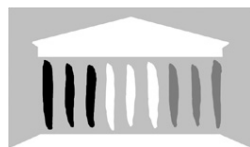


Document
mis en distribution
le 25 octobre 2004



N° 1876

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
DOUZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 20 octobre 2004.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES,
FAMILIALES ET SOCIALES SUR LE PROJET DE LOI *de financement de la
sécurité sociale pour 2005* (n° 1830)

TOME I

RECETTES ET ÉQUILIBRE GÉNÉRAL

PAR M. BERNARD PERRUT,

Député.

SOMMAIRE

	Pages
TOME I.....	3
INTRODUCTION	9
I.- LES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE SONT PARTICULIÈREMENT PEU LISIBLES.....	11
A. UNE ORGANISATION COMPLEXE.....	11
1. Une structuration en branche par risque	11
<i>a) Quatre branches</i>	<i>11</i>
<i>b) ... ou cinq ?.....</i>	<i>11</i>
2. Une structuration compliquée par la multiplicité des régimes d'affiliation	12
<i>a) Le maquis des régimes.....</i>	<i>12</i>
<i>b) Les limites de leur rationalisation.....</i>	<i>13</i>
3. En dépit du principe d'autonomie financière, des relations complexes entre les différents acteurs du système	14
<i>a) Des liens de trésorerie.....</i>	<i>14</i>
<i>b) Des mécanismes de compensation entre branches.....</i>	<i>14</i>
<i>c) Des mécanismes de compensation entre régimes particulièrement sophistiqués et contestés</i>	<i>15</i>
B. UNE SITUATION AGGRAVÉE PAR LES RELATIONS ENTRETENUES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE AVEC D'AUTRES ACTEURS.....	18
1. Les fonds : bienfait ou malédiction ?.....	18
<i>a) Des fonds aux missions variées</i>	<i>18</i>
<i>b) Le Fonds de solidarité vieillesse (FSV).....</i>	<i>18</i>
<i>c) Le Fonds de réserve des retraites (FRR).....</i>	<i>21</i>
2. Une situation globalement clarifiée depuis la disparition du Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC)	23
<i>a) La fin du peu regretté FOREC</i>	<i>23</i>
<i>b) Une simplification qui n'est pas remise en cause par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005.....</i>	<i>26</i>

3. La persistance de nombreux éléments de complexité	32
C. UNE PRÉOCCUPATION CROISSANTE : LA CLARIFICATION DES COMPTES SOCIAUX	34
1. Les droits sur les tabacs : un bon exemple de mauvaise visibilité des comptes sociaux	34
2. Etat-sécurité sociale : une relation tumultueuse.....	36
3. Des progrès dans la compensation des pertes des organismes de sécurité sociale	38
II.- L'AMORCE D'UN REDRESSEMENT FINANCIER EN 2005 N'EST PAS EXCLUSIVE DE POLITIQUES AMBITIEUSES.....	41
A. L'ENSEMBLE DES COMPTES SOCIAUX DANS LE ROUGE MALGRÉ DES SITUATIONS CONTRASTÉES	41
1. Un point bas historique pour le régime général.....	42
a) <i>Un déficit record et généralisé</i>	42
b) <i>Un déficit dont la composante structurelle fait question</i>	43
c) <i>Des situations très contrastées selon les branches</i>	45
2. Le poids du déficit de l'assurance maladie	47
a) <i>Une tendance à la dégradation en apparence inéluctable</i>	47
b) <i>L'ONDAM, un concept largement décrédibilisé</i>	48
3. Les autres financeurs de la sécurité sociale également atteints	50
B. 2005, ÉTAPE DÉCISIVE VERS LE REDRESSEMENT FINANCIER	51
1. Un redressement du solde des comptes attendu	51
a) <i>Des perspectives de croissance plaidant pour une amélioration générale des comptes</i>	51
b) <i>Un quasi-équilibre proche pour la famille et la branche accidents du travail et maladies professionnelles</i>	53
c) <i>Une dégradation marquée pour la branche vieillesse</i>	54
2. L'assurance maladie, au cœur de la réforme.....	54
a) <i>La clef du redressement financier</i>	54
b) <i>Une méthode de réforme</i>	56
c) <i>Un modèle pour toutes les branches ?</i>	57
TRAVAUX DE LA COMMISSION	59
I.- AUDITIONS	59
A. AUDITION DU PREMIER PRÉSIDENT DE LA COUR DES COMPTES.....	59
B. AUDITION DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE, DU MINISTRE DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE, DU MINISTRE DÉLÉGUÉ AUX PERSONNES ÂGÉES, DE LA SECRÉTAIRE D'ÉTAT AUX PERSONNES HANDICAPÉES ET DU SECRÉTAIRE D'ÉTAT À L'ASSURANCE MALADIE	77

II.- EXAMEN DU RAPPORT	103
III.- EXAMEN DES ARTICLES.....	111
TITRE I^{ER} ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ SOCIALE	111
<i>Article 1^{er} Approbation du rapport annexé</i>	<i>111</i>
TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES	116
<i>Avant l'article 2</i>	<i>116</i>
<i>Article additionnel avant l'article 2</i> Création d'une taxe additionnelle sur les droits tabac au profit du fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles.....	<i>116</i>
<i>Avant l'article 2</i>	<i>117</i>
<i>Article additionnel avant l'article 2</i> (articles L. 131-8 du code de la sécurité sociale) Rapport au Parlement sur les compensations d'exonérations par l'Etat.....	<i>117</i>
<i>Article additionnel avant l'article 2</i> (articles L. 135-1 du code de la sécurité sociale) Suppression du conseil de surveillance du Fonds de solidarité vieillesse	<i>118</i>
<i>Article additionnel avant l'article 2</i> (articles L. 127-1 du code de la sécurité sociale) Modernisation des conventions d'objectifs et de gestion.....	<i>118</i>
<i>Article 2</i> (articles L. 651-1 et L. 651-5 du code de la sécurité sociale) Assujettissement des institutions financières à la contribution sociale de solidarité des sociétés	<i>119</i>
<i>Après l'article 2</i>	<i>121</i>
<i>Article 3</i> (article 13 de la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées) Mesures garantissant la continuité des missions de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	<i>121</i>
<i>Article 4</i> Prévisions de recettes pour 2005.....	<i>126</i>
<i>Cotisations et impôts affectés à la sécurité sociale</i>	<i>130</i>
<i>Article 5</i> Prévisions révisées de recettes pour 2004	<i>134</i>
<i>Recettes par catégorie pour 2004.....</i>	<i>134</i>
<i>Après l'article 5</i>	<i>136</i>
TITRE III DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSURANCE MALADIE	137
<i>Article additionnel avant l'article 6</i> Participation des députés aux conseils d'administration des hôpitaux.....	<i>137</i>
<i>Avant l'article 6</i>	<i>138</i>
<i>Article 6</i> (article L. 162-26 du code de la sécurité sociale, article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 et article 36 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie) Tarification à l'activité.....	<i>139</i>
<i>Avant l'article 7</i>	<i>140</i>
<i>Article 7</i> Avances de trésorerie aux établissements privés et aux professionnels exerçant à titre libéral dans ces établissements.....	<i>140</i>

<i>Article 8</i> (article L. 753-4 du code de la sécurité sociale) Possibilité de majorations des prix et des tarifs de responsabilité des médicaments et des dispositifs médicaux dans les départements d'outre-mer	141
<i>Article 9</i> (article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001) Financement et missions du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).....	141
<i>Article additionnel après l'article 9</i> Constitution d'un groupement d'intérêt public pour faciliter le recrutement des professionnels de santé dans les secteurs sanitaire et médico-social	142
<i>Article 10</i> (articles L. 162-22-2, L. 162-22-9, L. 174-1-1, L. 227-1 du code de la sécurité sociale et article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles) Fongibilité entre les différentes enveloppes de l'ONDAM.....	142
<i>Après l'article 10</i>	143
<i>Article 11</i> (article L. 322-3 du code de la sécurité sociale) Exonération du ticket modérateur pour les consultations de prévention destinées aux adolescents en classe de cinquième	143
<i>Article 12</i> (article L. 712-10-1 du code de la sécurité sociale et article L. 722-24-1 du code rural) Affiliation des enseignants et documentalistes contractuels ou agréés des établissements privés sous contrat au régime d'assurance maladie des fonctionnaires.....	143
<i>Article 13</i> Dotation de financement du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV).....	144
<i>Article 14</i> Dotation de financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM).....	145
<i>Article 15</i> (article 51 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004) Participation de l'assurance maladie au financement de stocks de produits de prophylaxie et de traitement nécessaires en cas de menace sanitaire grave	145
<i>Article 16</i> Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie révisé pour 2004.....	146
<i>Article 17</i> Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2005	146
<i>Article 18</i> Fixation de l'objectif de dépenses de la branche maladie pour 2005.....	146
<i>Après l'article 18</i>	147

TITRE IV DISPOSITIONS RELATIVES AUX AUTRES POLITIQUES DE SÉCURITÉ SOCIALE.....147

Section 1 Branche accidents du travail et maladies professionnelles147

<i>Avant l'article 19</i>	147
<i>Article 19</i> Contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).....	148
<i>Avant l'article 20</i>	148

<i>Article 20</i>	Contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA).....	148
<i>Article 21</i>	Contribution des entreprises ayant exposé leurs salariés à l'amiante au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA).....	149
<i>Après l'article 21</i>	.....	149
<i>Article additionnel après l'article 21</i>	(article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998) Procédure d'inscription sur la liste des entreprises ouvrant droit au bénéfice de la cessation d'activité.....	150
<i>Article 22</i>	Montant du versement de la branche accidents du travail à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles	150
<i>Article 23</i>	Fixation de l'objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2005.....	150
Section 2 Branche famille	.....	151
<i>Article additionnel avant l'article 24</i>	(article L. 122-25-4 du code du travail) Extension du congé supplémentaire de paternité.....	151
<i>Article additionnel avant l'article 24</i>	(article L. 122-26 du code du travail) Extension de la durée du congé de paternité en cas de naissance prématurée.....	151
<i>Article 24</i>	(article L. 531-2 du code de la sécurité sociale) Majoration de la prime d'adoption.....	151
<i>Article 25</i>	(article L. 211-10 du code de l'action sociale et des familles) Réforme du mode de financement de l'Union nationale des associations familiales (UNAF).....	152
<i>Article 26</i>	Prise en charge par la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) des majorations de pension pour enfants.....	152
<i>Article 27</i>	Fixation de l'objectif national de dépenses de la branche famille pour 2005	153
Section 3 Branche vieillesse	.....	153
<i>Avant l'article 28</i>	.....	153
<i>Article 28</i>	(articles 18 et 19 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 ; articles L. 135-6, L. 135-7, L. 135-7-1, L. 135-7-2 et L. 135-8 du code de la sécurité sociale) Réforme du régime de retraite des personnels des industries électriques et gazières.....	154
<i>Après l'article 28</i>	.....	155
<i>Article 29</i>	Régime de départ anticipé en retraite des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers relevant de la Caisse nationale des retraites des agents des collectivités locales (CNRACL).....	156
<i>Après l'article 29</i>	.....	156
<i>Article 30</i>	Objectif de dépenses de la branche vieillesse pour 2005	156
TITRE V OBJECTIFS DE DÉPENSES RÉVISÉS POUR 2004	.....	157
<i>Article 31</i>	Objectifs de dépenses révisés pour 2004	157
TITRE VI MESURES DIVERSES ET DISPOSITIONS RELATIVES A LA TRÉSORERIE	.....	160

<i>Article 32</i> (articles L. 138-7, L. 138-17, L. 138-19 à L. 138-21, L. 245-3 et L. 245-5-5 du code de la sécurité sociale) Dispositions relatives au recouvrement de certaines contributions	160
<i>Article 33</i> (articles L. 174-2, L. 174-2-1 et L. 174-18 du code de la sécurité sociale et article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004) Facturation par les établissements de santé aux caisses d'assurance maladie.....	163
<i>Article 34</i> (article L. 114-6 du code de la sécurité sociale) Amélioration de la qualité des comptes sociaux.....	166
<i>Article additionnel après l'article 34</i> (article L. 114-7 du code de la sécurité sociale) Création d'un mécanisme d'alerte des dépenses de sécurité sociale	168
<i>Article 35</i> Fixation des plafonds d'avance de trésorerie pour 2005.....	168
<i>CNIEG – comptes toutes branches confondues</i>	180
<i>Régime minier – comptes toutes branches confondues</i>	182
<i>Après l'article 35</i>	183
ANNEXE	185
LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES	185

INTRODUCTION

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 est le neuvième du genre depuis l'institution des lois de financement en 1996.

La Constitution et les textes organiques afférents lui ont donné une place éminente dans les travaux du Parlement et un cadre juridique extrêmement précis. Pourtant, à la différence du débat budgétaire, celui sur le budget de la sécurité sociale donne parfois le sentiment d'avoir lieu en d'autres temps que lors de l'examen de la loi de financement.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 a pu être qualifiée de « texte de transition » du fait du poids des choix de la majorité précédente sur son élaboration. Celle de l'an dernier a été largement déterminée par le débat sur l'avenir de la protection sociale au travers de la réforme des retraites qui a abouti à la loi du 21 août 2003. Elle était en quelque sorte une étape entre ce premier texte majeur de réforme de la sécurité sociale et la réforme devenue inéluctable de ce deuxième pilier qu'est l'assurance maladie. Encore convient-il de rappeler que la loi de financement pour 2004 a donné lieu à une réforme ambitieuse de la politique familiale avec la mise en place de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE). Le présent texte intervient quant à lui après l'adoption de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et celle du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

Au terme de tant de réformes, on ne peut s'étonner que le présent projet de loi de financement pour 2005 ne contienne pas de mesures aussi spectaculaires, ne vise pas à mettre en place quelque réforme majeure. Encore convient-il de relever la présence de mesures fortes : on peut par exemple penser à la fixation d'un ONDAM particulièrement volontariste dans la droite ligne de la réforme de l'assurance maladie, aux mesures garantissant le financement de la prise en charge des victimes de l'amiante, aux efforts consentis en faveur de l'adoption ou au dispositif adossant le régime des industries électriques et gazières au régime général.

La caractéristique majeure de ce projet de loi de financement est autre : il concrétise les orientations arrêtées dans le cadre de ces réformes, il en tire les conséquences en termes de moyens et vise à en asseoir la réalisation. Il est l'occasion unique pour le Parlement de débattre de l'ensemble des orientations de la protection sociale et de marquer son accord – ou ses éventuelles réserves – sur celles-ci par le vote de dépenses et de recettes supérieures à 350 milliards d'euros, soit un budget nettement supérieur à celui de l'Etat. Il s'agit donc d'un temps démocratique fort.

Pourtant, le rapporteur souhaite que ce projet de loi de financement de la sécurité sociale soit le dernier du genre. En dépit de la volonté affichée de clarification et des mesures prises en ce sens depuis 2002 – l'une des plus symboliques résidant dans la suppression l'an dernier du FOREC – la nature même de notre système de protection sociale et son histoire ont érigé un édifice d'une extrême complexité. Force est malheureusement de reconnaître que les lois de financement actuelles – tout en constituant un réel progrès – ne répondent pas suffisamment aux exigences démocratiques.

Le présent rapport reviendra rapidement sur certaines caractéristiques de notre système de sécurité sociale, sur quelques-uns des éléments de sa complexité – souvent supposés à tort connus de tous – avant d'aborder la présentation des comptes 2004 et d'aborder les perspectives pour 2005. Toutefois, la pédagogie, même si elle est nécessaire – la sécurité sociale doit être un bien commun pas une affaire de spécialistes –, ne peut suffire.

Le rapporteur appelle solennellement à la réforme de l'organisation même des lois de financement de la sécurité sociale, vœu d'ailleurs exprimé par le gouvernement lors du débat sur la réforme de l'assurance maladie. Cette réforme urgente doit répondre à un triple objectif : un débat politique portant sur les orientations mises en œuvres, une vision claire des comptes, une vision prospective des actions et de l'équilibre de la sécurité sociale. Les lois de financement de la sécurité sociale ne sauraient être réduites à un débat sur des équilibres financiers ; leur examen doit devenir le moment de véritables choix : l'Assemblée nationale ne peut qu'attendre avec impatience l'adoption en Conseil des ministres d'un tel projet.

*

Pour préparer l'examen de ce projet de loi de financement, de nombreuses auditions ont été organisées par le rapporteur (*cf.* annexe). Il ne peut que se réjouir qu'elles aient en outre pu avoir lieu après la diffusion de l'avant-projet de loi, voire après le dépôt du projet lui-même, grâce à un calendrier gouvernemental en nette amélioration par rapport aux années antérieures.

La commission a examiné le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 pendant 4 séances, dont deux auditions, totalisant 8 heures 20 de réunion. Elle a été saisie de 156 amendements sur les 35 articles du projet. Elle a adopté 31 amendements, dont 25 émanant des rapporteurs, 4 du groupe UMP et 2 du groupe socialiste.

I.- LES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE SONT PARTICULIÈREMENT PEU LISIBLES

La loi de financement de la sécurité sociale a pour vocation de retracer les comptes sociaux et de permettre le vote des dépenses et recettes de la sécurité sociale. Cet objectif en principe simple se heurte à la difficulté de rendre compte dans un cadre unique de l'hétérogénéité de l'organisation de notre système de sécurité sociale (A), accrue par l'existence de relations particulièrement complexes avec d'autres acteurs – qu'il s'agisse de fonds de financement ou de l'Etat (B). La clarification des comptes sociaux constitue à l'évidence tout à la fois une exigence et un défi (C).

A. UNE ORGANISATION COMPLEXE

1. Une structuration en branche par risque

a) Quatre branches ...

La sécurité sociale est structurée en quatre branches chargées chacune de la gestion d'une catégorie de risques :

- la branche maladie en charge de la maladie, la maternité, l'invalidité et le décès ;
- la branche accidents du travail et maladies professionnelles ;
- la branche vieillesse en charge de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage ;
- la branche famille.

Cette organisation en apparence simple ne l'est pas tant.

Par exemple la prise en charge des pensions relève de la branche vieillesse, celle des avantages familiaux non contributifs, c'est-à-dire ne dépendant pas de l'existence d'un revenu donnant lieu à prélèvement, est effectuée par le Fonds de solidarité vieillesse (FSV), fonds de financement alimenté notamment par un versement de la branche famille (dont le niveau est fixé pour 2005 par l'article 26 du présent projet).

b) ... ou cinq ?

De même, alors que l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) est un organisme national de sécurité sociale, chargé de la trésorerie du régime général, au même titre que les caisses nationales d'assurance vieillesse (CNAV), de l'assurance maladie (CNAM) et d'allocations familiales (CNAF),

qu'elle gère un réseau d'organismes locaux, elle n'est pas pour autant à la tête de ce qui pourrait être assimilé à une cinquième branche, celle du recouvrement.

Enfin, les débats entourant la création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ont montré l'ambiguïté liée à la prise en charge d'un nouveau risque, celui de la perte d'autonomie. S'il s'agit indéniablement d'une cinquième branche de la protection sociale selon les propos tenus par le Premier ministre le 6 novembre 1999, l'appartenance de ce nouvel organisme de protection sociale à la sécurité sociale est contestée.

On voit donc qu'il n'y a pas stricte coïncidence entre branche et couverture d'un risque précis.

2. Une structuration compliquée par la multiplicité des régimes d'affiliation

a) Le maquis des régimes

Cette organisation en branches se double d'une extrême hétérogénéité des régimes. Il existe ainsi au-delà du régime général, qui couvre 85 % des assurés, d'autres régimes importants de salariés : SNCF, régime des mines, Caisse nationale des industries électriques et gazières, ... Un deuxième critère de distinction entre régimes est celui de l'appartenance ou non au monde agricole : celui-ci se singularise notamment par son réseau unique regroupant la gestion de l'ensemble des risques sous l'égide de la Mutualité sociale agricole. Un troisième critère est celui de la distinction entre régimes de salariés et de non-salariés, ces derniers étant au surplus marqués par un extrême éparpillement. Loin du souhait des fondateurs de la sécurité sociale qui aspiraient à un système couvrant l'ensemble de la population française, l'histoire de notre sécurité sociale a été marquée par le maintien de ces régimes spécifiques.

Cette hétérogénéité n'est à l'évidence ni un facteur de simplicité ni un facteur d'équité. La Cour des comptes a consacré une large part des développements de son rapport pour 2004 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale à la question des coûts de gestion des organismes de sécurité sociale. Rien que pour le régime général, elle pointe la disparité des réseaux – 128 caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), 122 caisses d'allocations familiales, 16 caisses régionales d'assurance vieillesse. On peut s'interroger sur les gaspillages résultant d'un maillage aussi hétérogène. On peut aussi, à la lumière de la difficile mise en place du RSI-ISU (Régime social des indépendants-Interlocuteur social unique), le guichet unique des professions indépendantes, se demander quelle est l'efficacité de ces structures en apparence redondantes.

b) Les limites de leur rationalisation

Le rapporteur ne peut que comprendre le scepticisme que peut susciter une organisation en apparence aussi dépourvue d'unité et de logique. De fait, les recommandations de la Cour visant à mettre de l'ordre dans les structures doivent être suivies d'effets et plusieurs des organismes nationaux concernés se sont d'ores et déjà attelés à cette tâche (la CNAM et la CCMSA notamment). Toutefois, cet effort de rationalisation ne peut s'effectuer que dans le respect d'une double contrainte.

La première est celle de conserver leurs spécificités aux divers régimes dès lors que leur situation le justifie. L'objectif de 1945 d'une protection sociale parfaitement uniforme gérée dans un cadre unique a vécu ; si la progressive convergence du nombre de prestations (notamment par la généralisation de la couverture maladie) et des cotisations tend – et l'on ne peut que s'en réjouir – à gommer certaines différences réellement constitutives d'inégalités, il ne semble pas opportun de fondre tous les régimes dans un même moule. Force est de constater l'attachement d'un certain nombre de catégories de Français à « leur » régime de sécurité sociale. Il est d'ailleurs paradoxal de constater que cet attachement se manifeste certes lorsque ledit régime est plutôt avantageux et/ou jouit de la solidarité des autres (régimes spéciaux de la SNCF ou de la Banque de France par exemple) mais aussi lorsqu'il est fortement mis à contribution dans le cadre de cette solidarité (Caisse nationale des barreaux français ou Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales) ou lorsque ses prestations se situent plutôt en deçà de la norme.

Le régime agricole en constitue l'une des meilleures illustrations. Les agriculteurs ne voient pas uniquement dans la Mutualité sociale agricole (MSA) un organisme de protection sociale mais un partenaire à part entière. La caisse locale de la MSA – dirigée par des administrateurs élus – n'est pas un simple guichet mais un interlocuteur pour l'ensemble des demandes du monde agricole – quelle que soit la prestation sociale concernée – et à ce titre elle joue un rôle d'amortisseur social plus que celui d'un distributeur de prestations. On mesure donc l'erreur que constituerait l'intégration du régime agricole dans le régime général comme certains l'imaginent aujourd'hui, voyant dans cette mesure une solution peu coûteuse aux difficultés financières du régime.

Ce serait au surplus négliger la deuxième contrainte devant entourer une éventuelle rationalisation non des régimes cette fois mais de leurs réseaux, en particulier du régime général. Les organismes locaux de sécurité sociale constituent un élément essentiel de la nécessaire proximité, d'un maillage territorial adapté. Qu'il faille restructurer les réseaux est incontestable ; toutefois, cela ne doit pas passer par une politique aveugle de fermeture mais par le regroupement des activités par plateformes de services sur un nombre plus réduit de sites tout en conservant localement des implantations d'accueil du public, d'aide à l'utilisateur.

3. En dépit du principe d'autonomie financière, des relations complexes entre les différents acteurs du système

a) Des liens de trésorerie

La trésorerie de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) recouvre non seulement les opérations d'encaissements et de décaissements et les opérations de dépenses des différentes branches du régime général (avec un suivi individualisé par branche depuis la loi du 25 juillet 1994), mais aussi un certain nombre d'opérations pour compte de tiers dont le volume a fortement crû ces dernières années (notamment le versement de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) au Fonds de solidarité vieillesse (FSV), au Fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (FFAPA)⁽¹⁾ et à la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES).

La gestion commune de la trésorerie s'opère par l'intermédiaire du compte unique de disponibilités courantes de l'ACOSS auprès de la Caisse des dépôts et consignations (CDC), laquelle consent à l'ACOSS des avances destinées à couvrir ses besoins de trésorerie.

Ces liens font que naturellement les déficits constatés, par exemple dans une branche, ont des répercussions sur la capacité des autres branches à utiliser ces facilités de trésorerie. De même, le déséquilibre de fonds tels que le FSV crée une tension sur la trésorerie du régime général.

Les déficits constatés dans un domaine ont nécessairement des répercussions sur les autres. Par exemple, aujourd'hui le déficit croissant du FSV ne lui permet plus de financer les dépenses autres que celles réellement exposées par les régimes de base d'assurance vieillesse.

b) Des mécanismes de compensation entre branches

En dépit du principe d'autonomie financière des branches, il existe de nombreux transferts inter-branches

– branche maladie : prises en charge de cotisations familiales des praticiens et auxiliaires médicaux et du transfert au titre des travailleuses familiales ;

– branche accidents du travail et maladies professionnelles : transfert entre les branches accidents du travail et maladies professionnelles et maladie de la CNAM (tel que prévu par l'article 22 du projet de loi) destiné à compenser la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles ;

(1) Auquel a succédé la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en vertu de la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

- branche vieillesse : transfert entre les branches vieillesse et maladie du régime des mines (supprimé à partir de 2005) ;
- branche famille : transfert au titre de l'assurance vieillesse des parents au foyer.

c) Des mécanismes de compensation entre régimes particulièrement sophistiqués et contestés

Ces mécanismes de compensation visent à opérer des transferts entre les différents régimes de façon à garantir le caractère solidaire du système de protection sociale en déterminant la situation des différents régimes si on leur appliquait les caractéristiques d'un régime fictif qui servirait une prestation dite de référence : dans ces conditions de fonctionnement, les régimes excédentaires sont débiteurs à la compensation et les régimes déficitaires, créanciers.

On peut ainsi citer :

- les compensations bilatérales du risque maladie, transferts entre le régime général et six régimes spéciaux pour les prestations en matière d'assurance maladie-maternité ;
- la compensation spécifique entre régimes spéciaux pour le risque vieillesse ;
- la compensation généralisée des risques vieillesse et maladie. Elle concerne les régimes de salariés considérés comme un bloc et les régimes de non-salariés.

Ultime raffinement de cette volonté de gommer les inégalités liées aux disparités entre la structure démographique des régimes, la compensation généralisée du risque vieillesse se fait même en deux étapes puisqu'il y a d'abord compensation entre les seuls régimes de salariés puis compensation entre les régimes de salariés (regroupés en un bloc) et les régimes de non-salariés. Celle-ci repose, là encore, sur l'application d'un régime fictif, mais les capacités contributives des régimes sont déterminées en fonction de leur effectif de cotisants. Le bloc des salariés étant globalement débiteur, sa contribution est répartie entre les régimes de salariés au prorata de leurs masses salariales plafonnées.

Ces mécanismes de compensation peuvent conduire à des transferts importants d'un régime à l'autre. La masse globale des transferts ainsi opérés avoisine 14 milliards d'euros en 2004, soit le montant du déficit prévisionnel du régime général.

Masse des transferts de compensations

(en millions d'euros)

	2002	2003	%	2004	%	2005	%
Compensations bilatérales	1 620	1 704	5,2	1 819	6,8	1 815	- 0,2
Compensation démographique maladie	1 384	1 414	2,1	1 445	2,2	1 464	1,3
Compensation démographique vieillesse	8 242	8 410	2,1	8 442	0,4	8 477	0,4
Compensation spécifique	2 895	2 616	- 9,6	2 300	- 12,1	1 977	- 14,1
Total	14 141	14 144	0,0	14 006	- 1,0	13 733	- 2,0

Les transferts sont ainsi particulièrement lourds pour des régimes comme le régime général (7,3 milliards d'euros), la CNRACL (2,3 milliards d'euros) et *a contrario* constituent un apport très substantiel pour d'autres : régime des exploitants agricoles (5,5 milliards), du régime minier (2,7 milliards d'euros) ou encore régime des salariés agricoles (plus de 2 milliards).

De tels transferts ne sont acceptables qu'à la condition que les critères servant à la compensation soient à la fois incontestables et stables. Force est de constater que les critères actuels ne répondent pas toujours à ces deux conditions. A titre d'exemple, on peut citer l'incidence de la réévaluation par l'INSEE des effectifs de cotisants actifs salariés pour 2002 sur la base du recensement de 1999.

Incidence de la réévaluation par l'INSEE des effectifs de cotisants actifs salariés pour 2002 sur la base du recensement de 1999

Cette opération s'est traduite par une réévaluation de plus de 600 000 cotisants au régime général, ce qui a accru la charge de compensation de la CNAM de plus de 180 millions d'euros et celle de la CNAV d'environ 80 millions d'euros. Le coût total pour le régime général, tous risques confondus et pour le régime des salariés agricoles qui lui est intégré financièrement, est de près de 270 millions d'euros. Cette opération, défavorable à tous les régimes de salariés, est favorable aux non-salariés, et notamment au régime des exploitants agricoles (88 M€) et à la CANAM (136 M€). Pour sa part, l'État voit globalement sa charge allégée d'environ 120 millions d'euros.

Compte tenu de l'impact considérable de la moindre modification, il convient de prêter une attention particulière à la réforme des règles de compensation préconisée par la commission des comptes de compensation et à la clarté des critères qui seront retenus. Toutefois, l'ampleur des sommes concernées et la délicatesse du chantier supposent sa mise en œuvre dans les meilleurs délais afin de restaurer une plus grande équité dans le système.

Le rapport d'audit sur les mécanismes de compensation entre régimes de base obligatoires légaux de sécurité sociale

A l'initiative du président de la Commission de compensation entre régimes de sécurité sociale, des discussions sur les mécanismes de compensation ont été conduites en 2003 et 2004 avec l'ensemble des régimes. Ces discussions se sont appuyées sur un rapport établi par le secrétariat de la commission, dont l'objectif était une mise à plat des mécanismes et la présentation de mesures visant des améliorations et/ou des modifications concrètes de ces mécanismes. Ce rapport d'audit a été présenté et débattu au sein de la Commission, puis remis au ministre de la santé et de la protection sociale le 9 juillet 2004.

Le rapport traite de l'ensemble des compensations relevant de la compétence de la commission tant pour le risque maladie que pour le risque vieillesse, et aborde tous les aspects de la compensation (textes juridiques, méthodes de calcul, définitions des paramètres...). Il présente les principes historiques de la compensation et décrit les mécanismes actuels. Le rapport formule un certain nombre d'observations et de critiques sur ces mécanismes, et examine ensuite différentes options de réforme.

Dans le cadre de la compensation généralisée vieillesse par exemple, ont été examinées les incidences de la consolidation de certains régimes, l'application d'une prestation de référence correspondant à la moyenne de tous les régimes, la prise en compte des durées de cotisations, des droits dérivés, des revenus des nonsalariés, des ressources propres des régimes, des sommes déjà prises en charge par un organisme tiers...

Des croisements entre plusieurs de ces scénarios de base ont été réalisés. Tous ces scénarios de réforme ont donné lieu à une évaluation de leur impact financier sur les montants des transferts. Le rapport porte une appréciation sur ces différentes options quant à leur adéquation aux principes généraux de la compensation. Il ne préconise pas de changement immédiat des règles, mais invite à approfondir la réflexion sur les différents scénarios envisagés et sur leur impact financier global.

Le rapport insiste par ailleurs sur l'importance de la qualité des données qui servent aux calculs des transferts de compensation. D'ores et déjà, pour l'application des règles actuelles, il paraît souhaitable de s'interroger sur les données, notamment sur leur harmonisation entre les régimes. Au-delà, et dans la perspective d'éventuels changements, la qualité des données doit être une préoccupation centrale : l'amélioration des mécanismes dans leur principe ne peut être envisagée que si les données sur lesquelles elle repose sont fiables.

On mesure donc la difficulté qu'il y a à dresser un tableau clair de l'activité ne serait-ce que des quatre branches de la sécurité sociale. Or elles ne vivent pas en vase clos.

B. UNE SITUATION AGGRAVÉE PAR LES RELATIONS ENTRETENUES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE AVEC D'AUTRES ACTEURS

1. Les fonds : bienfait ou malédiction ?

a) Des fonds aux missions variées

Les quatre branches de la sécurité sociale coexistent avec de nombreux fonds à vocation sociale. Certains comme le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) dont la dotation est fixée en loi de financement de la sécurité sociale (article 13 du projet de loi), ne vivent que des dotations versées par la branche dont leur activité relève et ne constitue qu'un relais de l'action de celle-ci, un moyen d'identifier et d'utiliser rapidement les crédits destinés à réaliser des actions précises.

D'autres, quoique souvent pour l'essentiel dotés par des crédits de la branche s'en distinguent nettement sur un plan financier – ils n'entrent pas dans l'objectif financier de la branche, ils peuvent recevoir des dotations d'autres sources – et par leurs missions. Tel est par exemple le cas des fonds « amiante » : le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) procède ainsi par exemple à l'indemnisation des salariés ou anciens salariés victimes de l'amiante, dans la logique de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) mais également à celles des familles victimes par contamination dans une logique de solidarité (sa dotation est prévue par l'article 19 du projet de loi). De même, le Fonds de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante (FCAATA), lui aussi financé exclusivement par la branche accidents du travail et maladies professionnelles en 2004 (voir les articles 20 et 21 du projet), prend en charge un retrait d'activité qui relève en temps ordinaire de la branche vieillesse.

Enfin, certains fonds sont dotés de ressources propres qui en font des financeurs à part entière de la sécurité sociale, l'annexe f du projet de loi de financement de la sécurité sociale leur étant d'ailleurs explicitement consacrée : il s'agit pour l'essentiel du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) et du Fonds de réserve des retraites (FRR) ⁽¹⁾.

b) Le Fonds de solidarité vieillesse (FSV)

Le Fonds de solidarité vieillesse, établissement public de l'État à caractère administratif disposant de l'autonomie administrative, budgétaire, financière et comptable, est chargé du financement des avantages vieillesse à caractère non contributif relevant de la solidarité nationale.

(1) L'analyse du Fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie, traditionnellement assimilé à la même catégorie, est renvoyée infra aux développements relatifs à la CNSA compte tenu de la réforme opérée par la loi du 30 juin 2004.

Les charges du FSV regroupent trois catégories de dépenses :

– le minimum vieillesse (parmi lesquels notamment l'allocation aux vieux travailleurs salariés, le secours viager, l'allocation aux vieux travailleurs non-salariés, l'allocation viagère aux rapatriés et l'atténuation de l'allongement de la durée d'assurance pour les anciens combattants d'Afrique du Nord) ;

– les majorations de pensions pour enfants et conjoints à charge, avantages accordés dans le cadre de la politique familiale ;

– les cotisations prises en charge au titre de périodes validées gratuitement (service national légal et chômage pour l'essentiel) par les régimes de base d'assurance vieillesse reposant sur une évaluation du manque à gagner pour les régimes en termes de cotisations, du fait de périodes non travaillées. Pour compenser ce manque à gagner, le Fonds de solidarité vieillesse effectue un versement forfaitaire calculé en fonction du taux cumulé de cotisations en vigueur dans le régime général, d'une assiette forfaitaire égale à 90 % du SMIC et des effectifs concernés. Depuis 2001, le FSV prend également en charge les cotisations versées aux régimes complémentaires d'assurance vieillesse (AGIRC et ARRCO) au titre des périodes de chômage et de préretraite indemnisées par l'État.

En face de ces charges, les produits du FSV sont constitués par une fraction de CSG, une fraction de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S), 20 % du prélèvement social de 2 % et un transfert de la CNAF vers le FSV (fixé à 60 % du montant de la majoration de 10 % pour enfants à charge par l'article 26 du projet de loi).

Tableau synthétique des dépenses et des ressources du FSV

Charges	Produits
<p>Minimum vieillesse :</p> <ul style="list-style-type: none"> . AVTS/AVTSN/AMF/Secours viager . Majoration L. 814-2 . Allocation spéciale du SASV . Allocation vieillesse supplémentaire . Allocation aux rapatriés <p>Majoration de pensions :</p> <ul style="list-style-type: none"> . Pour enfants . Pour conjoint à charge <p>Validation des périodes de :</p> <ul style="list-style-type: none"> . Service national légal . Chômage (régimes de base et complémentaires) . Perception des allocations de cessation anticipée de travail (CATS) . Perception de l'allocation de préparation à la retraite des anciens combattants d'Afrique du Nord 	<p>CSG :</p> <ul style="list-style-type: none"> . Sur les revenus d'activité . Sur les revenus de remplacement . Sur les revenus du patrimoine . Sur les revenus de placements . Sur les gains des jeux <p>Droit sur les alcools et les boissons non alcoolisées (1)</p> <p>Taxe de prévoyance (2)</p> <p>Contribution sociale de solidarité des sociétés (CSSS)</p> <p>Prélèvement social de 2 % sur les revenus du capital</p> <p>Transfert CNAF</p> <p>Produits du placement des disponibilités du fonds</p>

(1) Jusqu'en 1999

(2) jusqu'en 2001

Source : direction de la sécurité sociale (SDEPF-6A).

Cette brève description des activités et des moyens du FSV illustre bien les difficultés de la coexistence entre les fonds de financement et les branches de la sécurité sociale : difficulté parfois à séparer les missions, imbrication des financements avec partage de recettes, mécanismes de transferts complexes, instabilité des ressources dont il est souvent plus facile en période de restrictions de priver un fonds voué à un relatif anonymat qu'une branche de la sécurité sociale, tentation de modifier les circuits de financement et ainsi de juguler ou déplacer les éventuels insuffisances de recettes. L'évolution de l'affectation d'une fraction de CSG au FSV est à ce titre « exemplaire ».

Evolution de l'affectation d'une fraction de CSG au FSV

Instituée en 1991, la CSG calculée au taux de 1,1 %, puis de 2,4 % depuis le 1^{er} juillet 1993, a d'abord été affectée à la seule branche famille, puis à compter du 1^{er} janvier 1994, réparti entre celle-ci et le Fonds de solidarité vieillesse aux taux respectivement de 1,1 % et 1,3 %.

Au 1^{er} janvier 1997 et 1^{er} janvier 1998, le taux de la CSG a augmenté pour financer les régimes d'assurance maladie (après diminution des cotisations maladie), la fraction du FSV restant fixée à 1,3 %.

A compter de 2001, cette fraction est fixée à 1,15 % de CSG, la diminution de 0,15 point étant transférée aux régimes d'assurance maladie.

A partir du 1^{er} janvier 2002, ce taux a été réduit à 1,05 %, la part de 0,10 % revenant au Fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie.

En 2005, la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie dans sa partie financement instaure l'élargissement de l'assiette applicable aux salariés et aux chômeurs : à compter du 1^{er} janvier 2005, la déduction forfaitaire spécifique pour frais professionnels (ou liés à la recherche d'emploi) passe de 5 % à 3 %. Dans le but de rendre neutre cette opération, la loi diminue l'affectation de la CSG au FSV assise sur les revenus salariaux et sur les allocations chômage de 1,05 % à 1,03 %.

c) Le Fonds de réserve des retraites (FRR)

Le fonds de réserve pour les retraites (FRR) instauré par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 est depuis le 1^{er} janvier 2002 un établissement public de l'État à caractère administratif autonome dont la mission est exclusivement dédiée à la constitution de réserves. D'ailleurs, afin d'assurer la réalité de cet objectif, les ressources du fonds sont indisponibles jusqu'en 2020.

Les différentes catégories de ressources du fonds de réserve sont les suivantes :

- une fraction du solde du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés (CSSS) ;
- le versement de tout ou partie des excédents du FSV ;
- le versement de l'excédent de la CNAVTS au titre du dernier exercice clos, une partie de ce versement pouvant être anticipé en cours d'exercice ;
- une fraction égale à 65% du prélèvement social de 2% portant sur les revenus du patrimoine et les produits de placement ;
- les versements du compte d'affectation spéciale des « produits de cessions de titres, parts et droits de sociétés » prévu au budget de l'Etat, correspondant, en 2002, à une partie des produits des privatisations effectuées par l'Etat (ouverture du capital des autoroutes du sud de la France (ASF) et Crédit lyonnais) ;

– toute autre ressource affectée au FRR, notamment, en 2001 et 2002, le produit de la vente des licences UMTS (téléphonie mobile de 3^e génération) et le produit de la vente des actifs des caisses d'épargne dont le fonds bénéficie encore actuellement ;

– deux catégories de ressources prévues par la loi n° 2001-152 du 19 février 2001 sur l'épargne salariale : la contribution de 8,2 % sur la part de l'abondement de l'employeur supérieur à 2 300 euros au plan partenarial d'épargne salariale volontaire et les montants d'intéressement et de participation non réclamés par les salariés et reçus par la caisse des dépôts et consignations au terme du délai de prescription trentenaire. Le rendement de ces deux recettes est faible ;

– les produits des placements du FRR.

On mesure rapidement à la lecture de cette énumération les difficultés posées par les ressources du fonds : sur les quatre premières d'entre elles, deux sont partagées avec d'autres financeurs de la sécurité sociale et les deux autres n'ont de réalité qu'en période d'excédent des comptes. Les autres ressources sont aléatoires ou plus marginales. Dès lors, il n'est pas étonnant que les recettes du FRR n'atteignent que 19,1 milliards d'euros à la fin de 2004 alors que l'objectif initial était de provisionner 150 milliards d'euros d'ici 2020.

La réforme du statut d'EDF-GDF s'accompagne d'une réforme de la gestion du régime spécial de retraite des industries électriques et gazières (IEG). Cette réforme prévoit notamment son adossement à compter du 1^{er} janvier 2005 au régime général d'assurance vieillesse des salariés pour la partie des prestations qui correspond à celles offertes par la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS). En contrepartie de cet adossement, l'article 19 de la loi du 9 août 2004 prévoit le versement par la caisse des industries électriques et gazières d'un droit d'entrée, la « soulte ».

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 prévoit dans son article 27 une nouvelle mission pour le FRR dont les activités seront désormais retracées dans deux sections. La soulte est versée par la caisse des IEG au FRR dans une section spécifique du fonds. Ce dernier la gèrera pour le compte de la CNAVTS. Par ailleurs, il versera chaque année à la CNAVTS, une somme correspondant au surcoût lié à la différence de situation entre le régime IEG et le régime général telle que définie au 3^o de l'article 19 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004.

Cette mesure pour utile qu'elle soit et gage du bon usage des fonds versés par EDF ainsi que de la neutralité de l'opération ne contribue à l'évidence pas à une simplification des circuits de financement entre le FRR et ses partenaires au sein du système de sécurité sociale.

