la sécurité sociale aura coûté au pays sur trente ans 60 milliards. Chacun sait ce que cette somme permettrait de faire. Cet exemple constitue une alerte rouge pour l'avenir.

La question est de savoir si les dispositions de la loi organique permettent de transférer le stock de dette – 16,3 milliards d'euros en 2016 – que conserve l'ACOSS. Le PLFSS ne le propose pas. Les conditions de marché actuelles ne plaident pas en faveur de cette solution. En 2016, la dette de l'ACOSS n'est plus un coût mais un profit. L'année dernière, l'ACOSS avait emprunté 25 milliards d'euros et réalisé 16 millions de produits financiers. En 2016, les produits financiers générés par la dette sociale de l'ACOSS devraient s'élever à 80 millions d'euros. C'est une incitation à faire de la dette. Le président de la CADES considère pour sa part que plus on attend, plus la reprise de la dette sera coûteuse.

J'estime que la question ne se pose pas pour 2017. Laisser la dette à l'ACOSS nous fera gagner de l'argent plutôt que d'en perdre car le coût moyen de la dette de la CADES est supérieur à celui de l'ACOSS.

En revanche, on ne peut pas conserver l'architecture actuelle des textes. Ceux-ci prévoient que les excédents doivent directement alimenter, dans le cas de la CNAV, le Fonds de réserve pour les retraites (FRR), et dans le cas de l'assurance maladie, la CADES. Par ailleurs, il n'existe pas de fongibilité de la dette de chacune des branches au sein des comptes de l'ACOSS. Je ne vois aucun intérêt sur le long terme à augmenter les ressources de la CADES, ni à prolonger sa durée de vie au-delà de 2024. La CADES a été un outil utile mais il peut être pervers : une caisse d'amortissement de la dette peut être un pousse-au-crime puisque vous savez que la dette que vous créez peut être basculée vers ladite caisse.

La commission doit porter un double message : d'une part, il faut impérativement que la CADES puisse fermer en 2024 ; il ne faut donc pas prolonger sa durée de vie en lui transférant de la dette. D'autre part, il faut trouver les moyens d'affecter les excédents structurels – il est interdit de penser que ces excédents autorisent des dépenses sociales nouvelles – à l'ACOSS pour lui permettre de purger sa dette. Le déficit de l'ACOSS s'élève à 16,3 milliards d'euros ; en 2020, il pourrait diminuer à hauteur de 11 milliards. Nous devons avoir cette discussion avec le Gouvernement. Il serait préférable, aux conditions de marché actuelles, d'affecter les excédents des différentes branches qui seraient fongibles à la réduction de la dette de l'ACOSS, plutôt que d'opérer un nouveau transfert à la CADES. Prélever une partie des réserves du FRR pour éteindre la dette de la CADES n'est pas une stratégie de long terme. Il vaut mieux conserver les réserves du FRR, car les ponctionner, c'est sacrifier le long terme par rapport au court ou moyen terme. En outre, je rappelle que le FRR possède aujourd'hui 30 milliards d'actifs, qui jouent un certain rôle dans l'économie.

En étant vraiment rigoureux, il est possible d'amener les branches à des excédents structurels et d'affecter intégralement ces excédents au remboursement de la dette, qu'elle soit portée par la CADES, qui doit s'éteindre en 2024, ou par l'ACOSS.

Mme Valérie Rabault, rapporteure générale. L'année dernière, il avait été décidé, me semble-t-il, de ne pas augmenter les taxes sur le tabac en raison de la mise en place du paquet neutre. J'étais personnellement opposée à ce choix.

Or, le projet de loi pour 2017 prévoit une hausse des taxes sur le tabac pour des recettes évaluées à 250 millions d'euros. Quelle est la logique de cette décision au regard du choix de l'année dernière ?

M. Patrick Hetzel. Alors que le rapport de la Cour des comptes qualifie d'incertaine la trajectoire de retour à l'équilibre, les arguments que vous présentez aujourd'hui ne sont guère convaincants.

Le Gouvernement, par la voix de M. Michel Sapin, envisage une taxation des prestations des comités d'entreprise. Pouvez-vous nous apporter des précisions sur ce point ? Cette question vaut également pour l'annonce d'une baisse de la CSG sur les retraites les plus modestes.

M. Charles de Courson. Pouvez-vous évaluer l'impact sur les dépenses de la branche vieillesse des réformes votées par la précédente majorité ? Le chiffre de 20 milliards d'euros est avancé.

Le Gouvernement a choisi de retenir une prévision de croissance pour 2016 et 2017 de 1,5 % alors que le consensus des économistes la situe plutôt entre 1,2 et 1,3. Quel sera l'impact de l'écart cumulé entre la prévision et l'exécution, que l'on peut estimer à 0,4, sur les recettes sociales ?

Enfin, pouvez-vous expliciter les deux dernières lignes du tableau sur le coût total des exonérations entre 2012 et 2017 qui font référence aux « mesures ciblées non compensées » et aux « mesures d'exemption d'assiette » ?

M. Joël Giraud. Alors que nous avons voté hier en séance publique à l'unanimité moins une voix le projet de loi de modernisation, de développement et de protection des territoires de montagne, je me réjouis que l'article 39 du PLFSS lui donne une traduction concrète en permettant aux saisonniers et pluriactifs de conserver leur affiliation lorsqu'ils changent de métier – les tractations avec le ministère des affaires sociales ont porté leurs fruits. Pour la première fois, cet article met en place une continuité des droits à la prise en charge des frais de santé et de services de prestation en cas de changement de situation professionnelle, y compris pour ceux qui dépendent du Régime social des indépendants (RSI). Cette mesure dépasse le cadre de la « loi montagne » : trente ans après, ce qui était alors considéré comme marginal – le travail des saisonniers et des pluriactifs – est devenu le lot commun pour de nombreux Français.

M. Gaby Charroux. La stricte évolution comptable fait apparaître une réduction nette des déficits. Mais à quel coût humain ?

Sans revenir sur les choix économiques opérés et le cap choisi – la politique de l'offre, l'aide massive et sans contrepartie aux entreprises ou la forte augmentation de l'impôt sur le revenu –, nous nous interrogeons sur le prix payé par l'hôpital mais aussi par les 36 % de Français qui renoncent aux soins selon le collectif interassociatif sur la santé. Est-ce là un prix acceptable pour l'équilibre de la sécurité sociale ? N'avons-nous pas atteint la limite supportable pour l'ONDAM ?

Un collègue comparait hier bonne politique et bonne finance. Monsieur le rapporteur, vous semblez considérer que le PLFSS 2017 relève de la bonne finance. Je considère pour ma part que le compte n'y est pas pour une bonne politique mettant l'humain au cœur des décisions.

Mme Marie-Christine Dalloz. Le ministre des finances a indiqué hier, dans le cadre de l'examen du projet de loi de finances, que les prévisions ne peuvent pas engager l'avenir. Avec les paramètres que vous avez retenus, je crains que vos projections ne soient pas au rendez-vous.

Il faut aussi regarder la réalité. Si vous acceptiez un bref moment d'honnêteté et de lucidité intellectuelle et politique, vous constateriez que l'amélioration du solde du régime général est portée exclusivement par la branche vieillesse. Qui en est responsable ? La précédente majorité vous a offert une amélioration du solde du régime général.

S'agissant de la branche maladie, le déficit, en valeur absolue, est passé de 5,9 milliards d'euros en 2012 à 4,1 en 2016. La baisse est sensible mais il reste encore du chemin à faire. Or, je ne suis pas convaincue que les dispositifs que vous avez votés – tels que le tiers payant généralisé – permettent de maîtriser à l'avenir l'écart entre les charges et les produits nets, à moins d'augmenter les cotisations.

Concernant la branche vieillesse, vous êtes passé très rapidement sur le solde financier annuel projeté du système de retraites. Mais ce graphique confirme le bénéfice que vous avez retiré de la réforme qu'ont menée vos prédécesseurs.

En matière de dette sociale, je comprends que le rapporteur n'est pas favorable à une fusion de l'ACOSS et de la CADES.

M. Laurent Wauquiez. Pouvez-vous nous éclairer sur le nouveau régime des saisonniers ?

En écho aux propos de Marie-Christine Dalloz, pouvez-vous évaluer la contribution de la réforme des retraites à l'amélioration des comptes sociaux ?

Enfin, la branche famille est la seule branche à connaître une diminution brutale des dépenses – sauf erreur de ma part, de plus de 10 %. Confirmez-vous ce chiffre qui reflète la politique familiale que vous avez menée pendant cinq ans ?

M. Éric Alauzet. Dans la perspective d'un retour à l'équilibre, il me semble utile de s'interroger sur les priorités que nous devons définir. Deux sujets me semblent devoir être mis dans le débat. D'une part, allons-nous enfin nous occuper des oreilles, des dents et des yeux des personnes vieillissantes ?

D'autre part, le développement de l'économie collaborative et la multiplication des auto-entrepreneurs correspondent à un mouvement de fond. Il serait souhaitable de réfléchir dès maintenant à la protection sociale de ces catégories de travailleurs qui sont appelées à voir leurs rangs grossir de manière inéluctable.

M. Jean-François Mancel. Je rejoins la question posée par la rapporteure générale sur la hausse des taxes sur le tabac, qui est en contradiction avec les engagements du Gouvernement liés au paquet neutre. J'ai d'ailleurs déposé deux amendements à ce sujet.

Mme Véronique Louwagie. L'excédent de la branche vieillesse est une bonne nouvelle qui vient conforter les décisions prises en 2010. Il faut profiter de cette situation excédentaire pour poursuivre la réflexion. La Cour des comptes met ainsi en garde contre un possible retour des déficits dès 2025 si les prévisions macroéconomiques n'étaient pas réalisées.

L'article 20 du projet de loi évoque la retraite complémentaire obligatoire des agriculteurs. En 2012, le Président de la République avait émis l'idée d'une prise en charge par la solidarité nationale des mesures de revalorisation des petites retraites agricoles. Le dispositif a été mis en place, mais il n'est pas financé, ce qui suscite l'inquiétude des agriculteurs.

Enfin, concernant la branche maladie, je souhaite alerter sur la situation au niveau local. La désertification médicale ne touche plus seulement la médecine de ville mais aussi les hôpitaux. La réforme du financement des urgences et des SMUR pose des difficultés qui donnent lieu à des manifestations de mécontentement et à des grèves. On ne peut pas se satisfaire de la présentation de la situation de la branche maladie, qui n'est pas conforme à la réalité vécue sur le terrain.

Mme Eva Sas. Je souhaite faire part de mon inquiétude sur l'évolution de l'ONDAM, qui est en baisse constante depuis 2007.

Il faut avoir conscience des réalités qui se cachent derrière la limitation de l'augmentation des dépenses d'assurance maladie à 1,8 % en 2016 : dans le nord-est de l'Essonne, il est envisagé de fermer trois hôpitaux à Juvisy, Longjumeau et Orsay pour en construire un nouveau à Saclay. Ce projet, s'il était mené à bien, se traduirait par la disparition des urgences dans le bassin de Juvisy, qui souffre déjà de la désertification de la médecine ville, avec un taux de généralistes déjà très inférieur à la moyenne nationale.

Je souhaite vous alerter sur les conséquences sur le terrain de la maîtrise de l'ONDAM. Quels sont les moyens mis en œuvre pour lutter contre la désertification médicale, qui ne concerne plus seulement les territoires ruraux mais aussi les banlieues parisiennes ?

M. Éric Woerth. Je m'associe à la question sur le tabac.

Concernant le régime vieillesse, rarement une réforme aura suscité autant de d'opposition et aura produit autant d'effets, peu importe ceux qui l'ont faite.

Comment peut-on s'opposer aujourd'hui à cette mesure de bon sens consistant à relever l'âge de départ à la retraite, mesure que l'ensemble des pays ont appliquée ? Il faut poursuivre dans cette voie. La fourchette des prévisions du COR à long terme est très large : il faut essayer de limiter l'incertitude sur un sujet aussi important.

Pouvez-vous nous préciser les chiffres sur les recettes financières de l'ACOSS ?

M. le président Gilles Carrez. Je souhaiterais quelques précisions sur l'évolution de la dette logée dans les hôpitaux.

Je suis étonné que l'objectif d'évolution tendancielle des dépenses d'assurance maladie avant mesures nouvelles passe à 4,3 % en 2017 alors qu'il était de 3,9 % en 2015 et 3,6 % en 2016. Cette présentation, si elle permet une majoration très fictive des économies, n'est pas dans l'intérêt d'une gestion rigoureuse de nos comptes.

Enfin, je suis entièrement d'accord avec Dominique Lefebvre à propos de la gouvernance pour les années à venir. Puisque les déficits se réduisent, notamment grâce aux réformes des retraites – mais aussi, il faut le reconnaître, aux efforts consentis sur l'assurance maladie et la famille, même s'ils entraînent des sacrifices –, nous allons retrouver une situation que nous n'avons pas connue depuis plus d'un quart de siècle, depuis la fin des années 1980 : un système à peu près équilibré. Dès lors, comment éviter que les dépenses et les déficits ne repartent à la hausse ?

De ce point de vue, je m'inquiète de la manière dont s'articulent la discussion du projet de loi de finances (PLF) et celle du PLFSS. Un exemple : hier soir, la commission des affaires sociales a voté un amendement prévoyant une baisse de CSG. Cet amendement est gagé sur les taxes sur le tabac, mais ce gage fictif ne vise qu'à satisfaire l'article 40 de la Constitution. En réalité, l'amendement est partiellement gagé sur le dispositif de l'amendement de Romain Colas que nous avons examiné la semaine dernière, et qui tend à porter de 20 à 30 % la contribution sociale patronale sur les attributions gratuites d'actions (AGA). Cela ne suffira toutefois pas, de sorte qu'il faudra aussi aller chercher des recettes dans le budget de l'État. Ce n'est qu'un exemple parmi d'autres de ce qu'a évoqué notre rapporteur pour avis.

Le moment me paraît donc venu de discuter conjointement des recettes du PLFSS et de celles du PLF. Dans le cas contraire, nos collègues de la commission des affaires sociales, forts du principe de 1994 selon lequel toute perte de recettes découlant d'une mesure de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale est compensée à l'euro près, ne pourront qu'être enclins à augmenter les dépenses. Cette articulation est donc indispensable.

Voici un autre exemple. En 2010, nous avons eu un débat très dur sur la date ultime de financement de la CADES. Il s'agissait de la repousser pour la reporter à 2024, ce qui nécessitait une loi organique. Notre collègue Jean-Luc Warsmann a combattu cette mesure au point de refuser de présider la commission mixte paritaire. Il n'a finalement pas eu gain de cause : ce verrou a lui aussi sauté.

Ainsi que le demande le rapporteur pour avis, nous devons nous doter de garde-fous indispensables à une bonne gouvernance pour ne pas replonger immédiatement dans les déficits. Si nous dégageons des excédents structurels, n'oublions pas nos 160 milliards d'euros de dette sociale, dont les caractéristiques nous interdisent de la reporter sur les générations futures.

M. le rapporteur pour avis. Les sujets qui ont été évoqués sont si nombreux que je ne sais si je pourrai vous répondre à tous en détail. Pour le reste, je vous renverrai au rapport.

Si j'ai parlé comme je l'ai fait, c'est parce que je suis sans doute ici, sur les questions de protection sociale, le plus ancien dans le grade le plus élevé. Je le dis à Eva Sas, mais c'est aussi un clin d'œil à mon ami Jean-Christophe Fromantin : en la matière, j'ai coché toutes les cases ! J'ai débuté comme assistant social : le transfert de recettes, la pauvreté, la maladie, j'ai vu tout cela très jeune. J'ai aussi eu la chance de suivre ces dossiers au cabinet de Claude Évin puis de Michel Rocard. J'appartiens au club fermé des concepteurs de la CSG, j'ai écrit avec Raoul Briet le Livre blanc sur les retraites, j'ai fait une réforme hospitalière, et quelques autres choses encore ! Je suis donc bien placé pour remettre ces sujets en perspective dans le long terme.