2. Une situation globalement clarifiée depuis la disparition du Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC)

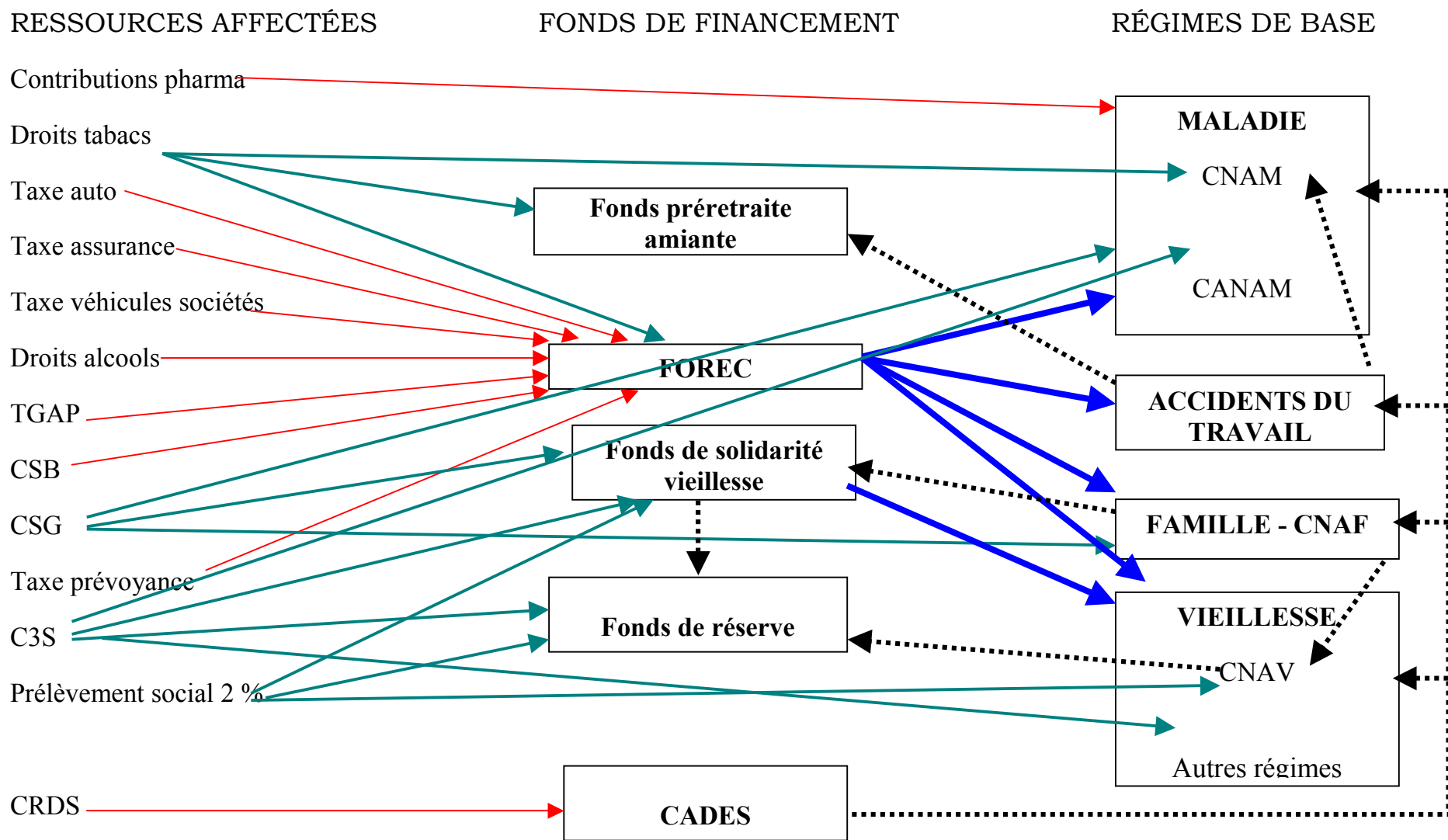
a) La fin du peu regretté FOREC

L'article 5 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 a créé un Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC), dont la mission consistait à prendre en charge les mesures d'allègements généraux de cotisations patronales portant sur les bas salaires ou liés à la réduction du temps de travail. Il a été substitué à l'Etat pour rembourser aux organismes de sécurité sociale le coût de ces exonérations de cotisations qui relèvent de la politique de l'emploi.

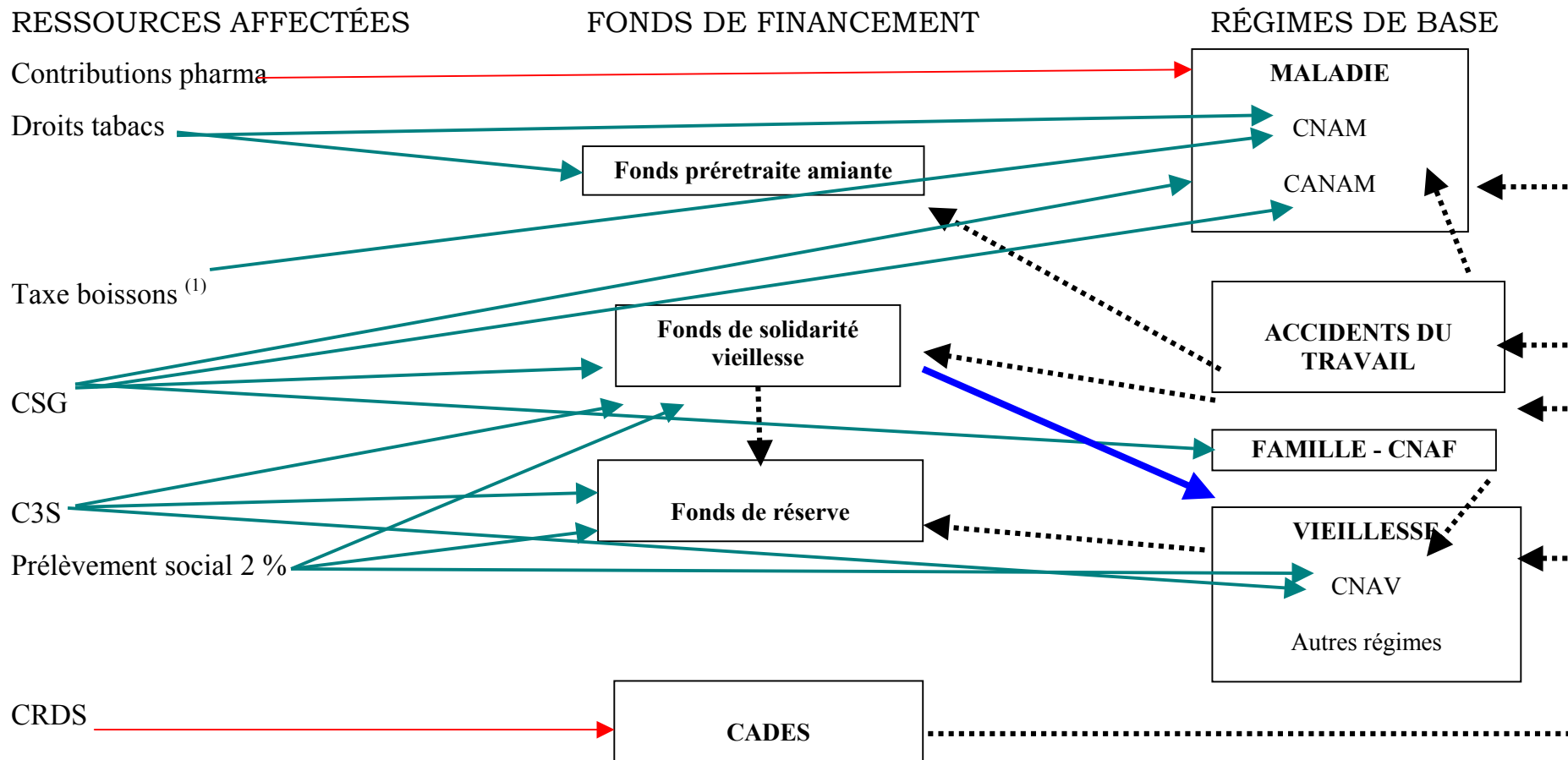
La loi de financement pour 2004 a mis fin à son existence après un bilan peu glorieux mais illustrant bien les vicissitudes qui accompagnent parfois la complexité des circuits mis en place : ainsi ce n'est qu'après un an de tergiversations que le fonds a officiellement été mis en place, période pendant laquelle la sécurité sociale n'a pas été remboursée des exonérations de cotisations sociales correspondantes, ce qui a laissé subsister sur l'Etat une dette de plus de 2 milliards d'euros qui n'aura finalement pu être soldée qu'en 2004.

On ne saurait pour autant nier le caractère inégalé de l'un de ses traits majeurs : la capacité à accroître la complexité des flux de financement de la sécurité sociale comme en témoignent les schémas suivants.

LES FLUX DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE en 2003
(hors Etat et BAPSA)



LES FLUX DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE en 2004
(hors Etat et BAPSA/FFIPSA)



(1) Transfert au budget de l'Etat prévu par le projet de loi finances pour 2005

b) Une simplification qui n'est pas remise en cause par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005

Le présent projet de loi ne propose pas de recréer de nouvelles tuyauteries. Par rapport au régime en vigueur sous la précédente majorité, il n'y a aucun changement apporté aux mécanismes de répartition des impositions affectées ni aucune modification des transferts entre régimes ou branches. La suppression du FOREC a été l'occasion d'adopter enfin un code de bonne conduite, un pacte de stabilité des flux de financement. Il ne comporte que des mesures d'équilibrage financier internes aux branches à deux exceptions, celle liée à l'adossement du régime des IEG au régime général qui sert la neutralité financière de l'opération et celle liée à la création de la CNSA.

Aucune de ces deux mesures ne peut rivaliser en complexité avec la « *machinerie infernale* », selon l'expression de M. Pierre Morange, rapporteur du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 pour les recettes et l'équilibre général, que constituait le FOREC.

- *L'adossement du régime des IEG au régime général*

L'adossement du régime des IEG implique un mécanisme relativement complexe destiné à assurer la neutralité financière de l'opération pour le régime général.

La loi du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz a profondément réformé le régime d'assurance vieillesse des personnels des industries électriques et gazières (IEG) en adossant leur régime spécial aux régimes de droit commun de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et des régimes complémentaires (AGIRC et ARRCO). L'article 27 du projet de loi ⁽¹⁾ s'efforce de mettre en place un circuit assurant la transparence et la neutralité financière de l'adossement de la Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG) sur le régime général.

La formule de l'adossement retenue pour procéder à l'adaptation nécessaire de régime spécial liée à l'ouverture à la concurrence des IEG présente de multiples avantages, au premier rang desquels l'absence de coût pour les cotisants des régimes de base et complémentaires. Plus satisfaisant sur ce dernier point que l'intégration pure et simple dans le régime général au prix d'une soule, l'adossement s'accompagne de certaines contraintes :

– la réforme doit être transparente pour les personnels qui verseront des cotisations et percevront des prestations dans les conditions prévues par leur statut, sans changement par rapport au système actuel ;

(1) Cf. commentaire détaillé de cet article dans le tome III.

– dès lors, les IEG devront, compte tenu du principe de neutralité pour les régimes de droit commun, financer les droits spécifiques à leurs personnels (soit près de la moitié des prestations) et provisionner ces charges ;

– si ces deux premiers points n’ont pas d’incidence sur le régime de base du régime général, le financement des droits de base appelle lui un calcul des transferts à opérer entre la CNIEG et la CNAV garantissant la neutralité de l’opération par le versement d’une soulte à la CNAV ;

– estimée à 6,9 milliards d’euros lors de la préparation du projet de loi, la soulte consistera d’une part en versements provenant de la contribution tarifaire assise sur les tarifs d’usage des réseaux et en versements des entreprises électriques et gazières ;

– par ailleurs, si la tenue de la comptabilité de la CNAV en droits constatés ne lui permet pas d’absorber de façon étalée le versement de la soulte, il ne semble pas sain que le brusque abondement lié au versement de la soulte redresse de façon artificielle les comptes de la CNAV en 2005, d’où un mécanisme de gestion de la soulte confié au Fonds de réserve des retraites.

L’opération n’est évidemment pas sans conséquence sur les conditions d’équilibre non seulement de la branche vieillesse mais également sur les recettes et l’équilibre du présent projet de loi de financement.

Dès lors, le rapporteur estime que l’opération doit s’effectuer dans le respect des conditions suivantes :

– le calendrier de versement de la soulte doit, ainsi que son montant naturellement, être connu dans les meilleurs délais afin d’offrir à tous les acteurs la meilleure prévisibilité possible ;

– la neutralité financière de l’opération – dépendant à la fois du montant global de celle-ci, des paramètres utilisés à cet effet (y compris la nature des droits repris ⁽¹⁾) – doit être solennellement garantie ;

– les paramètres retenus doivent donc être aussi proches que possible dans le calcul du montant de la soulte versée au régime de base et dans le calcul de celle destinée aux régimes complémentaires ;

– L’usage de la soulte doit être transparent et la CNAV doit bénéficier de l’intégralité de celle-ci – intérêts compris ⁽²⁾ – au seul bénéfice de la compensation du surcoût de la prise en charge des personnels des IEG. La soulte ne doit pas servir le financement du déficit courant de la CNAV.

(1) Le débat ne saurait se focaliser sur le seul montant du versement opéré au profit de la CNAV ; l’étendue des droits qu’elle sera conduite à financer est tout aussi essentielle.

(2) Y compris ceux tenant à l’échelonnement des versements.

Si l'opération est complexe et soumise à conditions, le rapporteur estime que celles-ci sont désormais remplies compte tenu des négociations intervenues entre le dépôt du projet de loi le 5 octobre dernier et l'examen du texte par la commission et de ce fait les réserves qu'il avait formulées lors de l'audition du ministre de la santé et de la protection sociale semblent ne plus avoir lieu d'être.

- *La création de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie*

La création de cette caisse introduit un nouvel acteur dans le schéma de financement mais dont la place est clairement définie

La loi du 30 juin 2004 précitée affecte à un nouvel organisme de protection sociale – mais pas de sécurité sociale – la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), les moyens hérités de l'ancien Fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (FFAPA) – c'est-à-dire pour l'essentiel une fraction de la CSG – et les moyens supplémentaires issus de la journée de solidarité créée par la loi.

Ses recettes sont les suivantes :

- une contribution des employeurs publics et privés de 0,3 % sur une assiette identique à celle des cotisations patronales d'assurance maladie ;

- une contribution additionnelle de 0,3 point sur la fraction de la contribution sociale généralisée (CSG) assise respectivement sur les revenus du patrimoine et sur les revenus du placement ;

- une fraction de 0,1 point du produit de la CSG ;

- une participation des régimes obligatoires de base de l'assurance vieillesse.

Recettes de la CNSA en année pleine

(en millions d'euros)

TOTAL	2 874
Contribution patronale	1 600
Contribution sur les revenus du patrimoine et des placements	300
Fraction de 0,1 point de CSG.....	903
Versement des caisses de retraite.....	61

Ses dépenses en régime de croisière (c'est-à-dire à compter du 1^{er} janvier 2005) consisteront en :

- l'affectation de 40 % du produit de la contribution patronale de 0,3 % et de la contribution additionnelle sur les revenus de l'épargne au financement d'actions en faveur des personnes âgées ;

– l’affectation d’un montant identique à celui de la contribution patronale au financement d’actions en faveur des personnes handicapées.

– l’affectation des 20 % restants du produit de la contribution patronale de 0,3 % et la contribution additionnelle sur les revenus de l’épargne et du produit d’une fraction de 0,1 point de CSG destiné à prendre en charge une partie de l’APA.

– le financement des dépenses de modernisation des services d’aide à domicile et des dépenses de formation et de qualification des personnels soignants recrutés dans le cadre du plan de renforcement de la médicalisation des services et établissements accueillant des personnes dépendantes.

I – Améliorer la vie à domicile

1. Augmenter et diversifier l’offre

Le programme prévoit une série de mesures concrètes pour atteindre ces objectifs, notamment :

- création de 17 000 places de services de soins infirmiers à domicile permettant d’atteindre près de 100 000 places en 2007 ;
- création de 4 500 places d’hébergement temporaire ;
- création de 8 500 places d’accueils de jour dédiés à la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d’Alzheimer ou d’affections apparentées.

L’enveloppe de ces 13 000 nouvelles places d’hébergement temporaire et d’accueil de jour sera également affectée à des dispositifs innovants, notamment : places d’accueils de jours itinérants, d’accueils de nuit, gardes itinérantes de nuit.

2. Développer l’innovation pour mieux personnaliser la réponse aux attentes et aux besoins

Il s’agit donc de permettre aux personnes âgées et à leurs proches de pouvoir disposer d’une offre de services enrichie :

- développement de services polyvalents d’aide et de soins à domicile afin d’améliorer la coordination et l’adaptation des réponses à domicile en termes d’aide et de soins ;
- développement d’un accueil familial adapté ;
- facilitation de l’aide au déplacement et au transport accompagné des personnes âgées ;
- développement de l’hospitalisation à domicile en gériatrie ;
- mesures incitatives en faveur de l’amélioration de l’accessibilité et de l’adaptation de l’habitat des personnes âgées ;
- utilisation des nouvelles technologies de l’information et de la communication pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées à domicile ;
- création de relais d’écoute et de lieux de parole destinés aux aidants ;
- mise à l’étude d’un congé d’accompagnement de 3 mois maximum pour s’occuper d’un ascendant.

II – Professionnaliser l'aide, rendre les métiers plus attractifs

Le secteur des personnes âgées souffre d'une pénurie de vocations. Il a encore trop souvent l'image de professions difficiles et peu valorisantes.

L'avenir de la prise en charge des personnes âgées repose en grande partie sur des professionnels qualifiés et en nombre suffisant.

Il conviendra d'augmenter les flux de personnels qualifiés dans les années à venir.

Il convient aussi de valoriser l'expérience et de former les nombreuses personnes non qualifiées qui exercent actuellement dans les établissements et à domicile : la validation des acquis de l'expérience (VAE) leur permettra à cet effet l'acquisition de tout ou partie d'un diplôme.

Par ailleurs les modes d'accès aux formations qualifiantes de niveau 5 seront élargis, notamment en ouvrant la formation d'aide soignant à l'alternance, ou en encourageant l'apprentissage. Il conviendra également de faciliter les passerelles entre les formations pour permettre des allègements de formation et de certification pour les professionnels qui souhaitent diversifier leur formation et pour faciliter la mobilité professionnelle.

Enfin, les métiers d'aide à la personne âgée seront valorisés par une campagne nationale, programmée sur plusieurs années, et fortement relayée au programme local.

Source : dossier de presse gouvernemental sur la réforme de la solidarité pour l'autonomie

L'article 3 du présent projet de loi sécurise d'ailleurs les conditions dans lesquelles la CNSA intervient et donne une base légale pérenne à ses actions en complément de celles menées au sein de la sécurité sociale.

Certains ont exprimé la crainte que la CNSA ne soit un moyen pour l'assurance maladie de se désengager de la prise en charge des soins liés à la perte d'autonomie, la crainte d'une « Sécu pour les vieux et les handicapés ». Il convient de réaffirmer clairement les principes régissant la prise en charge des personnes âgées (mais aussi celle des personnes handicapées) tels que les ont par exemple exprimés de façon unanime l'ensemble des membres de la mission d'information sur l'avenir de l'assurance maladie, présidée par M. Jean-Louis Debré, président de l'Assemblée nationale, en juin dernier :

« La mission a souhaité réaffirmer solennellement son attachement à la solidarité entre bénéficiaires sous toutes ses formes. A ainsi été abordée à plusieurs reprises la question de la solidarité des plus jeunes vers les plus âgés. (...) La population de plus de 80 ans consomme 14 % des dépenses alors qu'elle ne représente que 4 % de la population globale. Cela représente en 2003 environ 17 milliards d'euros de dépenses. La population de plus de 60 ans consomme quant à elle environ la moitié des dépenses de santé, alors qu'elle ne représente que 21 % de la population totale. (...) La mission a confirmé qu'elle ne souhaitait pas voir les dépenses de soins en faveur des personnes âgées sortir du champ de l'assurance maladie (...) Aucune voix ne s'est exprimée – ni devant la mission ni

en son sein – pour contester ces transferts qui sont la traduction du principe de solidarité lui-même. »

Toutefois, les débats en commission sur le présent texte ont montré que toutes les craintes n’avaient pas disparu. Au-delà des affirmations de principe, on peut s’intéresser aux faits :

– il n’existe aucun mécanisme de transfert de l’assurance maladie vers la CNSA : pas un euro ne transite ni ne transitera des caisses de l’assurance maladie vers celles du nouvel organisme ;

– *a contrario*, l’assurance maladie reçoit de la CNSA des crédits en complément de ces actions en faveur de la prise en charge de la perte d’autonomie.

***Evolution des crédits de l’ONDAM
consacrés aux personnes handicapées et aux personnes âgées***

(en millions d’euros)

Evolution des crédits de l’ONDAM consacrés en 2005 :	Montant	Dont part apportée par la CNSA
– aux personnes handicapées	+ 330	+ 114
– aux personnes âgées	+ 420	+ 365

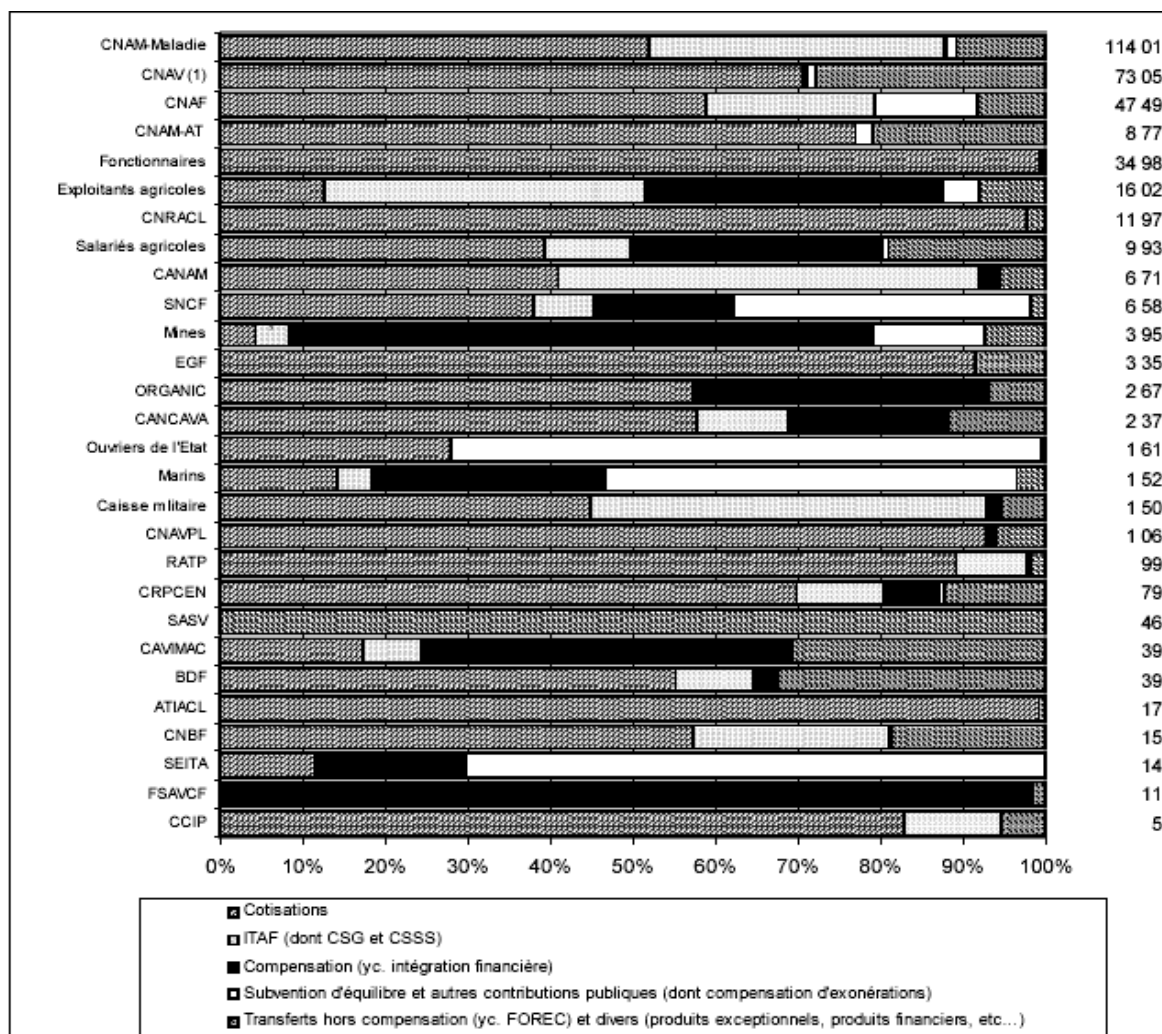
Il n’y a donc pas désengagement de l’assurance maladie mais complémentarité des actions. Il convient en outre d’observer que l’usage des crédits de la CNSA est parfaitement fléché, que l’affectation de ressources venant renforcer l’action de l’assurance maladie est juridiquement obligatoire et qu’il n’y a donc pas à craindre non plus un éventuel désengagement de la CNSA.

Toutefois, le rapporteur est sensible aux interrogations formulées par de nombreux commissaires sur deux questions majeures : celle de la transparence et de l’équité du financement de la perte d’autonomie – liée à celles du financement des établissements sociaux et médico-sociaux – et celle de l’articulation entre volet sanitaire et volet social de la politique mise en œuvre. De ce point de vue, les actions menées globalement par la CNSA afin de favoriser le recrutement et la formation de personnels oeuvrant dans le domaine de l’aide à la personne sont essentielles. Elles jouent un rôle structurant. Une réflexion plus prospective n’en doit pas moins être menée et le rapporteur entend saisir le gouvernement de cette question.

3. La persistance de nombreux éléments de complexité

On observera tout d'abord qu'il n'y a que rarement spécialisation des ressources de la sécurité sociale en fonction des dépenses financées. Ainsi, les recettes principales (cotisations et CSG notamment) sont affectées à l'ensemble des branches, dans des proportions différentes et selon des clefs de répartition parfois particulièrement complexes.

Structure des recettes des régimes de base en 2002



Ainsi, la CSG est elle répartie selon la clef suivante.

Clef de répartition de la CSG

	Taux de CSG	Proposée par le projet
CSG sur les revenus d'activité	taux 7,5 %	1,08 point à la CNAF
		1,03 point au FSV
		0,1 point à la CNSA ¹
		5,29 points à la branche maladie
CSG sur les revenus de remplacement	taux $\left\{ \begin{array}{l} 6,2 \%^2 \\ 6,6 \%^3 \end{array} \right.$	1,1 point à la CNAF
		1,05 point au FSV
		0,1 point à la CNSA ¹
		3,95 points à la branche maladie ²
	4,35 points à la branche maladie ³	
2) Personnes imposables au titre de la taxe d'habitation mais pas à celui de l'impôt sur le revenu	taux 3,8 %	3,8 points à la branche maladie
CSG sur les revenus du patrimoine et les produits de placement	taux: 8,2 % ⁴	1,1 point à la CNAF
		1,05 point au FSV
		0,1 point à la CNSA ¹
		5,95 points à la branche maladie
CSG sur les jeux	taux 9,5 %	1,1 point à la CNAF
		1,05 point au FSV
		0,1 point à la CNSA ¹
		7,25 points à la branche maladie

Source : Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale.

CNAF : Caisse nationale d'allocations familiales

FSV : Fonds de solidarité vieillesse

¹ Depuis le 1^{er} juillet 2004, antérieurement au Fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie.

² Allocations chômage et indemnités journalières (quel que soit le statut fiscal de la personne dans le cas des indemnités journalières).

³ Pensions, préretraites.

⁴ 8,5 % compte tenu du relèvement de 0,3 point au profit de la CNSA à compter du 1^{er} juillet 2004.

Une illustration particulièrement marquante de la complexité du partage des ressources est fournie par la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés (CSSS).

La CSSS est théoriquement répartie entre les régimes de non salariés non-agricoles en fonction de leurs déficits comptables exprimés en droits constatés. En réalité, l'attribution de CSSS à ces régimes peut s'avérer différente de leurs droits compte tenu de deux paramètres principaux :

– d'une part, les droits des régimes au titre d'une année sont évalués à partir de leur résultat prévisionnel, le résultat réel pouvant s'avérer sensiblement différent ;

– d’autre part, la CSSS doit maintenir constamment positive la trésorerie des régimes afin de leur permettre d’assurer le paiement des prestations à leur échéance, ce qui peut amener à des attributions supérieures aux droits.

De ce fait, l’affectation de CSSS peut s’avérer particulièrement fluctuante, voire aléatoire pour le FSV (*cf. supra*) ou le FFIPSA, exemple des conséquences de l’imbrication des financements.

Les comptes de la CSSS

	2002 réalisé	2003 réalisé	%	2004 prévu	%	2005 prévu	%
EMPLOIS	2 328,0	1 792,0	-23%	3 497	95%	2 972	-15%
Affectation de la CSSS							
CANAM	703,5	909,4	29,3%	1 508	66%	1 621	8%
CANCAVA	321,5	259,8	-19,2%	489	88%	455	-7%
ORGANIC	730,6	- 81,0		668		838	18,7%
CBREBTP	40,0	39,4	-1,5%	42	6,6%	43	2,4%
BAPSA/FFIPSA	520,0	650,0	25,0%	775	19,2%		
Gestion administrative	12,4	14,4	16,1%	15	4,2%	15	
Autres charges							
RESSOURCES	3 249,5	3 283,6	1,2%	3 330	1,4%	3 415	2,5%
Contributions	3 220,7	3 265,0	1,5%	3 315	1,5%	3 400	2,5%
Produits financiers	28,8	18,6	-13,2%	15	-20%	15	
RESULTAT	921,5	1 491,6		- 167		443	
Transfert vers FSV	566,6	921,5		1 325		443	

C. UNE PRÉOCCUPATION CROISSANTE : LA CLARIFICATION DES COMPTES SOCIAUX

1. Les droits sur les tabacs : un bon exemple de mauvaise visibilité des comptes sociaux

Les droits sur les tabacs sont traditionnellement un impôt d’Etat, héritage de l’ancien monopole concédé à la SEITA.

Il a été décidé de transférer en partie les droits sur les tabacs à l’assurance maladie pour compenser le coût du tabagisme pour les dépenses de santé. Ainsi, fin 1996, 6 % de ces droits ont été affectés au Fonds national de prévention, d’éducation et d’information sanitaires (FNPEIS) de la CNAMTS.

A partir de 2000, l’Etat a décidé de participer au financement des exonérations de cotisations sociales en transférant au FOREC une de ses recettes fiscales, en l’occurrence les droits sur les tabacs : 91 % ont ainsi été affectés au

FOREC. L'opposition d'alors avait dénoncé le détournement de cette recette fiscale, qui n'aurait eu de justification qu'en abondant la branche maladie.

La loi de finances pour 2001 a affecté l'intégralité du produit du droit de consommation sur les tabacs aux régimes obligatoires de base de sécurité sociale et aux organismes créés pour concourir à leur financement. Il revenait alors à la loi de financement de la sécurité sociale de répartir ce produit chaque année.

Compte tenu de la suppression et de la rebudgétisation du FOREC, la loi de financement de la sécurité sociale perd l'intégralité de sa compétence au profit de la loi de finances, en vertu de l'article 36 de la LOLF, en matière d'affectation d'une imposition redevenue impôt d'Etat. C'est pourquoi l'article 42 du projet de loi de finances pour 2005 définit une nouvelle clef de répartition pour le droit de consommation sur les tabacs.

Clef de répartition du droit de consommation sur les tabacs

Bénéficiaires	LFI 1997	LFI 1998	LFI 2000	LFSS 2001	LFSS 2002	LFSS 2003	LFI 2004	PLF 2005
Etat	93,61 %	90,9 %	5,9 %	-	-	-	26,94 %	14,83 %
CNAMTS	6,39 %	9,1 %	16 %	2,61 %	8,84 %	15,2 %	22,27 %	32,50 %
FOREC	-	-	77,7 %	97 %	90,77 %	84,45 %	-	-
Fonds préretraites amiante	-	-	0,39 %	0,39 %	0,39 %	0,35 %	0,31 %	0,31 %
BAPSA	-	-	-	-	-	-	50,16 %	-
FFIPSA	-	-	-	-	-	-	0,31 %	52,36 %

Le rapporteur se félicite qu'une part toujours plus importante des droits sur les tabacs soit affectée à l'assurance maladie. On ne peut en particulier que se réjouir de l'affectation de plus d'un milliard d'euros de droits tabac supplémentaires à l'assurance maladie qui permet d'honorer l'engagement pris cet été dans l'article 70 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie sans hausse supplémentaire de la fiscalité du tabac qui a atteint des niveaux que l'on ne peut dépasser sans risquer d'entrer dans une zone de rendements décroissants ou de favoriser les phénomènes d'achats transfrontaliers et de contrebande.

En revanche, on ne peut que regretter l'instabilité de cette clef d'affectation et de la nature même des destinataires de ces affectations. On doit par exemple observer les conséquences de la disparition des droits tabacs spécifiques antérieurement affectés au BAPSA qui contribue au déséquilibre actuel de ce régime. Cette instabilité est d'autant plus complexe à gérer que certaines dispositions relèvent des lois de financement quand d'autres ont leur place en projet de loi de finances.

On peut observer une telle instabilité des clefs d'affectation dans la plupart des impôts et taxes affectés à la sécurité sociale : en témoigne par exemple cette année, la proposition faite en projet de loi de finances de transférer les droits alcools résiduels dont bénéficie la CNAM pour le moment au budget de l'Etat

2. Etat-sécurité sociale : une relation tumultueuse

Le rapporteur n'a pas la prétention de faire un panorama exhaustif des relations entre l'Etat et la sécurité sociale qui suffiraient à faire l'objet d'un rapport à elles seules. En revanche, il semble intéressant au travers de quelques exemples de mesurer quelles sont les difficultés caractérisant cette relation.

Le Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA) créé par la loi de finances pour 2004 en vue de se substituer au budget annexe des prestations sociales des non-salariés agricoles (BAPSA) est un nouveau fonds de financement de la sécurité sociale au sens de la loi organique du 22 juillet 1996, relevant de ce fait de la loi de financement de la sécurité sociale et qui figurant à l'annexe *f*. La mise en œuvre de la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances (LOLF) impliquait en effet la disparition du BAPSA, qui ne répondait pas aux critères définis par ce texte pour les budgets annexes. En conséquence le nouveau fonds a repris sa mission, à savoir assurer le financement des prestations sociales des exploitants agricoles, qui sont des dépenses des régimes obligatoires de base au sens de la loi de financement.

Les recettes de ce fonds sont de plusieurs natures :

- les cotisations des assujettis au régime affectées au service des prestations ;
- la part de CSG maladie affectée au régime des exploitants agricoles ;
- les participations des autres régimes, à savoir la compensation démographique et la contribution de la CNAF ;
- les subventions du Fonds spécial d'invalidité (FSI) et du Fonds solidarité vieillesse (FSV) ;
- les financements publics constitués par les divers impôts et taxes affectés (droits de consommation sur les tabacs, taxe sur les fabricants de tabacs, C3S) et la « traditionnelle » subvention d'équilibre du budget de l'Etat au régime agricole.

C'est évidemment sur la dernière catégorie de recettes – les financements publics – que la relation Etat-régime agricole présente des difficultés. Les charges du régime ont tendance à s'accroître de façon plus rapide que ses ressources contributives du fait de sa situation démographique : la population d'agriculteurs vieillit ; c'est une donnée avec laquelle il faut composer. En outre, l'année 2004 a été marquée par la mensualisation des pensions des exploitants agricoles prévue

par l'article 105 de la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites, mesure certes attendue mais dont la charge est évaluée à 30 millions d'euros par an. Face à ces charges, les recettes permanentes du régime ne peuvent suffire et son équilibre était traditionnellement garanti par une subvention de l'Etat. Celle-ci ne constitue plus une obligation juridique et, de fait, aucune subvention n'est prévue pour l'année 2005.

Le passage du BAPSA au FFIPSA en 2003-2004 s'est donc accompagné d'une dégradation de la situation du régime des exploitants agricoles sous le double effet de faiblesses structurelles (déséquilibre démographique du régime), de mesures conjoncturelles (mensualisation des pensions, coût de l'emprunt contracté pour ce faire) et de l'absence de solution de financement pérenne d'un niveau suffisant. L'affectation de droits sur le tabac – recette en outre peu dynamique – s'est faite à un taux trop faible : dès lors que l'affectation d'une part supplémentaire des droits sur le tabac à la sécurité sociale diminuera les recettes du budget de l'Etat, on saisit bien la difficulté pour celui-ci de proposer une telle mesure qui creuse son propre déficit. De même, l'absence de versement par l'Etat de subvention d'équilibre peut s'expliquer : elle n'en constitue pas moins une modification profonde des conditions d'équilibre du régime agricole.

Cette situation n'est pas durablement tenable : le déficit courant ne cesse de croître – 1,5 milliard prévus pour 2005 –, se nourrit des intérêts de la dette financée dans des conditions peu avantageuses et « oubliée » lors de la reprise de dette maladie intervenue cet été. Le monde agricole attend une solution qui ne peut venir des seuls efforts du régime, pourtant particulièrement bien géré.

Dès lors, le rapporteur estime qu'il appartient à la représentation nationale d'inciter le gouvernement à engager le débat sur ce point. Il sera donc dans ce but proposé d'affecter au FFIPSA une nouvelle recette. Il ne s'agit pas nécessairement de trouver immédiatement les moyens d'éponger la dette et de retrouver l'équilibre d'autant que la contrainte budgétaire comme les règles régissant la recevabilité financière brident quelque peu l'initiative. En revanche, de façon un peu provocatrice, le rapporteur proposera d'affecter au FFIPSA une nouvelle recette de façon à faire réagir le gouvernement et à tout le moins à amorcer le nécessaire redressement du régime.

Le rapporteur ne reviendra pas sur d'autres mesures du projet de loi de financement qui témoignent de l'imbrication entre sécurité sociale et Etat et des difficultés qu'elles suscitent mais il convient de les apprécier au regard de l'application du principe de compensation des pertes de recettes de la sécurité sociale.

3. Des progrès dans la compensation des pertes des organismes de sécurité sociale

L'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale issu de l'article 5 de la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale dite loi « Veil » prévoit que les exonérations – partielles ou totales – de cotisations sociales donnent lieu à compensation intégrale par le budget de l'Etat des pertes de recettes induites pour les organismes de sécurité sociale. Le bien-fondé de ce principe n'est jamais contesté. En revanche, son application donne fréquemment lieu à débat voire à polémique et souffre d'un manque de clarté évident.

En témoigne d'ailleurs le fait que certaines exonérations restent non compensées, quoique pour certaines postérieures à l'affirmation du principe. La Cour des comptes se fait d'ailleurs régulièrement l'écho dans ses rapports sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de l'existence de mesures d'exonérations de cotisations sociales non compensées par l'Etat ou compensées de façon partielle. On ne reviendra pas non plus sur le débat qui a agité toute l'existence du FOREC.

Devant les insuffisances du dispositif, l'article 70 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a renforcé la protection des ressources de la sécurité sociale :

– sont désormais visées l'ensemble des ressources de la sécurité sociale et non les seules cotisations : la nuance est importante puisque la part des cotisations dans son financement a considérablement baissé depuis l'instauration et la montée en charge de la contribution sociale généralisée (CSG) et représente désormais à peine de plus de 50 % des recettes ; ainsi une exonération de CSG devrait désormais être compensée ;

– sont également inclus les transferts de charge, c'est-à-dire le fait de confier à l'assurance maladie une charge nouvelle incombant antérieurement à l'Etat et dont le financement n'est pas transféré.

Ce renforcement du principe s'applique à compter de l'entrée en vigueur de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et est donc applicable aux mesures contenues dans le présent texte ainsi que dans le projet de loi de finances. On peut se demander s'il ne serait pas opportun, afin d'en renforcer encore la portée d'élever la disposition au rang organique à la faveur de la réforme projetée.

En conclusion, on mesure bien la difficulté que constitue l'exercice d'analyse des comptes de la sécurité sociale et d'explication des flux financiers. En conséquence le rapporteur propose plusieurs amendements destinés à les rendre plus accessibles ainsi qu'à améliorer le contrôle sur l'application des lois de financement :

– un amendement proposant la remise au Parlement d'un rapport annuel sur la compensation, qui ne serait pas un document de plus, mais pourrait être élaboré parallèlement au rapport de la commission des comptes, peu disert sur cette question, et servirait ainsi de façon concrète à un examen mieux éclairé du PLFSS (et du PLF) ;

– un amendement modernisant le dispositif des conventions d'objectifs et de gestion et améliorant notamment le contrôle parlementaire sur leur contenu, leur application et leur bonne articulation avec les lois de financement ;

– un amendement qui, dans le prolongement de la démarche vers la certification des comptes prévue par l'article 34 du projet de loi, met en place un mécanisme d'alerte démocratique permettant aux pouvoirs publics d'être informés dans les meilleurs délais de risques réels de dérapage des dépenses de sécurité sociale.

II.- L'AMORCE D'UN REDRESSEMENT FINANCIER EN 2005 N'EST PAS EXCLUSIVE DE POLITIQUES AMBITIEUSES

Le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale intervient au terme d'une année 2004 marquée par une nouvelle dégradation de l'ensemble des comptes sociaux, qui atteignent un point bas historique (A). Si 2005 constitue une étape décisive vers le redressement financier cet objectif n'entame pas la volonté de réformes ambitieuses (B).

A. L'ENSEMBLE DES COMPTES SOCIAUX DANS LE ROUGE MALGRÉ DES SITUATIONS CONTRASTÉES

Il semble opportun de préciser d'emblée quelle est la situation de chacun des principaux comptes sociaux.

Evolution des soldes des comptes sociaux

(en milliards d'euros)

	2002	2003	2004	2005
Régime général				
Maladie	- 6,1	- 11,1	- 13,2	- 7,9
Accidents du travail	0,0	- 0,5	- 0,5	- 0,7
Vieillesse	1,7	0,9	- 0,1	- 1,4
Famille	1,0	0,4	- 0,2	0,0
Total régime général	- 3,5	- 10,2	- 14,0	- 10,1
Autres régimes de base	- 0,2	- 0,2	- 0,1	- 0,8
Ensemble des régimes de base	- 3,7	- 10,4	- 14,1	- 10,8
FSV	- 1,4	- 0,9	- 0,4	- 1,2
FOREC	0,2	- 0,6		
Ensemble des régimes de base et fonds	- 4,8	- 11,9	- 14,5	- 12,0
Ensemble des régimes complémentaires	3,3	8,9	6,4	6,4
Déficit en pourcentage des charges				
CNAM			10,0 %	5,9 %
CNAM-AT			5,2 %	7,0 %
CNAV			0,1 %	1,8 %
CNAF			0,4 %	0,1 %

Source : commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2004.

1. Un point bas historique pour le régime général

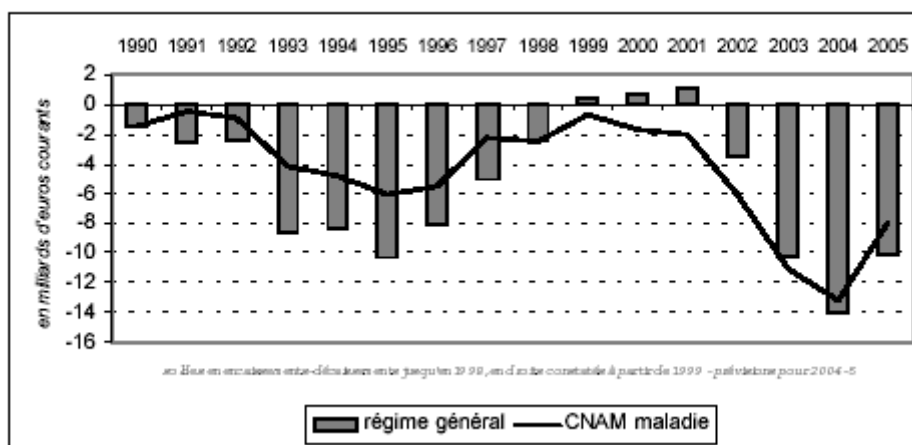
a) *Un déficit record et généralisé*

On ne reviendra que rapidement sur le constat dressé par tous, et rappelé encore voici quelques semaines lors de son audition devant la commission des affaires culturelles, familiales et sociales par M. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes : le déficit de la sécurité sociale aura atteint en 2004 un niveau historique.