J'aimerais également m'adresser à Gaby Charroux, à Eva Sas et à l'ensemble des élus de droite et de gauche...

M. Charles de Courson. Et du centre !

M. le rapporteur pour avis. ... et du centre, en effet ! À gauche, on dit en substance : « L'équilibre comptable, d'accord, mais l'humain dans tout ça ? » À droite, on affirme que l'équilibre comptable est nécessaire... avant d'ajouter « mais mon hôpital, ma désertification médicale, mais les familles », etc. Et, finalement, cela revient au même.

Je vais vous faire part de ma conviction profonde. Monsieur le président, vous avez conclu en évoquant un verrou au niveau de la loi organique. On pourrait aussi revenir sur la règle d'or pour des comptes équilibrés année après année, avec des ajustements infra-annuels... Le poids de la protection sociale en France atteint tout de même 600 milliards d'euros si l'on tient compte de la totalité de ses composantes, régimes complémentaires et Unédic compris. Je peux comprendre les jeux de posture, madame Dalloz, surtout en commission des finances lorsque l'on parle de 600 milliards d'euros ou que l'on voit les chiffres de déficits ou de dette cumulés. Revenons à l'essentiel : nous avons des politiques structurelles à conduire, mais la nécessité de réfléchir à des instruments de pilotage est également inhérente au système. Je suis d'accord avec Éric Woerth, il est difficile de déterminer l'effet de chacune des réformes successives sur la situation présente, mais le plus important dans les réformes de l'assurance maladie et de l'assurance vieillesse – les deux branches dont le déficit dérape en permanence – conduites depuis vingt ans, ce sont les conditions de pilotage. Pour l'assurance maladie, c'est la création de l'ONDAM, en 1996, et du Comité d'alerte. La Commission des comptes de la sécurité sociale existait déjà depuis longtemps. Et, pour les retraites, ce sont les différents comités de pilotage.

À partir de là, je ne peux rien vous proposer d'autre que de compter sur le débat démocratique et le sens des responsabilités de chacun. Voilà pourquoi j'ai parlé de l'avenir dans mon intervention liminaire. Monsieur le président, je ne sais pas qui occupera votre place ni la mienne l'année prochaine ; peut-être serons-nous tous deux dans cette salle. Quoi qu'il en soit, dans le cadre du débat démocratique au sein de cette maison, la commission des finances devra être un contrepoids utile à la commission des affaires sociales. Car si la commission des finances ne campe pas sur ses principes en matière de trajectoire et de redressement et ne pose pas les verrous nécessaires, rien ne sera possible. Mais je ne connais pas de verrou du type d'une loi organique interdisant le déficit : cela ne fonctionnera pas. La situation est donc très complexe.

Laurent Wauquiez n'est évidemment pas resté pour entendre ma réponse à sa question... Les dépenses familiales n'ont pas diminué de 12 %. Je vous renvoie au rapport. Les dépenses gérées par la CNAF dépassent 80 milliards d'euros. Le problème est le suivant : nous avons compensé des baisses de recettes pour la sécurité sociale par le transfert de fractions de TVA, mais aussi par des reclassements de dépenses. La baisse des dépenses de la CNAF résulte principalement du fait que les aides au logement sont intégralement relogées dans le budget de l'État. En discutant avec le président et le directeur de la CNAF, nous avons d'ailleurs constaté un problème de pilotage : plus de la moitié des dépenses que gère la CNAF, relevant de décisions de l'État, n'est donc pas discuté par le conseil d'administration de cet organisme paritaire. Quoi qu'il en soit, il n'y a pas de baisse globale des dépenses familiales à périmètre constant.

En ce qui concerne les mesures relatives au tabac, auxquelles nous reviendrons en abordant les deux amendements de Jean-François Mancel, je veux dire à celui-ci, comme à l'intention d'Éric Woerth et de Valérie Rabault, que les deux mesures proposées se justifient indépendamment du débat récurrent sur le prix du tabac. Là encore, je coche la bonne case – en l'occurrence celle de la « loi Évin », que j'ai écrite avec Jérôme Cahuzac. Sur le prix du tabac, aucun gouvernement n'a réussi à trancher alors qu'il s'agit, on le sait, de l'un des

moyens les plus efficaces de lutte contre la surconsommation. La mesure ponctuelle sur le tabac à rouler, tout d’abord, est une mesure de santé publique à l’heure où, tandis que la consommation de cigarettes baisse, celle du tabac à rouler augmente parce que les jeunes se tournent vers ce substitut moins cher – et pas seulement pour fumer du tabac... Quant à la taxe sur le distributeur, qui sera répercutée ou non sur les prix, je rappelle qu’elle vise un distributeur en quasi-situation de monopole et un segment de la chaîne de l’économie du tabac qui n’avait pas encore été traité. Je le répéterai à notre collègue rapporteure générale : nous n’allons pas dire, comme pour la contribution à l’audiovisuel public, que nous avons promis l’an dernier de ne pas augmenter les prix ! Il n’y a pas d’augmentation générale des prix du tabac.

Pourquoi la CNAV est-elle aujourd’hui en excédent ? Comme l’a dit Éric Woerth, cela résulte de l’ensemble des mesures prises. À ceux qui attribueraient la situation présente à la seule action de l’actuelle opposition, je rappellerai l’apport de nos propres mesures, qui ont en fait contrebalancé celles précédemment adoptées. Ainsi, les reports de départs à la retraite résultant des dispositions de 2010 ont été globalement compensés par les retraites anticipées autorisées après de longues carrières. D’ailleurs, entre nous, personne n’a de difficultés à admettre qu’il faut non seulement reporter l’âge de la retraite à 67 ou 70 ans, mais que l’allongement de la durée de cotisation doit être le même que l’on ait commencé à travailler à 15 ans ou à 30.

M. Éric Woerth. Vous n’avez pas toujours dit cela !

M. le rapporteur pour avis. Quoi qu’il en soit, s’agissant des cotisations vieillesse, nous avons pris des mesures qui feront effet progressivement. Surtout, nous avons augmenté les cotisations de 0,6 point au total – dont 0,3 pour les salariés, ce qui explique en partie la stabilisation des prélèvements obligatoires en 2017 ; quant aux employeurs, la hausse a été neutralisée par la baisse des cotisations d’allocations familiales : nous en avons discuté il y a trois ans à propos d’un amendement, que j’avais combattu, déposé par celle qui m’a précédé dans mes fonctions.

Toujours à propos de la branche vieillesse, j’aimerais m’attarder un instant sur la baisse de CSG pour les retraités.

La mesure sera financée dans le cadre global qui ressortira des débats sur le PLF et sur le PLFSS. Nous en avons parlé hier. Comme vous l’avez dit, monsieur le président, elle ne pourra évidemment l’être que par compensation par le budget de l’État – à moins que nous ne trouvions 250 millions d’économies au titre de la protection sociale, mais je ne les ai vus gagés nulle part... Pour l’instant, la mesure est donc gagée sur la fiscalité du tabac.

Je le dis ici comme je le dis à l’extérieur : avec une balle pour plusieurs objectifs, on rate toujours sa cible. On a parlé de financer la disposition par une mesure sur les AGA ; il n’y a aucune raison de le faire puisqu’il n’y a aucun rapport entre ces deux sujets. De toute façon, nous avons un équilibre global du PLF à atteindre et, pour avoir été rapporteur général pendant dix ans, vous savez bien, monsieur le président, qu’à ce stade de la discussion il est normal qu’il y ait encore un milliard ou un milliard et demi d’euros qui se baladent. Ça, on sait faire ! Au terme de la discussion parlementaire, il restera 500 à 700 millions d’euros à financer ; nous verrons alors comment ils le seront, par des mesures diverses.

Quant à ce qui se dira dans l’hémicycle, je ferai les remarques suivantes.