Le solde du régime général devrait atteindre en 2004 son point le plus bas, avec un déficit de près de 14 milliards d'euros. Ce montant est supérieur de près de 4 milliards d'euros au déficit enregistré en 1995, qui avait été l'année la plus sombre de la décennie quatre-vingt-dix.

Il convient de rappeler que les quatre branches du régime général ont en outre reçu en 2003 et 2004, pour 1,1 milliard d'euros chaque année, des versements de la CADES au titre du remboursement d'une dette du FOREC. Cette recette exceptionnelle a donc amélioré les résultats 2003 et 2004 mais disparaîtra en 2005. Hors opérations exceptionnelles, le déficit du régime général est de 15 milliards d'euros en 2004.

Soldes du régime général et de la branche maladie sur la période 1990-2005



Il est en outre d'autres éléments que les seuls chiffres bruts, plus significatifs encore : le premier est que ce déficit tend à se dégrader de plus en plus rapidement ; le deuxième est que la concentration de l'essentiel du déficit sur certaines catégories de dépenses – même si toutes les branches sont déficitaires en 2004 – fait que celui-ci atteint des niveaux préoccupants non seulement en montant absolu mais également en part relative par rapport au montant des dépenses et recettes.

Régime général 2002-2005

(en millions d'euros)

	2002	2003	%	2004	%	2005	%
CNAM MALADIE							
Charges	117 310	125 116	6,7 %	132 054	5,5 %	134 857	2,1 %
Produits	111 213	114 011	2,5 %	118 860	4,3 %	126 930	6,8 %
Résultat	- 6 098	- 11 105		- 13 194		- 7 927	
CNAM AT							
Charges	8 618	9 254	7,4 %	9 661	4,4 %	10 114	4,7 %
Produits	8 573	8 778	2,4 %	9 156	4,3 %	9 409	2,8 %
Résultat	- 45	- 476		- 505		- 704	
CNAM maladie et AT							
Charges	125 928	134 370	6,7 %	141 715	5,5 %	144 970	2,3 %
Produits	119 785	122 789	2,5 %	128 016	4,3 %	136 339	6,5 %
Résultat	- 6 143	- 11 581		- 13 699		- 8 631	
CNAV							
Charges	68 675	72 112	5,0 %	75 174	4,2 %	78 760	4,8 %
Produits	70 334	73 058	3,9 %	74 104	2,8 %	77 346	3,0 %
Résultat	1 659	946		- 71		- 1 413	
CNAF							
Charges	45 171	47 071	4,2 %	48 821	3,7 %	50 206	2,8 %
Produits	46 200	47 497	2,8 %	48 639	2,4 %	50 175	3,2 %
Résultat	1 029	426		- 183		- 31	
Régime général consolidé							
Charges	234 461	248 029	5,8 %	259 915	4,8 %	267 847	3,1 %
Produits	231 006	237 820	2,9 %	245 963	3,4 %	257 771	4,8 %
Résultat	- 3 455	- 10 209		- 13 952		- 10 076	
FSV							
Charges	12 405	13 408	8,1 %	13 766	2,7 %	13 941	1,3 %
Produits	11 051	12 474	12,9 %	13 337	6,9 %	12 773	- 4,2 %
Résultat	- 1 353	- 934		- 429		- 1 167	
FOREC							
Charges	15 434	16 203	5,0 %				
Produits	15 658	15 614	- 0,3 %				
Résultat	224	- 588					

Source : direction de la sécurité sociale.

Le troisième constat, l'un des plus préoccupants, est que ce déficit revêt désormais une dimension chronique, sinon structurelle, et pose notamment la question du dynamisme des recettes.

b) Un déficit dont la composante structurelle fait question.

Une partie de la dégradation de 2004 résulte à l'évidence de la faiblesse de la croissance, du classique effet de ciseaux entre dépenses et recettes et du décalage existant entre la reprise de croissance, celle de l'emploi et celle de la masse salariale. On rappellera qu'un point de masse salariale équivaut à 1,6 milliard d'euros pour le régime général. On ne saurait trop souligner la difficulté qu'a, même au plus fort de la croissance, la sécurité sociale pour renouer avec l'équilibre. Ainsi, par exemple, le redressement apparent des comptes

intervenu entre 1996 et 2000, pour spectaculaire qu'il soit, a tout de même conduit au maintien d'un déficit de l'assurance maladie deux fois supérieur en 2000 à ce qu'il était en 1991.

Dès lors, c'est fort légitimement que l'ensemble des acteurs développe une réflexion sur l'éventuelle réforme du mode de financement afin de donner une assise moins cyclique, plus dynamique aux recettes de la sécurité sociale. Sur ce point, le débat désormais classique sur la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale – en particulier la prise en compte dans son assiette de la notion de valeur ajoutée – n'est pas dépourvu d'intérêt intellectuel mais ne semble pas répondre aux véritables besoins. De ce point de vue, les conclusions de la mission d'information de l'Assemblée nationale sur la problématique de l'assurance maladie restent – du point de vue du rapporteur – parfaitement d'actualité et montrent l'absence – sinon de position consensuelle – de position même majoritaire des acteurs sociaux comme de la classe politique en faveur d'une telle réforme.

**Extraits des conclusions de la mission d'information de l'Assemblée nationale
sur la problématique de l'assurance maladie concernant la réforme
des cotisations patronales**

« Le débat est récurrent depuis des années sur une possible modification de l'assiette des cotisations patronales – dont les modalités peuvent d'ailleurs varier, certains proposant une prise en compte de la valeur ajoutée de l'entreprise, d'autres lui préférant un prélèvement assis sur l'excédent brut d'exploitation – de façon à favoriser l'emploi et mieux cerner la richesse réelle des entreprises.

« Les partenaires sociaux interrogés sur ce point ont fait part d'opinions très partagées. Quatre organisations sur huit ont exprimé leur opposition à une telle modification de l'assiette : la CFDT, par crainte que la modification pèse sur la négociation salariale, et la CGT-FO, par attachement au financement traditionnel par les cotisations – fondement de la gestion paritaire – y sont opposées ; la CGPME l'est également par refus de tout prélèvement supplémentaire pesant sur les entreprises et le MEDEF pour des raisons de nature comparable, allant jusqu'à qualifier cette réforme de « véritable erreur ». Il convient de rappeler que l'un des principaux griefs traditionnellement faits à une telle proposition est l'importance des transferts de charge qu'elle entraînerait entre entreprises utilisatrices de main d'œuvre et entreprises à forte intensité capitaliste au détriment des secondes. Il n'est pas surprenant que l'UPA se soit déclarée favorable à une modification de l'assiette afin de l'asseoir sur la valeur ajoutée des entreprises. La CGT et la CFE-CGC se sont prononcées en faveur de cette même option tandis que la CFTC l'a jugée intéressante et ne s'y est pas déclarée défavorable à condition que le transfert d'une assiette vers l'autre soit lissé dans le temps.

« On relèvera que la plupart des partenaires sociaux y ont vu une alternative à l'assiette actuelle sans référence à une éventuelle hausse du prélèvement qu'elle entraînerait, à l'exception de la CFTC qui estime que des prélèvements supplémentaires seront de toute façon nécessaires.

« La mission a analysé avec attention les arguments du débat. De nombreux membres ont été séduits par la simplicité théorique du dispositif mais seuls quelques uns ont été convaincus de la possibilité de le mettre en œuvre sans désorganiser

l'appareil productif et de son apport réel au financement de l'assurance maladie. Nettement partagés sur cette question, la plupart des membres de la mission ne retiennent pas la modification de l'assiette des cotisations sociales patronales comme une piste de réforme de l'assurance maladie. »

De fait, la question pour intéressante qu'elle soit ne semble pas prioritaire parce que le simple retour de la croissance ne saurait suffire à restaurer l'équilibre de la sécurité sociale. Il est cependant extrêmement difficile et il serait intéressant d'évaluer la part structurelle de ce déficit, c'est-à-dire la part qui ne dépend pas du caractère cyclique des dépenses et recettes, qui représente le solde véritable entre celles-ci indépendamment des aléas conjoncturels.

La première source de difficultés résulte dans l'absence même de notion d'équilibre méthodologiquement satisfaisante. Le présent projet de loi de financement ne comporte pas davantage que les précédents d'article d'équilibre permettant de connaître le solde des dépenses et recettes et de se prononcer sur un tel solde. Aucune disposition de la loi de financement ne permet de mesurer instantanément les effets des amendements éventuellement adoptés sur l'équilibre. Le rapporteur aurait souhaité introduire un tel article d'équilibre par voie d'amendement mais à l'examen, l'exercice s'avère impossible parce que les champs mêmes des recettes et des dépenses ne correspondent pas !

Une autre difficulté porte sur l'analyse du caractère conjoncturel ou structurel de tel ou tel type de dépenses ou recettes. La question n'est pas anodine lorsque l'on songe à l'importance de certaines opérations exceptionnelles : on a déjà évoqué les effets des versements CADES en 2003 et 2004 ; on doit relever les effets qu'aurait l'inclusion en droits constatés en 2005 de la soulte liée à l'adossement du régime des IEG au régime général.

Quelques pistes à explorer dans le cadre de la réforme des dispositions organiques relatives aux lois de financement de la sécurité sociale

- l'harmonisation du champ des dépenses et de celui des recettes
- la définition et le vote d'un solde d'équilibre
- l'identification des composantes structurelle et conjoncturelle de cet équilibre

c) Des situations très contrastées selon les branches

La situation des différentes branches est très contrastée. Pour l'analyse détaillée de celle correspondant à chacune d'entre elles, on se reportera utilement au tome correspondant du présent rapport. On ne reviendra ici que sur les traits essentiels.

La branche accidents du travail et maladies professionnelles(AT-MP) est déficitaire en 2004 d'environ 500 millions d'euros mais on rappellera que ce

déficit résulte très largement de mécanismes de transferts au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles qui conduit la branche AT-MP à verser 330 millions à la branche maladie ainsi qu'au titre de l'indemnisation des victimes de l'amiante avec le versement en 2004 de 600 millions d'euros aux deux fonds concernés. Là encore, se pose la question de la répartition des charges entre Etat et sécurité sociale puisque le premier n'abonde pas en 2004 les fonds en question dont une partie de l'activité relève pourtant de la solidarité nationale. Cette situation fait dire aux gestionnaires de la branche que celle-ci est bien gérée, qu'elle est en réalité excédentaire et alimente la revendication parfois exprimée d'une autonomie financière de la branche.

Les résultats de la branche famille sont largement dépendants de facteurs démographiques, à savoir le nombre de naissances, l'âge des enfants et la taille des familles. Or le nombre des naissances demeure important depuis 2000 et se situe à 760 000 en métropole. Dès lors, il est inutile d'escompter une baisse significative des charges de la branche mais la mise en place de la prestation d'accueil du jeune enfant – dont le coût est évalué à 140 millions d'euros pour 2004 – suffit presque à expliquer le faible déficit constaté en 2004, 183 millions d'euros, qui ne devrait être que temporaire.

Le déficit de la branche vieillesse est plus préoccupant.

La dégradation du solde de la branche, amorcée en 2003, s'accroît en 2004 : la CNAV devient légèrement déficitaire en 2004, à hauteur de 71 millions d'euros. Toutefois, le résultat 2005 devrait confirmer la dégradation de ce solde sous l'effet de la poursuite voire de l'accélération de certaines tendances constatées en 2004 : même si l'évolution tendancielle des effectifs de retraités reste lente, la croissance des prestations s'accroît avec la montée en charge des mesures de la loi du 21 août 2003. Même si la montée en charge du dispositif est moins rapide que prévu, la mesure dite « carrières longues » permettant les départs anticipés en retraite avant 60 ans pourrait bénéficier à 130 000 personnes en 2004 et entraîner un coût de 600 millions d'euros qui explique largement le déficit. S'y ajoutent les effets, du fait de la révision à la hausse des prévisions d'inflation, des revalorisations des pensions tandis que les recettes restent relativement atones du fait notamment de la faible revalorisation du plafond de la sécurité sociale ce qui contribue à la faible progression de l'assiette et donc des produits.

Toutefois, l'essentiel du déficit du régime général résulte de la situation de la branche maladie.

2. Le poids du déficit de l'assurance maladie

a) Une tendance à la dégradation en apparence inéluctable

La situation des comptes 2004 de l'assurance maladie est incontestablement mauvaise. Le déficit prévisionnel de la branche pour 2004 (13,2 milliards d'euros) est supérieur à celui de l'ensemble du régime général en 1995, alors même que ce dernier avait conduit à créer la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES). Le seul déficit 2004 équivaut à la totalité de la dette accumulée entre 1996 et 1998 qui avait conduit à la prolongation de cinq ans de la durée de vie de la CADES (de 2009 à 2014). Outre le fait que cette situation est incompatible avec les engagements européens de la France, la dette issue de l'accumulation des déficits pèse sur les comptes courants de la branche (500 millions d'euros d'intérêts prévus en 2004).

Surtout, cette évolution semble ne pas connaître de freins puisque l'année 2004 a vu tous les postes de dépenses progresser dans des proportions importantes pour des raisons structurelles sur lesquelles on ne reviendra pas. Elles ont été longuement exposées tant par le Haut conseil sur l'avenir de l'assurance maladie, que par la mission d'information précitée ou encore par les différents intervenants dans le débat sur la réforme de l'assurance maladie.

Les causes du déficit d'après la mission d'information de l'Assemblée nationale sur la problématique de l'assurance maladie concernant la réforme des cotisations patronales

« En conclusion, les membres de la mission - tout en ayant des perceptions parfois divergentes de l'importance de tel ou tel facteur d'augmentation du déficit - constatent que le dérapage de la dépense n'est pas imputable à un poste de dépense clairement identifiable mais relève d'un phénomène généralisé et durable qui traduit les faiblesses structurelles de notre système de santé. »

Tel est effectivement le sentiment que donne l'évolution des différentes enveloppes de l'ONDAM en 2004.

Décomposition de l'ONDAM 2004 et prévisions 2004

(en milliards d'euros)

	Objectifs 2004			Prévisions tous régimes		
	Objectif 2004	Obj./Base 2003 (a)	Obj./Réal. 2003 (b)	Prévisions actuelles tous régimes	Ecart à l'objectif	Evolution
I. Métropole	126,3	3,9 %	4,1 %	127,4	1,1	5,0 %
<i>I.1 Soins de ville</i>	60,5	3,2 %	3,5 %	61,4	0,9	5,1 %
I.1.1. Objectif délégué				27,7		3,6 %
I.1.2. Autres dépenses de ville				33,7		6,3 %
<i>I.2 Versements aux établissements</i>	65,8	4,6 %	4,6 %	66,0	0,1	4,9 %
I.2.1. Etablissements sanitaires	48,0	4,1 %	3,8 %	48,1	0,1	4,0 %
I.2.1.1. Etablissements sanitaires sous DG	47,6	4,1 %	4,0 %	47,6	0,0	4,0 %
I.2.2. Médico-social	9,8	7,4 %	8,6 %	9,8	0,0	8,6 %
I.2.2.1 Médico-social (EI-AH)	6,2	6,0 %	8,3 %	6,2	0,0	8,3 %
I.2.2.2. Médico-social (personnes âgées)	3,6	10,0 %	9,1 %	3,6	0,0	9,1 %
I.2.3. Cliniques privées	8,0	4,1 %	5,0 %	8,1	0,1	5,7 %
II. Ressortissants français à l'étranger	0,2	3,0 %	- 3,9 %	0,2	0,0	3,0 %
III. Prestations DOM	3,1	6,0 %	2,2 %	3,3	0,2	10,0 %
IV. Réseaux	0,1	171,7 %	495,2 %	0,1	0,0	495,2 %
ONDAM	129,7	4,0 %	4,1 %	131,0	1,3	5,2 %

Lecture : la colonne (a) indique les objectifs de taux d'évolution des différents postes de dépenses par rapport à la base 2003 telle qu'elle était estimée lors de la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2003. Les objectifs de chaque sous-enveloppe étant fixés en valeur et non en taux d'évolution, la réévaluation de la réalisation 2003 (suite à la prise de connaissance des réalisations provisoires de 2003) modifie les taux de croissance que doit respecter chaque sous-enveloppe pour atteindre l'objectif en 2004 : ces taux de croissance modifiés sont indiqués dans la colonne (b).

b) L'ONDAM, un concept largement décrédibilisé

La première – et principale – faiblesse de l'ONDAM est qu'il ne constitue en rien une norme de progression des dépenses opposable : sans nostalgie aucune de quelque forme que ce soit de maîtrise comptable, on ne peut qu'admettre qu'un objectif dont le dépassement n'entraîne aucune conséquence est plus difficile à faire respecter. Son respect impose dès lors d'autres conditions, au premier rang desquelles la crédibilité.

La deuxième tient à la façon dont l'ONDAM est défini, à la perception qu'en ont les acteurs. Le taux de croissance proposé de l'ONDAM pour l'année N dépend du dénominateur choisi. Pour un même montant d'objectif, le taux sera plus faible si la « base » (dépenses de l'année précédente) est plus élevée. Il existe une démarche dite de « rebasage » qui consiste à prendre en compte, pour calculer l'évolution de N-1 à N, la base égale non pas à l'objectif de l'année N-1 voté par

le Parlement, mais le montant *réalisé* de l'année N-1 tel qu'il est évalué par la commission des comptes de la sécurité sociale en septembre de l'année N. Cette technique est intellectuellement compréhensible mais on ne doit pas négliger ses effets délétères sur les acteurs du système de santé : elle alimente l'idée que l'ONDAM peut toujours être « bricolé » et que la fixation du nouvel ONDAM vient cautionner les errements constatés l'année précédente.

De fait, l'ONDAM 2004 n'a pas davantage que les précédents été respecté et reste à un niveau élevé.

Evolution des composantes de l'ONDAM

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004 (p)
Soins de ville	5,7%	4,4%	6,6%	7,8%	7,8%	7,3%	5,1%
Etablissements	2,5%	2,5%	3,0%	4,2%	6,4%	5,1%	4,9%
dont							
Hôpitaux	1,6%	2,3%	3,3%	3,7%	5,9%	4,8%	4,0%
Cliniques privées	3,4%	2,9%	0,6%	4,1%	7,3%	5,2%	5,7%
Médico-social	6,4%	3,3%	3,5%	7,4%	8,7%	6,4%	8,6%
ONDAM	4,0%	3,3%	4,7%	5,9%	7,2%	6,2%	5,2%

N.B : par rapport aux chiffres publiés ce tableau comporte une correction qui rattache à l'exercice 1999 des dépenses enregistrées comptablement en 2000.

La troisième faiblesse de l'ONDAM – qui vient renforcer les doutes sur sa crédibilité – tient à la confusion entre objectif de branche et ONDAM. Il est réellement peu lisible d'avoir deux objectifs différant de plusieurs milliards d'euros pour des dépenses contribuant à la gestion du même risque.

ONDAM et objectif de la branche maladie : les raisons de la dualité actuelle

L'ONDAM comprend, pour la métropole et les départements d'outre-mer, les dépenses de soins remboursées par les régimes obligatoires de base (prestations en nature et en espèces) pour les risques maladie et accidents du travail et les prestations en nature pour le risque maternité.

En sont en revanche exclues les indemnités journalières maternité, les rentes d'accidents du travail et les indemnités journalières versées directement par l'employeur aux agents des services et entreprises publics, des collectivités locales et de l'Etat.

En sont de même exclues les remises conventionnelles versées par les entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au titre du dépassement de l'objectif d'évolution de leur chiffre d'affaires, dans le cadre des accords signés avec le Comité économique des produits de santé.

Là encore, la réforme des textes organiques devra absolument remédier à ces dysfonctionnements.

3. Les autres financeurs de la sécurité sociale également atteints

On ne reviendra pas sur les missions du FSV précédemment décrites mais simplement sur la situation financière difficile dans laquelle il se trouve.

Compte de résultat du FSV

(en millions d'euros et en droits constatés)

	2002	2003	2004	%	2005	%
PRODUITS	11 051,5	12 473,9	13 336,5	6,9	12 773,5	- 4,2
CSG	9 078,4	9 297,4	9 504,6	2,2	9 829,2	3,4
C3S	566,6	921,5	1 325,0	43,8	443,0	- 66,6
Prélèvement social 2 % sur capital	350,0	350,0	363,7	3,9	371,7	2,2
Autres cotisations et contributions	0	0	100,0	-	120,0	20,0
Versement de la CNAF	1 004,4	1 874,6	1 942,1	3,6	1 979,2	1,9
Reprises sur provisions et produits financiers et exceptionnels	51,9	30,4	101,0	<i>ns</i>	30,4	<i>ns</i>
CHARGES	12 404,9	13 407,5	13 765,6	2,7	13 940,8	1,3
Cotisations chômage prises en charge	6 642,1	7 355,4	7 757,7	5,5	7 854,3	1,2
<i>dont versement à l'AGIRC et ARRCO</i>	<i>448,1</i>	<i>456,6</i>	<i>464,3</i>	<i>1,7</i>	<i>471,3</i>	<i>1,5</i>
Autres cotisations prises en charge	7,4	6,4	7,8	21,8	6,1	- 21,8
Minimum vieillesse	2 485,3	2 504,2	2 545,9	1,7	2 566,9	0,8
Majorations de pensions de retraite	3 117,9	3 199,8	3 310,8	3,5	3 370,8	1,8
Autres charges (techniques, financières et exceptionnelles)	152,2	341,7	143,4	- 58,0	142,7	- 0,5
RÉSULTAT NET	- 1 353,4	- 933,7	- 429,1	+ 54,0	- 1 167,4	272,0
Versement au FRR	0	0	0		0	
SOLDE CUMULÉ	- 123,1	- 1 056,8	- 1 485,9	40,6	- 2 653,3	78,5

En dépit d'une année exceptionnellement rentable s'agissant de l'affectation de CSSS, la dégradation des comptes du FSV se poursuit et tend même à s'accélérer. Le rapporteur estime qu'une réflexion sur le fonctionnement et ses modalités de financement s'impose. Le conseil de surveillance du fonds – apparemment du fait de désignations de membres non effectuées – ne s'est

semble-t-il pas réuni depuis trois ans et n'a donc bien entendu formulé aucune proposition en ce sens. En conséquence, le rapporteur propose un amendement de suppression de ce conseil afin de provoquer en son sein une prise de conscience et d'interpeller le gouvernement sur les éventuelles évolutions à apporter au fonctionnement et au financement du FSV.

Cette évolution des comptes du FSV comme celle d'un certain nombre de régimes (exploitants agricoles par exemple) est symptomatique de la dégradation marquée de l'ensemble des comptes sociaux en 2004, qui appelait de toute évidence une réponse.

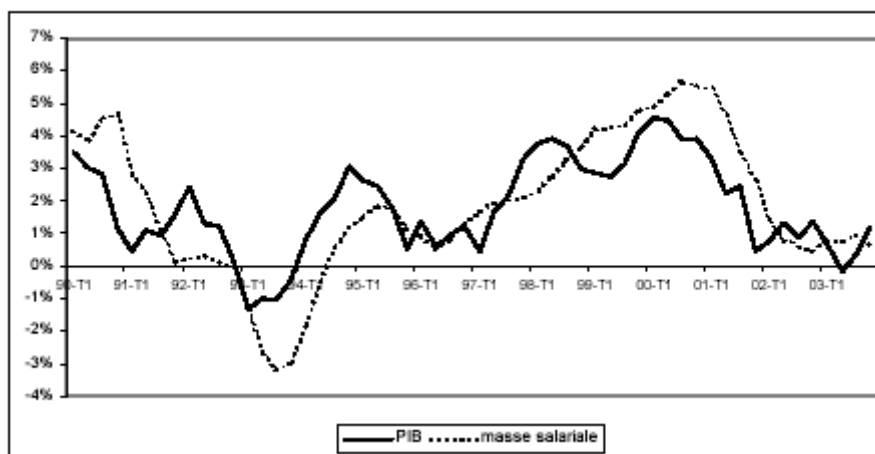
B. 2005, ÉTAPE DÉCISIVE VERS LE REDRESSEMENT FINANCIER

1. Un redressement du solde des comptes attendu

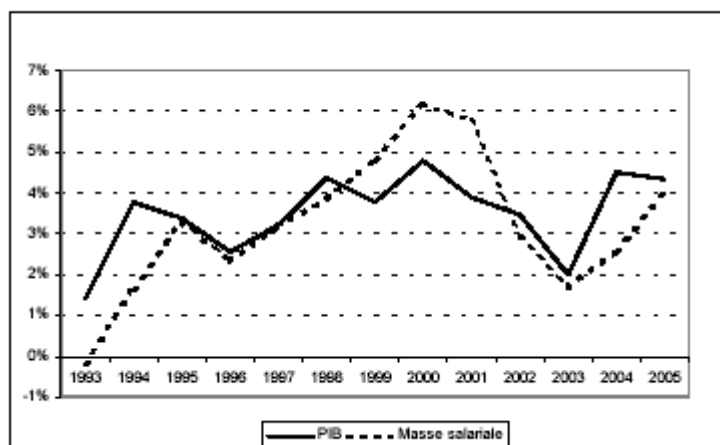
a) Des perspectives de croissance plaidant pour une amélioration générale des comptes

Après plusieurs années de dégradation, la croissance économique s'améliore à partir de 2004, avec une croissance du PIB estimée à 2,5 % pour 2004 et 2005. L'effet s'en fera sentir essentiellement en 2005 du fait du décalage temporel entre l'évolution de la masse salariale, sur laquelle les deux tiers des recettes du régime général sont assises (y compris les exonérations de cotisations compensées) et celle du PIB.

Evolutions comparées du PIB et de la masse salariale (glissement annuel sur données trimestrielles)



Taux de croissance annuel du PIB et de la masse salariale



Dès lors, on peut escompter une amélioration des comptes à législation constante – à l’exception de la branche maladie dont l’évolution tendancielle des dépenses est particulièrement forte – et les effets de la réforme de l’assurance maladie accélèrent le redressement.

Ce redressement est particulièrement sensible pour le régime général dont le solde devrait se redresser de 3,9 milliards.

Résultats du régime général et des régimes de base

(en milliards d'euros)

	2002	2003	2004	2005
Régime général				
Maladie	-6,1	-11,1	-13,2	-7,9
Accidents du travail	0,0	-0,5	-0,5	-0,7
Vieillesse	1,7	0,9	-0,1	-1,4
Famille	1,0	0,4	-0,2	0,0
Total régime général	-3,5	-10,2	-14,0	-10,1

On rappellera les effets des mesures nouvelles contenues dans le présent projet dans le tableau ci-dessous :

Mesures pour 2005

(en millions d'euros)

Agrégat de recettes 2005	Régime général	Autres régimes	Recettes supplémentaires
Contribution tarifaire IEG		4 140	4 140
Contribution des employeurs IEG		2 760	2 760
Baisse des cotisation des enseignants du privé	- 22		- 22
Prise en charge par l'Etat des prestations des enseignants du privé		22	22
Retraite anticipée – Fonction publique d'Etat (cotisations fictives d'équilibre)		70	70
TOTAL	- 22	6 992	6 970
Agrégat de dépenses 2005			
Branche maladie	- 159	- 16	- 175
Transfert des IFSI aux régions	- 159	- 16	- 175
Branche vieillesse		7 038	7 038
Retraite anticipée – fonction publique d'Etat		70	70
Retraite anticipée – Fonction publique locale et hospitalière		68	68
Paiement soulte IEG au FRR		6 900	6 900
Branche famille	2		2
Doublement de la prime d'adoption	2		2
TOTAL	- 157	7 022	6 865

En 2005, le début de redressement du solde de la CNAM et l'augmentation du déficit de la CNAV devraient donc se traduire par un certain resserrement des résultats des branches qui resteraient néanmoins contrastés.

Ce contraste persistant plaide en faveur d'une réforme des textes organiques prévoyant un vote par branche qui permettrait d'accroître la lisibilité des comptes et conforterait leur autonomie.

b) Un quasi-équilibre proche pour la famille et la branche accidents du travail et maladies professionnelles

S'agissant de la branche accidents du travail et maladies professionnelles, le résultat déficitaire depuis 2002 devrait se stabiliser en 2005 à son niveau de 2003 et 2004 (environ 500 millions d'euros). Ce résultat résulte pour l'essentiel des dotations de la branche aux deux fonds qui gèrent les prestations en faveur des victimes de l'amiante, le FIVA et le FCAATA. Le rapporteur souhaite, également à la lumière des inégalités constatées dans l'indemnisation des victimes de l'amiante, que soit menée à son terme la réflexion sur l'indemnisation du risque lié à l'amiante et sur l'éventuel soutien de l'Etat à

cette indemnisation. Cette réflexion doit naturellement être menée au sein de la branche, entre partenaires sociaux notamment, mais aussi du côté des pouvoirs publics. Elle rentre en effet pleinement dans le cadre de la réflexion engagée par le gouvernement sur la politique à l'égard des victimes et dans celui de l'habilitation que le Parlement lui a donnée à légiférer par le 7° de l'article 48 de la loi d'habilitation du 18 octobre dernier.

S'agissant de la branche famille, le solde devrait quant à lui rester proche de l'équilibre en 2005. Les prestations de la CNAF connaîtront une croissance assez rapide jusqu'à la fin 2006, la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) se substituant progressivement aux anciennes prestations. Et l'évolution des recettes restant modérée.

c) Une dégradation marquée pour la branche vieillesse

Les facteurs précédemment évoqués pour expliquer le déficit 2004 continueront de se faire sentir et pour certains d'entre eux vont s'accélérer.

Les prestations légales versées par la CNAV devraient augmenter de 5,2 % en 2005. Les charges de départ anticipé devraient représenter 1,3 milliard d'euros soit quasiment le montant du déficit prévu pour 2005 et seul le rendez-vous prévu en 2008 sur l'allongement de la durée d'assurance semble de nature à infléchir significativement cette tendance à la dégradation des comptes.

Bien évidemment, ce sont les mesures liées à la branche maladie qui détermineront largement la réalisation du redressement.

2. L'assurance maladie, au cœur de la réforme

a) La clef du redressement financier

La réduction du déficit prévue en 2005 résultera à la fois d'une accélération des produits et d'un ralentissement très marqué des charges du régime général. L'amélioration des produits traduira pour une part l'effet de la reprise économique, mais plus encore celui du supplément de recettes apporté par la réforme de l'assurance maladie. Elle bénéficiera donc essentiellement à la CNAM, les autres branches n'enregistrant qu'une accélération modeste (CNAF), voire quasi inexistante (CNAV), de leurs recettes.

Taux de variation des produits et des charges du régime général

(en %)

	2001	2002	2003	2004	2005 (p)
Produits	5,3 %	3,6 %	3,1 %	3,1 %	4,9 %
Charges	5,1 %	5,7 %	6,0 %	4,5 %	3,1 %
Ecart	0,2 %	- 2,1 %	- 2,9 %	- 1,4 %	1,8 %

Note : taux de variation calculés sur les montants de produits et de charges nets et consolidés

S'agissant des dépenses, leur ralentissement en 2005 portera principalement sur l'assurance maladie. A cet égard, les comptes reflètent l'objectif proposé par le projet de loi de financement pour 2005 (soit 3,2 % pour l'ONDAM).

Sans revenir en détail sur les mesures de redressement de l'assurance maladie, exposées dans le tome 2 du présent rapport, on en rappellera les principaux postes et les économies ou recettes supplémentaires liées.

Le rapport des différentes mesures tant d'économies sur les dépenses que sur les recettes devrait donc en 2007 s'établir ainsi.

Impact financier de la réforme en 2007

1. Organisation et fonctionnement du système de soins	
Maîtrise médicalisée	3,50
Produits de santé	2,30
Hôpital (hors revalorisation du forfait journalier)	1,60
Amélioration de la gestion des indemnités journalières	0,80
Systématisation du recours contre tiers	0,30
Economies sur les frais financiers (reprise de la dette par la CADES)	1,10
Diminution des coûts de gestion de la CNAMTS	0,20
<i>Total offre de soins</i>	<i>9,80</i>
2. Participation de l'utilisateur	
Contribution de 1 € par acte	0,70
Revalorisation du forfait journalier hospitalier	0,30
<i>Total participation de l'utilisateur</i>	<i>1,00</i>
3. Redressement financier	
Transfert d'une partie des droits tabacs de l'Etat à la CNAMTS	1,00
Création d'une contribution additionnelle à la C3S	0,90
Relèvement de la CSG :	
-élargissement de l'assiette de la CSG des actifs	1,00
-relèvement de 0,4 point du taux de CSG des retraités imposables	0,60
-relèvement de 0,7 point du taux sur les revenus du patrimoine	0,60
-augmentation de 2 points du taux de CSG sur les jeux	0,10
<i>Total volet recettes</i>	<i>4,20</i>
TOTAL DES MESURES	15,00

Source : Dossier de presse du ministère de la santé sur le projet de loi relatif à l'assurance maladie.

On notera que sur l'ensemble de ces mesures, même en l'absence de tout effort des acteurs du système de santé, l'assurance maladie bénéficierait mécaniquement de 4,2 milliards d'euros de recettes supplémentaires, d'un milliard de participation de l'utilisateur et de 1,1 milliard d'économies sur les frais financiers liés à la reprise de dette opérée par la CADES, soit 6,3 milliards d'euros en tout.

b) Une méthode de réforme

Cette réforme se caractérise par le refus d'une simple opération de redressement financier.

Il est d'ailleurs frappant de constater que le volet recettes y a été considéré comme secondaire et ne représente effectivement qu'un tiers des sommes concernées. De même, n'a pas été fait le choix – pourtant simple techniquement mais socialement inacceptable – de baisser le niveau de remboursement des dépenses de santé. En dehors des mesures destinées à responsabiliser les usagers – participation de un euro, augmentation du forfait hospitalier – l'essentiel de l'ajustement passe par des réformes de structures et des changements de comportement.

Le gouvernement a ainsi fait le choix d'une maîtrise médicalisée des dépenses de soins et du renforcement de la qualité autour de quelques mesures structurantes : dossier médical personnel, meilleure coordination des soins grâce au système du médecin traitant. Il a également choisi une réforme du mode de financement des établissements de santé graduelle (en huit années) qui augmentera chaque année la proportion du budget de l'hôpital financée par la tarification à l'activité et devrait ainsi accroître l'efficacité du système hospitalier en favorisant des regroupements et des restructurations du tissu hospitalier.

Des économies importantes résulteront des mesures prises du côté des produits de santé. Ce ne sont pas moins de 4 milliards d'euros (y compris 1,7 milliard dans le cadre de la maîtrise médicalisée) qui sont attendus d'ici 2007. Le rapporteur a pris bonne note de l'engagement des industries pharmaceutiques, constamment réitéré y compris lors de leur audition par le rapporteur, de réaliser 2,3 milliards d'euros d'économies d'ici 2007, dont 610 dès l'an prochain, par simple effet mécanique des mesures annoncées.

Le taux d'évolution de l'ONDAM fixé de façon volontariste à + 3,2 % (+ 3,8 % hors les effets de la contribution d'un euro et de la revalorisation du forfait hospitalier) apparaît donc exigeant mais n'est pas inaccessible sous réserve de la réalisation de trois conditions majeures :

– une mise en œuvre rapide de la réforme : de ce point de vue, la démarche du gouvernement est relativement exemplaire en matière d'édiction des textes réglementaires ; seule la mise en œuvre du dossier médical personnel ne semble pas particulièrement rapide ;

– un changement des comportements : sur ce point, l'inflexion à la baisse des dépenses de soins de ville au cours de l'année 2004 constitue un signe plutôt encourageant ;

– la mise en œuvre d'une démarche conventionnelle ambitieuse : tel est évidemment le pari majeur sur lequel s'appuie la réforme.

Ce pari n'est pas gagné mais il est gagnable. Il n'en aurait pas été de même si la baisse du taux de progression de l'ONDAM n'avait été que symbolique : ni les acteurs du système de santé ni les Français n'auraient compris cette pusillanimité et chacun en aurait déduit que tout pouvait continuer comme avant.

c) Un modèle pour toutes les branches ?

Les différentes branches ne répondent pas toutes aux mêmes contraintes et aux mêmes logiques en dépit du cadre juridique et financier unique dans lequel elles évoluent. Toutefois, il est possible à la lumière des réformes engagées de dresser un panorama des grands axes de la démarche de sauvegarde de ce bien commun qu'est notre système de sécurité sociale engagée depuis deux ans.

Le premier élément consiste dans le refus d'un ajustement brutal à la baisse des prestations ou à la hausse des prélèvements dans l'optique du seul redressement financier. En témoignent tant la réforme de l'assurance maladie que celle des retraites par laquelle on aurait pu obtenir une amélioration rapide de la situation financière en choisissant simplement de retarder l'âge de droit au départ en retraite pour en bénéficier à taux plein à 62,5 ans, en appliquant immédiatement les effets de l'allongement de la durée de cotisations de 150 à 160 trimestres ou de la décote aux fonctionnaires. Le choix a été fait d'une démarche graduelle.

Le deuxième trait commun est celui du refus des réformes bridant à l'excès les choix individuels : c'est vrai tout aussi bien en matière de retraite (possibilité de surcote, de cumul emploi retraite mais à l'inverse de départ anticipé) que de santé (ainsi le recours au médecin traitant ne remet en rien en cause les principes de la médecine libérale, y compris le choix par le patient). C'est également vrai en termes de politique familiale : les dispositifs mis en œuvre depuis 2004 visent bien à préserver pour les familles l'éventail des choix le plus large possible dans les modes de garde.

Le troisième trait commun est celui du refus de l'inertie : le redressement financier aurait pu obérer toute initiative ; toute l'énergie aurait pu se concentrer sur le retour à l'équilibre. Tel n'est pas le choix accompli. Les contraintes financières laissent la place aux mesures de justice sociale – on peut par exemple penser aux dispositions concernant l'affiliation maladie des maîtres contractuels de l'enseignement privé ou aux mesures pour les carrières longues dans la fonction publique contenues dans le présent texte ou encore la revalorisation des minima contributifs dans le cadre de la réforme des retraites ou enfin l'octroi de moyens significatifs pour la prise en charge de la perte d'autonomie.

Humanité, liberté et solidarité : ce triptyque peut indubitablement caractériser la politique mise en œuvre depuis deux ans en matière de sécurité sociale et doit continuer de l'inspirer dans les années à venir.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I.- AUDITIONS

A. AUDITION DU PREMIER PRÉSIDENT DE LA COUR DES COMPTES

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales a entendu **M. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes**, sur le rapport de la Cour relatif à l'application des lois de financement de la sécurité sociale au cours de sa séance du jeudi 16 septembre 2004.

Le président Jean-Michel Dubernard a d'abord souligné que la nomination de M. Philippe Séguin au poste de Premier président de la Cour des comptes confère à l'audition rituelle du Premier président de la Cour des comptes sur le rapport de la Cour relatif à l'application de la loi de financement de sécurité sociale un relief particulier. Tous les membres de la commission sont heureux de l'accueillir de nouveau dans une maison qui reste un peu la sienne.

C'est la deuxième fois, depuis le décret impérial de 1807, qu'un ancien président d'assemblée parlementaire accède à cette fonction. Mais aujourd'hui, la commission n'entend pas seulement le digne successeur de François Barbé-Marbois mais véritablement l'homme de la situation. En 1996, à l'occasion du colloque tenu pour le cinquantenaire de la création du commissariat général au plan, l'actuel Premier président avait tenu les propos suivants : « *A ne parler que du train de vie de l'Etat, on finit par ignorer que la croissance de la part des dépenses publiques dans le revenu national cache une forte réduction de la part de l'Etat dans les prélèvements obligatoires au profit – notamment – de la sécurité sociale.* » Il avait alors ajouté : « *Pour réformer, il faut pouvoir évaluer. Poser le problème de la dépense publique, ce n'est pas seulement poser le problème de son montant, c'est aussi et surtout poser le problème de son utilité.* ». Depuis, deux membres de la Cour des comptes, MM. Bonnet et Nasse ont à deux reprises critiqué l'opacité des comptes sociaux, leur complexité et les difficultés croissantes d'évaluation de cette catégorie de dépenses publiques.

La révision constitutionnelle du 22 février 1996 a posé les bases de l'intervention du Parlement en matière de finances sociales. Cependant, aujourd'hui, il n'exerce toujours pas la mission de contrôle qui lui incombe dans d'autres démocraties, qu'elles soient présidentielles avec le Congrès des Etats-Unis d'Amérique ou parlementaires avec la Chambre des Communes. Il reste un travail considérable à accomplir dans ce domaine.

Le président Jean-Michel Dubernard a rappelé que ce constat l'a incité, lors de l'examen du projet de loi relatif à l'assurance maladie, dont il était le rapporteur, à défendre l'idée de la création d'une mission d'évaluation et de contrôle chargée spécifiquement de l'évaluation des lois de financement de la

sécurité sociale (MECSS). Le Parlement doit se doter des outils nécessaires pour être en mesure, lui aussi, de « *déterminer très prosaïquement ce qui marche et ce qui ne marche pas* » et le cas échéant « *d'exprimer des vues de réformes* », comme le Premier président l'a souligné lors de son discours d'installation. Cette MECSS va être mise en place très prochainement. La commission souhaite savoir si la Cour accepterait d'être associée à ses travaux. De même, l'expertise de ses magistrats serait très utile à la préparation de la réforme des textes organiques relatifs aux lois de financement de la sécurité sociale. La démocratie financière se constate lorsque la ressource est votée par des représentants du peuple, qui en contrôlent l'usage avec le concours d'experts dont l'indépendance ne peut être questionnée.

A cette première question d'ordre général s'ajoute des questions plus précises, dont certaines posées au nom de M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie, empêché :

– S'agissant de l'hôpital et des cliniques, et plus précisément de la réforme de la tarification à l'activité, il serait intéressant d'apprécier dans quelle mesure l'application de la tarification à l'activité parviendra à résorber les transferts de charges ? Qu'arrivera-t-il aux établissements « perdants » ? En outre, la Cour constate que la réforme de la tarification à l'activité a conduit le gouvernement à ménager des coefficients correcteurs, qu'elle estime calculés de manière « politique » et non « technique ». Ces coefficients sont-ils justifiés ? Comment aurait-il fallu procéder ? La Cour souligne également que la péréquation régionale a été arrêtée et qu'en particulier l'AP-HP a largement compensé en 2003 les effets négatifs de cette compensation en 2002. N'est ce pas contradictoire avec la mise en place de la tarification à l'activité ? La Cour constate enfin que l'encadrement des dépenses hospitalières ne permet pas une bonne information des parlementaires. A titre d'exemple, elle souligne qu'en 2003, 100 millions d'euros ont été transférés de l'agrégat « dépenses des hôpitaux » à l'agrégat « dépenses des cliniques ».

– Dans le contexte de la prochaine loi organique relative aux projets de loi de financement de la sécurité sociale, comment pourrait-on améliorer le contrôle parlementaire en la matière ?

– Concernant la médecine de ville, dans quelle mesure la réforme du régime des affections de longue durée (ALD) mise en place par la loi relative à l'assurance maladie répond-elle aux critiques de la Cour des comptes ? Les coûts d'un contrôle accru ne seraient-ils pas supérieurs aux économies attendues ? Qu'attend par ailleurs la Cour des travaux en cours sur la classification commune des actes médicaux ?