On peut en demander beaucoup à un membre de la confrérie des concepteurs de la CSG, mais pas de renier les principes fondateurs de celle-ci. Pourquoi ne puis-je, par

principe, qu'être réticent vis-à-vis de mesures concernant la CSG des retraités ? Je rappelle que la CSG a été conçue comme un impôt de rendement destiné à assurer le financement à long terme de la protection sociale. De ce point de vue, la réussite fut parfaite. D'ailleurs, si MM. Bérégovoy et Charasse s'y sont opposés à l'époque, c'est parce qu'ils anticipaient l'efficacité de l'outil, qui n'allait pas inciter à maîtriser la dépense. Voilà d'ailleurs pourquoi je suis hostile à sa fusion avec l'impôt sur le revenu : on ne peut pas durablement combiner un impôt de rendement et un impôt de redistribution et de progressivité sans partir dans le décor et finir par devoir créer des exonérations.

L'assiette de la CSG était la plus large possible. Sans parler des retraités, je me souviens des discussions d'alors sur les primes des diplomates.

Enfin, un euro devait être égal à un euro. Un jeune actif débutant en contrat d'intérim avec un salaire de 1 000 euros cotise à 7,5 %. Le taux normal de CSG pour les retraités, soit 6,6 % n'est donc pas très éloigné du taux des actifs, tout en lui restant inférieur. Je n'ai jamais compris pourquoi un retraité se verrait appliquer un taux de CSG inférieur à celui d'un actif, à pouvoir d'achat équivalent. Je ne peux donc pas approuver des mesures qui creuseraient cet écart.

Quoi qu'il en soit, la CSG retraités existe et la gauche n'en est pas entièrement responsable : tout le monde s'y est mis, notamment avec la déductibilité, véritable prime à ceux dont le taux marginal d'imposition est déjà élevé. Je me prépare maintenant à l'adoption de la mesure à 250 millions d'euros sur le taux zéro de CSG.

Mais pourquoi des retraités paient-ils plus de CSG que d'autres alors qu'ils ont le même avis d'imposition ? À ce phénomène, il y a deux raisons cumulatives.

Le véritable déclencheur est la modification des règles d'éligibilité des retraités au taux réduit ou au taux nul de CSG : ce n'est plus l'impôt dû qui fait foi, mais le revenu fiscal de référence. Auparavant, à revenu égal, les retraités ne payaient pas la même CSG selon qu'ils bénéficiaient ou non de crédits et réductions d'impôt. Aujourd'hui, à revenu égal, la cotisation est la même.

À cette réforme s'est ajouté l'effet sur le revenu fiscal de référence de l'intégration au revenu imposable de la majoration de 10 % des pensions, soit un milliard d'euros qui représentent la contribution des retraités à l'équilibre des régimes de retraite. On pourrait objecter que les retraités n'ont pas à contribuer à celui-ci, mais c'est cette option qui a été retenue.

Les dispositions en discussion suscitent un débat politique ; au vu des marges de manœuvre budgétaires globales en matière de dépense publique, il me paraît raisonnable d'en rester à la mesure à 250 millions d'euros. Je lisais encore ce matin que, selon certains, il serait possible, à condition de trouver des gages, d'opter pour l'autre mesure envisagée, plus coûteuse ; encore faudrait-il trouver le premier des 250 millions d'euros, ce qui n'est pas fait à l'heure où nous parlons. Je confirme néanmoins ce que j'ai dit hier : le groupe Socialiste, écologiste et républicain soutiendra cette mesure. J'ai simplement tenu à prendre le temps de rappeler les questions de principe en jeu.

Monsieur le président, le fait que l'évolution tendancielle des dépenses d'assurance maladie atteigne 4,3 % est l'effet conjoint de la dynamique des volumes et des prix, de l'évolution du point d'indice, de l'entrée en vigueur de la nouvelle convention médicale et des médicaments innovants. On peut s'interroger sur les économies que l'on affiche, mais, en réalité, la question est de savoir quelles dépenses il va être possible d'assurer ; et nous

avons été plutôt honnêtes en estimant que le tendancier ne pouvait que progresser vu les mesures prises. Vous le dites vous-mêmes en nous reprochant d'alourdir les dépenses de l'assurance maladie, quand ce n'est pas la faute du tiers payant...

Il est vrai qu'il existe des déficits cumulés dans les hôpitaux, mais il y a globalement moins d'hôpitaux déficitaires, les déficits se concentrant sur un petit nombre d'établissements : en 2015, les déficits cumulés atteignent 411 millions d'euros pour 25 hôpitaux. Quant à la dette des hôpitaux, qui résulte de leur investissement, elle atteint 30 milliards d'euros en 2015. Il n'y a donc pas 30 milliards de déficit, mais 411 millions. On le verra dans mon rapport, et certainement aussi dans celui de nos collègues : il y a un problème d'ajustement.

J'ai contribué à l'instauration, entre autres mesures, de l'enveloppe globale et de la marge progressive lissée pour les pharmaciens. Je le dis à Eva Sas : si une augmentation exponentielle des dépenses de santé permettait à la population d'être en meilleure santé, cela se saurait ! La bonne santé de la population passe d'abord par la prévention ; or les politiques en ce sens sont insuffisantes.

Ensuite, notre système ne s'autorégule pas. Il faut dire qu'il est financé à 88 % soit par les régimes de base, soit par les régimes complémentaires. Il y a toujours eu des gens pour soutenir – je me souviens d'en avoir parlé en 2009 ou 2010 avec le président de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) – qu'il fallait responsabiliser les patients en augmentant le reste à charge ; cela n'a jamais vraiment fonctionné nulle part et ce n'est pas vraiment le problème. Comment réguler une économie associant un prescripteur qui dispose de la liberté d'installation et de prescription – que nous tentons sans grand succès d'encadrer à grand renfort de bonnes pratiques, d'indices, d'indicateurs de performance, mais rarement par des sanctions –, un consommateur qui peine à rester rationnel dans ces matières, comme nous tous lorsque nous sommes confrontés à un gros ennui de santé, et un tiers payeur – et même deux, puisqu'à l'assurance maladie s'ajoutent de plus en plus les régimes complémentaires. Dans ce dernier domaine, nous allons d'ailleurs être témoins d'une évolution ; le passage à l'économie numérique, en particulier, ne sera pas sans effets sur la manière dont on va soutenir les patients en fonction sinon de leur consommation, du moins de leurs efforts pour prévenir la maladie.

Quoi qu'il en soit, ces trois intervenants ne sont pas en relation directe ; toute une série d'acteurs économiques s'interposent entre eux. Voyez la manière de maîtriser les prix dans l'industrie du médicament, dans l'appareillage médical. Voilà pourquoi nous avons instauré les taux L, W, etc. Un laboratoire pharmaceutique travaille, sort un produit sur le marché, arrive en France et annonce un prix. Quel pouvoir politique refusera de mettre un médicament sur le marché au motif que le laboratoire en demande trop cher ? On l'a bien vu il y a deux ans à propos de l'hépatite C. Je me souviens aussi de la négociation sur la marge dégressive lissée : auparavant, les pharmaciens étaient payés proportionnellement aux prix et aux volumes, mais le prix des médicaments augmentait structurellement avec l'innovation et la rémunération des pharmaciens n'avait aucune raison d'augmenter d'autant. On voit combien la régulation est complexe.

La dépense hospitalière, c'est 78 milliards d'euros ; la dépense incluse dans l'ONDAM, 185 milliards ; les charges nettes de l'assurance maladie du régime général, 200 milliards. Dans ce contexte, je crois malheureusement que nous n'avons guère d'autre choix que de renforcer nos instruments de pilotage et de nous montrer rigoureux. Rien ne remplace la responsabilité politique !

La commission aborde l'examen des articles.

PREMIÈRE PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2015

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

DEUXIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2016

La commission émet successivement un avis favorable à l'adoption des articles 3, 4 et 5 sans modification, puis de la deuxième partie sans modification.