– Sur le médicament, la Cour dresse un bilan mitigé de la procédure simplifiée de fixation du prix pour les médicaments innovants. Quelles en sont les raisons ? Quelles seraient les voies d'amélioration ? La Cour souligne l'existence

d'incertitudes quant à l'efficacité du tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) sur la pénétration des génériques, du fait notamment de l'alignement du prix des *princeps* sur les TFR. Est-il dès lors nécessaire de modifier les instruments de la politique actuelle de promotion des génériques ? L'élargissement des missions et la modification de la composition du comité économique des produits de santé, prévus par la loi du 13 août 2004, sont-ils de nature à promouvoir efficacement l'achat des médicaments au meilleur prix ? Comment limiter la croissance des dépenses liées à la « rétrocession hospitalière » ?

– Enfin, s'agissant des questions de gouvernance, la création de la Haute autorité de santé, prévue par la loi du 13 août 2004, satisfait-elle les recommandations de la Cour concernant le renforcement de l'évaluation médicale des produits de santé ainsi que l'information des prescripteurs ?

M. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes, s'est déclaré sensible à ces mots de bienvenue. Il a rappelé qu'il a été membre de la commission et qu'il a fréquemment travaillé avec elle dans le cadre de ses responsabilités ministérielles. Ce septième rendez-vous de la Cour des comptes avec la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale sur le thème de l'application de la loi de financement de sécurité sociale découle de la loi du 25 juillet 1994, votée à son initiative, demandant à la Cour d'établir chaque année pour le Parlement un rapport – dans un premier temps non public – sur la sécurité sociale. C'est en outre sous sa présidence, en qualité de président de l'Assemblée nationale, que fut ultérieurement adoptée l'ordonnance du 22 juillet 1996, fondement législatif de ce rapport annuel. La création de la MECSS a été suivie avec le plus grand intérêt par la Cour des comptes. Cependant, l'autorité de la Cour est d'autant plus forte qu'elle s'exerce dans un cadre collégial. Ce n'est qu'à l'issue d'une réflexion collégiale qui sera lancée rapidement que la demande de renforcement des relations entre la Cour et la commission formulée par le président de celle-ci trouvera réponse.

Il est regrettable et injustifiable que tous les organes de presse aient fait état du rapport avant même qu'il ne soit présenté à la commission. Les procédures contradictoires, récemment renforcées, ne sont pas spontanément compatibles avec l'exigence de confidentialité qui s'attache aux rapports établis par la Cour avant leur publication, confidentialité qui n'est d'ailleurs protégée par aucun texte. Ces fuites sont donc organisées dans la plus totale impunité. Or, en phase contradictoire, il est nécessaire d'envoyer plus de cent quarante extraits différents du rapport à cent quarante organismes et dix projets de rapports complets sont remis à une dizaine d'administrations et d'institutions. Cela rend impossibles la prévention et la répression des fuites. A cet égard, il serait bon qu'un projet ou une proposition de loi permette de résoudre ce véritable dysfonctionnement.

Le rapport de la Cour des comptes sur les comptes sociaux 2003 montre la dégradation du déficit réapparu en 2002 : le déficit atteint 11,7 milliards d'euros. Toutes les branches du régime général ont vu leur situation se dégrader. Le déficit

de la branche maladie a presque doublé et atteint 11,9 milliards d'euros. Il s'agit d'un déficit sans précédent. Les excédents des branches famille et retraites diminuent fortement. Cette situation a entraîné des difficultés de trésorerie croissantes et désormais chroniques : en 2003, la trésorerie du régime général a connu 311 jours de déficit contre 114 en 2002.

La Cour des comptes a analysé certaines des dépenses les plus dynamiques de l'assurance maladie : affections de longue durée, produits et prestations remboursables, transports sanitaires et indemnités journalières. Ces éléments sont peu connus mais l'analyse souligne l'encadrement insuffisant des prescriptions et des contrôles déficients. Les failles de la régulation sont patentées. On assiste à une véritable dérive des dépenses en 2003, alors même que la loi relative à l'assurance maladie ne portera ses effets que de manière progressive et que, encore récemment, des dépenses supplémentaires ont été décidées au bénéfice des professionnels de santé. La situation en 2004 ne s'améliorera donc pas significativement.

La deuxième partie du rapport de la Cour des comptes concerne les dépenses de gestion du régime général. Si elles ne représentent que 4 % des dépenses, elles s'élèvent en valeur absolue à dix milliards d'euros. La gestion est insatisfaisante. Les conventions d'objectifs et de gestion ont été des outils utiles mais leurs objectifs devraient être précisés et réorientés. L'organisation territoriale des caisses n'a pas bougé depuis 1945 ; elle concerne près de cinq cents organismes de base du régime général. Le développement de l'accueil de proximité n'a pas été assez maîtrisé. Les gains de productivité sont insuffisants, notamment dans la branche maladie. S'agissant de l'organisation régionale de l'assurance maladie, elle est trop complexe et souffre d'une multiplication des acteurs aux activités enchevêtrées. La capacité de pilotage des caisses nationales devrait être renforcée et les réseaux reconfigurés afin d'augmenter le service rendu aux usagers.

La troisième partie du rapport, relative à la gestion des risques, comprend des développements sur la politique du médicament, dont la dépense remboursée concerne un tiers des dépenses de médecine de ville. En dépit des réformes opérées depuis 1999, l'organisation actuelle ne permet de garantir ni la meilleure utilité, ni le meilleur prix, ni le meilleur usage. Les relations conventionnelles entre l'Etat et les laboratoires pharmaceutiques, excessivement complexes, n'ont que des effets limités. Les possibilités d'économies sont très importantes. Les efforts réalisés en Allemagne ont permis d'économiser 4 milliards d'euros, ce qui semble un objectif crédible pour la France.

S'agissant de la branche retraite, la Cour des comptes s'est penchée sur les dispositifs de solidarité, qui accordent des droits supérieurs à ceux que permettrait le strict calcul des droits contributifs. Ces dispositifs qui comprennent notamment le minimum vieillesse, le minimum de pension et les majorations de pension ne sont pas exempts de critiques. Ainsi, le rapport relève le coût important des

avantages familiaux, par ailleurs non imposables, ainsi que l'inéquité entre assurés qui en résulte.

Le rapport n'évoque pas directement la réforme de l'assurance maladie issue de la loi du 13 août 2004. Il ne pouvait ni ne devait le faire. Il ne pouvait le faire car le contenu du rapport est programmé dès le début de l'été et les échanges contradictoires ont eu lieu, pour l'essentiel, avant le vote de la loi du 13 août. Il ne devait en outre pas le faire car la Cour s'est toujours interdit de porter une appréciation sur une loi venant d'être votée. Il reste que le rapport de l'année dernière établissait un constat sévère sur la question de la régulation des dépenses d'assurance maladie et insistait sur la nécessité d'une réforme.

Le rapport de cette année revient en revanche sur cette question par le biais de l'analyse des dépenses d'assurance maladie les plus dynamiques, en appelant, en particulier, à une action plus vigoureuse des pouvoirs publics. Le rapport de l'an dernier avait déjà insisté sur le fait que la réalisation des objectifs suppose « *un changement en profondeur des comportements des professionnels et des usagers* ». L'avenir dira si les conditions d'un tel changement ont été créées. C'est de l'effectivité et de l'efficacité des mesures adoptées que dépendent la maîtrise durable des dépenses de santé et la qualité de notre système de soins.

M. Bernard Cieutat, président de la sixième chambre de la Cour des comptes, a tout d'abord précisé que son propos se bornera à compléter la présentation faite par le Premier président par l'exposé de quelques points du rapport de la Cour. Il semble également opportun d'évoquer les enquêtes et contrôles que la sixième chambre de la Cour conduit actuellement ou prévoit de conduire dans le champ de la santé et de la sécurité sociale, dans la mesure où les sujets traités correspondent à des préoccupations exprimées par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.

Il importe tout d'abord de s'arrêter un instant sur l'évolution des recettes, des dépenses et du déficit de la sécurité sociale.

S'agissant tout d'abord de l'évolution des recettes, il convient de remarquer leur tenue relativement bonne en 2003. Alors que le produit intérieur brut n'a progressé que de 2,5 % en valeur en 2003, les cotisations effectives des régimes de base ont augmenté de 3,2 %. La réalisation n'est d'ailleurs pas très éloignée de la prévision de la loi de financement de la sécurité sociale initiale (181,2 milliards d'euros contre 181,9). On notera également que le produit des impôts et taxes affectés s'est accru de 2,7 %, les recettes de contribution sociale généralisée progressant pour leur part de 2,8 %. Ce constat vaut également pour le seul régime général dont les ressources ont augmenté de 2,9 % en 2003 : les cotisations sur salaires connaissent même une progression un peu supérieure à celle de l'année précédente (+2,4 % au lieu de +2,2 %) alors que la masse salariale du secteur privé ne s'est accrue que de 1,7 %.

Une croissance économique supérieure – elle n’a été que de 0,5 % en volume en 2003 – aurait eu un effet positif sur les recettes de la sécurité sociale et aurait permis de réduire le déficit. On ne peut pas pour autant imputer celui-ci au seul ralentissement de l’économie et à la faible progression des recettes. Par comparaison, les recettes fiscales nettes de l’Etat ont diminué de 0,2 % en 2003. Le déficit s’explique donc, pour l’essentiel, par la forte augmentation des dépenses, et plus précisément celles de l’assurance maladie.

En effet, si les dépenses des régimes de base ont progressé en 2003 de 3,8 % pour la branche famille et de 3,5 % pour la branche retraite, celles de la branche maladie ont augmenté de 6,9 %. L’augmentation des dépenses de l’assurance maladie est un peu inférieure à celle de 2002 (7,3 %) mais nettement supérieure à celle des années précédentes (5,6 % en 2001). De 2000 à 2003, le produit intérieur brut a augmenté de 9,7 %, les dépenses de retraite de 11,8 %, celles de la branche famille de 16,3 % mais celles de la maladie de 22,4 %, donc plus de deux fois plus vite que le produit intérieur brut.

Il n’y a pas lieu de revenir sur les raisons de cette évolution que la Cour a analysées dans son rapport de l’an dernier. Certaines sont structurelles, d’autres conjoncturelles, d’autres enfin tiennent aux lacunes ou aux dysfonctionnements des dispositifs de régulation de ces dépenses. Il est certain que les causes conjoncturelles de l’accélération des dépenses comme la mise en place de l’aménagement de la réduction du temps de travail dans les établissements de soins, les protocoles hospitaliers ou encore les revalorisations d’honoraires des professions de santé vont épuiser leurs effets. S’agissant de la régulation, dont la Cour a mis les failles en évidence (elle l’a fait dans le rapport de 2003 et à nouveau cette année pour certains postes), une amélioration est à espérer grâce à la mise en œuvre de mesures dont l’application a été retardée, les moindres remboursements de médicaments à service médical rendu insuffisant par exemple, et surtout des dispositions de la loi du 13 août dernier et de ses textes d’application. Le redressement de la conjoncture économique, s’il est au rendez-vous, permet enfin d’escompter une progression plus dynamique des recettes de la sécurité sociale.

Cela suffira-t-il à rééquilibrer durablement les comptes de l’assurance maladie et dans quels délais ? L’avenir le dira. La Cour, pour sa part, a prévu d’évaluer au cours des prochaines années, la mise en œuvre et les résultats des réformes intervenues et de continuer à pointer les améliorations nécessaires, dans un esprit constructif, c’est-à-dire en accompagnant ses critiques de recommandations.

Par ailleurs, il convient de mentionner deux questions particulières : le relèvement des taxes sur le tabac et les cotisations dues par les employeurs publics.

Comme la commission des affaires culturelles, familiales et sociales l'avait souhaité, la Cour a procédé à une enquête pour tenter d'évaluer les effets de la politique de hausse de la fiscalité du tabac poursuivie depuis plusieurs années. Il apparaît que ces effets sont difficiles à évaluer pour plusieurs raisons, en particulier la liberté de l'industrie de ne pas répercuter l'intégralité de la hausse des taxes, mais aussi l'augmentation de l'approvisionnement à l'étranger et de la contrebande. L'évolution de la consommation taxable peut s'écarter de la consommation réelle.

En 2003, on constate que pour une hausse du prix du tabac de 11 % en début d'année – inférieure aux +17 % attendus – le produit des taxes n'a augmenté que de 0,2 milliard d'euros par rapport à 2002 au lieu de 1 milliard d'euros inscrits dans la loi de financement de la sécurité sociale ; par ailleurs, les ventes de tabac ont diminué plus que prévu. Pour 2004, il semble que les prévisions sous-estiment l'effet des hausses sur la consommation de tabac et il est probable que des moins-values de recettes seront également enregistrées.

S'agissant de la question des cotisations maladie et famille dues par les employeurs publics, le rapport de la Cour de 2002 traitait de l'assiette des cotisations sociales des salariés du secteur privé. Celui de 2004 présente les résultats d'une enquête sur les cotisations sociales – maladie et famille – des agents des trois fonctions publiques. Il apparaît que les employeurs publics ne cotisent pas à parité avec les employeurs privés : d'une part l'assiette des cotisations ne comprend pas la totalité des rémunérations versées, d'autre part le taux de cotisation fixé pour l'Etat est inférieur au motif que celui-ci finance et verse directement certaines prestations. La Cour estime que la réduction de l'assiette n'a pas de fondement législatif et que celle du taux n'est pas entièrement justifiée. Elle évalue à 2 milliards d'euros le manque à gagner qui en résulte pour le régime général. Elle relève enfin que pour certaines catégories d'agents non titulaires, les cotisations dues ne sont pas toujours perçues et les contrôles sont inexistantes.

Pour ce qui concerne, enfin, la gestion du régime général, il importe d'insister sur deux points. D'abord, les analyses et les recommandations du rapport dans ce domaine arrivent au moment où se préparent de nouvelles conventions d'objectifs et de gestion entre l'Etat et les caisses nationales de sécurité sociale. La Cour invite à mieux définir leurs objectifs, à rendre les enveloppes budgétaires plus contraignantes, à mieux évaluer et suivre les coûts de gestion, à améliorer les indicateurs. Ensuite, les chapitres sur la gestion des ressources humaines et sur la productivité se situent dans la ligne des études menées par la Cour sur les personnels du secteur public. Les développements sur la productivité sont nouveaux : il n'existe guère d'études sur ce sujet dans le domaine des administrations publiques. Le rapport recommande d'affecter une partie des gains de productivité à la réduction des effectifs tout en poursuivant les efforts accomplis pour améliorer la qualité des prestations fournies aux usagers. L'usage généralisé des technologies nouvelles, par exemple en matière de gestion

des feuilles de soins électroniques, et l'augmentation des départs à la retraite le permettent.

Cette présentation peut être complétée par certaines indications relatives aux travaux – enquêtes et contrôles – actuels ou à venir de la sixième chambre, dont plusieurs répondent aux demandes de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales :

– L'importance du déficit de l'assurance maladie conduit à donner une large place aux enquêtes susceptibles d'en suivre l'évolution et d'en expliquer les causes. A cet effet, sont ou seront notamment menés plusieurs travaux. Il y aura tout d'abord une enquête sur les comportements des professionnels de santé et des assurés sociaux, dont les résultats constitueront l'un des chapitres du rapport de 2005 sur la sécurité sociale. Cette question est évidemment essentielle, puisque de très nombreux dispositifs existent, qui visent à réguler les dépenses de l'assurance maladie et à éviter ou sanctionner les abus. La récente loi du 13 août en institue de nouveaux, tout à fait justifiés. Comme le soulignent les rapports successifs de la Cour, en particulier celui de 2003 et le présent rapport, l'effectivité et l'efficacité des dispositifs de régulation constituent en elles-mêmes une question majeure. Viendra ensuite, comme en 2004, l'examen de postes de dépenses de l'assurance maladie en croissance rapide, tels ceux concernant les laboratoires de biologie ou les dépenses de radiologie. Toujours dans le champ de la maladie, la Cour s'attachera au suivi des réformes : celle d'août 2004 relative à l'assurance maladie mais aussi les réformes hospitalières, la tarification à l'activité notamment. Enfin, sera réalisé l'examen d'enveloppes de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) peu étudiées jusqu'ici, celles des cliniques privées, des handicapés, des personnes âgées, des départements d'outre-mer. Plus généralement, sur l'ONDAM, la Cour poursuivra ses études sur la définition des enveloppes, l'articulation entre l'ONDAM et l'objectif de branche ou encore entre les comptes des hôpitaux et les comptes des caisses.

– Dans le domaine des politiques de santé publique, le contrôle des agences sanitaires est poursuivi. Une enquête est en cours sur la périnatalité et l'assurance maternité et une autre va l'être sur les politiques de prévention et d'éducation pour la santé. En outre, l'enquête sur la gestion des « fonds amiante », le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) et le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), est en cours d'achèvement.

– En matière de retraite, le bilan des réformes récentes ne pourra pas être fait avant 2006 ou 2007. Les contrôles porteront pour l'essentiel sur les organismes ou des régimes particuliers.

– Dans le domaine de la politique familiale, l'enquête sur les aides au logement sera lancée cet automne, avec la cinquième chambre de la Cour. L'action sociale de la branche famille sera aussi examinée.

– Enfin, des travaux seront menés sur l'établissement des comptes de la sécurité sociale dans une perspective de certification. Leurs conclusions figureront également dans le prochain rapport de la Cour sur la sécurité sociale.

Cette énumération est incomplète. Le Premier président arrête en fin d'année le programme des travaux de la Cour pour les trois années suivantes. Comme les années précédentes, la Cour est prête à prendre en compte dans son programme de travail, dans toute la mesure du possible, les demandes d'enquête de la commission.

M. Bernard Perrut, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, s'est associé aux propos du président Jean-Michel Dubernard sur la qualité du travail de la Cour et l'intérêt qu'il y aurait à renforcer les liens avec la commission tant en soulignant l'importance pour les parlementaires d'être informés avant l'opinion publique. Les enseignements du rapport justifient les points forts de la réforme entreprise il y a quelques semaines. Certaines interrogations demeurent toutefois sur les thèmes suivants :

– Tout le monde s'accorde pour souhaiter que le financement de la sécurité sociale soit le plus clair et le plus lisible possible. Certaines mesures adoptées, notamment la suppression du fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC) et les mesures de compensation prévues par la loi relative à l'assurance maladie, ne constituent-elles pas un progrès dans cette voie ? Quelles sont les mesures prioritaires de clarifications des flux de financement existant, notamment entre l'Etat et la sécurité sociale, restant à adopter ?

– Dans cette même logique de clarification mais également d'équité, la Cour évoque dans son rapport la question de l'assiette des cotisations des employeurs publics, parlant même de défaut de base légale à propos des cotisations famille et maladie, ainsi que la question du taux de ces cotisations. Des mesures sont-elles juridiquement nécessaires ? La Cour a-t-elle chiffré les incidences financières pour les différents acteurs d'une totale harmonisation entre employeurs publics et privés ?

– Le travail mené par la Cour sur l'organisation et la gestion du régime général est riche d'informations. Il laisse néanmoins interrogateur sur la question de savoir si l'organisation la plus efficace et la plus efficiente suppose, selon la Cour, une organisation identique dans chacune des branches et comment il est par ailleurs possible concrètement de mettre en œuvre la rationalisation du réseau tout en maintenant un réseau de proximité voulu par les citoyens.

– Le rapport de la Cour ne fait naturellement pas référence à la loi sur l'assurance maladie qui vient d'être adoptée. Il importe toutefois de s'interroger sur les aspects de la loi qui satisfont aux recommandations de la Cour et, *a contrario*, sur les mesures qui feraient défaut, de son point de vue, dans la loi.

– La Cour estime, en matière d'avantages familiaux de retraite, que « *la réforme de 2003 aurait pu aller plus loin dans l'harmonisation entre les sexes et les régimes* ». Il existe certes des inégalités entre hommes et femmes dans le secteur privé comme dans le secteur public en la matière. Quel serait selon la Cour le dispositif assurant le mieux la cohérence qu'elle appelle de ses vœux ?

– Le Gouvernement a donné la priorité à une politique familiale ambitieuse. La Cour dispose-t-elle déjà d'éléments permettant de dresser un bilan de cette réforme ? Dans le cas contraire, la Cour envisage-t-elle de traiter ce point dans son rapport de l'an prochain ?

M. Georges Colombier, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a observé que la branche vieillesse occupe peu de place dans le rapport 2004 de la Cour, ce dont on ne peut s'étonner compte tenu de l'importance et de la qualité des développements qui lui ont été consacrés l'an dernier.

M. Yves Bur, rapporteur pour avis de la commission des finances, de l'économie générale et du plan, a tout d'abord constaté qu'au fil des années et des rapports les recommandations formulées par la Cour des comptes ne sont prises en compte qu'avec beaucoup de lenteur. La Cour effectue-t-elle un suivi de ses recommandations par exemple en ce qui concerne les problèmes récurrents du médicament et de la gestion hospitalière ?

S'agissant de l'hôpital public, qui représente 80 % des dépenses hospitalières de l'ONDAM, on peut penser que la loi sur l'assurance maladie n'aura que peu d'impact. La direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) a en outre du mal à piloter cet immense paquebot, ce monstre vorace en crédits. Il est préoccupant de constater que le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie note des écarts de coûts très importants d'un établissement à l'autre, son président allant jusqu'à qualifier de « boîte noire » la gestion de l'hôpital. A l'initiative de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales a été adopté un amendement à la loi de financement de la sécurité sociale habilitant la Cour à recueillir, en collaboration avec les chambres régionales des comptes, des informations directes sur le fonctionnement des hôpitaux. Cette disposition est-elle appliquée ? Que penser de la proposition qui consisterait à confier le contrôle des CHU directement à la Cour des comptes qui pourrait ainsi mener les comparaisons nationales indispensables dans le cadre de la tarification à l'activité.

Sur la politique du médicament, si la politique menée en matière de prix pour les nouveaux produits n'est pas contestable, ses effets sur les dépenses d'assurance maladie ne sont pas suffisamment compensés par le développement des génériques. Il convient de rappeler l'immense retard de la France en la matière : les génériques ne représentent que 11 % des ventes de médicaments alors qu'ils atteignent 40 % dans la plupart des autres pays. S'ajoute à ce phénomène la surconsommation et la surprescription de médicaments par rapport à nos voisins.

Pour développer l'usage des génériques, ne pourrait-on déclencher une véritable « guerre des prix » en alignant systématiquement le taux de remboursement sur les prix les plus bas du marché ? De surcroît la marge des distributeurs en matière de génériques représente un coût, peut-être excessif, de 300 à 400 millions d'euros. Il faut également améliorer les prescriptions et l'on ne peut se satisfaire d'une baisse de 10 % du volume d'antibiotiques prescrit, sans s'interroger sur le niveau de prescription réellement nécessaire et sans engager une véritable campagne afin d'agir en profondeur sur les comportements.

S'agissant de la gestion des organismes d'assurance maladie, comment peut-on accepter que l'introduction des nouvelles technologies s'accompagne d'une augmentation du nombre de salariés ? Quel devrait être selon la Cour l'impact de la télétransmission sur les effectifs ? Les caisses primaires d'assurance maladie veulent maintenir le réseau actuel de proximité ; il existe cependant des redondances inacceptables et, sans remettre en cause la nécessité de la proximité, des fusions de certaines structures pourraient-elles être envisagées dans le cadre de la régionalisation ? La mise en œuvre expérimentale d'agences régionales de santé peut-elle constituer une réponse ?

Monsieur Bernard Cieutat, président de la sixième chambre, a tout d'abord indiqué que la Cour est évidemment très attentive au suivi de ses recommandations. Toutefois, les rapports de la Cour sont destinés au Parlement et elle n'a souvent qu'une connaissance tardive des décisions qui en résultent, de même que du rapport gouvernemental sur le suivi de ses recommandations dont la deuxième édition est en cours d'élaboration.

En application de l'amendement évoqué par M. Yves Bur, la Cour effectue des enquêtes sur l'hôpital public en liaison étroite avec les chambres régionales des comptes. Un groupe coprésidé par un conseiller-maître de la Cour des comptes et le président de chambre régionale des comptes d'Alsace a été constitué dans ce but. C'est ainsi qu'en 2005 devrait se mettre en place une enquête sur la fiabilité des comptes des hôpitaux, ce qui devrait avoir un impact sur l'efficacité de la tarification. Une enquête sur les personnels est actuellement en cours. Pour sa part, la Cour compte diligenter des enquêtes sur l'évolution de l'activité des établissements publics et sur la DHOS. A enfin été réalisée cette année une enquête sur la direction générale de la santé.

Monsieur Michel Braunstein, rapporteur général, a rappelé les limites du dispositif actuel en matière de génériques. Il faut réserver l'usage du tarif forfaitaire de responsabilité aux producteurs forts en identifiant bien les classes thérapeutiques concernées. Sans parler de guerre des prix, il faudrait aller vers une baisse des prix servant au remboursement : les marges arrêtées accordées aux pharmaciens dans ce domaine conduisent en effet à faire rembourser par l'assurance maladie un prix théorique. S'agissant de la surconsommation de médicaments, il faudrait engager une action de long terme tant vis-à-vis des usagers que des prescripteurs afin de provoquer une véritable prise de conscience.

La gestion des organismes se caractérise par le fait que les différentes branches du régime général ont veillé efficacement à l'amélioration de la qualité du service rendu mais pas au renforcement de la productivité. Il faut en particulier noter sur ce dernier point que les exigences de la convention d'objectifs et de gestion de la branche assurance maladie sont moins précises que celles des autres branches. La montée en puissance des décomptes automatisés grâce au système « Sésam-vitale » s'accompagne d'une baisse de 20 % de la productivité, alors que dans le passé celle-ci augmentait régulièrement. Cette exigence de productivité est d'autant plus essentielle que, dans les années à venir, vont se produire de nombreux départs en retraite. Ce n'est pas un hasard si les organisations syndicales et la CNAM ont évoqué des suppressions d'emploi à venir dans la branche maladie. Il semble difficile que les agences régionales de santé puissent jouer un rôle dans ce domaine car la gestion relève d'abord de la branche. Il faut revoir le réseau local des caisses sans nuire à la nécessaire proximité par un meilleur pilotage et un renforcement au niveau national de l'encadrement du réseau local.

M. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes, a rappelé que la Cour des comptes s'interdit de réagir aux votes des lois. Elle attend traditionnellement quelques années pour émettre une opinion. Toutefois, on peut relever dans la loi relative à l'assurance maladie des dispositions faisant écho à des observations et recommandations de la Cour :

– La Cour des comptes appelle de ses vœux le dépôt de projets de loi de financement rectificatif qui interviennent assez tôt dans l'année pour infléchir efficacement les comptes. La mise en place d'un comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie pourrait contribuer significativement à la mise en œuvre de mesures correctives en cours d'année.

– En matière d'indemnités journalières, la Cour des comptes a regretté l'absence de référentiels de prescription d'arrêts de travail et la faiblesse des sanctions des abus. Sur ce thème, le Parlement, lors du vote de la loi sur l'assurance maladie, a adopté un dispositif contraignant à l'égard des prescripteurs abusifs d'arrêts de travail et prévu la signature d'un accord cadre de bon usage des soins entre l'assurance maladie et l'hôpital.

– Dans la ligne des remarques de la Cour des comptes sur le fonctionnement interne des caisses d'assurance maladie, cette même loi a accru les pouvoirs du directeur général de la CNAM et mis en œuvre une nouvelle répartition des compétences entre les instances dirigeantes des caisses.

– Les dispositions législatives adoptées en juillet dernier devront être complétées par des mesures réglementaires et relayées par une démarche volontariste des pouvoirs publics et des organismes d'assurance maladie, notamment en matière de référentiels et de simplification des procédures. Toutefois, toutes ces mesures sont subordonnées à la conclusion d'accords avec

les professionnels de santé. L'efficacité de la réforme est tributaire de la négociation.

M. Bernard Cieutat, président de la sixième chambre, a fourni les éléments de réponse suivants :

– Des progrès en matière d'amélioration de la lisibilité du financement de la sécurité sociale ont été accomplis. La Cour des comptes se félicite ainsi de la suppression du FOREC qu'elle avait demandée. Les avantages attendus de la création de ce fonds pour la garantie de compensation des exonérations n'ont en effet pas été constatés. De même, le III de l'article 70 de la loi a affecté à la CNAM une part supplémentaire des droits de consommation du tabac à hauteur d'un milliard d'euros. La Cour des comptes s'assurera de l'identification de ce milliard dans les comptes et vérifiera son traitement comptable.

– La Cour des comptes prévoit d'approfondir l'étude des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale d'un point de vue comptable dans la perspective de l'établissement de comptes de branche et de leur certification. Par ailleurs, la loi relative à l'assurance maladie oblige l'Etat à compenser les pertes de recettes ainsi que les charges supplémentaires des organismes de sécurité sociale. Ces mesures clarifient les relations financières entre l'Etat et la CNAV. La Cour des comptes veillera dès l'année prochaine à leur application.

– Si les règles relatives aux impôts et taxes affectés restent complexes, la Cour des comptes se réjouit toutefois de la stabilisation des normes et modalités de répartition en la matière.

– Concernant la branche famille de la sécurité sociale, la Cour des comptes a formulé un certain nombre d'observations sur le sujet, notamment sur la question de la petite enfance qui a fait l'objet d'une étude spécifique parue au mois de janvier dernier. Etant donné la date de son entrée en vigueur, la réforme de la PAJE n'a pas encore pu faire l'objet d'aucun rapport de la Cour des comptes mais l'étude de celle-ci figure bien évidemment dans son programme de travail pour les mois et les années à venir.

M. Michel Braunstein, rapporteur général, a fourni les éléments de réponse suivants :

– La définition de l'assiette de cotisation des employeurs publics relève en principe de la loi alors qu'elle est actuellement définie par un décret pour la maladie et la famille. L'abrogation de ce décret permettrait au cadre légal de s'appliquer entraînerait *ipso facto* un alignement du taux et des recettes supplémentaires pour la sécurité sociale. Le coût de cette mesure pour l'Etat employeur est estimé à 2,2 milliards d'euros. La réponse du ministère du budget à cette proposition de la Cour des comptes est très négative ; il fait notamment valoir que cette mesure obligerait également à faire prendre en charge les

indemnités journalières des fonctionnaires pour un coût évalué à 1 ou 2 milliards d'euros.

– Il ne saurait être question d'élaborer un modèle d'organisation identique pour toutes les branches de l'assurance maladie afin de parvenir à une organisation plus efficace. Les structures de chaque branche peuvent être très différentes, leurs réseaux répondant aux besoins de proximité de leurs assurés. Ainsi, l'assurance vieillesse possède 16 caisses régionales, alors que les branches maladie et famille disposent d'une centaine de caisses locales chacune. De même, il existe à peu près 2 000 points de contact de l'assurance vieillesse accueillant 3 millions de visiteurs tandis que pour un même nombre de points de contact les allocations familiales accueillent 18 millions de visiteurs. Des ajustements pourraient sans doute être apportés.

– Concernant l'harmonisation entre les hommes et les femmes des règles de l'assurance vieillesse, la France ne peut laisser subsister des discriminations contraires aux règles européennes. On rappellera cependant que la Cour de justice des communautés européennes distingue le régime général et les régimes alignés, au sein desquels des discriminations fondées sur le sexe peuvent subsister, et les régimes professionnels (régimes spéciaux et retraites complémentaires) dans lesquels le principe d'égalité doit s'appliquer pleinement. La loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites a ainsi modifié la règle de bonification des pensions pour les fonctionnaires, conformément à la jurisprudence Griesmar. En revanche, la loi n'a pas étendu aux agents publics de sexe masculin la jouissance immédiate de la pension accordée aux femmes fonctionnaires depuis plus de 15 ans et ayant eu trois enfants. Or, si l'Education nationale verse automatiquement aux hommes qui les demandent ces droits nouveaux, afin d'éviter tout contentieux, la CNRACL attend une décision – inévitable – du tribunal administratif pour s'exécuter en ce sens. Cette situation juridique est difficilement justifiable et tenable.

M. Pierre-Louis Fagniez a ensuite évoqué de nouveau une problématique qu'il a soulevée l'an dernier dans les mêmes circonstances, à savoir la question du principe de précaution en médecine. Il a fait l'objet de nombreuses discussions et était encore très récemment au cœur des débats parlementaires lors de l'examen du projet de loi sur la Charte de l'environnement. Or, si le bien-fondé d'un tel principe est incontestable, il est néanmoins souhaitable d'en mesurer les implications financières – comme l'ont montré la gestion de la crise de l'ESB et celle du sang contaminé –, ses répercussions sur la pratique médicale au quotidien et les bénéfices retirés de son application. M. François Logerot, prédécesseur de M. Philippe Séguin en tant que Premier président de la Cour des comptes, avait montré un vif intérêt pour cette question. Quel est le sentiment de la Cour et quelles suites peut-elle donner à cette demande ?

Revenant sur la question de la gestion financière des organismes de sécurité sociale, **M. Richard Mallié** a déclaré que la part des dépenses consacrée à cette gestion pour modeste qu'elle apparaisse (4 %) est toutefois considérable en

valeur. N'y aurait-il pas là des gains de productivité à réaliser ? 85 % de la population française relève du régime général de la sécurité sociale tandis que les 15 % restant sont immatriculés auprès de très nombreux régimes. Leur unification ne serait-elle pas une source d'économie substantielle ? La Cour des comptes a-t-elle déjà étudié cette question ?

M. Michel Braunstein, rapporteur général, a répondu aux questions relatives à la tarification à l'activité. En préambule, il faut savoir que cette tarification commence d'être mise en place dans les hôpitaux publics et qu'elle ne s'applique pas encore dans les cliniques privées. La réforme doit s'effectuer par tranches sur une période de dix ans. Cela explique que la Cour des comptes n'ait pas encore publié d'étude approfondie sur le sujet. Cependant, il ne fait aucun doute que cette thématique sera au cœur de l'examen des comptes sociaux par la Cour dans les années à venir. Plus précisément, concernant les transferts de charge liés à la mise en place de la tarification à l'activité, la Cour des comptes estime certes qu'il s'agit d'un changement radical dans l'attribution des moyens. Toutefois, la réforme est complexe à mettre en œuvre et s'annonce difficile aussi bien à gérer qu'à suivre. Sur la question du coefficient correcteur, la Cour des comptes n'a pas d'autre observation à faire que celle-ci : le coefficient a été, de l'aveu même des administrations concernées, pour certaines régions, calculé moins selon des données techniques que selon des impératifs politiques, ce qui risque de poser quelques problèmes pour l'avenir. De la même manière, la Cour des comptes, à l'instar des parlementaires, ne peut que constater la contradiction qu'il y a à augmenter le budget de l'AP-HP au moment où se met en place la tarification à l'activité. Enfin, la Cour observe que le transfert de 100 millions d'euros initialement dévolus à l'hôpital vers le budget des cliniques ne correspond pas à ce que l'on qualifie d'ordinaire d'ajustement courant (rebasage et transferts sous enveloppe). Il s'agit bien dans le cas d'espèce d'un transfert de pure opportunité politique.

M. Bernard Cieutat, président de la sixième chambre, a apporté les éléments de réponse suivants :

– Concernant les affections de longue durée, le codage des données favorisera une meilleure maîtrise des dépenses. Cependant le dispositif suppose de nombreuses mesures réglementaires pour être opérationnel. Il conviendra donc de veiller à la publication rapide de ces textes pour que le système devienne effectif. Le contrôle des ALD s'effectuera en amont, c'est-à-dire lors de la liquidation des dossiers de remboursement. Il s'agira d'un contrôle automatique réalisé à partir d'un codage informatique qui ne générera pas de coût supplémentaire à la différence du contrôle effectué par le service du contrôle médical des caisses d'assurance maladie.

– Concernant la classification commune des actes médicaux qui devrait être mise en œuvre à la fin de l'année, la Cour des comptes n'a pas étudié précisément ce dossier. Cependant, sa mise en place est une mesure positive car

elle permettra une meilleure connaissance statistique de l'activité de soins et facilitera l'action du contrôle médical de surveillance du respect des bonnes pratiques. La classification commune des actes permettra en outre une fixation plus rationnelle des tarifs négociés ; actuellement les pourparlers entre la sécurité sociale et les professionnels de santé se déroulent sans que les parties aient une réelle connaissance de l'activité médicale.

Après avoir indiqué qu'il partage la préoccupation exprimée quant au coût de l'application du principe de précaution mais qu'étant donné l'ampleur et la difficulté du problème soulevé du temps sera nécessaire pour examiner la question, **M. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes**, a apporté aux différents intervenants les éléments de réponse suivants :

– La Cour des comptes peut tout à fait mener une étude sur les économies qui peuvent être réalisées grâce à une unification des différents régimes de sécurité sociale. Il n'en demeure pas moins que le démantèlement du système dérogatoire actuellement en place relève d'un choix politique et excède très largement à la fois les compétences et la légitimité de la Cour. De plus, il est à remarquer que les dernières orientations prises par le Parlement en la matière – notamment vis-à-vis d'EDF – ne semblent pas aller dans le sens de l'unification et la simplification réclamées, bien au contraire.

– Concernant le souhait exprimé par certains parlementaires d'un rapprochement entre la Cour des comptes et le Parlement afin de renforcer les pouvoirs d'expertise et de contrôle de ce dernier, il est à constater que des liens forts existent déjà et que les recommandations de la Cour des comptes sont prises en considération par les parlementaires qui n'hésitent pas à leur donner une traduction législative. Ainsi, la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a-t-elle prévu de doter la Haute autorité de santé des responsabilités antérieurement exercées par plusieurs organismes répondant ainsi à une préoccupation exprimée par la Cour.

En conclusion, **M. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes**, a souhaité faire part aux parlementaires de quelques réflexions sur la transparence de l'information fournie au Parlement et sur les remèdes à apporter pour pallier certaines insuffisances des lois de financement de la sécurité sociale :

– Il importe que la loi fixe des objectifs financiers clairs et notamment qu'elle précise un objectif de solde du budget de la sécurité sociale. Tel n'est pas le cas à ce jour puisque la loi de financement de la sécurité sociale ne fait que fixer un objectif de dépenses sans préciser le montant des recettes non plus que son solde.

– Dans le même ordre d'idées, il serait souhaitable de mettre un terme à la présentation duale des dépenses de sécurités sociales, d'un côté l'ONDAM, de l'autre l'objectif de branche, laquelle est d'autant plus source de confusion qu'il n'existe pas de réelle articulation entre ces deux objectifs.

– Dans le souci d’une meilleure information du Parlement, les documents annexés à la loi de financement de la sécurité sociale gagneraient à être enrichis de manière à faire apparaître plus clairement l’évolution spontanée des masses afin de permettre d’analyser l’évolution structurelle de l’équilibre.

– Enfin, la réalisation de l’objectif de sincérité de la loi de financement de sécurité sociale suppose deux autres améliorations. D’une part, il conviendrait d’encadrer plus strictement la technique dite du « rebasage » afin d’en réduire la complexité et l’opacité. D’autre part, il serait souhaitable de stabiliser les méthodes comptables de façon à rendre plus aisée la lecture de l’évolution dans le temps des dépenses.

B. AUDITION DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE, DU MINISTRE DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE, DU MINISTRE DÉLÉGUÉ AUX PERSONNES ÂGÉES, DE LA SECRÉTAIRE D'ÉTAT AUX PERSONNES HANDICAPÉES ET DU SECRÉTAIRE D'ÉTAT À L'ASSURANCE MALADIE

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales a entendu **M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale, Mme Marie-Josée Roig, ministre de la famille et de l'enfance, M. Hubert Falco, ministre délégué aux personnes âgées, Mme Marie-Anne Montchamp, secrétaire d'Etat aux personnes handicapées, et M. Xavier Bertrand, secrétaire d'Etat à l'assurance maladie**, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 au cours de sa séance du mardi 5 octobre 2004.

Le président Jean-Michel Dubernard a tout d'abord remercié, au nom des membres de la commission des affaires sociales et de la commission des finances, les ministres concernés de venir présenter le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) aussi rapidement devant la représentation nationale. Cette présentation est rituelle mais en l'espèce peu ordinaire, puisque ce projet de loi intervient après la réforme des retraites, la création de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), la pérennisation de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), la création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), la réforme de l'assurance maladie et la prochaine mise en œuvre du droit à compensation du handicap.

Il est donc la conclusion d'une longue série de réformes et peut-être le dernier PLFSS du genre puisque, lors de l'examen du projet de loi relatif à l'assurance maladie, le ministre de la santé et de la protection sociale a fait part de son souhait d'engager dans les meilleurs délais la réforme des textes organiques régissant les lois de financement, dont l'Assemblée nationale attend qu'elle contribue davantage encore à l'amélioration du contrôle parlementaire sur ce bien commun qu'est la sécurité sociale.

M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale, a souligné, en premier lieu, que ce projet de loi de financement de la sécurité sociale diffère profondément de ceux des années précédentes. Il intervient en effet après trois grandes réformes sociales mises en œuvre par le gouvernement de M. Jean-Pierre Raffarin : il y a à peine deux mois, à la suite de plusieurs semaines d'un débat riche et animé, a été promulguée la loi du 9 août 2004 relative à l'assurance maladie ; la loi relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées a été votée en juin dernier et la loi réformant le système des retraites est entrée en application au cours de cette année avec la publication de nombreux décrets. Ces réformes fondamentales pour le pays ont conduit à proposer un texte plutôt court pour le projet de loi de financement de

la sécurité sociale. Aujourd'hui la priorité est bien l'application de l'ensemble de ces réformes.

Ces trois grandes réformes sociales et leur mise en œuvre rapide traduisent la détermination du gouvernement à sauvegarder la sécurité sociale. En effet, quel gouvernement a fait plus, en aussi peu de temps, que le gouvernement actuel ? Il y a deux ans, cette sécurité sociale à laquelle chacun ici est profondément attaché était fragilisée et s'enfonçait dans une double crise, financière et institutionnelle. Chacun s'attachait à décrire les réformes comme indispensables mais impossibles et tous semblaient tétanisés par la complexité et la sensibilité des enjeux. En deux ans, le gouvernement et la majorité ont assumé leurs responsabilités et rassuré les Français sur l'avenir de la sécurité sociale, un bien commun qui nous rassemble et dont nous sommes tous, d'une façon ou d'une autre, les garants.

La retraite par répartition a ainsi été sauvegardée et les bases d'un système plus juste et plus solidaire ont été construites. La possibilité de départ en retraite anticipée pour ceux qui ont commencé à travailler très jeune en est un exemple. La ministre de la famille et de l'enfance présentera plus en détail la politique familiale, rénovée pour l'adapter aux besoins de la société. La politique de santé publique a également été refondée en donnant toute sa place à la prévention. La création des groupements régionaux de santé publique (GRSP) va permettre au niveau régional de rassembler les énergies pour atteindre les objectifs de santé publique. Une modernisation en profondeur de l'hôpital a été entamée avec le plan « Hôpital 2007 », plan d'investissement exceptionnel qui s'accompagne d'une modernisation de la gestion interne des établissements.

Enfin une réforme structurelle de l'assurance maladie a été engagée pour garantir sa pérennité. Ces réformes vont permettre de consolider le modèle français de protection sociale en renforçant les droits des assurés et en améliorant la qualité des soins. D'ailleurs, comme le montrent les études réalisées par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), les dépenses de protection sociale continuent de croître et atteignent 30 % du PIB. Il ne s'agit pas, évidemment, de sombrer dans l'autosatisfaction. Le chemin qu'il reste à parcourir pour la mise en œuvre de l'ensemble de ces réformes est considérable. Le secrétaire d'Etat à l'assurance maladie aura l'occasion de le souligner tout à l'heure, puisque c'est tout particulièrement vrai dans ce domaine. Ce « service après-vote » tient particulièrement à cœur au gouvernement et est évidemment crucial pour la réussite de cette réforme.

Grâce à la réforme de l'assurance maladie, 2005 amorce un redressement sensible de la situation des comptes sociaux.

Le déficit de la sécurité sociale devrait atteindre plus de 14 milliards d'euros en 2004. C'est évidemment considérable, même si ce chiffre ne prend pas en compte les effets de la réforme de l'assurance maladie, qui ne sera pleinement effective qu'après la publication des décrets d'application de la loi. Celle-ci sera

cependant mise en œuvre rapidement, puisque le gouvernement s'est engagé à ce que 80 à 90 % des décrets soient prêts d'ici le début de l'année 2005. Ce déficit est d'abord dû à l'atonie des recettes. En 2004, la sécurité sociale ne bénéficiera encore que faiblement du redémarrage de la croissance du début de cette année. La masse salariale ne devrait progresser que de 2,6 %. Il y a là cependant un progrès par rapport à 2003 où cette croissance n'était que de 1,7 %. Cela reste néanmoins très insuffisant pour faire face au dynamisme des dépenses. En 2004, ce dynamisme des dépenses est d'abord celui de l'assurance maladie. Il conduit à un déficit supérieur à 13 milliards, qui constitue le point le plus bas jamais atteint par cette branche.

C'est bien cette tendance forte des dépenses qu'il nous faut absolument freiner, car elle ne correspond probablement pas à la réalité des besoins de santé de la population, comme le notent de nombreux observateurs, la Cour des comptes par exemple. C'est le but de la réforme de l'assurance maladie : la réorganisation de l'offre de soins, la mise en place d'une gouvernance modernisée et le développement de la maîtrise médicalisée devront permettre un vrai infléchissement des dépenses.

Mais de nombreux éléments conduisent à être optimiste et en premier lieu le ralentissement de la croissance des soins de ville. Qu'il s'agisse des dépenses d'honoraires des professionnels de santé, des arrêts de travail ou des transports sanitaires, les courbes quasi exponentielles qui se dessinaient ces dernières années se modifient. C'est très net pour les arrêts de travail de courte durée par exemple, avec dépenses qui pourraient stagner voire baisser en 2004. Il y a bien parmi les usagers du système de santé, comme parmi les professionnels de santé, cette amorce de changement des comportements qui est au cœur de la réforme. Ensuite, on retrouve des marges de manœuvre, notamment à l'hôpital avec la fin de la montée en charge du financement des 35 heures qui monopolisait très fortement les ressources nouvelles.

L'année 2005 marquera un redressement sensible des comptes de la sécurité sociale, puisque le déficit de l'assurance maladie devrait s'établir autour de 8 milliards d'euros. Cela reste évidemment encore insuffisant mais c'est un premier pas dans la bonne direction. Le retour vers l'équilibre ne peut se faire d'un coup de baguette magique. Il sera progressif. L'année 2005 n'est qu'une première étape.

Ici et là, des personnes doutent de la validité de ce retour à l'équilibre, considèrent que l'on pêche par optimisme. Le secrétaire d'Etat à l'assurance maladie précisera les détails de cette première étape du rétablissement des comptes de l'assurance maladie qui est en tout point conforme au plan présenté par le gouvernement il y a quelques mois. Seule une maîtrise médicalisée des dépenses peut permettre de sauvegarder notre système d'assurance maladie. Les dernières évolutions des dépenses montrent que les Français, patients ou médecins, l'ont compris. On doit s'engager clairement sur cette voie pour changer les

comportements. C'est à cette condition que les générations futures auront la chance de profiter de ce système solidaire.

Cette amélioration de 5 milliards d'euros de la branche maladie est certes quelque peu amoindrie par le déficit important que devrait connaître la branche vieillesse du régime général en 2005, près d'1,4 milliard d'euros. Ce déséquilibre est surtout dû à la montée en charge de la mesure relative au départ anticipé des travailleurs âgés, mesure d'équité et de justice sociale introduite dans la réforme des retraites. Son coût – 1,3 milliard d'euros en 2005 – pèse néanmoins sur les comptes de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) alors même que la réforme des retraites ne produira ses effets positifs sur les comptes qu'à moyen terme. Mais l'on ne peut que se réjouir que plus de 100 000 personnes qui ont commencé à travailler très jeunes, avec des métiers souvent pénibles, aient pu dès 2004 cesser leur activité.

Parmi les mesures prévues par la réforme des retraites, la modification des règles de liquidation des pensions devrait permettre à 300 000 veufs ou veuves de bénéficier d'une pension de réversion versée avant 65 ans. De plus, la loi prévoit de simplifier les conditions de prise en compte des ressources pour l'attribution des droits dérivés. De nombreux pensionnés se sont émus du projet de tenir compte, au 1^{er} juillet 2006, des retraites complémentaires pour l'attribution des pensions de réversion et ont craint une baisse de leur pouvoir d'achat. Ce n'est pas ce que veut le gouvernement qui a clairement inscrit dans la loi portant réforme des retraites des garanties sur l'évolution du pouvoir d'achat des retraités. Face à ces inquiétudes, le gouvernement a préféré suspendre sans délai le décret incriminé. Le Conseil d'orientation des retraites a été immédiatement saisi du sujet afin d'examiner la situation des droits dérivés en tenant compte de la nécessité d'assurer aux veufs et aux veuves la stabilité de leurs ressources et de maintenir un niveau de retraite digne dans le respect du contrat intergénérationnel.

Le solde des deux autres branches, famille et accidents du travail, reste globalement stable, la branche accidents du travail supportant cependant la croissance forte du coût lié à l'indemnisation des victimes de l'amiante.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 retrace principalement les mesures de redressement de l'assurance maladie. L'activité législative du gouvernement a été considérable dans le domaine de la protection sociale depuis deux ans. On est à présent dans la phase de mise en œuvre, qu'il s'agisse de la réforme de l'assurance maladie mais également de la tarification à l'activité ou de la loi relative à la politique de santé publique. Trois semaines après la promulgation de la loi relative à l'assurance maladie, les premiers décrets ont été présentés au conseil de la CNAMTS. Cela montre, s'il en était besoin, la mobilisation du gouvernement et des services des ministères pour donner une réalité aux textes votés.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 sera donc un projet de loi resserré. Trois points méritent d'être relevés.

– S'agissant tout d'abord de l'évolution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), et notamment de l'indemnisation des victimes de l'amiante, la loi relative à l'assurance maladie invite les partenaires sociaux à engager les discussions sur l'avenir de la branche, sur son organisation comme sur son financement, et à faire des propositions au gouvernement au plus tard pour l'été 2005. Celui-ci sera très attentif à l'évolution de ces discussions dont il est souhaitable qu'elles permettent d'engager la modernisation de cette branche.

S'agissant plus particulièrement du dossier de l'amiante, les deux dispositifs qui visent à indemniser les victimes de maladies professionnelles liées à l'amiante – le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) – et à permettre un départ anticipé en préretraite – le fonds de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante (FCAATA) – sont montés en charge rapidement ces trois dernières années. Ils assument leur mission dans des conditions satisfaisantes et sont conformes à la logique de solidarité nationale qui anime la politique mise en œuvre vis-à-vis des victimes de l'amiante. Afin de consolider cette politique, le PLFSS pour 2005 prévoit la mise en place d'une contribution limitée pour les employeurs dont les salariés bénéficient du dispositif de préretraite du FCAATA, à l'image de ce qui existe pour d'autres dispositifs de préretraite. Cela n'aura aucune conséquence pour les salariés dont les droits ne seront pas modifiés. En ce qui concerne l'indemnisation des victimes de l'amiante, le gouvernement souhaite que soit menée dans les prochains mois, avec l'ensemble des acteurs concernés, une réflexion sur la sécurisation de l'ensemble des procédures d'indemnisation. Les arrêts du Conseil d'Etat de février dernier, qui ont reconnu la responsabilité de l'Etat dans la gestion de ce dossier, emportent des conséquences importantes dans la mise en œuvre des procédures d'indemnisation. Etat, partenaires sociaux, employeurs, associations doivent réfléchir ensemble sur les moyens de consolider les dispositifs d'indemnisation pour garantir à la fois la sécurité juridique et l'égalité dans l'accès à l'indemnisation.

– L'intégration financière du régime spécial de retraite des industries électriques et gazières (IEG) auprès du régime général constitue le deuxième point important de ce projet de loi de financement pour 2005. C'est évidemment une opération importante, à la fois du fait des montants financiers en jeu et de la complexité d'une telle intégration.

Le gouvernement poursuit dans ce processus trois objectifs, dont le premier est celui de sécurisation des droits des salariés des IEG ; toute la loi relative à l'évolution du statut d'EDF-GDF a été construite sur ce principe. Le deuxième objectif est celui de la neutralité de l'opération pour le régime général ; parce qu'ils ont des histoires différentes, le régime général et le régime spécial IEG ont des caractéristiques différentes mais l'intégration ne peut en aucun cas conduire à faire supporter par les salariés du régime général un quelconque

surcoût. Le troisième impératif, qui n'est pas le moins important, est celui de la clarté et de la transparence : la gestion de la soulte payée par les entreprises IEG pour accompagner l'intégration du régime, dans son affectation comme dans ses versements successifs, doit se faire au travers de circuits financiers garantissant la transparence de l'opération. C'est la raison pour laquelle le projet de loi prévoit l'affectation de cette soulte à une section spécifique du fonds de réserve des retraites. Cette section reversera annuellement à la CNAVTS les sommes permettant d'assurer la neutralité de l'intégration. Si le choix avait été fait d'un versement direct à la CNAVTS, celle-ci se serait trouvée en fort excédent. Cette recette exceptionnelle a été isolée pour la mettre en réserve afin de financer les charges à venir. Ce choix du cantonnement répond à l'exigence de clarté et de transparence.

– Le dernier point, qui rejoint ce thème de la transparence, est celui de la certification des comptes de la sécurité sociale. Les organismes de sécurité sociale ont beaucoup progressé ces dernières années pour améliorer la qualité de ces comptes. La Cour des comptes a souligné ces progrès tout en relevant les progrès restant encore à accomplir. Il faut donc s'engager, dans la logique de ce que prévoit la loi organique relative aux lois de finances de l'Etat, vers une procédure de certification dont les contours seront précisés progressivement. Le PLFSS 2005 marquera l'engagement vers une procédure tout à fait indispensable.

Ce projet de loi traduit ainsi l'impact des réformes ambitieuses que le gouvernement conduit. Par ces réformes, il a montré son attachement au système de protection sociale. Il s'est engagé dans un processus de consolidation. Il revient maintenant à l'ensemble des acteurs de la sécurité sociale, que ce soit dans le domaine des retraites ou de la santé, de l'accompagner en adoptant des comportements respectueux de l'intérêt collectif.

Mme Marie-Josée Roig, ministre de la famille et de l'enfance, a présenté les mesures du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 concernant plus particulièrement le ministère de la famille et de l'enfance, ainsi que quelques éclairages sur les chantiers prioritaires du ministère.

– Les comptes de la branche famille font apparaître un déficit d'environ 180 millions d'euros en 2004. C'est le premier déficit de la branche depuis 1998 et ce n'est pas un déficit structurel puisqu'il résulte de transferts à la charge de la branche, dont notamment la contribution de la branche famille au Fonds de solidarité vieillesse au titre des majorations de pension pour enfants. Après arbitrages, le taux de transfert a été maintenu à 60 %, comme en 2003. Ainsi, aucune ponction nouvelle sur la branche famille n'a été opérée. Les membres du conseil d'administration de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) ont pris acte avec satisfaction de la stabilisation de ce transfert. Il ressort des prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale, qui s'est tenue le 21 septembre dernier, qu'un quasi-retour à l'équilibre – en réalité un très léger déficit de 31 millions d'euros – est attendu dès 2005, ce qui montre bien que la

situation financière de la branche est fondamentalement saine. Les ressources de la branche famille sont en cohérence avec ses besoins de financement. Cette situation devrait permettre de préparer dans de bonnes conditions la conférence de la famille 2005.

Parmi les mesures du projet de loi figure d'abord l'entretien de santé personnalisé, qui n'est pas une mesure de la branche famille *stricto sensu* mais la mise en œuvre de l'une des mesures décidées par la conférence de la famille le 29 mai 2004 : cet entretien de santé est instauré en classe de 5^e afin de repérer au plus tôt les troubles susceptibles d'altérer le développement des adolescents. Il s'agira d'un entretien au cours duquel le médecin interrogera l'adolescent sur son état de santé et son environnement et cherchera à détecter d'éventuelles difficultés dépassant le seul aspect médical. Ce sera aussi l'occasion d'identifier des souffrances psychiques et des situations de maltraitance. Cet entretien de santé est proposé aux adolescents, sans reste à charge pour les familles ; l'article 11 du PLFSS modifie donc le code de la sécurité sociale pour permettre l'exonération du ticket modérateur. Cette mesure importante doit être mise en œuvre courant 2005 d'abord dans le cadre d'expérimentations, en vue d'une généralisation pour l'année scolaire 2005-2006. Dans le domaine plus large de l'accès à des lieux de soins, d'écoute et d'information, la conférence de la famille 2004 a prévu le développement des maisons de l'adolescent sur le territoire. Cette mesure ne concerne pas directement le PLFSS mais le projet de loi de finances. L'objectif est de faciliter, grâce à une aide au démarrage, la mise en réseau des acteurs autour des adolescents et de leur famille.

Une deuxième disposition importante porte sur le doublement de la prime à l'adoption, qui passera ainsi de 812 à 1 624 euros en 2005. En effet, les parents en quête d'adoption doivent supporter des coûts spécifiques dans le cadre de démarches coûteuses. Cette mesure s'inscrit dans la réforme globale de l'adoption.

Une troisième mesure consiste à réformer les modalités de financement de l'Union nationale des associations familiales (UNAF). Elle établit une base claire et exhaustive pour le financement de cette représentation institutionnelle des familles. Le financement de l'UNAF dépendra désormais de la nature des actions conduites par les unions familiales. Deux enveloppes, dont les conditions d'évolution ont été adaptées, seront créées : la première couvrira les missions fondamentales des unions qui découlent de la loi, notamment la fonction institutionnelle de représentation des familles ; la seconde financera les actions qui sont confiées par l'Etat à l'UNAF en tant qu'opérateur, comme le soutien à la parentalité ou les services aux familles.

– En ce qui concerne les orientations de la politique familiale en 2005, le développement de l'accueil des jeunes enfants reste une priorité, afin de favoriser une meilleure conciliation entre vie familiale et vie professionnelle.

La mise en place de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) au 1^{er} janvier 2004 en constitue un axe majeur, dont il reste aujourd'hui à assurer la montée en charge. L'allocation de base et la prime à la naissance doivent concerner, en régime de croisière, 200 000 familles de plus que dans le système antérieur ; 850 millions d'euros supplémentaires, dont 350 en 2005, seront versés aux parents de jeunes enfants. Les plafonds de ressources de la prime à la naissance et de l'allocation de base ont été augmentés de 37 %, ce qui a permis d'élargir le bénéfice de cette nouvelle aide à 90 % des familles, contre 80 % auparavant. C'est un effort considérable fait en faveur des familles dont le pouvoir d'achat sera ainsi accru : en effet, elles reçoivent, depuis le 1^{er} janvier 2004, en moyenne 150 euros de plus par mois au titre du complément de garde. Le recours à l'emploi à domicile a également été facilité : des procédures de télé déclaration ont été mises en place, ainsi qu'un chèque « PAJEMPLOI » qui évite à la famille d'établir un bulletin de salaire. Ces dispositifs offrent aux familles une réelle simplification des formalités. Par ailleurs, un guichet unique, qui est assuré par la caisse d'allocations familiales, a été mis en place pour traiter à la fois l'embauche du salarié et la demande du complément. Ce dispositif est déjà un succès.

En matière de petite enfance, le deuxième objectif est de développer davantage l'offre de garde, ce que devrait permettre la rénovation du statut des assistants maternels et familiaux. Un projet de loi a été adopté en première lecture par le Sénat le 25 mai dernier. Il devrait être inscrit prochainement à l'ordre du jour de l'Assemblée nationale et adopté d'ici la fin de l'année. D'ores et déjà, la première convention collective nationale a été signée en juillet dernier entre les syndicats d'assistantes maternelles et les particuliers employeurs : dans ce cadre, la branche famille prendra en charge plusieurs cotisations pour améliorer la couverture sociale des assistants maternels. Cela représente un effort de la branche famille de 50 millions d'euros en 2005 en faveur de cette profession. Par ailleurs, le PLFSS pour 2005 prévoit la montée en puissance du plan de création des 20 000 places de crèches mis en œuvre en 2004, avec 20 millions d'euros de dépenses effectives prévus en 2005 sur les 200 millions du plan, compte tenu du temps nécessaire à la mise en œuvre concrète de ce plan. Ce montant n'est que prévisionnel et non limitatif. En outre, il serait bienvenu que les collectivités locales, notamment, accélèrent la mise en œuvre de leurs projets. Enfin, le recours aux crèches privées est facilité par trois mesures : en les rendant éligibles au plan crèches ; en leur permettant de recevoir des subventions des caisses d'allocations familiales (CAF) pour réduire significativement les coûts restant à la charge des parents ; en rendant éligibles les dépenses tant d'investissement que de fonctionnement au « crédit impôts famille » qui entrera en vigueur dans les prochaines semaines.

Enfin, deux autres priorités sont à l'ordre du jour pour 2005 : la réforme de l'adoption et la signature dans les prochains mois avec la CNAF de la nouvelle convention d'objectifs et de gestion (COG).

Le président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, M. Jean-Michel Dubernard, a souligné l'importance de la fonction de contrôle exercée par le Parlement. Les parlementaires sont impatients d'en savoir plus sur le contenu et le calendrier du projet portant réforme des lois de financement de la sécurité sociale. Cette attention portée à la fonction de contrôle trouvera une concrétisation par la création de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS). Toutefois, il existe déjà des structures dédiées au contrôle comme le prouvent les travaux très documentés de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (OPEPS), qui a rendu ses deux premiers rapports, l'un consacré à la prévention du handicap chez l'enfant et l'autre à l'efficacité du dépistage du cancer du sein. Quelle est la position du ministre de la santé et de la protection sociale sur la proposition de l'OPEPS de limiter les remboursements des mammographies à celles effectuées dans le cadre d'un programme national de dépistage ou réalisées par des femmes présentant des risques particuliers ?

Par ailleurs, les commissaires souhaiteraient savoir quelles sont les perspectives conventionnelles, où en est l'installation des nouvelles instances de l'assurance maladie – l'UNCAM, l'union nationale des complémentaires de santé et le conseil national de l'hospitalisation – et quel est le calendrier de mise en place, l'organisation, les compétences et le mode de gestion de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ?

M. Pierre Méhaignerie, président de la commission des finances, de l'économie générale et du plan, a tout d'abord souligné que si le chemin accompli est important, sur le terrain les facteurs d'accélération des dépenses de santé ne sont que dans un état de demi-sommeil et peuvent se réveiller tandis que les mécanismes de frein restent très vulnérables. Il serait intéressant d'avoir des précisions sur les possibilités d'expérimentation d'agences régionales de santé mises en place par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, quelles seront les régions concernées, les moyens dévolus, les bénéfices liés ? Par ailleurs, ce PLFSS doit être l'occasion de s'interroger sur les moyens de garantir la pérennité du régime des exploitants agricoles, qui connaît un déficit record de 1,2 milliard d'euros.

M. Bernard Perrut, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a tout d'abord fait remarquer que le vote du projet de loi de financement de la sécurité sociale, loin d'être un rendez-vous formel, constitue un acte important pour la représentation nationale puisqu'il porte sur des dépenses et recettes de l'ordre de 350 milliards d'euros. Si ce texte est resserré, il faut se réjouir qu'il ne crée ni nouveaux fonds ni nouvelles « tuyauteries » totalement incompréhensibles.

Après la réforme des retraites, celle de l'assurance maladie, la création de la PAJE et la meilleure prise en charge de la perte d'autonomie, le projet s'inscrit

dans le prolongement de ces réformes et contribue à leur mise en œuvre. Il n'en appelle pas moins certaines questions :

– Comment le gouvernement entend-il garantir l'avenir du régime des exploitants agricoles, le plafond d'emprunt prévu par le texte témoignant de la gravité de la situation financière du régime ? Quelles mesures peut-on envisager, à la fois pour apurer le passif « oublié » lors de la reprise de la dette maladie par la CADES cet été, et pour asseoir la pérennité de ce régime ?

– Concernant le fonds de solidarité vieillesse (FSV), dont le déficit va croissant, quelles sont les mesures structurelles envisagées ? Il est par ailleurs à déplorer que son conseil de surveillance ne se soit pas réuni depuis de très nombreuses années, ce qui pose de manière plus générale la question de l'utilité réelle de ces organes de surveillance et de la réalité du contrôle opéré.

– Sans entrer dans le débat technique sur l'adossement du régime des industries électriques et gazières (IEG) au régime général, même si une différence de 1 à 2 milliards d'euros entre les différents modes de calcul de la soulte a un impact évident sur l'équilibre des comptes, se pose une question de principe : les paramètres d'adossement destinés à garantir la neutralité financière seront-ils bien les mêmes dans le régime de base et dans les régimes complémentaires ?

– Quelle sera la répartition de l'ONDAM ? Quelle sera notamment l'évolution de l'ONDAM médico-social et de ses composantes ? Certains ont pu craindre que la création de la CNSA soit une occasion de déshabiller l'ONDAM : peut-on avoir une réponse chiffrée sur ce point ?

– Quel est justement le calendrier de mise en œuvre de la CNSA ? Quelles en seront les modalités ? Comment s'articule-t-elle avec l'examen du projet de loi pour l'égalité des droits et des chances et la participation à la citoyenneté des personnes handicapées ?

– De quelles garanties et de quels moyens de contrôle le gouvernement dispose-t-il quant à l'application effective du plan médicament ?

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a souligné que les auditions donnent l'impression que ce projet de loi de financement de la sécurité sociale est en quelque sorte la clé de contact du moteur de la loi relative à l'assurance maladie et a ensuite posé les questions suivantes :

– S'agissant de la future loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, quels seront son calendrier et son contenu ? En particulier, permettra-t-elle au Parlement de se prononcer sur les sous-enveloppes de l'ONDAM ?

– Quand le décret relatif au comité d'alerte sera-t-il publié ?

– La situation financière des hôpitaux publics est dégradée et marquée par des transferts de charge. Comment la tarification à l'activité permettra-t-elle d'y mettre fin ? Comment sera-t-elle appliquée dans les hôpitaux psychiatriques et les services de soins de suite ? Comment s'effectuera la transition entre le financement par budget global et la tarification à l'activité ?

– Concernant la médecine de ville, grâce aux outils de maîtrise médicalisée, le changement des comportements peut aboutir à de véritables économies. Comment les négociations conventionnelles avancent-elles ?

– Pourquoi les prescripteurs hospitaliers ne sont-ils pas concernés par les mesures visant à maîtriser les dépenses relatives aux indemnités journalières, contrairement aux recommandations de la Cour des comptes ?

– Comment les référentiels médicaux seront-ils mis en place ? Comment leur respect sera-t-il contrôlé ?

– Le fonds d'aide à la qualité des soins de ville rend des services appréciables, notamment en ce qui concerne les maisons médicales et la coordination des soins. La CNAMTS a récemment préconisé, afin d'en assurer la pérennité et de garantir la lisibilité du dispositif, de passer d'une logique de crédits de paiement à une logique d'autorisations de programme. Que faut-il en penser ?

– Concernant la mesure du projet relative à l'entretien de santé des adolescents, comment médecine de ville et médecine scolaire seront-elles coordonnées ?

– Le dispositif d'aide aux victimes de l'amiante est indispensable. Cependant, la nouvelle contribution spécifique prévue par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pourrait se révéler trop coûteuse pour les entreprises, certains secteurs comme la réparation navale et leurs entreprises sous-traitantes étant particulièrement pénalisés. Le plafond n'est-il pas trop élevé ? Des exonérations ciblées en fonction de la taille de l'entreprise seraient-elles possibles ? Concernant l'indemnisation des victimes, les procédures actuelles d'indemnisation par le fonds ou par les juridictions conduisent à des aberrations : certaines victimes présentant le même préjudice peuvent percevoir des indemnisations variant de un à dix. Ne conviendrait-il pas de saisir la MECSS pour étudier les possibilités d'améliorer la procédure d'indemnisation ?

M. Georges Colombier, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a formulé les questions suivantes :

– Sur la disposition relative aux industries électriques et gazières (IEG), le gouvernement peut-il garantir que le montant de la soulte assurera la neutralité financière de la gestion par les régimes de base et par les régimes complémentaires de retraite des personnels des IEG ? Ne faut-il pas prévoir une clause de rendez-vous pour réajuster le volume des compensations financières ? Il conviendrait

également de réfléchir à la comptabilisation des intérêts de placement de la soulte versée au fonds de réserve des retraites, cette comptabilisation étant actuellement opérée dans la première section de ce fonds alors qu'elle devrait être affectée dans la seconde section.

– Concernant le départ anticipé en retraite pour les fonctionnaires de l'Etat et les agents des collectivités territoriales ayant effectué une longue carrière, pourquoi le gouvernement a-t-il décidé de mettre en œuvre ce droit en commençant en 2005 par les agents âgés de 59 ans et en poursuivant jusqu'en 2008 mais en faisant l'impasse sur l'année 2007 ? Quel sera le coût de la réforme et comment sera-t-elle financée ?

– S'agissant de l'équilibre financier des régimes de retraites, la question de l'opportunité de revoir l'assiette des cotisations se pose, compte tenu de l'importance des déficits. Les abondements au fonds de réserve des retraites deviennent de plus en plus minces : ne faut-il pas reconsidérer la mission du fonds à l'horizon 2020 pour reconstituer des réserves et ainsi assurer la pérennité des retraites par répartition ? A court terme, ne faut-il pas réaffecter d'urgence des recettes comme celles tirées de la C3S ou des mesures de privatisation ?

– Pourquoi le conseil de surveillance du Fonds de solidarité vieillesse ne se réunit-il pas ?

– La faible revalorisation des pensions de retraite conduit à un décrochage des pensions par rapport au SMIC. L'objectif de servir une pension de retraite équivalente à 85 % du SMIC pour les retraités ayant effectué une carrière complète avec un salaire équivalent au SMIC paraît de plus en plus illusoire.

– S'il faut se féliciter de la suspension par le gouvernement du décret relatif à la réforme du calcul des pensions de réversion, il faut aussi savoir quelle sera la politique du gouvernement en la matière.

Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille, a tout d'abord attiré l'attention sur les conséquences néfastes des deux décrets d'avril et de juillet 2004 relatifs aux modalités de calcul des prestations familiales et des allocations logement qui ont conduit certaines familles à ne plus toucher de prestations en raison de nouvelles règles d'abattement sur les niveaux de ressources. Ces deux décrets qui semblaient purement techniques ont en fait pour objectif de réaliser des économies et ont accru la précarité de certaines familles, ce qui paraît paradoxal alors même que le discours officiel du ministère de la famille est centré sur les familles fragilisées.

Elle a ensuite formulé les questions suivantes :

– Pourquoi la réforme du statut des assistants maternels a-t-elle pris autant de retard à l'Assemblée nationale ? Comment les 50 millions d'euros prévus pour la prise en charge des charges sociales des assistants maternels sont-ils financés ?

– La réforme de la décentralisation aura-t-elle des conséquences sur le financement des structures de garde des jeunes enfants, notamment pour les crèches ?

– Le PLFSS présente une réforme du financement de l'UNAF sans que les raisons qui ont conduit le gouvernement à procéder ainsi soient bien précisées. Serait-il possible de connaître plus précisément les critiques qui ont été émises à l'encontre de l'UNAF, notamment par la Cour des comptes ?

– Quelles suites donnera-t-on au rapport du Conseil de l'emploi, des revenus et de la cohésion sociale (CERC) soulignant qu'un à deux millions d'enfants peuvent être considérés comme pauvres en France aujourd'hui et que le taux de pauvreté des enfants augmente avec l'âge, les transferts sociaux étant plus efficaces pour les jeunes enfants que pour les adolescents ? Comment la politique familiale peut-elle mieux compenser le surcoût représenté par l'adolescence ?

– Quelles sont les grandes lignes de la réforme de la procédure d'adoption ? Les parents pourront-ils continuer à effectuer des démarches individuelles à l'étranger ou devront-ils s'adresser uniquement à des organismes agréés ? Des estimations ont-elles été faites sur le coût moyen d'une adoption internationale ?

– Le débat autour du mode de calcul des pensions de réversion a souligné la justesse des observations du groupe socialiste lors de la réforme des retraites. La simple suspension du décret contesté est insuffisante : un véritable débat de fond s'impose.

M. Gérard Bapt a posé les questions et fait les remarques suivantes :

– Pourquoi la MECSS a-t-elle été créée uniquement au sein de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, alors que la commission des finances, de l'économie générale et du plan est également concernée ?

– Il manque de nombreux détails dans la déclaration des ministres relative à la déclinaison des enveloppes de l'ONDAM.

– Des questions se posent également en ce qui concerne le dispositif de l'aide médicale d'Etat, toujours en attente de la parution de deux décrets très importants qui permettront de fixer le montant du ticket modérateur ainsi que les conditions d'accès aux soins des étrangers.

– Récemment, des associations de patients se sont émues des projets du comité économique des produits de santé de procéder à des remboursements massifs. Il semble que cette baisse soit reportée en juin 2005 : y a-t-il un lien entre cette date et l'intervention éventuelle du comité d'alerte ?

– S'agissant de la mise en œuvre de la réforme de l'assurance maladie, il y a tout lieu de penser que de nombreux dispositifs, notamment le médecin traitant

et le dossier médical personnel, ne seront pas prêts au 1^{er} janvier 2005. En outre, les coûts liés aux équipements informatiques vont très fortement augmenter.

M. Maxime Gremetz a constaté que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 n'est qu'une simple traduction de la prétendue réforme de l'assurance maladie, réforme censément fondée sur la confiance. Toutefois le « succès » de cette réforme est loin d'être assuré, puisque 85 % des Français la considèrent injuste et pensent qu'elle n'aboutira pas.

M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale, a apporté aux différents intervenants les précisions suivantes :

– La réforme de la loi organique sur le financement de la sécurité sociale est en cours de préparation. Ce texte sera présenté au Parlement avant la fin de l'année. La réforme portera notamment sur la pluriannualité du financement de la sécurité sociale (sans doute sur une période de trois ans) le vote par branche, le principe de la compensation intégrale de toute perte de recettes pour les différents régimes et enfin, dans une démarche comparable à celle ayant guidé la réforme de la loi organique relative aux lois de finances, la fixation d'objectifs à la politique de sécurité sociale ainsi que l'évaluation des résultats de cette politique. Il ne s'agit pas de mettre en place une maîtrise comptable mais des outils efficaces pour mieux piloter le système.

– L'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (OPEPS) s'est en effet prononcé pour le déremboursement des dépistages effectués hors du programme organisé. Cette proposition peut paraître brutale et mérite réflexion même si le dépistage organisé est à l'évidence préférable. En tout état de cause, il appartiendra à la Haute autorité de santé d'éclairer cette question en prenant en compte la situation des femmes présentant un risque particulier.

– La mise en œuvre de la loi du 13 août 2004 est en bonne voie puisque les premiers décrets d'application ont été signés aujourd'hui. Les décrets relatifs à la gouvernance seront publiés vers le 10 octobre pour permettre l'installation des organismes correspondants avant la fin du mois d'octobre. Le nouveau directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie a été nommé et la Haute autorité sera en place avant le 1^{er} janvier 2005. Le conseil de l'hospitalisation sera constitué avant la fin du mois d'octobre.

– S'agissant de l'expérimentation des agences régionales de santé (ARS), la consultation des acteurs concernés est en cours. Le ministère, en concertation avec les représentants des agences régionales de l'hospitalisation et des URCAM, travaille déjà sur la rédaction du décret relatif aux missions régionales de santé.

– Le régime de la sécurité sociale agricole – le Fonds de financement des prestations sociales des non salariés agricoles (FFIPSA), auparavant budget annexe des prestations sociales agricoles (BAPSA) – est dans une situation financière difficile : en 2004, le déficit était de 600 millions d'euros. Il sera de

1,3 milliard d'euros en 2005. Le ministère des finances, le ministère de la santé et le ministère de l'agriculture travaillent à des solutions. Des mesures adaptées sont prévues dans le PLFSS pour assurer au régime un niveau de trésorerie satisfaisant.

– L'évolution en 2005 de l'enveloppe « hôpital » de l'ONDAM fait encore l'objet de discussions. Le taux d'évolution sera probablement supérieur au taux de l'ONDAM, soit supérieur à 3,2 %, et proche de 3,6 %. Il y aura en tout état de cause parité entre public et privé.

– Le plan médicament doit permettre d'effectuer 2,3 milliards d'euros d'économie par an à partir de 2007 et 700 millions dès 2005. Les outils de ce plan sont les suivants : l'accélération et le développement des médicaments génériques grâce à l'accélération de l'inscription de nouvelles molécules au répertoire des génériques ; des objectifs quantifiés de parts de marché au bénéfice des génériques avec la possibilité de fixer des tarifs forfaitaires de remboursement en cas de non-réalisation ; l'adaptation de la taille du conditionnement des médicaments ; la maîtrise de la dépense du médicament à l'hôpital, avec la sortie de la réserve hospitalière et la réévaluation du niveau des prix des produits très innovants, cette sortie devant favoriser la coordination des soins entre la médecine de ville et l'hôpital ; l'importance des campagnes d'information sur le bon usage des médicaments et enfin la mise en place de la Haute autorité de santé, qui mettra au point des référentiels adaptés.

– S'agissant du FSV, il sera déficitaire de 1,2 milliard d'euros en 2005 en raison du détournement de recettes intervenu entre 2000 et 2002 visant à financer les 35 heures. L'ensemble du reliquat de la C3S lui sera affecté.

– La part des budgets hospitaliers des établissements publics financée par la tarification à l'activité sera portée à 20 % puis à 30 % suivant les résultats de l'évaluation. Ce pourcentage ne s'applique pas à la totalité des budgets hospitaliers mais seulement à la part pouvant être financée à l'activité, c'est-à-dire la médecine, la chirurgie et l'obstétrique. L'objectif de 100 % du budget en tarification à l'activité en 2012 concerne cette partie des budgets hospitaliers. Les soins de suite sont exclus de ce dispositif. Il reste à fixer le niveau adéquat des dotations finançant les missions d'intérêt général et les aides à la contractualisation (MIGAC). En tout état de cause, il serait inadapté de poser tout de suite un pourcentage définitif ; en Allemagne cette proportion se situe à hauteur de 50 %.

– La psychiatrie est hors du champ de la tarification à l'activité. Des travaux sont actuellement menés mais le programme de médicalisation des systèmes d'information adapté à la psychiatrie est un outil inutilisable pour la tarification à l'activité. Le comité de pilotage va recevoir prochainement une instruction pour mesurer cette activité.

– En ce qui concerne le secteur privé, la tarification à l'activité sera appliquée au 1^{er} décembre 2004. Elle concernera 100 % des budgets mais son effet

est tempéré par un coefficient correcteur. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 comprend quelques points techniques destinés à aménager la procédure.

– La réforme du FCAATA est nécessaire en raison de l'augmentation spectaculaire du nombre de dossiers, de l'ordre de 10 000 personnes supplémentaires par an. En 2003, 25 000 personnes ont été indemnisées. Ce dispositif est financé par les contributions des entreprises. Le nombre d'allocataires du dispositif de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante ne cesse d'augmenter. Un financement de plus de 750 millions d'euros sera nécessaire en 2005. C'est pourquoi une contribution des employeurs qui ont exposé leurs salariés à l'amiante a été décidée. Elle est modulée en fonction de l'âge d'entrée dans le dispositif, son montant est plafonné à 2 millions d'euros et 2,3 % de la masse salariale, elle ne concerne pas les entreprises en difficulté et l'entreprise est exonérée du paiement pour le premier bénéficiaire.

– Le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante connaît une très forte montée en charge. Il faut tenir compte des conséquences importantes qu'ont eu deux arrêts du Conseil d'Etat sur le montant des indemnisations. Le gouvernement va inciter les partenaires sociaux à négocier sur les conditions d'indemnisation, une participation pérenne de l'Etat étant à envisager.

– S'agissant du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville, la CNAM a émis l'idée intéressante de substituer au mécanisme des crédits de paiement annuels une logique d'autorisations de programmes. La mise en œuvre éventuelle de cette proposition n'interviendrait qu'après le vote de la loi organique introduisant la notion de pluriannualité dans le financement de la sécurité sociale.

– Concernant la soulte versée par les entreprises bénéficiaires du régime de retraite des industries électriques et gazières au régime général, il fallait effectuer un choix entre la seule comptabilisation de droits passés et une méthode prospective. C'est cette dernière qui a été retenue par le gouvernement sur la proposition des partenaires sociaux. Cette solution garantit la neutralité de l'adossement au régime général ainsi réalisé. L'accord définitif est en vue et il respectera un équilibre entre les intérêts du régime général et ceux des industries électriques et gazières. Le montant de la soulte, minoré d'un milliard d'euros car le régime général ne financera pas l'intégralité des droits, s'établit à 7 milliards d'euros. Il est heureux que le ministère des Finances ait entériné ce chiffrage qui garantit la neutralité de l'adossement. Enfin, une clause de rendez-vous n'est pas souhaitable car la mention d'un « versement libératoire » dans la loi sur les IEG correspond bien à un versement définitif. Les entreprises publiques ne doivent pas être soumises à ce type d'aléas. De même, il convient de dissiper toute ambiguïté sur la comptabilisation des intérêts de la soulte dans le texte.

– Sur la question des départs anticipés à la retraite dans la fonction publique, le ministre de la fonction publique a conduit une concertation qui a

abouti, le 18 juin dernier, à un relevé de conclusions fixant le cadre du dispositif à mettre en œuvre. Pour les carrières longues effectuées dans la fonction publique s'appliqueront les mêmes règles que pour le secteur privé. Cependant, à l'instar des autres dispositions spécifiques aux fonctionnaires dans la loi portant réforme des retraites, le dispositif relatif aux carrières longues connaîtra une montée en charge progressive, échelonnée jusqu'au 1^{er} janvier 2008. Il concernera 15 000 personnes dans un premier temps et 30 000 personnes au terme de la réforme. Le coût associé sera de 140 millions d'euros en 2005 pour les fonctionnaires de l'État et de 70 millions d'euros pour les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers gérés par la CNRACL.

– S'agissant du diagnostic de l'équilibre des régimes de retraites, la dégradation des comptes de la CNAV est imputable à l'entrée en vigueur immédiate de la mesure relative aux carrières longues. Les mesures structurelles contenues dans la loi portant réforme des retraites, comme l'augmentation de la durée de cotisation, porteront leurs fruits plus lentement. Au total, il n'est pas besoin, aujourd'hui, d'élargir l'assiette des cotisations ou d'affecter une nouvelle recette à la branche vieillesse. Aucun changement ne sera apporté aux principes essentiels du FSV. Quant au fonds de réserves pour les retraites, il disposera, à la fin de cette année, d'un peu plus de 19 milliards d'euros. La question reste posée d'une affectation de recettes supplémentaires à ce fonds. Les marges de manœuvre budgétaires empêchent tout abondement significatif ; le retour de la croissance devrait lever ce handicap. À l'heure où la procédure préparatoire à la délégation de gestion des actifs du fonds est terminée, le fait que le gouvernement ait choisi de confier au fonds la gestion de la soule des industries électriques et gazières témoigne de l'importance qu'il lui accorde.

– Les désignations nécessaires au fonctionnement du conseil de surveillance du FSV ne sont pas toutes intervenues à ce jour. Ce sera chose faite avant la fin de l'année.

– Le tableau de marche de l'application de la loi portant réforme des retraites est tout à fait satisfaisant puisque sur les 83 décrets prévus, 53 ont été publiés, 20 sont en cours de contreseing et les autres seront pris d'ici la fin de l'année. Quant aux décrets qui devaient mettre en œuvre des mesures applicables en 2004, ils ont tous été publiés à temps. Le décret relatif au cumul emploi retraite est en cours de contreseing et celui concernant la retraite progressive sera pris très bientôt.

– Des négociations intervenues récemment au sein du comité économique des produits de santé ont pu susciter un certain émoi parmi les associations. Personne n'a jamais entendu remettre en cause le remboursement des produits concernés. Toutefois, il n'est pas acceptable que les fabricants doublent soudainement le prix de produits déremboursés, le gouvernement se trouvant alors accusé de provoquer la baisse du taux moyen de prise en charge.

– Les mesures contenues dans la loi relative à l'assurance maladie dont l'entrée en vigueur est fixée au 1^{er} janvier 2005 seront applicables à cette date, en particulier la franchise d'1 euro et le dispositif du médecin traitant. La CNAM sera prête également au 1^{er} janvier prochain.

Mme Marie-Anne Montchamp, secrétaire d'État aux personnes handicapées, a rappelé que la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées a mis en place la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, organisé ses instances dirigeantes et prévu son financement pour l'année 2004. Il reste à construire son organisation pérenne. Les concertations menées sur ce point en juillet dernier, sur le fondement des conclusions du rapport de MM. Briet et Jamet et en partenariat avec le ministre délégué aux personnes âgées, sont achevées. Les mesures législatives nécessaires seront présentées dans le cadre de la deuxième lecture du projet de loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

La progression de la part de l'enveloppe de l'ONDAM médico-social pour les personnes handicapées est de 8,3 % en 2004 et l'effort de création de places se poursuit. En 2005, celui-ci mobilisera 190 millions d'euros, dont 110 millions pris en charge par la CNSA.

M. Hubert Falco, ministre délégué aux personnes âgées, a indiqué que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie a déjà versé 155 millions d'euros en faveur des personnes âgées pour le deuxième semestre de 2004. La croissance de l'enveloppe de l'ONDAM consacrée aux personnes âgées est plus forte que celle des autres enveloppes : 210 millions d'euros seront consacrés à la médicalisation des établissements d'hébergement. Ainsi, en cumulant financement direct et ONDAM, c'est un effort exceptionnel de plus de 420 millions d'euros qui est réalisé pour la mise en œuvre du plan « Vieillesse et solidarités » en 2005. Sur la période 1997-2002, la part de l'ONDAM destinée aux personnes âgées a progressé de 900 millions d'euros ; cette progression atteint 1,3 milliard d'euros entre 2002 et 2005, et la montée en charge du plan va se poursuivre. Cela représente une augmentation de plus de 11 % du total des crédits consacrés aux personnes âgées, soit un rythme trois fois supérieur à la croissance de l'ONDAM global. L'effort consolidé en faveur des personnes âgées atteindra 4,2 milliards d'euros en 2005.

Mme Marie-Josée Roig, ministre de la famille et de l'enfance, a apporté les réponses suivantes aux différents intervenants :

– L'entretien de santé destiné aux enfants scolarisés en classe de 5^e concerne 750 000 enfants. L'implication des médecins libéraux, à côté des 2 000 médecins scolaires, est nécessaire. Elle est d'ailleurs prévue par la loi du 6 mars 2002 portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie, qui a créé les instruments

des contrats de santé publique. Dans tous les cas cependant, les médecins scolaires seront associés au suivi médical des enfants ; par exemple, les éventuelles pathologies diagnostiquées leur seront communiquées.

– Chacun peut être rassuré sur l'évolution des prestations familiales : les allocations sous conditions de ressources (allocation pour jeune enfant, allocation d'adoption, allocation de rentrée scolaire, aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée, allocation pour garde d'enfant à domicile) ne seront pas diminuées l'an prochain et le bénéfice des abattements fiscaux existants sera conservé.

– S'agissant des crèches, le financement continuera à en être assuré, comme auparavant, par la CNAF et par les communes ; la mise en œuvre du « plan crèches » sera poursuivie.