TROISIÈME PARTIE
**DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE FINANCIER
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2017**

TITRE I^{ER}
**DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES,
AU RECOUVREMENT ET A LA TRÉSORERIE**

Chapitre I^{er}
Mesures de simplification et modernisation des prélèvements sociaux

Article 6 : *Harmonisation des conditions de revenus applicables au bénéfice des exonérations et exemptions de cotisations sociales*

La commission examine, en discussion commune, les amendements CF9 et CF10 de M. Patrick Hetzel.

M. Patrick Hetzel. Un amendement identique à l'amendement CF9 a été adopté hier en commission des affaires sociales.

Cet amendement revient sur le plafonnement de l'exonération de cotisations de sécurité sociale accordée aux chômeurs créateurs et repreneurs d'entreprises pendant douze mois. Réduire le montant de l'aide au chômeur créant ou reprenant une entreprise (ACCRES) et réserver celle-ci aux personnes ayant un niveau de revenu modeste, c'est envoyer un signal très négatif aux créateurs d'entreprise potentiels. Plus que jamais, nous devons au contraire tout faire pour faciliter la création d'entreprises. Il ne paraît donc pas pertinent d'appliquer le dispositif en fonction d'un seuil de revenu.

Les mêmes arguments valent pour l'amendement CF10.

M. le rapporteur pour avis. Avis très défavorable à ces deux amendements.

La commission des affaires sociales vote selon ses propres préoccupations et critères. Nous, commission des finances, devons avoir deux idées en tête : l'efficacité et la justice. Selon le système actuel, une personne dont le revenu atteint 200 000 euros continue de toucher plus de 7 000 euros d'aide au titre de l'ACCRES. Est-ce juste ? Est-ce efficace ? Je ne le crois pas une seconde. Je vous invite tous à vous reporter à l'étude d'impact, qui

compare l'évolution de l'ACCRES en fonction du revenu dans le système proposé et dans le système actuel.

Selon les rapports de la Cour des comptes – que vous vous plaisez souvent à citer – en 2012, de l'Assemblée nationale en 2013 et d'une mission conjointe de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale des finances (IGF) en 2015, de tels mécanismes d'exonération non plafonnés n'ont plus aucune efficacité à partir d'un certain stade. Une aide a un sens économique quand elle correspond à 15 à 25 % du revenu, pas quand elle en représente 1 %.

Alors que nous plaçons pour une gestion rigoureuse et efficace de la dépense publique, il serait très malvenu qu'un amendement de ce type arrive dans l'hémicycle après avoir été voté par la commission des affaires sociales et par la commission des finances. On peut toujours invoquer un message politique, mais la réforme ne va supprimer l'ACCRES que pour 10 % de ses bénéficiaires actuels : est-ce vraiment eux que l'on veut protéger et aider ? Et l'impact psychologique de la mesure serait-il tel qu'il empêcherait des chômeurs de créer une entreprise ? Je n'en crois pas un mot !

M. Laurent Grandguillaume. Sur ce type d'amendement, comme sur certains articles des projets de loi en général, on attendrait une étude d'impact un peu plus développée. C'est particulièrement important s'agissant du PLFSS : lorsque l'on prend une mesure concernant l'ACCRES, il faut en évaluer les conséquences. Si je ne suis pas d'accord avec la totalité de son exposé sommaire, l'amendement soulève donc un véritable problème qui mérite un éclaircissement du Gouvernement.

Il faudrait aussi mesurer les effets d'aubaine permis par l'ACCRES, en particulier pour des plates-formes numériques comme Uber. Celle-ci recourt à des chauffeurs VTC en régime d'auto-entrepreneur dont l'activité n'est rentable qu'à condition de toucher l'ACCRES, car il leur reste moins de 10 000 euros de revenu annuel après avoir payé la commission à la plate-forme, la location du véhicule, l'essence, l'assurance professionnelle et les cotisations sociales. Certaines plates-formes l'ont bien compris puisqu'elles font massivement appel aux bénéficiaires de l'ACCRES. Mais, au bout de deux ans, c'est terminé !

Il faut accompagner ceux qui veulent entreprendre et créer de l'activité, donc proscrire un dispositif trop restrictif, tout en limitant les effets d'aubaine, ce qui suppose d'en mesurer la portée. Ils sont réels : certains bénéficiaires de l'ACCRES sont vraiment traités comme de la chair à canon. Nous devrions demander au Gouvernement des éléments supplémentaires à ce sujet d'ici à la séance.

M. Jean-Louis Gagnaire. Je suis d'accord avec notre rapporteur pour avis. L'amendement part d'un bon sentiment, mais il ne correspond pas aux besoins réels des créateurs d'entreprise. Une véritable création d'entreprise ne s'appuie pas prioritairement sur l'ACCRES, même si celle-ci est très précieuse pour qui ne dispose que de revenus modestes. Pour les autres, l'effet d'aubaine est évident : d'aucuns vont jusqu'à négocier leur licenciement afin d'être au chômage et d'avoir droit à l'ACCRES. Bref, l'aide fait partie du *business plan* de certains créateurs d'entreprise dépassant un certain niveau de revenu.

Nous devons travailler sur les dispositifs d'accompagnement des créateurs d'entreprise, les financements de départ, mais ce n'est pas une proposition comme celle qui nous est soumise qui va modifier la durée de vie des entreprises créées dans notre pays. En la votant, nos collègues de la commission des affaires sociales se sont d'ailleurs certainement moins préoccupés de création d'entreprise que d'égalité. Il ne me paraît néanmoins pas

possible d'y donner suite, car elle est coûteuse et sans effet, voire contre-productive si le but est de créer des entreprises pérennes.

M. Patrick Hetzel. Alors que le dispositif ACCRE fonctionne bien, le Gouvernement cherche à le réduire, sans même présenter d'étude d'impact. Si, comme Dominique Lefebvre l'a souligné, cette modification ne concerne potentiellement que 10 % des créateurs d'entreprise, n'oublions pas que ces personnes sont des chômeurs. Le dispositif, que mon amendement vise à maintenir en l'état, permet à des gens au chômage de créer des entreprises. J'estime que son coût est au maximum de 3 ou 4 millions d'euros, alors que cela représente au moins 2 500 créateurs d'entreprise en plus.

M. le rapporteur pour avis. L'étude d'impact des principaux articles comporte six pages sur le sujet. Le rendement brut de la mesure est de 30 millions, son rendement net de 27 millions. J'ai donné le nombre de bénéficiaires qui seraient concernés par cette dégressivité. Les courbes figurent dans l'étude d'impact. La Cour des comptes a remis un rapport un 2012, l'Assemblée nationale en a remis un autre en 2013, et une mission IGAS-IGF en a rendu un en 2015 : on ne peut pas vraiment dire qu'il n'y a pas eu d'évaluation sur le sujet.

M. Charles de Courson. Je partage l'avis du rapporteur pour avis sur l'ACCRE mais la mesure comporte un second volet : les bassins d'emploi à redynamiser (BER). Le rapporteur pour avis fait-il la même analyse sur ces derniers ?

M. le rapporteur pour avis. Il s'agit de deux bassins, l'un en Ariège, l'autre dans les Ardennes, et l'impact budgétaire est inférieur à un million d'euros. L'évaluation montre que le dispositif reste largement inefficace pour ces territoires en grande difficulté.

La commission rejette successivement les amendements.

Puis elle émet successivement un avis favorable à l'adoption des articles 6, 7 et 8 sans modification.

Après l'article 8

La commission examine l'amendement CF2 de M. Patrick Hetzel.

M. Patrick Hetzel. Il s'agit de prendre en considération les particularités des producteurs de lait de montagne, notamment concernant la collecte du lait. Les coopératives laitières jugent indispensable de compenser les surcoûts de cette collecte.

M. le rapporteur pour avis. Valérie Rabault a donné un avis défavorable sur la version de cet amendement présentée dans le PLF et nous avons voté contre.

La commission rejette cet amendement.

Article 9 : Réforme du recouvrement des cotisations et contributions sociales dues par les travailleurs indépendants

La commission examine l'amendement CF11 de M. Patrick Hetzel.