– Les nouvelles cotisations afférentes aux assistantes maternelles seront intégralement prises en charge par la branche famille, pour un coût global de 50 millions d'euros.

– En matière de réforme du fonds spécial de l'Union nationale des associations familiales, le gouvernement a instauré, en réponse aux observations qui ont été formulées par la Cour des comptes, des règles de financement plus claires. En outre, le rythme de progression des engagements est appelé à diminuer et à répondre à des objectifs prédéfinis.

– Le thème des enfants pauvres sera au cœur de la conférence de la famille de 2005, qui sera consacrée aux familles fragilisées.

– Le coût d'une adoption à l'étranger s'établit à 12 000 euros en moyenne.

M. Jean-Marie Le Guen a souhaité qu'à l'avenir le PLFSS soit présenté successivement devant la commission des affaires culturelles, familiales et sociales et celle des finances, de l'économie générale et du plan au cours de deux réunions distinctes. Concernant le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, l'autosatisfaction du gouvernement est inversement proportionnelle à la situation financière des comptes sociaux. Devant les déficits affichés par toutes les branches de la sécurité sociale ainsi que par le FFIPSA, la CNRACL, la CANAM et le FSV, pour un total de 12 milliards d'euros, davantage de gravité et d'humilité sont de mise. Il est également paradoxal de constater qu'au moment où la protection sociale recule, les prélèvements sociaux augmentent de 6,5 milliards d'euros.

L'application de la réforme des retraites appelle, hormis la question de la parution effective des décrets, deux remarques essentielles. En premier lieu, la soule versée par les industries électriques et gazières ne doit pas aboutir à faire des salariés inscrits au régime général les victimes des arbitrages internes à l'État. En second lieu, la réforme des pensions de réversion nécessite des engagements

plus fermes de la part du gouvernement. Le décret incriminé engage, en effet, le gouvernement qui l'a pris. Celui-ci doit non seulement mener une expertise sociale mais aussi définir une ligne politique.

Dans le champ des allocations familiales, une série de décrets publiés depuis le printemps dernier aboutit à des limitations de droits, au moment même où le projet de loi de finances pour 2005 comporte des déductions fiscales au titre de la politique familiale. Le gouvernement diminue donc les prestations sous conditions de ressources perçues par les classes moyennes et propose au bénéfice des classes les plus favorisées des allègements fiscaux.

Concernant l'assurance maladie, dans la perspective de la réforme de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, de quelles projections dispose-t-on en ce qui concerne l'évolution des différentes enveloppes de l'ONDAM ? La fixation de la norme de progression de l'ONDAM à 3,2 %, ou plutôt à 3,8 % compte tenu de l'application de la franchise d'1 euro, présuppose une action très volontariste en matière de maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Or, les doutes exprimés en juillet dernier par l'opposition sur cet aspect de la réforme de l'assurance maladie n'ont pas été levés. Les déficits ne reculent qu'en raison de la hausse des prélèvements et la dette sociale risque fort de peser plus lourdement encore sur les générations futures. Par ailleurs, certaines dépenses annoncées ne figurent pas explicitement dans le projet de loi de financement. Par exemple, la réforme de la classification commune des actes médicaux, censée coûter 180 millions d'euros selon la CNAM et 250 millions d'euros selon les experts les plus modérés, est-elle prise en compte dans l'ONDAM 2005 ? Les revendications latentes de revalorisation d'honoraires de nombreuses professions médicales telles que la fixation du C à 22 euros, le sont-elles également ? *Quid* des 150 millions d'euros du plan en faveur de la chirurgie libérale ? Quant au plan de lutte contre la maladie d'Alzheimer, quelle est son imputation financière ? Quel progrès constitue-t-il par rapport au plan lancé par M. Bernard Kouchner puis supprimé par M. Jean-François Mattei ? Au total, on peut estimer les différentes annonces précitées à 1 milliard d'euros supplémentaires par rapport à l'évolution spontanée de l'ONDAM.

Enfin, deux questions se posent dans le domaine de la santé publique. Premièrement, le plan d'urgence du gouvernement pour lutter contre la grippe aviaire mériterait d'être détaillé, notamment sur le plan budgétaire. Deuxièmement, des éclaircissements s'imposent quant à l'attitude que le ministre de la santé et de la protection sociale entend adopter face à l'amendement de la majorité sénatoriale qui propose un démembrement de la loi Evin, alors que le même ministre avait garanti, cet été, au cours des débats sur le projet de loi relatif à la politique de santé publique, que la loi Evin ne serait pas remise en cause.

M. Jean-Luc Prél a constaté qu'après la réforme d'ampleur de l'assurance maladie de cet été, le projet de loi de financement de la sécurité sociale

pour 2005 comporte peu de dispositions. Le rapport annexé est très succinct. Le projet n'en appelle pas moins certaines précisions.

– L'article majeur du projet de loi est celui consacré à l'ONDAM, qui est fixé à 134,9 milliards d'euros pour 2005 contre 131 milliards d'euros pour 2004. Le taux d'évolution affiché de l'ONDAM de 3,2 % est-il calculé à partir d'un ONDAM rebasé ? Si oui, ce taux devrait alors être plus proche de 2,9 %.

– Il est dommage que l'ONDAM ne soit pas encore défini selon des critères médicaux, comme l'a préconisé un rapport de M. Alain Coulomb.

– Si l'objectif d'évolution des dépenses ne semble guère réaliste, il souligne le caractère volontariste de la politique du gouvernement. La maîtrise médicalisée des dépenses de santé est aujourd'hui un impératif. Or la loi réformant l'assurance maladie a prévu qu'un comité d'alerte aviserait les pouvoirs publics lorsque la dérive des dépenses serait supérieure de 0,75 % à l'objectif fixé afin que des mesures soient prises pour freiner l'augmentation des dépenses. En quoi le dispositif se différencie-t-il d'une maîtrise comptable des dépenses de santé ?

– Quelle est la répartition de l'ONDAM hospitalier ? Quelle sera la part, cette année, du budget des hôpitaux publics financée sur la base de la tarification par activité ? S'agissant des hôpitaux sous-dotés et qui doivent procéder à des reports de charges, une enveloppe de 300 millions d'euros leur a été attribuée. Sera-t-elle suffisante ?

– S'agissant de la médecine de ville, la modernisation de la classification commune des actes médicaux (CCAM) fait l'objet de nombreuses attentes. Quand sera-t-elle mise en place ? Quelle enveloppe supplémentaire nécessitera-t-elle ? Quel financement supplémentaire exige la revalorisation des actes chirurgicaux ? Où en est-on dans la mise en place du dossier médical personnel, s'agissant notamment de la rédaction du cahier des charges et du choix des hébergeurs ?

– Concernant la branche vieillesse, les modifications proposées par le décret d'août 2004 relatif au calcul des pensions de réversion ont suscité de vives inquiétudes. Or, il ne faisait que retranscrire très exactement les dispositions législatives votées par le Parlement, dont le groupe UDF avait d'ailleurs, lors des débats parlementaires, souligné les conséquences discutables. Cette disposition de la réforme des retraites consiste en effet à transformer la pension de réversion en allocation différentielle et à apprécier chaque année le montant des ressources de la personne concernée. Un décret ne pouvant changer la loi, une modification législative est-elle prévue ?

M. Marc Bernier a rappelé que le taux de réponse des femmes pour le dépistage du cancer du sein n'est que de 38 %. Cependant, le dispositif monte en charge et 98 départements sont aujourd'hui concernés. Il conviendrait de mieux informer les femmes, au besoin par l'intermédiaire des caisses primaires d'assurance maladie, et de développer l'information statistique sur les résultats du

dépistage individuel. C'est un sujet important car de nombreuses femmes, en particulier dans les milieux aux revenus modestes, n'effectuent pas les examens nécessaires.

Mme Danièle Hoffman-Rispal a souhaité obtenir des précisions sur les financements en faveur des personnes âgées dépendantes et sur les compétences de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Une seconde loi sera-t-elle nécessaire ? Les recommandations du rapport de MM. Briet et Jamet seront-elles suivies et des dépenses transférées aux départements ? L'augmentation des dépenses en faveur des personnes dépendantes annoncée par le ministre délégué aux personnes âgées sera-t-elle prise en charge par la CNSA ou par l'ONDAM ?

En outre, sur quel budget le plan Alzheimer sera-t-il financé ? Au-delà de la création de centres destinés à accueillir ces malades, des aides pour solvabiliser la demande des familles et les aider à faire face aux dépenses seraient nécessaires.

Après avoir félicité les ministres pour le doublement prévu de la prime d'adoption, **M. Pierre-Christophe Baguet** a regretté que 60 % des avantages familiaux financés par le FSV soient toujours pris en charge par la CNAF. S'agissant du Fonds d'investissement pour la petite enfance (FIPE), créé par Mme Ségolène Royal, la consommation des crédits montre son utilité. Quelle sera son évolution ? Une évolution vers la départementalisation ou la régionalisation est-elle envisageable ? S'agissant des aides aux crèches privées, dans quelle mesure est-il possible de subordonner l'aide de l'État à l'application des tarifs de la CNAF ? S'agissant des déductions d'impôts pour les emplois à domicile, il conviendrait de « familiariser » le dispositif.

M. Georges Colombier, rapporteur pour la branche vieillesse, a souhaité connaître la date de mise en place du groupement d'intérêt public d'information sur les retraites.

M. Xavier Bertrand, secrétaire d'Etat à l'assurance maladie, a souligné que la progression proposée de l'ONDAM était ambitieuse mais réaliste. Il importe d'y réintégrer l'effet de la contribution forfaitaire et de l'augmentation du forfait journalier. S'agissant de la question d'un éventuel dépassement de l'ONDAM, du rôle du comité d'alerte et des mesures de redressement, il faut garder en tête le texte et l'esprit de la loi relative à l'assurance maladie. Il reviendra aux régimes de l'assurance maladie de prendre les mesures nécessaires pour mettre fin au dépassement. L'Etat n'a pas à anticiper sur leurs décisions, il n'est que le garant de l'assurance maladie. En outre, il faut éviter toute caricature : il est évident que s'il y a une épidémie, on ne fermera pas les cabinets médicaux brutalement en octobre pour faire face à l'augmentation des dépenses d'assurance maladie. Le gouvernement réfute la maîtrise comptable : il n'y croit pas, il n'en veut pas, elle ne marche pas.

M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale, a estimé que le gouvernement ne fait pas preuve d'autosatisfaction. La protection sociale ne diminue pas en France puisque les dépenses qui lui sont consacrées représentent pour la première fois 30 % du PIB en 2003. Les prélèvements sociaux sont en hausse.

S'agissant de l'ONDAM, sans les effets de la réforme de l'assurance maladie, l'évolution tendancielle de l'ONDAM serait de 5,5 %. Grâce à cette réforme, cette augmentation est ramenée à 3,2 % en 2005. En effet, la maîtrise médicalisée des dépenses et le meilleur contrôle des dépenses d'indemnités journalières devraient permettre d'économiser respectivement 1 milliard et 300 millions d'euros. Le plan médicament conduit à des économies de 700 millions et la modernisation de la gestion hospitalière y contribuera pour 200 millions d'euros. La contribution de 1 euro et l'augmentation du forfait hospitalier permettront une économie de 750 millions d'euros. Par ailleurs, en raison de la décentralisation du financement des écoles d'infirmiers en 2005, 175 millions d'euros ont été retirés du montant de l'ONDAM 2004 rebasé, ce qui permet d'aboutir à une progression de 3,2 %, qui finance toutes les mesures nouvelles annoncées.

S'agissant des pensions de réversion, la réforme votée en 2003 comprend cinq éléments : la condition de durée de mariage a été supprimée, les limitations de cumul entre droits propres et droits dérivés ont été supprimées, une condition d'âge a été fixée, le respect des conditions de ressources est évalué annuellement, la réforme concerne les seules pensions liquidées après le 1^{er} juillet 2004. L'objectif était d'intégrer dans le dispositif 200 000 à 300 000 veufs et veuves supplémentaires. Le projet de décret d'août 2004 devait mettre en œuvre cette réforme mais il a suscité des inquiétudes. Le gouvernement a donc décidé d'en suspendre l'application. Une étude a été demandée le 24 septembre dernier au Conseil d'orientation des retraites, qui rendra ses conclusions fin novembre.

– L'ONDAM sera respecté en 2005 grâce à la mise en œuvre des mesures de maîtrise médicalisée. L'équilibre de l'assurance maladie ne sera pas recherché, comme lorsque Mme Martine Aubry était ministre des affaires sociales, par une croissance des recettes mais par le respect de l'évolution des dépenses. C'est au vu de la pente des dépenses des régimes de l'assurance maladie que le succès de la réforme sera constaté et non au vu d'un rétablissement de l'équilibre éventuellement conjoncturel.

– On ne peut pas dire que les mesures sociales du gouvernement concerneraient les riches. C'est sous l'égide du gouvernement actuel que le SMIC a été augmenté de 17 %.

– Concernant l'éventuelle modification de la loi Evin, le ministre de la santé sera bien le garant de la santé publique et fera tout pour maintenir les dispositions de la loi Evin.

– L'objectif de la montée en puissance de la tarification à l'activité est de l'ordre de 20 à 30 % des budgets hospitaliers.

– La classification commune des actes médicaux (CCAM) fait actuellement l'objet de négociations entre les professionnels de santé et l'assurance maladie.

– Un séminaire sera organisé, mi-octobre, sur l'architecture du dossier médical personnel. Des négociations seront ensuite engagées avec les représentants des professionnels de santé.

– Selon une évaluation de la direction de la comptabilité publique, les reports de charge des hôpitaux s'élèvent à 240 millions d'euros ; 300 millions d'euros supplémentaires ont été attribués aux établissements pour faciliter leur passage à la tarification à l'activité et les aider à améliorer leur situation financière. Des contrats de retour à l'équilibre sont conclus entre les établissements et les agences régionales de l'hospitalisation et un bilan de la situation financière des hôpitaux sera réalisé avec le concours de la FHF début 2005.

M. Hubert Falco, ministre délégué aux personnes âgées, a indiqué que les dix mesures de lutte contre la maladie d'Alzheimer seront financées, d'une part, par le plan « vieillissement et personnes âgées » et, d'autre part, par la CNSA à hauteur de 80 millions d'euros. L'ONDAM personnes âgées augmente bien de 11,4 % en 2005, 210 millions d'euros de moyens nouveaux étant financés par l'assurance maladie et la même somme par la CNSA.

Mme Marie-Anne Montchamp, secrétaire d'Etat aux personnes handicapées, a rappelé que de longues consultations ont été menées à la demande des associations concernées sur la définition du droit à compensation collective et individuelle en faveur des personnes handicapées. La deuxième lecture du projet de loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées devrait concrétiser les avancées intervenues et le volet institutionnel du plan, comme le programme de création de places dans les établissements, seront mis en œuvre le plus rapidement possible.

Mme Marie-Josée Roig, ministre de la famille et de l'enfance, a apporté les précisions suivantes :

– L'augmentation du plafond de la déduction d'impôts pour garde d'enfant n'est pas un cadeau pour les plus favorisés car cette mesure vise essentiellement les familles aux revenus médians. En outre, il ne s'agit pas de financer des solutions de confort mais de solvabiliser la prise en charge indispensable de personnes en perte d'autonomie du fait de l'âge ou du handicap qui représentent 70 % des publics visés.

– Le FIPE a été remplacé par le plan crèches qui permet de financer des projets dans le cadre de l’avenant à la convention d’objectifs et de gestion avec la CNAF signé ce printemps afin de gérer la demande au plus près du terrain.

– Les crèches privées peuvent bénéficier de financements de la CNAF si elles en appliquent le barème.

– La « familialisation » de la déduction d’impôts pour frais de garde serait effectivement une décision opportune.

II.- EXAMEN DU RAPPORT

La commission a examiné le rapport de **M. Bernard Perrut** pour les recettes et l'équilibre général au cours de sa séance du mardi 19 octobre 2004.

Un débat a suivi l'exposé du rapporteur.

M. Jean-Luc Prével a rappelé que ce texte intervient dans un contexte particulier puisqu'il fait suite à la loi de santé publique et à la réforme aussi incomplète qu'insatisfaisante de l'assurance maladie intervenue cet été. Il s'agit d'un projet très succinct, en particulier en ce qui concerne la santé. Le rapport annexé est très ramassé et ne comporte pas une ligne sur l'hôpital, la démographie médicale ou la permanence des soins. Le groupe UDF déposera donc des amendements pour améliorer un texte dans lequel le gouvernement devrait exposer ses projets pour la santé du pays.

L'ONDAM 2004 a été dépassé, comme cela avait d'ailleurs été annoncé par le groupe UDF. L'article relatif à l'ONDAM est la disposition phare du tout projet de loi de financement de la sécurité sociale : l'ONDAM 2005 atteint 134,9 milliards d'euros, contre 131 en 2004. Ce taux de croissance de 2,9 %, très volontariste, demeure calculé sur une base économique et non sur une base médicale, comme cela devrait être le cas et comme l'a préconisé le rapport de M. Alain Coulomb. Il est donc probable qu'il ne sera pas davantage respecté que les ONDAM précédents, ce qui sera particulièrement dommageable, 2005 étant la première année suivant la réforme de l'assurance maladie. Le gouvernement a pris l'engagement de la maîtrise médicalisée, ce qui devrait passer par le calcul d'un ONDAM réaliste fondé sur des bases médicales. Or, l'instauration d'un comité d'alerte chargé de proposer des mesures d'urgence en cas de dépassement de l'ONDAM de 0,75 % s'inscrit à l'évidence dans le cadre de la maîtrise comptable. M. Xavier Bertrand, secrétaire d'Etat à l'assurance maladie, a déclaré lors de son audition par la commission que cette alerte ne concernera que les caisses : cette analyse ne résistera pas face à la propension de tout gouvernement à arbitrer ce genre de situation.

La tendance naturelle de croissance des dépenses d'assurance maladie, de l'ordre de 5 à 6 % par an, ne sera que très peu endiguée par le plan d'économies. L'annonce de ce plan a permis un infléchissement mais il ne sera pas durable. On peut également être très sceptique sur les effets de la maîtrise médicalisée en termes d'économies. Il faudrait que le dossier médical personnel soit mis en place immédiatement pour arriver aux chiffres annoncés. Dans le domaine du médicament, les économies prévues de 700 millions d'euros seront menacées par l'arrivée de nouvelles molécules plus coûteuses.

De multiples questions se posent. Comment le seul regroupement des achats des hôpitaux permettra-t-il d'économiser 200 millions d'euros ? Quant à la contribution forfaitaire, faut-il la classer comme recette nouvelle ou comme atténuation de dépense ? Les mesures nouvelles annoncées sont-elles intégrées à l'ONDAM 2005 ? En particulier, comment le financement de la nouvelle classification commune des actes médicaux (CCAM technique), qui selon les syndicats médicaux exigerait 340 millions d'euros, et la revalorisation des astreintes médicales et chirurgicales sont pris en compte dans l'ONDAM 2005 ? Au sein même de l'ONDAM, quels seront les montants des différentes enveloppes, en particulier de l'enveloppe destinée au secteur médico-social ?

Les hôpitaux connaissent d'importants reports de charge. M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale, a annoncé une aide d'un montant insuffisant et dont le caractère non reconductible ne résoudra pas les difficultés des établissements en 2005. Les besoins ont été évalués par le ministre à 300 millions d'euros alors qu'une évaluation de la Fédération hospitalière de France (FHF) l'estime à 776 millions d'euros. Quelle sera la proportion du budget des hôpitaux publics financés par la tarification à l'activité en 2005 ?

En ce qui concerne la retraite des industries électriques et gazières, l'UDF avait préconisé l'extinction des régimes spéciaux lors de la discussion relative à la réforme des retraites. Le maintien de ces avantages importants conduit aujourd'hui l'Etat, qui a décidé d'ouvrir le capital d'EDF, à demander la prise en charge des droits à la retraite des salariés des IEG grâce à un adossement au régime général. Une soulte sera donc versée : son montant atteindra peut-être 9 milliards d'euros si les avantages familiaux sont pris en compte. Son coût sera supporté soit par les consommateurs, par le biais d'une taxe supplémentaire sur les transports, soit, si la soulte est insuffisante, par les salariés du privé. De toutes les façons, les fonds propres d'EDF vont disparaître, ce qui conduira inmanquablement le contribuable à devoir les abonder, comme l'a montré le précédent de France Telecom. Les régimes AGIRC et ARRCO et le régime-chapeau doivent en outre être pris en compte dans la réflexion.

Par ailleurs, la réforme des retraites a deux conséquences néfastes sur l'assurance veuvage des jeunes veuves et sur les pensions de réversion. En matière d'assurance veuvage, si la femme épouse un homme de son âge, et si cet homme meurt prématurément, la décote sera telle que la retraite du conjoint survivant sera très modeste. La solution du RMI, avancée par le ministre, n'est guère satisfaisante. La pension de réversion, dans l'esprit des gens, est le produit des contributions du conjoint, la veuve recevant un pourcentage de la prestation du conjoint. La loi portant réforme des retraites, malgré les amendements déposés par le groupe UDF, a transformé ce droit contributif en une allocation différentielle. Aujourd'hui, la suspension du décret d'application d'une mesure législative n'est pas la mesure adaptée. Il est nécessaire de modifier la loi sur ce point.

Enfin, le financement de la majoration de pension de retraite en fonction du nombre d'enfants par un transfert de la branche famille vers le Fonds de solidarité vieillesse constitue un véritable « hold-up » dénoncé à plusieurs reprises. Les fonds de la branche famille doivent être consacrés à la politique familiale.

Le président Jean-Michel Dubernard a salué l'enthousiasme des propos tenus par M. Jean-Luc Prével, en s'interrogeant sur la possibilité même de formuler de nouvelles critiques après une telle intervention.

M. Jean-Marie Le Guen a tout d'abord fait observer qu'il ne cherchait pas en l'occurrence à s'individualiser, puisque certaines critiques semblent faire l'unanimité, et en particulier le fait que personne ne croit aujourd'hui sérieusement à l'ONDAM.

Il est en effet évident que ni les objectifs de dépenses, ni les prévisions de recettes du projet de loi ne sont réalistes, *a fortiori* dans le contexte actuel. Les conditions dans lesquelles s'engagent les négociations conventionnelles sont à cet égard particulièrement inquiétantes, dans la mesure où la nomination de l'ancien directeur de cabinet du ministre de la santé au poste de directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), et ce avant même que ses modalités de fonctionnement n'aient été définies, ne peut que semer le doute sur l'autonomie et les moyens de cette institution. En réalité, la gouvernance de l'assurance maladie paraît mal engagée et le gouvernement ne semble pas se donner les moyens pour que la négociation soit réellement équilibrée avec les partenaires conventionnels.

Certes, le caractère peu crédible de l'ONDAM est une critique récurrente, mais aujourd'hui la situation financière est en quelque sorte inimaginable, car tous les comptes sociaux sont aujourd'hui en déficit : l'assurance maladie, mais également l'assurance vieillesse, les allocations familiales, le Fonds de solidarité vieillesse (FSV), le Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FIPSA), la Caisse nationale de retraite des agents de collectivités locales (CNRACL)... Si la croissance n'est pas atone et que les fondamentaux sont plutôt bons, comme l'affirme le gouvernement, celui-ci a manifestement décidé de plonger durablement les régimes sociaux « dans le rouge », ce qui emporte des conséquences très lourdes pour ces régimes.

Concernant les autres dispositions de ce projet de loi, qui est en définitive resserré, comme « tétanisé » devant la situation actuelle, il est tout d'abord symptomatique que celui-ci ait été qualifié d'ambitieux mais réaliste, car ce sont les termes que l'on emploie bien souvent habituellement pour désigner un texte dépourvu de mesures concrètes.

Quant aux mesures concernant les industries électriques et gazières, il est essentiel, lorsque l'on décide de mettre en œuvre une politique de privatisation, de veiller à ce qu'elle soit loyale tant vis-à-vis du budget de l'Etat que des régimes sociaux et des salariés concernés, et ce d'autant plus que beaucoup de promesses

leur ont été faites à ce sujet. Or, s'il est vrai qu'après moult tergiversations, la position du gouvernement a évolué concernant la détermination du montant de la soulte, il reste que la caisse de retraite des travailleurs salariés a risqué d'être sérieusement lésée par les dispositions de ce projet de loi.

Concernant la politique familiale, le discours du gouvernement est connu : ce qui ne se fait pas dans la loi de financement de la sécurité sociale, pour les familles en situation de précarité, se fait dans la loi de finances, à travers des mesures en faveur des familles aisées. Il s'agit là d'éléments très démonstratifs quant à la réorientation en cours des mécanismes de transferts sociaux.

Sans préjuger excessivement des évolutions à venir, l'ensemble de ces observations ne peut donc *a priori* que conduire au rejet de ce projet de loi.

M. Gérard Bapt a pour sa part souhaité obtenir des précisions concernant le plan médicament, et en particulier sur les 50 millions d'euros d'économies escomptés de la baisse des tarifs de certains dispositifs médicaux. Plusieurs associations, et notamment celles représentant les personnes diabétiques, se sont inquiétées des propositions de baisses drastiques des taux de remboursement de certains dispositifs, qui concernent également les soins palliatifs et d'hospitalisation à domicile. Or il semblerait que ce plan d'économies soit finalement reporté à juin 2005. Qu'advient-il alors de l'objectif annoncé de 50 millions d'euros d'économies ?

Mme Martine Billard a regretté que l'ONDAM ne se décline, une fois encore, que de manière comptable, alors que de nombreux textes sont intervenus récemment dans le domaine de la santé, en particulier la loi relative à la politique de santé publique et le plan santé-environnement. Pourquoi n'arrive-t-on pas dès lors à fixer des objectifs médicalisés pour l'ONDAM ?

Concernant les dépenses de médicaments, il serait intéressant de disposer d'une étude sur les conséquences financières du retrait du marché du Vioxx : va-t-il se traduire par des économies ou, au contraire, par un transfert des prescriptions sur des médicaments aussi coûteux ? Il conviendrait par ailleurs de tirer les leçons de cet incident très grave, car il paraît extraordinaire que la mise sur le marché d'un médicament, au reste très coûteux par rapport à d'autres anti-inflammatoires, ait pu être autorisée, alors qu'il comportait des risques d'effets secondaires importants.

Concernant l'article 12 relatif aux enseignants et aux documentalistes des établissements privés sous contrat, il semble que la charge de leur complémentaire maladie soit désormais transférée sur le budget de l'Etat : dispose-t-on d'une estimation du coût de cette mesure ? Par ailleurs, ce projet de loi semble créer de nouvelles inégalités entre les salariés du secteur public et du secteur privé, concernant notamment l'âge du départ à la retraite. Enfin qu'en est-il des modalités d'indemnisation des fonctionnaires et des ouvriers d'Etat qui ont été victimes de l'amiante ?

Mme Paulette Guinchard-Kunstler a souhaité savoir si des négociations ont été engagées concernant le problème de la pénibilité du travail, tout en déplorant le manque d'études et la difficulté d'obtenir des informations précises sur les professions les plus exposées.

Concernant la CNSA, il serait utile de clarifier les flux financiers qui existeront entre la CNSA, les autres organismes de protection sociale et les départements pour financer les prestations liées à la perte d'autonomie de connaître l'articulation avec les mesures de l'ONDAM concernant les personnes âgées. Quelles seront les suites données aux préconisations du rapport Raoul Briet-Pierre Jamet relatives aux nouvelles missions de la CNSA et les relations avec les organismes de sécurité sociale et les départements dans la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées ?

M. René Couanau a relevé que chaque projet de loi de financement de la sécurité sociale donne lieu à un débat relativement convenu sur l'ensemble de la politique sociale. Celui-ci ne mérite donc ni excès de faveur ni excès d'indignité car il ne résume pas la totalité des orientations du gouvernement en matière de protection sociale. De plus, certaines réformes ne peuvent être évaluées qu'après un certain temps d'application. La majorité est bien consciente des préoccupations exprimées par certains, par exemple sur l'évolution des dépenses hospitalières ou encore sur la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) qui doit faire l'objet d'évaluations avant sa généralisation ; sa mise en œuvre ne peut se faire sans rupture avec les pratiques traditionnelles.

La réforme des pensions de réversion a également suscité un émoi compréhensible. La loi votée n'a jamais voulu faire des pensions de réversion une allocation différentielle et, si le passage à la « moulinette » réglementaire n'est pas le seul responsable de cette vision déformée de la volonté du législateur, si la rédaction de la loi est en cause, il faudra la changer.

On peut partager les interrogations de Mme Paulette Guinchard-Kunstler sur la cohérence entre politique sanitaire de santé et politique sociale en faveur des personnes âgées, qui devraient être étroitement liées alors que le vieillissement de la population est pour notre pays un facteur sociologique de première importance. La vieillesse n'est pas une maladie mais elle ne peut être abordée en dehors de la politique de santé.

Quant à la branche famille, il convient d'éviter de caricaturer l'action menée par le gouvernement qui ne peut se résumer à des mesures défavorables pour les familles alors que des pans entiers de cette politique n'ont pas été évoqués comme par exemple les mesures fiscales très importantes pour compenser les surcoûts liés à l'éducation des enfants

M. Bertho Audifax a souhaité que l'on fasse preuve d'un peu plus d'humilité dans ce débat. Ce projet de loi de financement de la sécurité sociale n'a pas vocation à être un texte d'ensemble sur la santé. Deux points, qui sont

d'ailleurs liés, apparaissent comme essentiels : l'évaluation des politiques de santé et la maîtrise des dépenses. S'agissant de l'évaluation des pratiques médicales, il faudra déterminer si elles relèvent des professionnels ou des caisses d'assurance maladie. La réponse à ces questions aura un impact sur la capacité à maîtriser les évolutions de l'ONDAM. A propos du Vioxx, il faut bien répéter qu'il est impossible d'affirmer qu'un médicament est définitivement dépourvu de tout effet secondaire, ces effets pouvant apparaître quinze ou vingt ans après son introduction. Cette spécialité a constitué un réel progrès pour les malades et les effets secondaires, qui se sont révélés longtemps après sa mise en circulation, étaient impossibles à prévoir.

En réponse aux intervenants, **M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, a apporté les précisions suivantes :

– L'ONDAM pour 2005 est fixé à 134,9 milliards d'euros. Le taux de croissance de 3,2 % devrait être atteint à partir d'une croissance tendancielle de 5,5 % grâce, notamment, aux économies générées par la maîtrise médicalisée des dépenses (à hauteur de 0,9 %), par la réduction des dépenses relatives aux indemnités journalières (- 0,3 %) et des dépenses relatives à la consommation des médicaments (- 0,6 %). La réussite de ces efforts de maîtrise médicalisée dépend étroitement d'un changement de comportement de tous les acteurs.

– Les préoccupations exprimées par les membres du groupe socialiste en matière de respect de l'ONDAM ou de la réussite des négociations conventionnelles ne sont pas fondées. Elles sont en outre à comparer avec le bilan de la précédente législature en la matière, l'ONDAM ayant connu des dépassements très importants. Il faut faire confiance aux acteurs du système : il s'agit d'un engagement du gouvernement.

– Il semble qu'une éventuelle décision relative aux conditions de remboursement de produits destinés aux malades atteints de diabète est reportée dans l'attente de la mise en place de la Haute autorité de santé. Quant au Vioxx, comme cela a été précédemment souligné, un médicament n'est jamais inoffensif. Ce n'est pas la première fois qu'un médicament est retiré parce qu'il a des effets secondaires qui étaient imprévisibles. Le principe de précaution a été appliqué s'agissant d'un médicament qui pourrait causer des infarctus, alors même qu'aucun incident n'a été mentionné lors des expérimentations. Il y a quelques années, un produit amaigrissant a fait l'objet d'une décision similaire en raison de ses effets en matière d'hypertension pulmonaire.

– La mise en place de la tarification hospitalière à l'activité se fera de façon progressive jusqu'en 2012. Des expérimentations et des simulations ont été menées. La proportion du budget des hôpitaux publics financée par la tarification à l'activité en 2005 s'établira entre 20 et 25 %.

M. Bernard Perrut, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a précisé que la CNAM bénéficierait d'un apport total supplémentaire en provenance de la CNSA de 480 millions d'euros, soit 365 millions d'euros au bénéfice des personnes âgées et 114 millions d'euros au bénéfice des personnes handicapées. L'article 3 du projet de loi de financement de la sécurité sociale confère une réelle portée juridique à ces versements.

Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille, a convenu que l'unanimité s'est faite sur la nécessité de revoir le système des pensions de réversion. On peut dire sans caricaturer que face aux familles qui ont vu leurs prestations réduites ou supprimées sans aucune forme de compensation fiscale, le gouvernement multiplie les avantages fiscaux et les aides au profit des familles aisées. Ainsi 40 000 familles ont été privées de l'allocation de parent isolé (API) à la suite d'une erreur technique, sans oublier les restrictions pour de nombreuses familles qui figurent dans d'autres budgets, tel que celui de la jeunesse et des sports.

M. Georges Colombier, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a précisé que la création de la contribution tarifaire serait neutre pour le consommateur puisque cette taxe sur l'utilisation des réseaux de transport et de distribution du gaz et de l'électricité se substituera à une charge actuellement intégrée dans les tarifs d'utilisation de ces réseaux, qui sont arrêtés par le ministre sur proposition de la Commission de régulation de l'énergie de manière à couvrir les charges liées aux activités de transport et de distribution. La charge actuelle qui disparaîtra correspond à la couverture des charges de retraites du régime spécial des personnels des entreprises.

Par ailleurs, les interrogations et les inquiétudes qui se sont manifestées à propos du mode de calcul de la pension de réversion ont été prises en compte par le gouvernement. M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale, a demandé au Comité d'orientation des retraites de lui remettre prochainement une évaluation des dispositifs résultant des nouveaux décrets. Le 24 puis le 28 septembre 2004, le Premier ministre a annoncé que des instructions ont été données aux caisses d'assurance vieillesse afin qu'elles calculent les pensions de réversion sur la base de la réglementation antérieure. Les décrets sont donc suspendus et les pensions de réversion restent calculées selon le dispositif antérieur à la loi du 21 août 2003 jusqu'à l'adoption de nouvelles mesures.

S'agissant du traitement de la pénibilité du travail, aucune démarche n'a été engagée en vue d'une négociation interprofessionnelle sur la définition et la prise en compte de la pénibilité, or l'aménagement des conditions de travail et la prise en compte de la pénibilité sont indissociables de la réforme des retraites. Les discussions doivent d'abord être interprofessionnelles avant de passer à des accords de branche qui permettront une mutualisation des dépenses. Les régimes d'assurance vieillesse ont un intérêt financier direct à la conclusion de ces accords compte tenu des montants importants consacrés au financement des pensions

d'invalidité et de toutes les pathologies ou accidents liés à la pénibilité des postes de travail.

Le régime de départ anticipé en retraite des fonctionnaires est calqué sur les conditions du régime général mis en place par la loi du 21 août 2003. Les facilités ainsi ouvertes aux fonctionnaires résultent d'une négociation conduite en 2003 et 2004 par le ministre de la fonction publique.

III.- EXAMEN DES ARTICLES

La commission a procédé à l'examen des articles du présent projet de loi au cours de ses séances des mardi 19 octobre 2004 et mercredi 20 octobre 2004.

TITRE I^{ER}

ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ SOCIALE

Article 1^{er}

Approbation du rapport annexé

En application du 1^o du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article permet au Parlement d'approuver les orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et les objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale. Ces orientations et ces objectifs sont définis dans le rapport qui est annexé au projet de loi de financement, en application de l'article L.O. 111-4 du même code.

Ce rapport aborde successivement : la politique de santé et d'assurance maladie, la branche accidents du travail, la branche famille et la branche vieillesse. On notera qu'à la différence du rapport de l'an dernier, le rapport annexé de cette année ne comporte pas de partie spécifiquement consacrée au financement et à l'équilibre de la sécurité sociale. Ce choix découle de l'importance de la réforme de l'assurance maladie opérée par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie sur l'équilibre de la sécurité sociale, à laquelle une large part de la première partie du rapport est consacrée.

A la différence des rapports annexés aux projets de lois de financement jusqu'en 2002 et à l'instar des rapports des deux années précédentes, ce rapport annexé énonce clairement les intentions du gouvernement, sans rappeler l'état de la situation présente ni dresser la liste des différents indicateurs sanitaires ou démographiques. Il permet ainsi véritablement au Parlement d'exprimer par un vote son accord sur ces orientations pour 2005.

Avec l'adoption de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, le Parlement dispose désormais d'objectifs quantifiés et de plans stratégiques qui fondent la politique de santé publique pour la période 2004-2008, ainsi que d'un ensemble d'indicateurs transversaux destinés à servir d'instrument de pilotage. Cette vision pluriannuelle des orientations du gouvernement en matière de santé publique, également perceptible dans les modalités du retour à l'équilibre de la branche maladie d'ici 2007, pourrait dans le cadre de la réforme projetée des lois de financement de la sécurité sociale être

étendue aux autres branches de la sécurité sociale. Le rapport annexé fournirait ainsi des informations relatives aux orientations de la sécurité sociale et de son équilibre pour l'année à venir mais également pour les suivantes.

*

(L'examen de l'article 1^{er} et du rapport annexé a été réservé jusqu'après l'article 35)

M. Jean-Luc Prél a regretté que le rapport annexé au projet de loi soit discuté après tous les articles alors qu'il est censé exposer les orientations de la politique du gouvernement en matière de protection sociale, en particulier en matière de santé. Le rapport de cette année est très succinct et ne comporte aucun élément précis sur la politique de santé publique, sur la prévention et sur les questions de démographie médicale. Il est donc indispensable de présenter des amendements pour permettre d'évoquer certaines questions non résolues par le présent projet de loi. A cet égard, le rapport annexé n'est pas du tout superfétatoire.

Le président Jean-Michel Dubernard a fait remarquer que ce projet de loi est particulier car il vient en aval de plusieurs textes qui ont traité des questions d'assurance maladie et de santé publique. Les amendements présentés doivent éviter de renouveler un débat qui a déjà eu lieu lors de la discussion des précédents textes. Cependant, certaines remarques exprimées sont tout à fait fondées et il est dommage que certains thèmes soient passés sous silence dans le rapport annexé.

M. Denis Jacquat a convenu du fait qu'il serait plus logique d'examiner le rapport annexé au début de la discussion du projet de loi, ce qui était d'ailleurs réclamé par l'actuelle majorité quand elle était dans l'opposition. Toutefois, même si les thèmes abordés sont très importants, de nombreux amendements présentés sur le rapport annexé ont déjà donné lieu à de nombreux débats et l'on peut donc aller plus vite. On peut d'ores et déjà remercier M. Jean-Luc Prél d'avoir déposé des amendements en nombre moindre que les années précédentes.

Tout en reconnaissant l'intérêt des amendements présentés, **M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, a fait remarquer qu'ils relèvent plutôt de la loi de santé publique ou du texte portant réforme de l'assurance maladie. Par ailleurs, la future loi organique relative aux lois de financement de sécurité sociale réglera certains problèmes évoqués ; elle permettra notamment une déclinaison plus précise de l'ONDAM.

La commission a *rejeté* vingt-cinq amendements de M. Jean-Luc Prél visant successivement à :

– garantir un égal accès à des soins de qualité sur tout le territoire, alors que de fortes disparités sont actuellement constatées dans la qualité des soins hospitaliers ;

– prévoir, pour parvenir à une médicalisation de l'ONDAM, que le Parlement définit chaque année les priorités de santé après proposition des conférences régionales de santé ;

– instaurer un débat annuel au Parlement pour actualiser et évaluer les priorités de santé publique et pour fixer des financements adaptés ;

– indiquer que le projet de loi de financement de la sécurité sociale doit prendre en compte la politique de prévention et d'éducation à la santé ;

– indiquer que la politique de santé publique doit prendre en compte l'action des comités d'éducation pour la santé au niveau des régions ;

– indiquer que la politique de santé publique tient compte des schémas d'organisation spécifique, en particulier du schéma d'organisation sanitaire, du schéma d'éducation pour la santé et du schéma de santé mentale ;

– améliorer la régionalisation des politiques de santé et prévoir que des accords pourront être conclus à l'échelon régional par le directeur de l'agence régionale d'hospitalisation et les représentants légaux des établissements hospitaliers ;

– prévoir que des actions spécifiques sont organisées dans le cadre de politique de santé publique pour la prévention et le traitement de la dépendance alcoolique ;

– instituer des actions spécifiques de lutte contre la consommation de stupéfiants ;

– créer une Agence nationale pour la prévention et prévoir que, parallèlement à l'ONDAM, une enveloppe financière est fixée pour financer les actions de prévention ;

– instituer un contrat entre le patient et son médecin traitant pour mettre en place des mesures de prévention et d'hygiène de vie ;

– instituer des procédures de dépistage du saturnisme notamment chez les femmes enceintes ;

– prévoir un contrôle spécifique pour le renouvellement des arrêts de travail ;

– prévoir que les professionnels et les patients sont parties prenantes dans la maîtrise médicalisée des dépenses en assurant leur représentation équitable dans les conseils régionaux de santé ;

– indiquer que la charte de qualité du médicament prévoit une hiérarchisation des prescriptions en fonction de la pathologie et promeut le médicament générique ;

– instituer une modulation des honoraires afin de faciliter l’installation des professionnels libéraux dans des zones défavorisées et sous-équipées en matière d’offre de soins ;

– prévoir que l’assurance maladie adapte les modalités de remboursements des soins liés à la constatation de coups et de blessures ;

– faciliter le stationnement des professionnels de santé qui effectuent les soins à domicile ;

– créer une caisse spécifique pour les accidents du travail et les maladies professionnelles ;

– favoriser la création de maisons médicales en zones rurales et en zones urbaines difficiles, pour garantir la permanence des soins ;

– énoncer des objectifs pour la politique en faveur des personnes âgées et prévoir d’évoluer vers une retraite par point avec l’extinction des régimes spéciaux ;

– mettre en place une campagne systématique de vaccination des personnes âgées contre le pneumocoque 23 ;

– prévoir une nouvelle politique pour les soins palliatifs ;

– instituer une aide personnalisée à la santé en faisant évoluer la CMU, qui devrait devenir une aide inversement proportionnelle aux revenus afin de faciliter l’accès à une assurance maladie complémentaire ;

– mettre en œuvre un dépistage national du cancer colo-rectal pour les personnes âgées de plus de soixante ans ;

– mettre en place une campagne systématique de mammographie pour les femmes de plus de cinquante ans.

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille, prévoyant de revoir les barèmes des aides au logement pour accroître leur pouvoir solvabilisateur et pour compenser les effets défavorables des décrets du 28 mai et du 15 juillet 2004.

M. Bernard Perrut, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a fait remarquer que cet amendement ne vise pas seulement à exposer une orientation et constitue davantage un jugement de valeur sur la politique des aides au logement. La place et le rôle du rapport annexé devront d'ailleurs faire l'objet d'une réflexion dans le cadre de la réforme de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

Mme Catherine Génisson s'est interrogée sur l'utilité du débat sur le rapport annexé compte tenu des contraintes qui semblent l'entourer.

M. Jean-Marie Le Guen a déploré que l'on fasse souvent référence à la future réforme de la loi organique alors qu'aucune information précise n'a été donnée ni sur son calendrier ni sur son contenu.

Le président Jean-Michel Dubernard a estimé tout à fait justifiées les remarques relatives au rapport annexé. En effet, il conviendra d'interroger le ministre sur le calendrier et le contenu de la future réforme de la loi organique.

M. Jean-Marie Le Guen s'est déclaré extrêmement réservé quant aux conditions d'examen et de discussion de l'hypothétique projet de loi organique relatif aux lois de financement de sécurité sociale, ce projet de loi n'étant pas encore inscrit dans le calendrier du Parlement. En tout état de cause, il ne faut pas être dupe de la volonté du gouvernement : l'adoption de cette loi organique ne résoudra pas le problème des déficits sociaux.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Préel, prévoyant que la pension de réversion doit être au moins équivalente à l'assurance veuvage, **M. Jean-Luc Préel** ayant expliqué que son amendement doit figurer dans le rapport annexé car il correspond à une orientation du gouvernement qui s'est engagé à revoir les modalités de la pension de réversion.

M. Georges Colombier, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a jugé cet amendement prématuré car le ministre de la santé, M. Philippe Douste-Blazy, a décidé de suspendre les décrets incriminés et a chargé le Conseil d'orientation des retraites d'étudier cette question.

La commission a *rejeté* l'amendement ainsi qu'un amendement du même auteur indiquant que les retraites de l'enseignement privé sont alignées sur les retraites du secteur public.

La commission a *adopté* l'article 1^{er} sans modification.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES

Avant l'article 2

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Marie Le Guen proposant l'affectation de la totalité du produit de la contribution sociale sur les bénéficiaires au financement de l'assurance maladie.

M. Bernard Perrut, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a indiqué que le débat sur ce sujet a déjà eu lieu dans le cadre du projet de loi relatif à l'assurance maladie et s'est déclaré défavorable à l'amendement.

En conséquence, la commission a *rejeté* cet amendement.

Article additionnel avant l'article 2

Création d'une taxe additionnelle sur les droits tabac au profit du fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles

La commission a examiné un amendement de M. Bernard Perrut, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, visant à susciter la recherche d'une solution au déséquilibre croissant du fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA).

M. Bernard Perrut, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a rappelé la situation du régime des exploitants agricoles. Son déficit courant ne cesse de croître – il atteindra 1,5 milliard d'euros en 2005 – et le déficit cumulé représente 6,2 milliards d'euros du fait de la démographie du régime, de l'insuffisance de ses recettes et des effets de la mensualisation, même si cette dernière était attendue. La réforme du régime est nécessaire. La création d'une taxe additionnelle de 16 % sur les droits tabac correspondant au déficit prévisionnel 2005 vise en réalité à mettre le gouvernement devant ses responsabilités, afin qu'il prenne position sur les éventuelles évolutions de ce régime.

M. Jean-Marie Le Guen a indiqué que l'on peut comprendre l'émoi soulevé par la situation financière du FFIPSA mais que la réflexion vaudrait tout autant pour la totalité des comptes sociaux dont la situation est préoccupante.

Mme Cécile Gallez s'est interrogée sur la nature de la taxe additionnelle proposée. Veut-on augmenter le prix du tabac ?

M. Bernard Perrut, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a précisé qu'il s'agit d'une taxe additionnelle sur le tabac mais qu'on aurait pu imaginer un autre type de taxation – lui-même ayant hésité entre celle-ci et une contribution additionnelle sur le chiffre d'affaires des industries pharmaceutiques – l'objectif étant plutôt d'appeler le gouvernement à réagir et prendre position.

M. Marc Bernier a indiqué qu'il convient de tenir compte du très faible nombre de cotisants de ce régime et qu'il partage, en tant qu'ancien rapporteur sur le budget annexe des prestations sociales agricoles, l'avis du rapporteur quant à la nécessité de trouver une solution rapide.

La commission a *adopté* l'amendement.

Avant l'article 2

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Marie Le Guen proposant l'affectation de la totalité des droits sur le tabac au financement de l'assurance maladie.

Article additionnel avant l'article 2

(articles L. 131-8 du code de la sécurité sociale)

Rapport au Parlement sur les compensations d'exonérations par l'Etat

La commission a examiné un amendement de M. Bernard Perrut, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, proposant la remise annuelle d'un rapport au Parlement sur l'application du principe de compensation prévu par l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale.

M. Bernard Perrut, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a précisé que, si le principe de compensation intégrale des pertes de recettes de la sécurité sociale posé par l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, récemment renforcé par l'article 70 de la loi relative à l'assurance maladie, n'est jamais contesté dans son principe, son application donne fréquemment lieu à débat voire à polémique et souffre d'un manque de clarté évident. La complexité du système d'exonérations est telle que même la masse globale des exonérations compensées n'est pas toujours correctement mesurée. En témoigne par exemple la rédaction erronée (une erreur de près de 8 %) sur ce point de l'article 4 du présent projet de loi. De surcroît, le partage des mesures entre projet de loi de financement de la sécurité sociale et projet de loi de finances rend difficile une vision globale. Ce rapport annuel élaboré parallèlement au rapport de la commission des comptes servirait utilement l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale et du projet de loi de finances.

M. Jean-Marie Le Guen s'est déclaré favorable à l'amendement.

La commission a ensuite *adopté* l'amendement.

Article additionnel avant l'article 2

(articles L. 135-1 du code de la sécurité sociale)

Suppression du conseil de surveillance du Fonds de solidarité vieillesse

La commission a examiné un amendement de M. Bernard Perrut, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, supprimant le conseil de surveillance du fonds de solidarité vieillesse qui ne s'est pas réuni depuis trois ans, faute notamment de désignation de tous ses membres, alors même que le fonds est dans une situation financière difficile.

M. Bernard Perrut, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a indiqué que cet amendement vise avant tout à attirer l'attention du gouvernement sur la situation financière difficile du fonds et sur la nécessité de faire en sorte qu'il soit l'objet d'un réel contrôle démocratique.

La commission a *adopté* l'amendement.

Article additionnel avant l'article 2

(articles L. 127-1 du code de la sécurité sociale)

Modernisation des conventions d'objectifs et de gestion

La commission a examiné un amendement de M. Bernard Perrut, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, de modernisation des conventions d'objectifs et de gestion.

M. Bernard Perrut, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a précisé que cet amendement vise à intégrer dans le champ des conventions la recherche d'une plus grande efficacité des réseaux, tout en conservant un service de proximité. Il étend par ailleurs la durée de ces conventions de trois à cinq ans et améliore le contrôle parlementaire sur leur contenu et leur application.

M. Jean-Luc Prél s'est interrogé sur le sens de l'évolution du réseau. Veut-on le conforter ou le faire évoluer ?

M. Bernard Perrut, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a indiqué qu'il est attaché au maintien des structures sur le territoire même si une mutualisation des moyens, notamment humains, doit être envisagée.

M. Georges Colombier, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a déclaré partager le point de vue de M. Bernard Perrut : une recentralisation du dispositif n'est pas envisageable dans les zones les plus rurales, comme l'Isère, où les caisses sont séparées par plus de 100 kilomètres.

La commission a ensuite *adopté* l'amendement.

Article 2

(articles L. 651-1 et L. 651-5 du code de la sécurité sociale)

Assujettissement des institutions financières à la contribution sociale de solidarité des sociétés

Le présent article vise tout d'abord à garantir l'existence d'une base juridique légale à l'assujettissement des institutions financières à la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) et opère par la même occasion une mise en conformité du champ d'assujettissement avec le droit communautaire.

Le **paragraphe I** conforte l'existence d'une base juridique pour l'assujettissement des institutions financières à la C3S, la base actuelle ayant vocation à disparaître à compter du 1^{er} janvier 2005.

En effet, les institutions financières ne sont assujetties à cette contribution que de façon indirecte par renvoi dans le 9^o actuel de l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale au champ d'assujettissement à la contribution des institutions financières (CIF) défini par l'article 235 *ter* Y du code général des impôts. Or la loi de finances initiale pour 2003 n^o 2002-1575 du 30 décembre 2002 a, par son article 15, supprimé la CIF sur les dépenses et charges engagées à compter de 2004 et donc prive ainsi du même coup l'assujettissement de ces institutions à la C3S de base juridique à compter du 1^{er} janvier 2005.

Le présent paragraphe comble ce vide juridique en prévoyant de façon explicite l'assujettissement à la C3S des institutions financières et en étend le champ puisque celui-ci inclut désormais outre les établissements de crédit et les entreprises régies par le code des assurances, les mutuelles et les institutions de prévoyance.

Si le **paragraphe II** n'opère qu'une modification formelle de l'article L. 651-5 en substituant à la référence antérieure au « *compte d'exploitation générale* » des entreprises d'assurance la référence au « *compte de résultat* », le **paragraphe III** procède à une modification de fond de ce même article en atténuant la portée de l'assujettissement à la C3S des institutions financières résultant du paragraphe I, en limitant le champ de l'assiette applicable aux assujettis.

Si le paragraphe I rend les mutuelles et institutions de prévoyance redevables de la C3S et si le deuxième alinéa du présent paragraphe inclut dans son assiette les cotisations, primes et acceptations nettes, le troisième alinéa du présent paragraphe nuance très fortement la portée de cet assujettissement en excluant de l'assiette de la C3S :

– les contrats dits « solidaires » régis par le 15° de l'article 995 du code général des impôts ;

– les contrats de groupe régis par le 16° du même article ;

– les remises de gestion consenties aux mutuelles et aux institutions de prévoyance pour la gestion d'un régime de base obligatoire d'assurance maladie.

En outre, le dernier alinéa du paragraphe III exclut de l'assiette de la C3S applicable aux mutuelles et institutions de prévoyance les subventions versées par le Fonds national de solidarité et d'actions mutualistes pour les actions visées au 4° de l'article L. 111-1 code de la sécurité sociale.

Au final, cet assujettissement à la C3S ainsi nuancé ne rend les mutuelles redevables que de 3 millions d'euros et les institutions de prévoyance de 6 millions d'euros.

En outre, les entreprises d'assurance et établissements de crédit – déjà assujetties à la C3S – se voient appliquer les mêmes exonérations que les mutuelles et institutions de prévoyance pour :

– les contrats dits « solidaires » régis par le 15° de l'article 995 du code général des impôts ;

– les contrats de groupe régis par le 16° du même article ;

– les remises de gestion consenties aux mutuelles et aux institutions de prévoyance pour la gestion d'un régime de base obligatoire d'assurance maladie¹.

Cette restriction de l'assiette actuelle de la C3S conduit à une baisse de 9 millions d'euros de la C3S dont sont redevables les entreprises d'assurance et établissements de crédit.

La modicité des sommes en question tient à la nature même de la modification opérée. Il ne s'agit pas de procéder à des transferts de charge entre acteurs mais de donner au prélèvement et aux exonérations consenties une assise juridique plus solide au regard de l'article 87 du traité relatif à la communauté européenne sans modifier – hormis de façon marginale – la réalité du prélèvement. Le champ de la C3S n'est plus lié à la forme juridique de l'organisme mais à son activité et elle ne risque donc plus d'être assimilée à une aide d'Etat.

¹ Cette exonération témoigne du caractère inadapté de la rédaction retenue par le projet de loi, qui vise les remises de gestion versées « dans le cadre de [l']activité définie au 4° de l'article L. 111-1 du code de la mutualité ». La référence à la gestion de régimes de base obligatoires d'assurance maladie semble juridiquement préférable.

Le fait que mutuelles et institutions de prévoyance disposent d'un quasi-monopole de fait sur les activités ouvrant droit à exonération de la C3S ne pose pas difficulté dès lors que cette exonération est ouverte à l'ensemble des acteurs qui souhaiteraient développer des activités comparables.

*

M. Jean-Luc Prél a indiqué qu'il désapprouve la méthode qui consiste à réserver l'examen de l'article 1^{er} du projet de loi de financement de la sécurité sociale à la fin de la discussion, estimant plus cohérent de conserver un examen chronologique.

M. Pierre Morange, président, a indiqué que cet ordre de discussion est habituel.

La commission a *adopté* l'article 2 sans modification.

Après l'article 2

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Marie Le Guen supprimant l'article 72 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie relatif à l'assiette de la CSG et de la CRDS et aux taux de la CSG sur les retraites imposables.

Article 3

(article 13 de la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées)

Mesures garantissant la continuité des missions de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Le présent article vise à garantir la continuité des missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) à compter de l'année 2005 en précisant la nature des dépenses qu'elle est autorisée à effectuer tant en faveur des personnes âgées (paragraphe I) que des personnes handicapées (paragraphe II).

La loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées a donné corps à l'engagement pris par le Premier ministre en novembre 2003 de créer une « *cinquième branche de la protection sociale* » afin de mieux prendre en charge la perte d'autonomie, qu'elle concerne les personnes âgées ou les personnes handicapées. A cette fin, la loi a dégagé des moyens nouveaux – parmi lesquels une contribution des entreprises assise sur les cotisations salariales financée par celles-ci grâce à une journée de solidarité – qu'elle a affectés à la CNSA, établissement public créé par les articles 8 et 9 de la loi précitée, afin d'en sécuriser l'usage.

De fait, l'article 12 de la loi précitée a indiqué la destination des fonds de la CNSA pour l'année 2004 en énumérant de façon précise ses charges :

- le remboursement intégral de l'emprunt contracté en 2003 pour le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ;
- la participation aux dépenses d'hébergement et de soins longue durée pour les personnes âgées ;
- le concours au financement de l'APA par les départements ;
- le financement des dépenses de modernisation de l'aide à domicile et de formation et qualification des personnels soignants et des dépenses d'animation et de prévention en faveur des personnes âgées ;
- les frais de gestion.

En revanche, l'article 13 de la même loi qui article définit les charges de la CNSA à compter de l'année 2005, premier exercice complet, ne revêt pas un caractère aussi précis. En effet, il précise pour l'essentiel la ventilation par section des dépenses de la caisse. Les principales modifications par rapport au régime transitoire de 2004 sont les suivantes : disparition de la charge transitoire – mais très lourde en 2004 – que constitue le remboursement de l'emprunt APA ; prise en charge des actions en faveur des personnes handicapées, avec des ressources équivalentes à celles consacrées aux personnes âgées ; plus grande fongibilité des actions en faveur de l'autonomie des personnes âgées – hors APA – désormais regroupées dans une section unique. Toutefois, cette ventilation par section n'identifie pas de façon détaillée les charges susceptibles d'être financées par chacune d'entre elles, cette définition étant renvoyée aux dispositions législatives ultérieures devant fixer les contours définitifs de la CNSA.

A la suite du rapport sur ce point remis par MM. Raoul Briet et Pierre Jamet au gouvernement en juin dernier, celui-ci a mis en œuvre une réflexion et une concertation qui n'ont pas permis de respecter l'échéance initialement fixée à la fin de cette année pour ce deuxième train de mesures législatives. Si ce délai ne pose guère de difficultés pour certaines des charges incombant à la CNSA à compter du 1^{er} janvier 2005, il n'en va pas de même pour celles ayant un impact sur les comptes de la sécurité sociale, plus particulièrement sur sa branche maladie, qui doivent être autorisées par la loi. Or les 1^o et 2^o actuels de l'article 13 ne prévoient que le financement d'actions en faveur respectivement des personnes âgées et des personnes handicapées.

Le présent article autorise donc au titre de ces deux sections le versement par la CNSA d'une participation au financement par les régimes obligatoires d'assurance maladie des dépenses consacrées :

1°) aux personnes âgées au titre des établissements et services sociaux et médico-sociaux (visées à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles) et aux soins de longue durée, comportant un hébergement, des personnes en perte d'autonomie (visées au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique) ;

Le **paragraphe I** de l'article prévoit donc la participation de la CNSA au financement des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie par l'affectation de 48 % du produit de la section de son budget de la CNSA consacrée au financement des actions en faveur des personnes âgées alimentée par 40 % du produit de la contribution patronale de 0,3 % et de la contribution additionnelle sur les revenus de l'épargne créées par les 1° et 2° de l'article 11 de la loi précitée *i.e.* :

<p><i>0,48 X 0,40 X 1,9 Md d'euros soit environ 365 millions d'euros pour les personnes âgées.</i></p>
--

2°) aux personnes handicapées hébergées dans les établissements ou services d'enseignement et d'éducation spéciale qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation ; aux centres d'action médico-sociale précoce ; aux établissements et services qui accueillent des personnes adultes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou leur âge, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert ; aux établissements ou services, dénommés selon les cas centres de ressources, centres d'information et de coordination ou centres prestataires de services de proximité, mettant en œuvre des actions de dépistage, d'aide, de soutien, de formation ou d'information, de conseil, d'expertise ou de coordination au bénéfice d'usagers (2°, 3°, 7° et 11° du code de l'action sociale et des familles).

Le **paragraphe II** de l'article prévoit donc la participation de la CNSA au financement des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie par l'affectation de 15 % du produit de la section de son budget consacrée au financement des actions en faveur des personnes handicapées alimentée par 40 % du produit de la contribution patronale de 0,3 % et de la contribution additionnelle sur les revenus de l'épargne créées par les 1° et 2° de l'article 11 de la loi précitée *i.e.* :

<p><i>0,15 X 0,40 X 1,9 Md d'euros soit environ 114 millions d'euros pour les personnes handicapées.</i></p>
--

Au final, cet article permet donc le versement par la CNSA d'une participation au financement des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie d'un montant d'environ 480 millions d'euros en 2005.

Il convient de noter que la rédaction de l'article permet de donner une base juridique au versement d'une telle participation non seulement pour l'année 2005 mais également pour les années suivantes.

*

La commission a ensuite examiné un amendement de Mme Paulette Guinchart-Kunstler visant à assurer une clarification des missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) en distinguant nettement les dépenses relevant des responsabilités respectives de l'assurance maladie et de la CNSA.

Mme Paulette Guinchart-Kunstler a indiqué qu'un amendement identique a été déposé par le groupe socialiste lors de l'examen des projets de loi relatif au handicap et à la réforme de l'assurance maladie. Il est en effet primordial que soient clairement distinguées les responsabilités de l'assurance maladie et des financements par la CNSA en indiquant que la rémunération des professionnels qui collaborent avec les auxiliaires médicaux, tels que les aides-soignants ou les aides médico-psychologiques, leurs prescriptions éventuelles et les matériels qui leur sont nécessaires, ressortissent exclusivement de l'assurance maladie. Au-delà de la question plus vaste, mais à laquelle il faudra nécessairement apporter une réponse, du partage entre ce qui est de l'ordre de l'assurance maladie et de la dépendance, le problème soulevé par cet amendement, dont le champ est plus modeste, est de nature à rassembler les différentes sensibilités qui s'expriment à l'Assemblée.

M. Bernard Perrut, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a objecté qu'il n'a jamais été question de retirer du giron de l'assurance maladie la prise en charge des soins prodigués aux personnes âgées, comme en témoigne la récente intervention du ministre de la santé, M. Philippe Douste-Blazy.

M. René Couanau a indiqué que l'amendement soulève en réalité deux questions : les textes actuels sont-ils suffisamment clairs et l'amendement, en l'état actuel de sa rédaction, est-il de nature à atteindre le but qu'il poursuit ? A ces deux questions, on est tenté de répondre par la négative. D'ores et déjà, en dehors du problème de principe, bien réel, du partage entre ce qui ressort du domaine de la santé et ce qui appartient au champ du social, il existe une difficulté dans le financement des établissements de soins. De nombreux facteurs (la récupération des indus, les obligations de nécessité et de santé) conduisent à un alourdissement considérable des charges des collectivités territoriales. De ce fait, le reste à la charge des familles augmente.

Abondant dans le même sens, **M. Georges Colombier, rapporteur pour l'assurance vieillesse**, a souhaité rappeler que, si la mise en place de l'APA a indéniablement eu des effets très positifs, notamment du point de vue de la prise en charge des personnes âgées à leur domicile, elle a également entraîné une forte augmentation des dépenses des établissements et la nécessité d'une prise en charge accrue par les collectivités locales.

Mme Paulette Guinchard-Kunstler est revenue sur la double nature du problème soulevé par l'amendement. Aujourd'hui, le dispositif de financement n'est pas juridiquement sûr. Telle est la raison pour laquelle le groupe socialiste avait demandé, dès la rentrée parlementaire, la constitution d'une mission d'information sur la question de la réforme tarifaire, laquelle, selon les vœux du président de la commission, sera finalement un sujet d'étude pour la future Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS). En effet, les dernières mesures envisagées par la direction générale de l'action sociale (DGAS) ne laissent pas d'être inquiétantes. En évoquant la liberté tarifaire pour les soins prodigués aux personnes âgées dépendants alors que les conseils généraux ne remboursent que les tarifs de base, l'édifice tout entier est en péril.

Après avoir rappelé que la séparation entre les domaines sanitaires et sociaux constitue effectivement un problème majeur, **M. Jean-Luc Prél** s'est déclaré favorable à l'amendement car, à défaut d'être parfait dans sa rédaction, il provoquera un débat en séance publique.

Bien qu'ayant conscience du caractère aigu du problème posé par cet amendement, **M. Pierre Morange** a indiqué que la véritable question soulevée par celui-ci est la définition de la frontière entre ce qui relève du domaine de la santé et ce qui relève du domaine social, frontière par nature mouvante, tout au long de la vie. Or, sur ce point, l'amendement n'apporte aucune réponse. Plutôt que de l'adopter, il serait donc préférable d'interpeller le gouvernement afin qu'il clarifie devant la représentation nationale sa position sur d'éventuels transferts de financement.

M. René Couanau a estimé qu'une telle question, en raison de son importance, requiert effectivement une étude d'impact.

Mme Paulette Guinchard-Kunstler s'est déclarée consciente des enjeux soulevés par cet amendement mais, étant donné les difficultés réelles auxquelles sont actuellement confrontées les personnes en cause, elle a réaffirmé l'urgence de l'adoption de cette disposition.

Tout en convenant que Mme Paulette Guinchard-Kunstler exprime des craintes légitimes, **M. Bernard Perrut, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**, a considéré qu'elles ne semblent fondées sur aucun élément concret. Toutefois le gouvernement sera interrogé avant même la séance publique pour clarifier le débat.

La commission a *rejeté* l'amendement puis *adopté* l'article 3 sans modification.

Article 4

Prévisions de recettes pour 2005

En application du 2° du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article prévoit, par catégorie, les recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement (Fonds de solidarité vieillesse et Fonds de réserve pour les retraites).

La nomenclature de présentation des produits, qui n'est pas fixée par la loi organique, reprend à un niveau agrégé la classification retenue par la commission des comptes de la sécurité sociale. Elle consiste à distinguer la partie contributive, elle-même dissociée en cotisations effectives et cotisations fictives, des autres ressources, lesquelles évoluent moins directement en fonction de l'activité économique.

1. Analyse par catégories de recettes

- *Les cotisations effectives (188,1 milliards d'euros)*

Elles comprennent les cotisations effectivement prélevées sur les salaires, les revenus de remplacement et les revenus des entrepreneurs individuels.

Ce chiffre est très dépendant de la croissance de la masse salariale du secteur privé. Le scénario macro-économique retenu pour 2004 et 2005 est celui qui sert de cadre au projet de loi de finances pour 2005 et qui est présenté dans le rapport économique, social et financier. Il table sur une croissance du PIB de 2,5 % pour chacune des deux années 2004 et 2005. La progression de la masse salariale, déterminante pour les recettes de la sécurité sociale, ne s'accélère que très progressivement, en raison des délais d'ajustement de l'emploi à la reprise de l'activité. Encore limitée à 2,6 % en 2004 pour les entreprises des secteurs concurrentiels non agricoles (2,8 % sur le champ des recettes du régime général), elle s'élèverait à 4 % en 2005.

S'ajoute à ce premier paramètre celui de la hausse des prix, qui détermine les revalorisations des pensions et de la plupart des prestations familiales. Le scénario retenu suppose que l'accélération de l'inflation constatée au printemps et à l'été 2004, largement due à la flambée des cours du pétrole, reste passagère. La hausse moyenne des prix hors tabac serait de 1,7 % en 2004 et de 1,8 % en 2005. Compte tenu d'un effet de rattrapage (les hausses de prix en 2003 et 2004 sont un peu plus élevées qu'il n'était prévu il y a un an), les revalorisations au 1^{er} janvier 2005 seraient plus fortes que les deux années précédentes. Toutefois, l'évolution du prix du baril de pétrole fait peser une incertitude importante tant sur la croissance que sur l'évolution des prix.

Dès lors, l'estimation de la croissance du PIB à 2,5 % pour 2004 et 2005 semble raisonnable. Il est à noter que son impact sur le solde comptable ne sera sensible qu'à partir de 2005, car le régime général ne bénéficie qu'avec retard de l'amélioration de la conjoncture. L'observation du passé montre en effet qu'au cours des dernières décennies, l'évolution de la masse salariale – sur laquelle les deux tiers des recettes du régime général sont assises – suit l'évolution du PIB avec un léger retard. Ce décalage, principalement lié aux délais d'ajustement des effectifs, semble en outre être plus important dans la reprise actuelle qu'il ne l'est habituellement dans des phases comparables. Enfin, même si le retour de la croissance induit une accélération des produits du régime général, leur niveau reste bas après une période de croissance ralentie. Plusieurs années de croissance sont nécessaires pour retrouver un niveau proche de la tendance de moyen terme. A l'évolution encore très modérée de la masse salariale s'ajoute l'incidence de plusieurs facteurs : faible revalorisation du plafond qui pèse sur les recettes de la CNAV, baisse des cotisations des employeurs et travailleurs indépendants, modération des cotisations du secteur public.

Tous ces facteurs invitent donc à une hypothèse de prévision prudente.

- *Les cotisations fictives (34,1 milliards d'euros)*

Elles correspondent, conformément aux conventions de la comptabilité nationale, aux cas où l'employeur fournit directement des prestations sociales. Elles recouvrent pour l'essentiel des prestations vieillesse servies par certains régimes spéciaux (pensions civiles et militaires, SNCF, RATP, Banque de France) et des prestations maladie, invalidité et accidents du travail servies également directement, sans contrepartie en termes de cotisations par les salariés. Du fait de la modération des retenues pour pensions assises sur les traitements en 2003 et 2004 liée à la stabilité des effectifs de fonctionnaires civils et à la faible revalorisation du point, les cotisations fictives de ces régimes devraient connaître une forte augmentation en 2005.

- *Les cotisations prises en charge par l'Etat (22,9 milliards d'euros)*

Il s'agit d'une nouvelle catégorie, créée à l'initiative de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003. On peut d'ailleurs se demander s'il ne serait pas opportun de créer, sans attendre la modification de la loi organique, une nouvelle catégorie de recettes tirant les conséquences du renforcement du principe de compensation par l'article 70 de la loi relative à l'assurance maladie en retraçant les autres formes de compensation des pertes de recettes et des transferts de charges.

Cette nouvelle catégorie permet de retracer la mise en œuvre effective du principe de compensation par l'Etat à la sécurité sociale du coût des exonérations de cotisations liées à la politique de l'emploi, pour alléger les charges des entreprises et permettre l'embauche de certaines catégories de chômeurs.

Ces cotisations ne sont pas considérées comme une contribution de l'Etat au financement des organismes de sécurité sociale, à qui ces cotisations sont dues. En 2004, leur montant a fortement augmenté (+ 17 milliards d'euros) du fait du transfert des cotisations antérieurement à la charge du Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC) jusqu'en 2003 au budget de l'Etat. En 2005, la poursuite de la montée en charge de l'exonération Fillon et des exonérations afférentes aux zones franches urbaines et aux DOM, ainsi que la mise en place du nouveau dispositif en faveur des jeunes entreprises innovantes se traduiront par une croissance des exonérations à nouveau plus dynamique que la masse salariale et pèseront en conséquence sur l'évolution des cotisations encaissées par les URSSAF.

On notera cependant que l'agrégat proposé ne semble pas tenir compte de la mesure contenue à l'article 74 du projet de loi de finances pour 2005, ramenant le point d'extinction de l'allègement général de cotisations sociales sur les bas et moyens salaires de 1,7 à 1,6 SMIC. Il semble donc que le montant de cette catégorie doive être minoré d'au moins 1,2 milliard d'euros (montant de la mesure), la même somme venant augmenter la catégorie des cotisations effectives.

**Les remboursements d'exonérations de cotisations
Etat et FOREC à l'ensemble des régimes de bases**

(en millions d'euros)

	2002	2003	%	2004	%	2005	%
Remboursements d'exonérations	18 245	18 693	2,5	19 685	5,3	22 922	16,4
Compensées par l'Etat	2 813	2 528	- 10,1	19 685	678,6	22 922	16,4
Régime général	2 709	2 415	- 10,8	18 698	674,3	21 887	17,1
CNAM	1 102	991	- 10,1	7 893	696,9	9 206	16,6
CNAV	897	820	- 8,6	5 850	613,8	6 857	17,2
CNAF (tous régimes intégrés)	495	419	- 15,4	3 464	726,9	4 068	17,4
Régimes spéciaux	5	19	247,6	32	69,7	41	31,0
Régimes agricoles	75	67	- 9,6	920	1 264,6	969	5,4
Régimes de non-salariés non agricoles	24	27	12,6	35	27,4	24	- 30,5
Compensées par le FOREC	15 432	16 165	4,7	0	- 100,0	0	0,0

Source : Direction de la sécurité sociale

• *Les autres contributions publiques (11,8 milliards d'euros)*

Il s'agit des participations du budget général de l'Etat à certains régimes de sécurité sociale pour garantir leur équilibre financier. Elles regroupent deux éléments principaux : tout d'abord des remboursements de prestations (qui passeraient de 5,95 en 2004 à 6,2 milliards d'euros en 2005) dus par l'Etat ou des organismes publics (pour l'allocation aux adultes handicapés ou l'allocation de parent isolé) et des subventions d'équilibre versées par l'Etat à certains régimes spéciaux. Après la forte baisse en 2004 liée à la fin des subventions au régime agricole, les subventions d'équilibre resteront stables autour de 5,1 milliards en dépit de l'évolution contrastée selon les régimes. Ainsi, la subvention d'équilibre nécessaire pour équilibrer la branche vieillesse du régime minier baisse en 2005 puisque la réforme du régime prévoit la suppression du versement que cette branche effectuait vers la branche maladie, cette diminution étant toutefois compensée par la hausse continue des subventions d'équilibre destinées aux trois principaux régimes (SNCF, FSPOIE, ENIM).

	Montant 2002	Montant 2003	Montant 2004	Structure en %	Evolution 2004/2003 en %	Montant 2005	Structure en %	Evolution 2005/2004 en %
SNCF	2 259	2 376	2 440	48,5	2,7	2 515	48,7	3,1
FSPOEIE	921	987	1 080	21,4	9,4	1 130	21,9	4,6
ENIM	636	746	746	14,8	0,0	824	15,9	10,4
Régime minier	453	528	648	12,9	22,7	576	11,1	- 11,1
Exploitants agricoles (hors AAH)	691	686	0	0,0	- 100,0	0	0,0	
SEITA	91	105	111	2,2	6,2	113	2,2	1,8
CRRFOM	6,4	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
RISP (sapeurs pompiers volontaires)	10,9	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
Opéra de Paris	8,2	11,3	11,1	0,2	- 1,4	11,1	0,2	0,0
Autres petits régimes spéciaux	2,8	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
TOTAL	5 079	5 438	5 036	100,0	- 7,4	5 169	100,0	2,6

• *Les impôts et taxes affectés (89,2 milliards d'euros)*

Sont ainsi regroupées l'ensemble des ressources de nature fiscale affectées aux régimes de base et aux fonds de financement (FSV et Fonds de réserve)¹.

Le tableau ci-dessous détaille les différentes taxes et impositions concernées, en incluant à titre d'information la CRDS qui n'entre pas dans le champ du présent article car elle est affectée à la CADES. Elle n'inclut pas en revanche la part de la CSG antérieurement affectée au fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (FFAPA) et transférée par la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie qui ne figure pas non plus en loi de financement mais fait l'objet de développements spécifiques.

Cotisations et impôts affectés à la sécurité sociale

(en millions d'euros)

	2003	2004	2005
CSG maladie	44 947	46 021	49 857
CSG CNAF	9 717	9 947	10 291
CSG FSV	9 297	9 505	9 829
Total contribution sociale généralisée (CSG) hors APA	63 961	65 473	69 977
Prélèvement social de 2 % sur le capital	1 728	1 753	1 766
Contribution sociale de solidarité sur les sociétés (C3S)	2 659	4 807	3 400
Droit de consommation sur les tabacs	8 824	1 981	3 024
Taxes sur les alcools	2 929	370	370
Autres impôts et taxes affectés	10 742	5 641	10 894
<i>Dont taxes pharmaceutiques</i>	<i>501</i>	<i>658</i>	<i>840</i>
<i>Dont contribution sociale sur les bénéfiques (CSB)</i>	<i>619</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>Dont taxe générale sur les activités polluantes (TGAP)</i>	<i>496</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>Dont taxe sur les primes d'assurance-automobile</i>	<i>1 002</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>Dont taxe sur les véhicules des sociétés</i>	<i>827</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>Dont taxe sur les conventions d'assurances</i>	<i>2 260</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>Dont taxe sur les contributions de prévoyance</i>	<i>519</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>Dont impôts et taxes affectés au régime des IEG</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>4 140</i>
Contribution remboursement de la dette sociale (CRDS)	4 724	4 855	5 043

Le total des contributions et impositions affectées devrait connaître une forte croissance en 2005 sous l'effet de plusieurs mesures adoptées dans le cadre de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Il convient tout d'abord de mentionner les effets des mesures relatives à la CSG (ayant naturellement des répercussions sur la CRDS)

¹ Mais plus au FOREC dont les recettes fiscales ont été réaffectées au budget de l'Etat par la loi de finances pour 2004.

Effets des mesures relatives à la CSG

Type de revenus	Modification assiette	Modification taux	Rendement de la mesure
Revenu salarié Allocations de chômage	Diminution de l'abattement pour frais professionnels de 5 à 3 %		CNAMTS : 960 M€ CNAF : 17 M€ FSV : 10 M€ CNSA : 13 M€
Retraite / Préretraite / Invalidité		Hausse de 0,4 point pour les redevables au taux normal de 6,2%	CNAMTS : 600 M€
Patrimoine et Placements		Hausse de 0,7 point	CNAMTS : 600 M€
Jeux		Hausse de 2 points	CNAMTS : 100 M€

Cette partie de l'agrégat bénéficie également de la hausse du rendement des taxes pharmaceutiques et de celle des droits tabac prévue par le III de l'article 70 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie¹. Celle-ci compense en partie la baisse du rendement de la C3S liée notamment au versement par anticipation sur 2004 de l'excédent 2005 affecté au FSV du fait de la modification des règles de versement.

L'essentiel de la progression – en dehors des mesures relatives à la CSG – résulte cependant de l'affectation de 4,14 milliards d'euros au régime des IEG dans le cadre de l'adossement de ce régime au régime général.

• *Les transferts reçus (600 millions d'euros)*

Les transferts reçus correspondent à la prise en charge de cotisations opérées par un régime au profit de ses bénéficiaires. Les transferts internes aux régimes de base, qui figurent en dépenses selon leur origine, ne figurent pas dans cet agrégat. De même, les transferts entre les régimes de base et les fonds de financement (prise en charge de cotisations par le FSV par exemple) ont été consolidés.

• *Les revenus des capitaux (1 milliard d'euros)*

Les revenus des capitaux constituent une recette de trésorerie sur les placements réalisés. Cette ressource évolue en fonction inverse des besoins de

¹ Le PLF pour 2005 prévoit dans son article 42 la modification nécessaire du fait de la hausse de la clef de répartition du produit de ces droits. Il conviendrait de prévoir dans le présent projet de loi la disposition « miroir » permettant à la CNAM-TS de percevoir ce produit majoré.

trésorerie, lesquels sont d'autant plus grands que le déficit augmente. Par conséquent, le creusement du déficit de la sécurité sociale a très fortement réduit la possibilité de bénéficier de gains sur des placements de trésorerie. La reprise de dette opérée par la CADES en vertu de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie devrait permettre une inversion de la tendance. Par ailleurs, les produits financiers du Fonds de réserve pour les retraites permettent d'augmenter le montant figurant sur cette ligne.

• *Les autres ressources (6,4 milliards d'euros)*

Les autres ressources incorporent les recours contre tiers, les recettes des départements d'outre-mer – pour des motifs tenant à la fiabilité des outils statistiques – et les recettes diverses qui ne figurent pas dans l'une des autres rubriques. A ce titre, la principale évolution qui explique d'ailleurs l'ensemble de la variation du solde est le montant des produits techniques (2,76 milliards d'euros) liés à l'adossement du régime des IEG.

Pour éviter les doubles comptes, la présentation consolidée opérée par le présent article ne tient pas compte des transferts internes aux régimes de base ou entre régimes et fonds de financement, ni des cotisations ou des prestations prises en charge par les régimes de sécurité sociale.

2. Analyse du montant global de l'agrégat

Le total des recettes s'élève à **354,1 milliards d'euros**, en augmentation de 6,24 % par rapport à 2004. On notera que cette évolution n'est que de 4,17 % si l'on retranche de ces recettes le montant des produits liés à l'adossement du régime des IEG.

L'impact des mesures nouvelles du présent projet sur l'agrégat de recettes pour 2004, après opérations de consolidation, est rappelé dans le tableau suivant.

Impact des mesures nouvelles du PLFSS pour 2005

(en millions d'euros)

Agrégat de recettes 2005	Régime général	Autres régimes	Recettes supplémentaires
Contribution tarifaire IEG		4 140	4 140
Contribution des employeurs IEG		2 760	2 760
Baisse des cotisations des enseignants du privé	- 22		- 22
Prise en charge par l'Etat des prestations des enseignants du privé		22	22
Retraite anticipée – Fonction publique d'Etat (cotisation fictives d'équilibre)		70	70
TOTAL	- 22	6 992	6 970

Le tableau ci-après présente une répartition plus détaillée des différentes catégories de ressources pour l'ensemble des régimes de base et leurs fonds de financement.

Ensemble des régimes de base et fonds de financement – produits par catégorie

(en millions d'euros)

	2002	2003	2004	2005	Variation 2005/2004
Cotisations sociales effectives	177 218	181 968	186 144	189 827	2,0 %
– cotisations des actifs	175 368	179 928	184 138	187 765	2,0 %
– cotisations des inactifs	603	658	770	782	1,6 %
– autres cotisations	638	755	620	664	7,1 %
– majorations et pénalités	610	627	616	616	0,1 %
– reprises nettes de provisions	95	1 009	1 052	- 48	
– pertes sur créances irrécouvrables	- 1 733	- 1 769	- 1 712	- 1 652	- 3,5 %
Cotisations fictives d'employeurs	29 414	29 923	31 842	34 061	7,0 %
Cotisations prises en charge par l'Etat	2 813	2 528	19 685	22 922	16,4 %
Impôts et taxes affectés	88 987	90 858	80 060	89 211	11,4 %
– CSG	62 235	63 976	65 484	69 987	6,9 %
– Taxes et droits sur les alcools	3 070	2 929	371	1	- 99,9 %
– Droits sur les tabacs	8 751	8 824	1 981	3 114	57,2 %
– Taxe auto	965	1 003	0	0	
– C3S	2 842	2 660	4 765	3 357	- 29,5 %
– Prélèvement social de 2 % sur le capital	1 724	1 728	1 819	1 858	2,2 %
– Autres impôts et taxes affectés	9 400	9 739	5 641	10 894	93,1 %
Transferts	239	22	158	597	
Contributions publiques	10 968	11 583	11 409	11 778	3,2 %
Autres ressources					
– Contributions diverses	3 214	848	274	214	- 21,9 %
– Divers produits techniques	3 025	3 295	3 437	6 192	80,2 %
. dont recours contre tiers	1 003	1 162	1 286	1 406	9,4 %
. dont produits financiers	823	960	908	1 010	11,2 %
– Produits de gestion courante	1 252	1 024	941	951	1,0 %
TOTAL DES PRODUITS	316 316	321 288	333 291	354 054	6,2 %

*

La commission a *adopté* un amendement de M. Bernard Perrut, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, modifiant la ventilation des recettes entre catégories par la minoration du montant des compensations par l'Etat de 1,7 milliard d'euros et par la majoration de la même somme du montant des cotisations effectives, afin de corriger une erreur technique et d'intégrer les conséquences de l'article 74 du projet de loi de finances 2005.

La commission a *adopté* l'amendement.

La commission a *adopté* l'article 4 ainsi modifié.

Article 5

Prévisions révisées de recettes pour 2004

En vertu du dernier alinéa du II de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, seules les lois de financement peuvent modifier les dispositions qui font partie de leur domaine obligatoire. Il en est ainsi des prévisions de recettes par catégorie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement.

Cet article permet de faire apparaître les évolutions constatées depuis le vote de la dernière loi de financement en matière de recettes. En revanche, en l'absence de transferts financiers en cours d'année, il ne valide aucune mesure nouvelle rectificative de recettes pour 2004.

Le tableau ci-dessous compare les chiffres votés à l'article 17 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 et les montants révisés dont l'adoption est proposée par le présent article.

Recettes par catégorie pour 2004

(en milliards d'euros)

	LFSS 2004	PLFSS 2005
Cotisations effectives	187,3	185,5
Cotisations fictives	31,4	31,8
Cotisations prises en charge par l'Etat	19,5	19,7
Autres contributions publiques	12	11,4
Impôts et taxes affectés	80,7	80,1
Transferts reçus	0,1	0,2
Revenus des capitaux	1	0,9
Autres ressources	4,1	3,7
Total des recettes	336,1	333,3

Les principaux écarts entre les prévisions votées en loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 et les prévisions soumises aujourd'hui au vote du Parlement – qui se traduisent par des recettes inférieures de 2,8 milliards d'euros à celles prévues – sont les suivants :

- *Cotisations effectives* : - 1,8 milliard d'euros

L'agrégat des cotisations sociales effectives baisse fortement par rapport à la prévision initiale pour 2004. Cette évolution est logique compte tenu de la révision à la baisse de la prévision de croissance de la masse salariale du secteur privé. Initialement fixée d'après l'hypothèse retenue à ce titre par la Commission

des comptes à 3,1 %, cette prévision d'évolution de la masse salariale avait été jugée par le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale comme empreinte d'un « *relatif optimisme* ».

De fait, le scénario macro-économique retenu pour 2004 servant de cadre au projet de loi de finances pour 2005 table sur une croissance du PIB de 2,5 % pour 2004. La progression de la masse salariale ne s'accélérerait que très progressivement, en raison des délais d'ajustement de l'emploi à la reprise de l'activité et serait limitée à 2,6 % en 2004 pour les entreprises des secteurs concurrentiels non agricoles (2,8 % sur le champ des recettes du régime général) ce qui se traduit par une diminution des cotisations de 1,1 milliard d'euros. D'autres assiettes de cotisations se sont également révélées moins dynamiques que prévu, notamment la masse salariale des fonctionnaires et les revenus des indépendants dont le régime des cotisations, notamment en début d'activité, a été sensiblement modifié.

- *Cotisations fictives : + 0,4 milliard d'euros*

La croissance de cet agrégat s'explique largement par la hausse des cotisations fictives des pensions de retraites des fonctionnaires. Les retenues pour pensions, assises sur les traitements, ont progressé lentement en 2003 et 2004. Cette évolution s'explique par une faible progression des cotisations des fonctionnaires civils (stabilité des effectifs, faible impact de la revalorisation du point) et par une baisse des effectifs des cotisants de La Poste et France Telecom. En conséquence, les cotisations fictives de l'Etat (regroupées dans les contributions des employeurs avec celles de La Poste et de France Telecom) connaissent une forte augmentation pour assurer l'équilibre du régime.