M. Patrick Hetzel. Il s'agit de supprimer l'article 9. Je suis très heureux d'entendre Dominique Lefebvre citer régulièrement les rapports de la Cour des comptes. Il se trouve

que je reprends ici un rapport de la Cour de septembre 2012 qui indique que la suppression de l'interlocuteur social unique (ISU) et la création d'un directeur national chargé du recouvrement des cotisations correspondent à ce qu'il ne faut surtout pas faire. Or l'exposé des motifs de cet article indique que « *les efforts déployés ont largement permis de normaliser la situation du régime, grâce à l'engagement des équipes des deux réseaux qui interviennent dans les actions de recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants, c'est-à-dire les caisses du RSI sous le pilotage de la caisse nationale, d'une part, et les URSSAF et l'ACOSS, d'autre part* ». Il est pour le moins surprenant que vous souhaitiez mettre en place une organisation nouvelle du recouvrement des cotisations sociales des travailleurs indépendants à un moment où le Gouvernement indique que des efforts importants ont été déployés.

M. le rapporteur pour avis. Comme Charles de Courson, je connais l'intérêt des rapports de la Cour des comptes, mais aussi leurs limites, surtout quand ces rapports sont datés. Il s'est passé des choses depuis 2012, en particulier un décret de 2013 et la convention entre l'ACOSS et le RSI. J'en ai discuté avec le directeur général de l'ACOSS. Tant les responsables du RSI que de l'ACOSS considèrent qu'il faut continuer à avancer. C'est parce qu'il est impossible de transférer l'intégralité des compétences aux URSSAF qu'une dualité demeure, mais, de vous à moi, plus nous nous appuyons sur les URSSAF pour collecter les cotisations des indépendants, mieux nous nous porterons, car c'est l'outil qui fonctionne le mieux. Avis défavorable.

M. Patrick Hetzel. C'est quelque chose qui a été proposé par l'ACOSS mais il n'y a eu aucune concertation, notamment avec les représentants des travailleurs indépendants, ce qui serait la moindre des choses, le sujet étant très sensible. Surtout, le schéma préconisé risque d'être particulièrement bancal et pourrait conduire à une nouvelle désorganisation de la collecte des cotisations. Loin de simplifier les choses, vous risquez de les compliquer encore.

M. le rapporteur pour avis. Ces dispositions résultent des propositions de nos collègues Sylviane Bulbeau et Patrice Verdier. Le système était extrêmement bancal et c'est pourquoi nous mettions des cales en permanence. L'outil le plus efficace sur ces questions reste l'action de l'ACOSS et de l'URSSAF.

Mme Christine Pires Beaune. Il ne se passe pas une semaine sans que je reçoive dans ma permanence des travailleurs indépendants qui se plaignent du RSI. Il faut essayer autre chose car ce que nous avons fait jusqu'à présent n'a malheureusement pas réglé le problème.

M. Alain Rodet. L'apparition de l'auto-entrepreneur a créé des soucis supplémentaires. Je rappelle qu'en 1945, le président des artisans du bâtiment, Marcel Lecœur, à ne pas confondre avec le dirigeant du parti communiste, avait proposé que les indépendants, commerçants, artisans, adhèrent au régime général, et que les indépendants ont refusé. S'ils avaient accepté, nous n'aurions pas eu Pujade, Nicoud et autres.

La commission rejette cet amendement.

Puis elle émet un avis favorable à l'adoption de l'article 9 sans modification.

Après l'article 9

La commission examine l'amendement CF4 de M. Charles de Courson.

M. Charles de Courson. Le PLFSS 2015 a modifié les modalités de recouvrement des cotisations sociales dues au titre des indemnités de congés payés. Vous savez qu'il existe en France quatre caisses de congés payés : dockers, BTP, transport et manutention, intermittents du spectacle. Ces derniers ont demandé à gérer leur système de congés payés eux-mêmes et ont obtenu satisfaction, alors que les dockers et le BTP étaient d'accord pour la réforme. La caisse pour le transport et la manutention est très active et n'a d'ailleurs pas pour seule fonction de gérer les congés payés. Eux aussi demandent, comme pour les intermittents du spectacle, à revenir au système antérieur. Je pense qu'il faut respecter les spécificités des branches.

M. le rapporteur pour avis. Je demande le retrait de l'amendement, pour que la question soit posée dans l'hémicycle. Je ne peux y donner un avis défavorable car il existe déjà l'exception du régime des intermittents, qui n'est pas passé au prélèvement à la source. Mais je ne peux pas donner un avis favorable non plus, au regard de la technicité de la question. C'est donc une demande de retrait.

Cet amendement est retiré.

Article 10 : *Clarification et simplification du droit social applicable à l'économie numérique*

La commission examine l'amendement CF12 de M. Patrick Hetzel.

M. Patrick Hetzel. Il s'agit de supprimer l'article 10. Le Président de la République a lui-même indiqué qu'il souhaitait développer l'économie collaborative ; or cet article procède à une taxation de ce secteur à un niveau relativement élevé, ce qui a été relevé par Gérard Bapt dans son rapport. Tous les biens meubles seront concernés, pas seulement les voitures, mais potentiellement aussi les camping-cars, les zodiacs, pourquoi pas les tondeuses à gazon... Cet article risque de créer de l'insécurité juridique et surtout de décourager les personnes qui souhaiteraient avoir recours à l'économie collaborative. Ce sujet a donné lieu à des débats tendus hier soir en commission des affaires sociales, le rapporteur lui-même, Gérard Bapt, étant très gêné par la rédaction du Gouvernement.

M. le rapporteur pour avis. Je ne sais pas ce qu'a voté la commission des affaires sociales mais la responsabilité de la commission des finances à ce stade est d'adopter l'article 10 en l'état. Tout le monde reconnaît qu'il s'agit d'un sujet d'avenir, avec le développement de l'économie numérique : cela va faciliter la vie des gens, créer de la convivialité... Mais il ne faut pas perdre l'ensemble de nos recettes du fait que ces nouveaux mécanismes se substituent à des activités traditionnelles qu'elles sont taxées.

Je reconnais que le dispositif n'est pas complètement stabilisé. Il a été ciblé sur la location immobilière – nous voyons bien qui est derrière cela – alors que le sujet est plus large. Deux problèmes sont soulevés. Le premier, c'est qu'il faut pouvoir distinguer, dans cette économie collaborative, entre ce qui relève du partage de frais et ce qui relève de l'activité génératrice de revenus. C'est vrai pour la location de voitures, cela pourrait l'être pour la location de meublés ou d'autres choses. Une doctrine est en train de s'affirmer mais je ne suis pas certain que nous soyons aujourd'hui capables de légiférer pour établir cette

distinction. Le second problème est celui des seuils. Le risque, notamment pour un niveau d'activité à revenus trop faibles, est celui de la non-déclaration et de l'activité au noir.

Il faut que le PLFSS présente un début de réponse sur ce sujet d'avenir. Comme nous l'a dit ici M. Christian Eckert, nous sommes au tout début du processus. L'article a le mérite de poser des jalons. Avis défavorable.

M. Patrick Hetzel. C'est parce qu'il y a un problème avec la rédaction du Gouvernement que j'ai déposé cet amendement. Il ne s'agit d'ailleurs pas seulement du sujet de la taxation. Le Gouvernement souhaite considérer les utilisateurs comme des travailleurs « uberisés », à qui il faut ouvrir des droits sociaux, ce qui témoigne de sa méconnaissance du secteur. Les données dont nous disposons indiquent – et cela figure dans le rapport de Pascal Terrasse – que la plupart des utilisateurs souhaitent amortir leurs frais et rien de plus. Les autres personnes, qui souhaitent développer une activité professionnelle, doivent être prises dans les mailles du filet, mais il faut éviter une logique de création de droits sociaux pour ceux qui souhaitent simplement partager des prix d'usage. La moyenne d'âge des propriétaires de bateaux inscrits sur un site comme SamBoat est de cinquante-neuf ans ; cela signifie que ce sont pour beaucoup des retraités, dont des retraités modestes, qui souhaitent simplement partager l'utilisation d'un bateau pour répartir les frais. Ce n'est pas du tout une activité économique qui serait bénéficiaire.

La commission rejette cet amendement.

Puis elle examine l'amendement CF5 de M. Charles de Courson.

M. Charles de Courson. Cet amendement vise à supprimer les alinéas 3 et 4, c'est-à-dire la partie concernant les loueurs en meublé, une activité de nature civile. Depuis des années, le problème a consisté à distinguer les loueurs professionnels des non-professionnels. Un équilibre a été trouvé dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, qui a défini trois critères pour distinguer les deux catégories : un seuil de 23 000 euros, moins de la moitié des revenus personnels, et l'immatriculation au registre du commerce et des sociétés.

Or le présent article, en modifiant cela en vue de clarifier la frontière entre la gestion patrimoniale et l'activité professionnelle, va déséquilibrer le compromis auquel nous étions parvenus. En effet, d'une part, il revient à qualifier socialement d'activités professionnelles par nature la plupart des locations meublées touristiques non professionnelles actuelles. D'autre part, il conduit à soumettre aux cotisations sociales celles qui atteignent le seuil de 23 000 euros de recettes annuelles, que la location s'accompagne de quelques prestations accessoires ou qu'il s'agisse de la location d'un simple meublé de tourisme. Ceux qui vont basculer vers le régime professionnel vont ainsi passer d'un taux de 15,5 % de cotisations sociales à un taux de 45 %. Cela va créer un risque important de retraits ; une partie de cette offre risque ainsi de disparaître. L'incidence économique de la mesure sera fortement négative, en particulier dans certains secteurs touristiques.

M. le rapporteur pour avis. C'est le cœur de l'article. Nous avons un vrai sujet de distorsion de concurrence car on a vite fait de passer au statut de l'économie collaborative pour détourner les règles sociales et fiscales ordinaires. Avis très défavorable.

La commission rejette cet amendement.

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur pour avis, elle **rejette** ensuite l'amendement CF8 de M. Patrick Hetzel.*

*Puis elle émet successivement un avis **favorable** à l'adoption des articles 10 et 11 sans modification.*

Chapitre II

Mesures relatives au recouvrement

*La commission émet successivement un avis **favorable** à l'adoption des articles 12, 13 et 14 sans modification.*

Après l'article 14

La commission examine l'amendement CF16 de M. Patrick Hetzel.

M. Patrick Hetzel. Les URSSAF peuvent être conduites, au moment d'un contrôle, à requalifier du travail indépendant en travail salarié. Le dispositif est extrêmement coercitif : les réductions ou exonérations de cotisations des cinq années précédentes sont annulées de manière rétroactive. Le redressement est alors exorbitant, alors qu'il n'y a pas de mauvaise foi. Cet amendement donne donc aux URSSAF la possibilité de moduler, dans des cas extrêmement précis et sous certaines conditions, les sanctions prévues en matière de travail dissimulé.

M. le rapporteur pour avis. Avis très défavorable. Votre amendement propose de supprimer, dans le cas de dissimulation de travail salarié, la sanction d'annulation des mesures de réduction ou d'exonération de cotisations lorsque le travailleur indépendant est à jour de ses propres cotisations. Le dispositif actuel est très coercitif mais l'infraction de travail dissimulé présente obligatoirement un caractère intentionnel relevant d'une volonté délibérée.

M. Marc Goua. J'ai commis un rapport qui a conduit à une certaine souplesse. L'URSSAF ayant désormais une possibilité d'interprétation, il n'y a pas besoin d'en rajouter.

*La commission **rejette** cet amendement.*

Puis elle en vient à l'amendement CF14 de M. Patrick Hetzel.

M. Patrick Hetzel. Cet amendement élargit la possibilité de moduler les redressements opérés en matière de protection sociale complémentaire pour les contrôles réalisés à compter du 1^{er} janvier 2016 aux cas d'irrégularités liés aux modalités formelles de mise en place du régime.

M. le rapporteur pour avis. Tel que rédigé, l'amendement n'aura pas l'effet escompté car il s'insère au I de l'article L. 133-4-8, alors que le I ne fait que rappeler le principe qui a toujours été applicable. La modulation des redressements n'est décrite qu'au II de l'article.

Sur le fond, il est très rare que les irrégularités dans la mise en place du régime ne soient commises qu'à l'égard d'un faible nombre de salariés. S'agissant de la mise en place de l'accord collectif ou d'un référendum, cela concernera par construction l'ensemble des salariés. Or la modulation n'a d'intérêt que si une fraction faible de salariés est concernée par l'irrégularité.

S'agissant de la non-remise de la déclaration unilatérale à un salarié, seule hypothèse véritablement problématique, je ne pense pas qu'elle mérite de modifier le dispositif dans son entier ; en effet, votre rédaction ne la vise pas expressément.

À défaut de retrait en vue d'une rédaction plus précise, l'avis est défavorable.

Cet amendement est retiré.

Elle en vient à l'amendement CF15 de M. Patrick Hetzel.

M. Patrick Hetzel. Il s'agit de supprimer les coefficients multiplicateurs lorsque les redressements sont opérés dans des entreprises de moins de onze salariés.

M. le rapporteur pour avis. Votre amendement vise à supprimer, pour ces entreprises, le mécanisme de modulation introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016. Or cette mesure, directement inspirée par le rapport de nos collègues Bernard Gérard et Marc Goua, a consisté à diminuer de 80 à 90 % le montant du redressement, sous certaines conditions facilement atteignables par une entreprise. Il me paraît peu opportun de procéder à une nouvelle baisse – d'un tiers à 200 % selon les situations – car cela risque de dénaturer l'opération de redressement. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement CF13 de M. Patrick Hetzel.

M. Patrick Hetzel. Même argumentation que pour l'amendement CF16.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur pour avis, la commission rejette l'amendement, puis émet un avis favorable à l'adoption de l'article 15 sans modification.

Chapitre III

Dispositions contribuant au financement de l'assurance maladie

Article 16 : *Création d'une contribution sociale à la charge des industriels du tabac*

La commission est saisie de l'amendement CF3 de M. Charles de Courson.

M. Charles de Courson. La contribution créée par l'article 16 s'appliquera en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à Mayotte et à La Réunion. Mon amendement vise à étendre ce champ d'application à la Corse. À moins que la France métropolitaine n'inclue déjà la Corse juridiquement, auquel cas je le retirerai.

M. le rapporteur pour avis. Si la Corse ne faisait partie ni de la France métropolitaine ni des départements d’outre-mer, elle ne serait nulle part. Ce serait conforme au souhait des indépendantistes, mais tel ne semble pas être votre cas, monsieur de Courson. En réalité, la France métropolitaine comprend bien la Corse. Votre amendement est donc satisfait.

L’amendement est retiré.

La commission émet successivement un avis favorable à l’adoption des articles 16 à 19 sans modification.

Après l’article 19

La commission examine l’amendement CF17 de M. Patrick Hetzel, qui fait l’objet du sous-amendement CF24 du rapporteur pour avis.

M. Patrick Hetzel. Mon amendement vise à pérenniser, au-delà du 31 décembre 2016, la possibilité pour l’employeur de mettre en place, par décision unilatérale, le versement santé au bénéfice des salariés employés en contrat court ou à temps très partiel. Il prévoit également la possibilité de mettre en place ce versement santé par accord référendaire. Cela répond à un souci de lisibilité et de simplification du droit. Ce dispositif concerne principalement les TPE et les PME.

M. le rapporteur pour avis. Mon sous-amendement vise à supprimer la possibilité de recourir à un accord entre l’employeur et les salariés concernés, y compris par référendum – non que je cherche à éviter le débat sur le référendum dans l’entreprise que nous avons eu lors de l’examen de la « loi El Khomri ». En réalité, ce dispositif est inutile et complexe pour les entreprises de ce type. En revanche, il apparaît opportun, dans l’intérêt des salariés, de pérenniser la possibilité pour l’employeur de mettre en place un versement santé par décision unilatérale. Le Gouvernement partage ce point de vue, ainsi que j’ai pu le vérifier. Avis favorable à l’amendement sous réserve de l’adoption préalable de mon sous-amendement.

M. Patrick Hetzel. Très bien.

M. Charles de Courson. Je suis tout à fait favorable à cette mesure. Cependant, il me semble nécessaire d’éclaircir quelques points : ce versement sera-t-il considéré comme une cotisation sociale obligatoire ? En particulier, sera-t-il déductible pour l’entreprise ? Du point de vue du salarié, l’avantage sera-t-il intégré en totalité dans son revenu ?

M. le rapporteur pour avis. Je me suis, moi aussi, posé ces questions. La décision unilatérale de l’employeur conduisant au versement d’une contribution par l’employeur, mais aussi d’une contribution par le salarié, ce raisonnement se défend. J’apporterai la réponse dès que je l’aurai obtenue, au plus tard en séance publique.

La commission adopte le sous-amendement CF24.

Puis elle adopte l’amendement CF17 sous-amendé.

TITRE II

CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 20 : *Transfert de recettes entre branches et régimes de la sécurité sociale*

La commission est saisie de l'amendement CF18 de M. Patrick Hetzel.

M. Patrick Hetzel. Cet amendement vise à supprimer le transfert progressif, du FSV à la CNAV, du financement du minimum contributif. Il n'est pas opportun de revenir sur la disposition prévue à ce sujet dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, qui avait été largement débattue. À mon sens, cela créera davantage de difficultés que cela n'en résoudra.

M. le rapporteur pour avis. J'ai déjà répondu sur ce point au cours de la discussion générale. S'il y a eu un « tour de passe-passe », c'est le jour où, pour régler les problèmes de déficit de la CNAV, on a décidé qu'il reviendrait au FSV de financer le minimum contributif. D'autre part, le minimum contributif est, par définition, contributif : on en bénéficie lorsqu'on a cotisé ; il s'agit donc d'une solidarité entre cotisants. D'autres dépenses de nature analogue sont gérées par la CNAV, dans le cadre d'une solidarité professionnelle. Ce transfert constitue, au contraire, une clarification utile. Tâchons d'équilibrer le FSV dans le contexte actuel de chômage élevé. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle émet successivement un avis favorable à l'adoption des articles 20 à 26 sans modification puis de la troisième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale modifiée.

QUATRIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2017

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE FAMILLE

La commission émet successivement un avis favorable à l'adoption des articles 27 à 29 sans modification.

TITRE II

DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSURANCE VIEILLESSE

La commission émet successivement un avis favorable à l'adoption des articles 30 à 32 sans modification.

Article 33 : Réforme de la couverture vieillesse des travailleurs indépendants

La commission examine l'amendement CF20 de M. Patrick Hetzel.

M. Patrick Hetzel. Cet amendement vise à supprimer l'article 33, qui suscite une vive et légitime opposition d'un certain nombre d'adhérents, d'administrateurs, mais aussi de salariés de la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse (CIPAV). L'article 33, tel qu'il est rédigé par le Gouvernement, modifie l'organisation du transfert au RSI d'une partie des professions libérales actuellement affiliées à la CIPAV. D'autre part, il renvoie à un décret le soin de définir la liste des professions libérales qui continueront à relever de la CIPAV. C'est un sujet de très forte tension. Il serait opportun d'en rester pour le moment au *statu quo* plutôt que d'engager ce chantier.

M. le rapporteur pour avis. Il existe actuellement une segmentation juridique complexe en matière de sécurité sociale entre plusieurs groupes de professionnels, qui apparaît inadaptée à l'évolution de leurs métiers. L'article 33 permet la constitution d'un régime unique ouvert à l'ensemble des entrepreneurs, dont les modalités seront fixées par voie réglementaire, après une concertation. Des négociations vont donc s'ouvrir. En outre, pour les professionnels qui relèvent actuellement de la CIPAV, le basculement dans ce régime unique ne pourra se faire qu'à leur demande. Vos craintes me paraissent donc infondées. Je vous invite à retirer votre amendement. À défaut, je lui donnerai un avis défavorable.

M. Charles de Courson. Quel sera l'impact financier pour le RSI ? Dans l'étude d'impact, il est indiqué qu'il sera progressif et quasi nul.

M. le rapporteur pour avis. Les mesures prévues à l'article 33 sont neutres : elles se traduiront par une hausse progressive des cotisations en contrepartie de prestations plus élevées. Les taux applicables aux professions libérales nouvellement affiliées au RSI seront ajustés. La mesure n'aura pas d'impact sur le niveau de prélèvement appliqué actuellement aux micro-entrepreneurs.

M. Patrick Hetzel. Il y a un vrai paradoxe dans l'action du Gouvernement. D'un côté, il indique que la situation du RSI s'est améliorée, mais qu'il y a encore un certain nombre de problèmes à régler et qu'il faut les prendre à bras-le-corps. De l'autre, il prévoit un afflux de nouveaux arrivants au RSI. Pour ma part, je me demande comment le RSI va gérer cet afflux.

La commission rejette l'amendement.

Elle en vient à l'amendement CF19 de M. Patrick Hetzel.

M. Patrick Hetzel. Il est prévu que tous les nouveaux moniteurs de ski seront automatiquement gérés par le RSI. Ils ne pourront pas discuter. Or, d'après ce qu'ils nous disent, les prestations proposées par le RSI sont en décalage par rapport à leurs conditions d'exercice. L'amendement vise à supprimer cette mesure, qui a été décidée, là encore, sans la moindre concertation avec les intéressés.

M. le rapporteur pour avis. À mon sens, cet amendement relève davantage du domaine de la commission des affaires sociales que de celui de la commission des finances.

Par ailleurs, toutes les professions reprises en gestion par le RSI, y compris les moniteurs de ski, bénéficieront, pour leurs prestations, d'un guichet unique et d'un niveau de couverture plus élevé. Certaines professions très particulières doivent en effet être prises en compte, mais elles le seront mieux dans ce cadre. Si l'on estime que le transfert au RSI ne doit pas se faire, il faut assumer le maintien, pour ces professions, d'un niveau de protection plus bas. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle émet successivement un avis favorable à l'adoption des articles 33 à 35 sans modification.

TITRE III

DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES

La commission émet successivement un avis favorable à l'adoption des articles 36 et 37 sans modification.

TITRE IV

DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE MALADIE

La commission émet successivement un avis favorable à l'adoption des articles 38 à 55 sans modification.

TITRE V

DISPOSITIONS RELATIVES AUX ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 56 sans modification.

TITRE VI

DISPOSITIONS COMMUNES AUX DIFFÉRENTES BRANCHES

La commission émet un avis favorable à l'adoption des articles 57 à 60 sans modification, puis à l'adoption de la quatrième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale sans modification.

*Elle émet enfin un avis **favorable** à l'adoption de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale **modifié**.*

*

* *

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR

Caisse d’amortissement de la dette sociale (CADES) :
M. Patrice Ract-Madoux, président du conseil d’administration, et
Mme Geneviève Gauthey, inspecteur des finances publiques.

Caisse nationale d’assurance vieillesse (CNAV) :
M. Gérard Rivière, président, et M. Renaud Villard, directeur

Fonds de solidarité vieillesse (FSV) : M. Bernard Billon, président,
et M. Frédéric Favié, directeur-adjoint

Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) :
M. Jean-Louis Rey, directeur général, et M. Alain Gubian, directeur de la
direction financière

**Caisse nationale d’assurance maladie des travailleurs salariés
(CNAM-TS) :** M. Nicolas Revel, directeur général, Mme Véronika Levendof,
responsable du département juridique, et Mme Mathilde Lignot-Leloup,
directrice de la direction déléguée à la gestion et à l’organisation des soins

Direction de la sécurité sociale : M. Thomas Fatome, directeur

Direction du budget : M. Jean-François Juéry, sous-directeur en
charge des finances sociales, et Mme Claire Vincenti, chef du bureau des
comptes sociaux (BCS)