- *Cotisations prises en charge par l'Etat : + 200 millions d'euros*

Le montant initial de cet agrégat sous-évaluait légèrement le montant des exonérations au bénéfice des salariés agricoles d'où la présente révision. On notera l'importance des facteurs de variation de cet agrégat sur ces deux dernières années avec la refonte d'une grande partie des dispositifs d'exonération via la création ou la réactivation de nouveaux dispositifs : création de 41 nouvelles zones franches urbaines (ZFU) et extension de l'exonération aux entreprises implantées au plus tard le 31 décembre 2007 ; élargissement du champ d'application et augmentation du niveau de l'exonération applicable dans les départements d'outre-mer ; exonération en faveur des associations implantées dans une zone de redynamisation urbaine (ZRU) ; exonération en faveur des salariés créateurs d'entreprises ; exonération totale des cotisations patronales de sécurité sociale en faveur des jeunes entreprises innovantes ; mise en place du nouvel allègement général de cotisations – allègement Fillon.

- *Contributions publiques* : - 600 millions d'euros

La baisse de cet agrégat résulte de l'absence de subvention d'équilibre de l'Etat au régime des exploitants agricoles.

- *Impôts et taxes affectés* : - 600 millions d'euros

Les causes de la révision à la baisse de cet agrégat sont multiples : baisse du rendement de la CSG (- 230 millions d'euros) ; moindres recettes supplémentaires liées à l'augmentation des prix du tabac en raison d'une baisse de la consommation (- 150 millions d'euros) ; baisse du rendement de la C3S (- 80 millions d'euros) et du prélèvement de 2 % sur les revenus du capital (- 80 millions d'euros).

- *Autres ressources* : - 400 millions d'euros

La diminution de cet agrégat porte principalement sur les produits de gestion courante et résulte d'une révision à la baisse sur 2003.

*

La commission a *adopté* l'article 5 sans modification.

Après l'article 5

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prél proposant la remise au Parlement d'un rapport sur la revalorisation de la fonction d'auxiliaire de vie, notamment en termes de statut et de pénibilité d'emploi.

M. Bernard Perrut, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, s'est déclaré défavorable à l'amendement. Si l'on peut partager le souci de l'auteur de l'amendement de voir mieux valoriser ces fonctions essentielles mais pénibles, le moyen n'est pas le mieux adapté. Les crédits dégagés par la CNSA et la création au sein du ministère de la cohésion sociale d'une direction des services à la personne témoignent en revanche d'un engagement concret en ce sens.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prél proposant la remise au Parlement d'un rapport évaluant, dans le cadre de la lutte contre l'incivisme et la maltraitance, les possibilités de remboursement de la constatation de coups et blessures ou de sévices.

M. Bernard Perrut, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a rappelé que le gouvernement est tout à fait conscient du sujet. La secrétaire d'Etat aux droits des victimes vient justement de présenter une communication en

Conseil des ministres, intégrant notamment la préoccupation exprimée par l'amendement.

Le président Jean-Michel Dubernard a rappelé que le rapport sur la médecine légale remis au Premier ministre par M. Olivier Jardé, cosignataire de l'amendement, devra faire l'objet d'un débat d'ensemble.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Claude Leteurtre proposant la remise au Parlement d'un rapport évaluant l'intérêt de créer un Institut national de prévention de l'alcoolisme et permettant de mieux apprécier les besoins en termes de prévention et de traitement de la dépendance alcoolique.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Prével proposant la remise au Parlement d'un rapport sur la lutte contre la toxicomanie.

TITRE III DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSURANCE MALADIE

Article additionnel avant l'article 6

Participation des députés aux conseils d'administration des hôpitaux

La commission a examiné un amendement de Mme Cécile Gallez proposant que le député de la circonscription sur laquelle est implanté l'établissement public de santé soit membre du conseil d'administration.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a indiqué qu'il partageait le souci de Mme Cécile Gallez mais que les modalités pratiques de mise en œuvre de cet amendement risquent de poser problème, notamment dans le cas où la circonscription comporte de nombreux hôpitaux. En outre, est-il opportun de prévoir la participation des députés alors que la région n'est pas représentée ?

Rappelant que les conseils régionaux sont représentés aux conseils d'administration des hôpitaux, **M. René Couanau** a estimé justifiée la présence des députés dans les conseils d'administration. Il conviendrait même qu'ils participent aux conférences de secteur sanitaire.

M. Jean-Marie Le Guen, après avoir indiqué qu'il comprend l'esprit de l'amendement, a considéré qu'il s'agit d'un « piège à député » : s'ils ne siègent pas dans ces conseils, cela leur sera reproché. Par ailleurs, il s'agit aussi d'un « piège à hôpital ». La réforme de la gouvernance, qui certes n'avance pas suffisamment, devrait permettre de créer des équipes et de redéfinir les rôles de chacun. La participation de représentants « exogènes » n'est pas une bonne chose

dans ce nouveau cadre. En outre, les députés représentent leurs électeurs pour faire la loi, contrôler le gouvernement et voter le budget, ils ne sont pas censés gérer les hôpitaux ; cela relève des élus locaux.

M. Pierre Morange a indiqué soutenir la démarche de Mme Cécile Gallez. En effet, le député a vocation à représenter le peuple français et il vote les budgets des hôpitaux. Le périmètre d'action d'un hôpital étant plus large que celui de la commune, la présence de députés est pertinente. Le député a vocation à siéger dans ces conseils d'administration sans revendiquer une place prééminente. En général, les gens s'adressent à lui en cas de problème et il n'est jamais informé de ces situations locales particulières.

S'en remettant à la sagesse de la commission, **M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, a estimé que de telles dispositions risquent de politiser le conseil d'administration. Les députés votant également les crédits de l'enseignement scolaire, doit-on appliquer une disposition comparable aux écoles, aux collèges ou aux lycées ?

M. Bruno Gilles a souligné que dans certaines circonscriptions l'application de la disposition risque d'être difficile en raison du fait que certains hôpitaux couvrent parfois plusieurs circonscriptions : c'est le cas par exemple pour l'Assistance publique de Marseille.

La commission a *adopté* cet amendement.

Avant l'article 6

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission a *rejeté* quatre amendements de M. Jean-Marie Le Guen :

– le premier supprimant la modulation du niveau de remboursement en fonction du passage par un médecin traitant ;

– le deuxième supprimant le renvoi à la convention pour la fixation des conditions de dépassements d'honoraires applicables aux assurés ne passant pas par un médecin traitant ;

– le troisième supprimant l'instauration d'une franchise sur les consultations et actes médicaux ;

– le quatrième proposant la remise avant le 31 décembre 2004 d'un rapport au Parlement sur les conditions de prise en charge des dispositifs et matériels d'autotraitement et d'autocontrôle du diabète.

Article 6

(article L. 162-26 du code de la sécurité sociale, article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 et article 36 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie)

Tarifification à l'activité

Outre la correction d'erreurs et d'imprécisions contenues dans la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de sécurité sociale pour 2004 et la loi n° 2004-810 relative à l'assurance maladie, cet article propose de réglementer les conditions de tarification des consultations et actes réalisés dans les services de consultation externe des établissements de santé sous dotation globale. L'article prend notamment en compte l'introduction du mécanisme du médecin traitant, vise à financer intégralement sur la base de tarifs l'activité de prélèvements d'organes et de tissus et avance de deux mois l'application des tarifs des établissements de santé en 2005.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *adopté* un amendement rédactionnel de M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail.

Après que **M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, a donné un avis favorable, la commission a également *adopté* un amendement de Mme Juliana Rimane visant à différer l'application de la tarification à l'activité dans les établissements de santé de Guyane jusqu'au 1^{er} janvier 2008, afin que ces établissements puissent apporter les améliorations techniques nécessaires à leurs systèmes d'information et mettre en place le circuit de traitement de l'information associant les établissements, l'agence régionale d'hospitalisation et les caisses d'assurances maladie.

La commission a ensuite examiné un amendement de M. Jean-Marie Le Guen visant à permettre aux directeurs des hôpitaux locaux d'adresser leur budget au directeur de l'agence régionale d'hospitalisation au plus tard le 31 octobre de l'année précédant l'exercice budgétaire concerné.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, ayant indiqué qu'il était favorable à cet amendement, la commission l'a *adopté*.

La commission a *adopté* un amendement de M. Jean-Marie Le Guen établissant au sein de l'ONDAM un suivi spécifique de l'évolution de l'enveloppe des dépenses du secteur des soins de suite et de réadaptation, après que

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a émis un avis favorable.

La commission a *adopté* l'article 6 ainsi modifié.

Avant l'article 7

Suivant l'avis défavorable de **M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, la commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Marie Le Guen prévoyant la mise en place par le gouvernement d'une négociation sur les conditions d'application de la tarification à l'activité ainsi que l'établissement d'une mission d'accompagnement des établissements de santé pour l'application de cette réforme.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Marie Le Guen instituant un plancher de 50 % des crédits dévolus à la tarification à l'activité pour la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), après que **M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, a indiqué que le périmètre des MIGAC est en cours de fixation.

Article 7

Avances de trésorerie aux établissements privés et aux professionnels exerçant à titre libéral dans ces établissements

Cet article vise à faciliter la mise en place, dans les établissements privés, de la tarification à l'activité et de la nouvelle classification. En effet, il est apparu que l'adaptation des procédures et des systèmes d'information de ces établissements, même accélérée, ne permettra pas à tous de pouvoir passer sans difficultés à la tarification à l'activité à la date prévue. L'article propose donc d'autoriser les caisses à verser, pendant une durée limitée, des avances de trésorerie à ces établissements et aux professionnels de santé exerçant à titre libéral, ces avances étant remboursables.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jean-Pierre Door sur l'assurance maladie et les accidents

*

La commission a *adopté* un amendement rédactionnel de **M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**.

La commission a examiné un amendement de **M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, destiné à valider le report de deux mois de l'application de la tarification à l'activité dans

l'hospitalisation privée, du 1^{er} octobre au 1^{er} décembre 2004, report rendu nécessaire pour des motifs techniques. La commission a *adopté* l'amendement.

Puis la commission a *adopté* l'article 7 ainsi modifié.

Article 8

(article L. 753-4 du code de la sécurité sociale)

Possibilité de majorations des prix et des tarifs de responsabilité des médicaments et des dispositifs médicaux dans les départements d'outre-mer

Cet article a pour objet d'étendre le champ des majorations, actuellement applicables aux prix des médicaments dans les départements d'outre-mer, en raison de l'existence de coûts spécifiques, aux médicaments figurant sur la liste « rétrocession », aux médicaments et aux dispositifs médicaux pris en charge par l'assurance maladie en sus des groupes homogènes de séjour dans le cadre de la tarification à l'activité ainsi qu'aux tarifs de forfaitaires de responsabilité.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jean-Pierre Door sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

En réponse à **M. Jean-Luc Prél**, qui s'est interrogé sur les raisons pour lesquelles des majorations sont appliquées aux prix des médicaments dans les départements d'outre-mer, **M. Bertho Audifax** a rappelé l'existence de coûts de transport plus importants ainsi que d'une taxe locale, l'octroi de mer.

La commission a *adopté* l'article 8 sans modification.

Article 9

(article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001)

Financement et missions du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)

Cet article fixe le montant des ressources versées par les régimes obligatoires de l'assurance maladie au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP). Il propose également d'élargir ses missions au financement des accords cadres et accords locaux conclus en application de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et au financement des postes des conseillers généraux des hôpitaux.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jean-Pierre Door sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *adopté* l'article 9 sans modification.

Article additionnel après l'article 9

Constitution d'un groupement d'intérêt public pour faciliter le recrutement des professionnels de santé dans les secteurs sanitaire et médico-social

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, prévoyant la création d'un groupement d'intérêt public associant l'Etat et les fédérations hospitalières publiques et privées qui a vocation à conduire des actions de communication pour promouvoir le recrutement des professionnels de santé dans le secteur sanitaire et médico-social.

Le président Jean-Michel Dubernard, cosignataire de l'amendement avec M. Claude Evin, a souligné les difficultés considérables de recrutement des infirmières aujourd'hui et la nécessité de conduire une campagne de recrutement.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a expliqué que cet amendement, qui se situe en dehors du « champ » des lois de financement de sécurité sociale et est sans doute irrecevable au titre de l'application de l'article 40 de la Constitution, constitue avant tout un amendement d'appel à l'attention du gouvernement.

M. René Couanau s'est interrogé sur la nécessité de créer une structure nouvelle, qui engendrera des dépenses supplémentaires à un moment où les objectifs affichés vont précisément dans la direction opposée. Si les besoins existent, c'est aux fédérations hospitalières ou à l'Etat de les satisfaire.

Le président Jean-Michel Dubernard a indiqué que les seuls moyens qui seraient mis à la disposition d'un tel groupement seraient ceux nécessaires aux opérations de communication.

La commission a *adopté* l'amendement.

Article 10

(articles L. 162-22-2, L. 162-22-9, L. 174-1-1, L. 227-1 du code de la sécurité sociale et article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles)

Fongibilité entre les différentes enveloppes de l'ONDAM

Cet article vise à instituer une totale fongibilité entre les enveloppes de l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM).

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jean-Pierre Door sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

La commission a *adopté* un amendement de précision rédactionnelle de M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail.

La commission a *adopté* l'article 10 ainsi modifié.

Après l'article 10

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Prél destiné à renforcer la médicalisation de la fixation de l'objectif des dépenses des établissements privés, après que **M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, a précisé qu'il convient, pour discuter de l'opportunité d'une telle mesure, d'attendre l'examen des dispositions de la loi organique relative aux lois de financement de sécurité sociale.

Article 11

(article L. 322-3 du code de la sécurité sociale)

Exonération du ticket modérateur pour les consultations de prévention destinées aux adolescents en classe de cinquième

Cet article vise à exonérer du ticket modérateur les consultations de prévention destinées aux mineurs effectuées dans le cadre des programmes de santé. Il serait ainsi possible de proposer un entretien de santé aux adolescents en classe de cinquième, comme l'a préconisé la conférence de la famille de juin dernier.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jean-Pierre Door sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *adopté* l'article 11 sans modification,

Article 12

(article L. 712-10-1 du code de la sécurité sociale et article L. 722-24-1 du code rural)

Affiliation des enseignants et documentalistes contractuels ou agréés des établissements privés sous contrat au régime d'assurance maladie des fonctionnaires

Cet article propose d'affilier au régime d'assurance maladie des fonctionnaires les enseignants et documentalistes contractuels ou agréés, qui exercent leurs fonctions dans des établissements d'enseignement privés sous contrat avec l'Etat.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prével visant à aligner les retraites des enseignants du secteur privé sur celles des enseignants du secteur public.

Après que **M. Jean-Luc Prével** a précisé qu'il s'agit d'appliquer le principe « à cotisations égales, prestations égales », **M. René Couanau** a fait observer que cet amendement, gagé par une hausse des cotisations des enseignants du secteur public, n'était pas de nature à pacifier les relations entre l'enseignement public et privé.

Tout en soulignant l'intérêt de cette proposition, **M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, s'est déclaré défavorable, au motif qu'elle aurait davantage sa place dans d'autres textes législatifs.

La commission a *rejeté* l'amendement, puis a *adopté* l'article 12 sans modification.

Article 13

Dotation de financement du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV)

Cet article fixe à 106 millions d'euros le plafond des dépenses du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et à 30 millions d'euros le montant de sa dotation pour 2005.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jean-Pierre Door sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a examiné, en discussion commune, deux amendements similaires du président Jean-Michel Dubernard et de M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, visant à renforcer les moyens du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) par le versement d'une taxe additionnelle sur les droits tabac.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a précisé qu'il serait ainsi possible de proroger la durée de vie du fonds, par exemple jusqu'au 31 décembre 2007.

Après avoir expliqué que son amendement vise également à accroître les ressources du FAQSV, afin notamment de lui permettre d'apporter un soutien financier plus important aux actions d'évaluation des pratiques professionnelles organisées par les unions régionales de médecins exerçant à titre libéral (URML), **le président Jean-Michel Dubernard** a *retiré* son amendement au profit de celui présenté par le rapporteur, qu'il a cosigné.

La commission a *adopté* l'amendement.

La commission a *adopté* l'article 13 ainsi modifié.

Article 14

Dotation de financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM)

Cet article fixe à 30 millions d'euros pour 2005 le montant de la dotation de financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM).

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jean-Pierre Door sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *adopté* l'article 14 sans modification.

Article 15

(article 51 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003
de financement de la sécurité sociale pour 2004)

Participation de l'assurance maladie au financement de stocks de produits de prophylaxie et de traitement nécessaires en cas de menace sanitaire grave

Cet article vise à élargir le champ du fonds de concours, par lequel l'assurance maladie participe actuellement à la constitution de stocks de produits de traitement et de prophylaxie afin de faire face à l'éventualité d'actes de terrorisme utilisant des substances biologiques, aux produits nécessaires en cas de menace sanitaire grave, quelle que soit sa nature ou son origine. Il est également proposé de fixer le montant de cette contribution à 30 millions d'euros pour 2004.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jean-Pierre Door sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *adopté* l'article 15 sans modification.

Article 16

Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie révisé pour 2004

En application du 4° du I et du II de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article fixe à titre rectificatif l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale à 131 milliards d'euros pour 2004.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jean-Pierre Door sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *adopté* l'article 16 sans modification.

Article 17

Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2005

En application du 4° du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article fixe à 134,9 milliards d'euros l'ONDAM 2005 de l'ensemble des régimes obligatoires de base, soit une augmentation hors effets de transfert de 3,2 % par rapport à l'ONDAM révisé de 2004. Si l'on exclut les conséquences financières de la création d'une contribution forfaitaire et de l'augmentation du montant du forfait hospitalier, cette progression se monte à 3,8 %.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jean-Pierre Door sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *adopté* l'article 17 sans modification.

Article 18

Fixation de l'objectif de dépenses de la branche maladie pour 2005

Cet article fixe à 148,3 milliards l'objectif 2005 de dépenses de la branche maladie-maternité-invalidité-décès de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de 20 000 cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jean-Pierre Door sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *adopté* l'article 18 sans modification.

Après l'article 18

La commission a examiné quatre amendements de M. Jean-Luc Prével : le premier visant à la création de maisons médicales dans les zones rurales et dans les zones urbaines difficiles, le deuxième établissant un *numerus clausus* régional par spécialité, le troisième créant une union régionale des professions de santé libérales non médicales, le quatrième prévoyant l'établissement d'un rapport par le gouvernement en vue de l'harmonisation des régimes de retraites des enseignants du privé et du public.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, s'étant déclaré défavorable, la commission a *rejeté* les quatre amendements.

TITRE IV

**DISPOSITIONS RELATIVES AUX AUTRES POLITIQUES
DE SÉCURITÉ SOCIALE**

Section 1

Branche accidents du travail et maladies professionnelles

Avant l'article 19

Elle a *rejeté* six amendements de M. Jean-Marie Le Guen : le premier créant une Agence nationale de la santé au travail ; le deuxième abrogeant les dispositions qui limitent le paiement par les caisses d'assurance maladie de la totalité des frais générés par un accident du travail ou une maladie professionnelle ; le troisième relevant le montant de l'indemnité journalière durant la période d'arrêt de travail en cas d'accident du travail à un niveau équivalent au salaire ; le quatrième permettant le calcul des rentes d'invalidité du travail en fonction de la totalité du taux d'incapacité permanente partielle ; le cinquième indexant les rentes et les pensions perçues par les victimes d'accidents du travail sur l'évolution des salaires ; le sixième abaissant à 20 salariés le seuil de création d'un comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) dans une entreprise.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Prével créant une caisse spécifiquement dédiée aux accidents du travail et aux maladies professionnelles, **M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, ayant rappelé que la loi relative à l'assurance maladie invite les partenaires sociaux à négocier sur ce point.

Article 19

**Contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles
au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)**

Cet article fixe à 200 millions d'euros la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) pour 2005.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jean-Pierre Door sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *adopté* l'article 19 sans modification.

Avant l'article 20

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Marie Le Guen garantissant aux bénéficiaires de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante une somme égale au salaire de référence et ne pouvant être inférieure au SMIC.

Article 20

**Contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles
au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante
(FCAATA)**

Cet article porte à 600 millions d'euros le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) pour 2005.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jean-Pierre Door sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *adopté* l'article 20 sans modification.

Article 21

Contribution des entreprises ayant exposé leurs salariés à l'amiante au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA)

Cet article institue à la charge des entreprises ayant exposé leurs salariés à l'amiante une contribution venant alimenter le Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA).

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jean-Pierre Door sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *rejeté* un amendement de M. Dominique Tian visant à restreindre le champ de la contribution aux entreprises nouvellement inscrites sur la liste.

Elle a également *rejeté* un amendement du même auteur visant à introduire la notion de métier dans la définition des activités concernées par l'amiante.

M. Dominique Tian a souligné qu'il peut y avoir plusieurs métiers dans la même filière professionnelle, notamment dans le domaine de la construction et de la réparation navales.

Puis, elle a *rejeté* deux amendements de M. Dominique Tian tendant à exonérer les entreprises en cas d'acquisition d'un établissement redevable de la contribution et à permettre d'apprécier les conditions d'accès au système de la cessation anticipée d'activité par « parties d'établissements », **M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, ayant observé qu'il est très difficile de définir cette notion.

La commission a *adopté* l'article 21 sans modification.

Après l'article 21

La commission a *rejeté* un amendement de M. Dominique Tian consacrant l'autonomie financière de la branche des accidents du travail et maladies professionnelles, **M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, ayant observé que cette disposition sera reprise dans la prochaine loi organique sur le financement de la sécurité sociale avec une force juridique supérieure.

Article additionnel après l'article 21

(article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998)

Procédure d'inscription sur la liste des entreprises ouvrant droit au bénéfice de la cessation d'activité

La commission a *adopté* un amendement de M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, améliorant la procédure d'inscription d'un établissement sur la liste ouvrant droit pour les salariés au bénéfice de l'allocation de cessation anticipée d'activité. **M. Dominique Tian** a souhaité cosigner cet amendement.

Un amendement de M. Dominique Tian visant aux mêmes fins est donc *devenu sans objet*.

Article 22

Montant du versement de la branche accidents du travail à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles

Cet article a pour objet de fixer à 330 millions d'euros, pour l'année 2005, le montant du reversement de la branche accidents du travail vers la branche maladie du régime général au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jean-Pierre Door sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Marie Le Guen, portant à 550 millions d'euros le versement de la branche AT-MP à la branche assurance maladie.

La commission a *adopté* l'article 22 sans modification.

Article 23

Fixation de l'objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2005

En application du 3° du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article fixe à 10,5 milliards d'euros le montant de l'objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de 20 000 cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jean-Pierre Door sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *adopté* l'article 23 sans modification.

Section 2

Branche famille

Article additionnel avant l'article 24

(article L. 122-25-4 du code du travail)

Extension du congé supplémentaire de paternité

Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille, s'étant déclarée favorable, la commission a *adopté* un amendement de M. Dominique Tian étendant aux pères d'enfants prématurés le bénéfice du congé supplémentaire de sept jours prévu en cas de naissances multiples.

Article additionnel avant l'article 24

(article L. 122-26 du code du travail)

Extension de la durée du congé de paternité en cas de naissance prématurée

Suivant l'avis favorable de **Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille**, la commission a *adopté* un amendement de M. Dominique Tian étendant à douze semaines la durée du congé post-natal de maternité en cas de naissance prématurée.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Préel permettant de cotiser à l'assurance vieillesse pendant la période du congé parental.

Article 24

(article L. 531-2 du code de la sécurité sociale)

Majoration de la prime d'adoption

Cet article modifie l'article L. 531-2 du code de la sécurité sociale afin de doubler le montant de la prime d'adoption. Cette prime est l'une des composantes de la prestation d'accueil du jeune enfant et est versée sans conditions de ressources.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome III du présent rapport (rapport de Mme Marie-Françoise Clergeau sur la famille).

*

La commission a *adopté* l'article 24 sans modification.

Article 25

(article L. 211-10 du code de l'action sociale et des familles)

Réforme du mode de financement de l'Union nationale des associations familiales (UNAF)

Cet article réforme le mode de financement de l'UNAF et des unions départementales. Le fonds spécial qui finance les actions de cet organisme est désormais décomposé en deux parties. La première à hauteur de 80 % permet de financer les missions traditionnelles de l'UNAF et évolue avec l'inflation. La seconde pour 20 % permet de financer des actions nouvelles dont le contenu est précisé dans le cadre d'une convention conclue entre l'UNAF et le ministère de la famille. Elle est indexée sur les prestations familiales.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome III du présent rapport (rapport de Mme Marie-Françoise Clergeau sur la famille).

*

La commission a *adopté* un amendement rédactionnel de Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille.

Elle a *adopté* l'article 25 ainsi modifié.

Article 26

Prise en charge par la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) des majorations de pension pour enfants

Cet article reconduit au taux de 2004 (60 %) le transfert de financement des majorations de pension pour enfants du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) vers la CNAF entamé par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2001.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome III du présent rapport (rapport de Mme Marie-Françoise Clergeau sur la famille).

*

La commission a examiné un amendement de suppression de l'article de M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prél a précisé qu'il s'agit de mettre fin au « hold-up » sur la branche famille en supprimant le transfert de fond de la branche famille au Fonds de solidarité vieillesse.

Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille, s'étant déclarée défavorable, la commission a *rejeté* l'amendement.

Elle a *adopté* l'article 26 sans modification.

Article 27

Fixation de l'objectif national de dépenses de la branche famille pour 2005

En application du 3° du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article fixe le montant des dépenses de la branche famille pour 2005 à 46,2 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale comptant plus de 20 000 cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome III du présent rapport (rapport de Mme Marie-Françoise Clergeau sur la famille).

*

La commission a *adopté* l'article 27 sans modification.

Section 3

Branche vieillesse

Avant l'article 28

Conformément à l'avis défavorable de **M. Georges Colombier, rapporteur pour l'assurance vieillesse**, la commission a *rejeté* un amendement de M. Olivier Jardé demandant au gouvernement d'établir un rapport sur le calcul de la retraite de certaines catégories de personnels de la fonction publique hospitalo-universitaire pour lesquels l'assiette de calcul de la pension de retraite n'intègre pas la totalité des émoluments.

Article 28

(articles 18 et 19 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 ; articles L. 135-6, L. 135-7, L. 135-7-1, L. 135-7-2 et L. 135-8 du code de la sécurité sociale)

Réforme du régime de retraite des personnels des industries électriques et gazières

Cet article aménage certaines des dispositions du code de la sécurité sociale et de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz afin de renforcer la transparence et la neutralité financière de l'adossement de la Caisse nationale des industries électriques et gazières au régime général de l'assurance vieillesse. Il prévoit le versement au sein d'une section du Fonds de réserve des retraites, créée pour cet unique objet, des fonds de la soulte due par les industries électriques et gazières pour la couverture des coûts de leur régime spécial de retraite et garantissant la neutralité financière de l'opération vis-à-vis des cotisants des régimes de base et complémentaires. Les conventions d'adossement entre, d'une part, la Caisse nationale des IEG et, d'autre part, la CNAVTS, l'AGIRC et ARRCO, qui déterminent les flux financiers d'équilibre de gestion et les modalités de contrôle des prestations sont rectifiées et complétées en conséquence.

Cet article modifie également les fourchettes de taux de la contribution tarifaire assise sur les tarifs d'utilisation des réseaux de transport et de distribution de l'électricité et du gaz naturel dont le produit sert à financer, d'une part, la couverture des droits spécifiques de retraite des périodes validées au 31 décembre 2004 des personnels des IEG exerçant une activité régulée de production ou de transport et, d'autre part, la soulte devant être versée au régime général. Ces fourchettes avaient été fixées par la loi n° 2004-803 du 9 août 2004

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome IV du présent rapport (rapport de M. Georges Colombier sur l'assurance vieillesse).

*

La commission a *adopté* sept amendements de M. Georges Colombier, rapporteur pour l'assurance vieillesse, ayant respectivement pour objet :

- une précision rédactionnelle ;
- l'affectation du produit des placements de la première section du Fonds de réserve des retraites ;
- l'affectation du produit des placements de la seconde section du Fonds de réserve des retraites ;
- la suppression de l'habilitation donnée au ministre chargé des finances pour fixer le montant et la date de versement à la CNAV des fonds gérés par le Fonds de réserve des retraites (FRR) ;

– la suppression de la même habilitation pour le versement à la CNAV des intérêts de placement subsistant à terme sur la seconde section du FRR ;

– l’obligation pour chaque section du FRR de prendre en charge ses propres frais de gestion ;

– la soumission du FRR au contrôle d’un commissaire aux comptes analogue à celui appliqué aux entreprises.

La commission a *adopté* l’article 28 ainsi modifié.

Après l’article 28

Suivant l’avis défavorable de **M. Georges Colombier, rapporteur pour l’assurance vieillesse**, la commission a *rejeté* un amendement de M. Gaëtan Gorce prévoyant la conclusion d’un accord national interprofessionnel sur la pénibilité des conditions de travail avant le 31 décembre 2005.

La commission a examiné un amendement de Mme Marie-Françoise Clergeau abrogeant l’article 31 de la loi du 21 août 2003 relatif aux pensions de réversion.

M. Georges Colombier, rapporteur pour l’assurance vieillesse, a fait valoir que la loi du 21 août 2003 contient plusieurs mesures favorables aux conjoints survivants en matière de réversion et que plus de 200 000 veufs ou veuves sont concernés par ces avantages. Il est préférable, comme indiqué précédemment, d’attendre une évolution positive du dossier avec les résultats de l’étude confiée au COR.

La commission a *rejeté* l’amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prél accordant la pension de réversion sans condition de ressources personnelles ou du ménage.

M. Georges Colombier, rapporteur pour l’assurance vieillesse, s’est déclaré défavorable, rappelant que le Conseil d’orientation des retraites (COR) est saisi d’une demande d’évaluation de la réforme des pensions de réversion et que dans cette attente les nouvelles dispositions ont été gelées. **Le président Jean-Michel Dubernard** a souhaité que les choses évoluent rapidement et favorablement.

La commission a *rejeté* l’amendement.

Elle a également *rejeté* quatre amendements de M. Jean-Luc Prél, visant respectivement pour le premier à faire liquider la pension de réversion au moment du décès, pour le deuxième à constater que cette pension est un droit acquis par les cotisations du conjoint décédé et pour les deux derniers à prévoir que la pension de réversion sera au minimum équivalente l’assurance veuvage.

Article 29

Régime de départ anticipé en retraite des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers relevant de la Caisse nationale des retraites des agents des collectivités locales (CNRACL)

Cet article met en place le dispositif de départ anticipé en retraite avant 60 ans pour cause de longue carrière au bénéfice des fonctionnaires des collectivités territoriales et de la fonction publique hospitalière affiliés à la Caisse nationale des retraites des agents des collectivités locales (CNRACL). Des dispositions exactement identiques figurent à l'article 73 du projet de loi de finances pour 2005 pour les fonctionnaires de l'Etat.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome IV du présent rapport (rapport de M. Georges Colombier sur l'assurance vieillesse).

*

La commission a *adopté* l'article 29 sans modification.

Après l'article 29

La commission a *rejeté* deux amendements de M. Jean-Luc Préel, le premier demandant au gouvernement d'établir un rapport sur le calcul des retraites des non-salariés de l'agriculture, le second améliorant les conditions de calcul des pensions de retraite des non-salariés agricoles.

Article 30

Objectif de dépenses de la branche vieillesse pour 2005

En application du 3° du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article fixe à 160,5 milliards d'euros l'objectif de dépenses de la branche vieillesse pour l'année 2005 pour l'ensemble des régimes de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de leurs droits propres.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome IV du présent rapport (rapport de M. Georges Colombier sur l'assurance vieillesse).

*

La commission a *adopté* l'article 30 sans modification.

TITRE V
OBJECTIFS DE DÉPENSES RÉVISÉS POUR 2004

Article 31

Objectifs de dépenses révisés pour 2004

En vertu du dernier alinéa du II de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, seules des lois de financement de la sécurité sociale peuvent modifier les dispositions qui font partie de leur domaine obligatoire. Il en est ainsi des objectifs de dépenses par branche de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale comptant plus de 20 000 cotisants, actifs ou retraités titulaires de droits propres.

Cet article permet de faire apparaître les évolutions constatées depuis le vote de la dernière loi de financement en matière de dépenses. De plus, il permet au Parlement de valider les mesures nouvelles de dépenses proposées à titre rectificatif par le présent projet de loi pour 2004.

Le tableau ci-dessous compare les chiffres votés en loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 et les montants révisés dont l'adoption est proposée par le présent article.

Evolution des objectifs de dépenses par branche

(en milliards d'euros)

Branches	LFSS pour 2004	Prévision agrégat 2004 réalisé par le PLFSS pour 2005	Ecart
Maladie-Maternité-Invalidité-Décès	143,6	145,1	1,4
Vieillesse-Veuve	146,6	146,8	0,2
Accidents du travail	9,7	10,1	0,4
Famille	45,5	45,0	-0,5
Total des dépenses	345,4	347,0	1,5

Les principaux écarts entre les prévisions votées en loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 et les prévisions soumises aujourd'hui au vote du Parlement résultent des facteurs suivants.

1°) On relèvera tout d'abord l'impact notable pour certaines branches (notamment les accidents du travail et maladies professionnelles et la famille) de la divergence entre la réalisation des dépenses 2003 et les objectifs révisés pour cette même année en loi de financement pour 2004.

L'article 67 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 fixe les objectifs révisés pour 2003 des dépenses par branche des régimes obligatoires de base de plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités de droits propres.

Les résultats définitifs pour 2003 – écarts entre objectifs et agrégats révisés – sont résumés dans le tableau ci-après :

Résultats définitifs pour 2003

(en milliards d'euros)

Branche	LFSS 2003 révisée (1)	Réalisation 2003 (2)	Ecart avec LFSS 2003 révisée (2) – (1)
Maladie-Maternité-Invalidité-Décès	138,1	138,2	0,1
Vieillesse-Veuve	140,7	140,5	-0,2
Accidents du travail	9,4	9,8	0,3
Famille	43,6	43,4	-0,6
Total des dépenses	329,7	331,9	-0,3

Les dépenses d'assurance maladie ont été légèrement sous-estimées de 0,1 milliard d'euros. Il s'agit de dépenses de prestations légales hors ONDAM. L'écart sur les dépenses vieillesse porte sur les prestations extra-légales et les charges de gestion courante.

Les dépenses d'accidents du travail sont supérieures de 0,3 milliard d'euros à la prévision, l'augmentation se répartissant sur plusieurs postes de dépenses (indemnisation des victimes de l'amiante, rentes d'ayants droit, compensation versée au régime des mines) à laquelle s'ajoute un surcroît de charges lié à la sous-estimation des provisions de l'exercice 2002.

Enfin, les charges de la branche famille sont inférieures de 0,6 milliard d'euros à la prévision. Cet écart s'explique notamment par 0,2 milliard d'euros sur les prestations légales (pour moitié sur les allocations logement), 0,2 milliard d'euros sur les prestations extra-légales et 0,1 milliard d'euros sur les charges exceptionnelles.

2°) Cette divergence se répercute sur la réalisation des objectifs 2004, s'ajoutant aux facteurs propres à cette année.

Les articles 55, 59, 63 et 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 ont fixé les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base de plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités de droits propres. Les agrégats présentés dans le tableau ci-dessous résultent d'une prévision d'exécution. Les écarts entre objectifs et prévisions d'exécution 2004 y sont résumés.

Ecart entre objectifs et prévisions d'exécution en 2004

(en milliards d'euros)

Branche	Objectif LFSS pour 2004 (1)	Prévision d'exécution des agrégats 2004 (2)	Ecart (2)-(1)
Maladie-Maternité-Invalidité-Décès	143,6	145,1	1,4
Vieillesse-Veuve	146,6	146,8	0,2
Accidents du travail	9,7	10,1	0,4
Famille	45,5	45,0	-0,5
Total des dépenses	345,4	347,0	1,5

- *Branche maladie : + 1,4 milliard d'euros*

L'écart est dû, quasiment en totalité (1,3 milliard d'euros), au dépassement de l'ONDAM, dont il a déjà été tenu compte à l'article 16 du présent projet. Par ailleurs, l'article 15 du présent projet majore de 62 millions d'euros l'objectif de dépenses de la branche en 2004, compte tenu du versement du Fonds national d'assurance maladie de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés au fonds de concours créé par l'Etat dans le cadre du plan Biotox.

- *Branche vieillesse : + 200 millions d'euros*

Les dépenses du régime général ont été moins élevées que prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, notamment en ce qui concerne les départs anticipés. En revanche, les dépenses de plusieurs régimes avaient été sous-estimées, notamment celles du régime des pensions des fonctionnaires de l'Etat.

- *Branche accidents du travail et maladies professionnelles : + 400 millions d'euros*

Le dépassement de l'agrégat initial est entièrement imputable au report du dépassement relatif à 2003 constaté tardivement.

- *Branche famille : - 500 millions d'euros*

Cet écart s'explique par le résultat en définitive constaté pour l'année 2003, qui se répercute sur 2004.

*

La commission a adopté l'article 31 sans modification.

TITRE VI

MESURES DIVERSES ET DISPOSITIONS RELATIVES A LA TRÉSORERIE

Article 32

(articles L. 138-7, L. 138-17, L. 138-19 à L. 138-21,
L. 245-3 et L. 245-5-5 du code de la sécurité sociale)

Dispositions relatives au recouvrement de certaines contributions

Cet article vise pour l'essentiel à transférer la compétence du recouvrement des taxes pharmaceutiques actuellement exercée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) à certaines URSSAF afin de sécuriser ce recouvrement et d'en harmoniser les conditions avec les règles de droit commun du recouvrement.

Le paragraphe I pose le principe de ce transfert en remplaçant l'intitulé du chapitre VIII *bis* du livre I^{er} du code de la sécurité sociale « *Dispositions communes aux contributions recouvrées directement par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale* » par l'intitulé suivant « *Dispositions communes aux contributions recouvrées directement par les organismes du régime général* ».

Ce chapitre composé des articles L. 138-20 à L. 138-23 créé par l'article 65 de la loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003 visait à conforter la compétence de recouvrement direct par l'ACOSS d'un certain nombre de contributions : contribution assise sur les contrats d'assurance en matière de circulation de véhicules terrestres à moteur, contribution sur la vente en gros de spécialités pharmaceutiques, contribution à la charge des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques et non conventionnées avec le Comité économique des produits de santé, contribution due par les laboratoires pharmaceutiques sur leurs dépenses de promotion. Il prévoyait notamment l'assistance de l'ACOSS par les inspecteurs du recouvrement, agents habilités. Cette disposition visait à conforter la sécurité juridique de ce recouvrement et à en accroître l'efficacité ainsi que celle des opérations de contrôle, critiquée par la Cour des comptes, notamment dans son rapport 2001 sur l'application des lois de financement.

Tirant les conséquences de cette disposition, la loi de financement pour 2004 a abrogé plusieurs articles du code de la sécurité sociale concernant les contributions recouvrées directement par l'ACOSS, les dates de versement de ces impositions, ainsi que les obligations déclaratives des entreprises assujetties et les sanctions en cas de non-déclaration. En effet, l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 prévoyait qu'un décret en Conseil d'Etat déterminerait ces modalités d'application.

Toutefois, le rapporteur ne peut que constater pour le regretter, comme l'avait fait en son temps le rapporteur de la loi de financement pour 2004, que ce décret en Conseil d'Etat n'a toujours pas été publié.

Dès lors, il n'est pas étonnant qu'apparaissent des risques contentieux dans le recouvrement de ces diverses contributions. En conséquence, et de façon logique avec le souhaitable resserrement des missions de l'ACOSS sur son rôle de tête de réseau, le présent paragraphe annonce le changement d'orientation décliné par les paragraphes suivants.

Le **paragraphe II**, en opérant une nouvelle rédaction de l'article L. 138-20 du code de la sécurité sociale, modifie les règles de recouvrement communes à toutes les contributions actuellement recouvrées par l'ACOSS.

Le premier alinéa transfère à certaines URSSAF – désignées par le directeur de l'ACOSS – la compétence du recouvrement et du contrôle des contributions pharmaceutiques :

– contribution sur la vente en gros de spécialités pharmaceutiques (article L. 138-1) ;

– contribution à la charge des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques et non conventionnées avec le Comité économique des produits de santé (article L. 138-10) ;

– contribution à la charge des entreprises de préparation de médicament (article L. 245-1) ;

– contribution due par les laboratoires pharmaceutiques sur leurs dépenses de promotion (article L. 245-5-1) ;

– contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises exploitant une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques prises en charge par l'assurance maladie (article L. 245-6).

Les règles applicables sont celles régissant le droit commun du recouvrement du contrôle des cotisations de sécurité sociale du régime général. On notera que le présent article ne modifie pas les articles relatifs aux règles spécifiques de recouvrement de chacune de ces contributions (précisant notamment les modalités de déclaration à l'ACOSS).

Le deuxième alinéa maintient le régime antérieur du recouvrement direct par l'ACOSS de la contribution assise sur les contrats d'assurance en matière de circulation de véhicules terrestres à moteur régie par les articles L. 137-6 à L. 137-9. Cette différence de traitement s'explique par les caractéristiques propres à cette contribution : elle est en effet perçue dans les conditions prévues à l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale – application des garanties et sanctions de droit commun dans les opérations de recouvrement réalisées par des tiers – par les entreprises d'assurance qui en versent le produit à l'ACOSS déduction faite des frais de gestion.

Dès lors, ni les considérations pratiques ni celles de sécurité juridique ne justifient un transfert de cette compétence de recouvrement aux URSSAF à la différence des contributions visées au premier alinéa. En revanche, cette nouvelle rédaction maintient la possibilité pour l'ACOSS d'être assistée par des agents des URSSAF pour ses opérations de contrôle.

Le troisième alinéa commun à l'ensemble des contributions reprend à l'identique les dispositions antérieures relatives aux pouvoirs des agents chargés du contrôle.

Le **paragraphe III** abroge de façon logique les dispositions générales relatives au recouvrement direct de contributions par l'ACOSS prévues par l'article L. 138-21 du code de la sécurité sociale.

Le **paragraphe IV** prévoit diverses mesures de coordination. Le transfert du recouvrement des contributions pharmaceutiques à certaines URSSAF rend inutile le maintien de la référence actuellement faite dans les dispositions relatives au recouvrement des contributions pharmaceutiques à l'article L. 225-1-1 relatif au recouvrement direct par l'ACOSS et suppose de faire référence à ces URSSAF à l'article L. 138-19.

Le **paragraphe V** détermine les règles régissant le passage du recouvrement direct au recouvrement par les URSSAF désignées à cet effet :

– application de principe aux contributions exigibles à compter du 1^{er} janvier 2005 ;

– une première exception pour le solde de la contribution exceptionnelle sur le chiffre d'affaires des entreprises exploitant une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques prises en charge par l'assurance maladie – instaurée par le VII de l'article 12 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 et pérennisée depuis par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie dans l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale – exigible le 15 avril 2004 ;

– une deuxième exception pour la régularisation de la contribution sur la vente en gros de spécialités pharmaceutiques devant intervenir le 31 mars 2004.

Ces deux exceptions visent à garantir la cohérence du recouvrement opéré entre les versements initiaux et la clôture des opérations de recouvrement intervenant après le 1^{er} janvier 2005.

En revanche, à ces deux exceptions, les droits et obligations, actions et poursuites, dettes et créances de l'ACOSS au 31 décembre 2004 sont transférés aux URSSAF compétentes.

*

La commission a *adopté* l'article 32 sans modification.

Article 33

(articles L. 174-2, L. 174-2-1 et L. 174-18 du code de la sécurité sociale et article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004)

Facturation par les établissements de santé aux caisses d'assurance maladie

Cet article vise à compléter le dispositif législatif relatif à la réforme portant tarification à l'activité en ce qui concerne la facturation des prestations par les établissements de santé aux caisses de l'assurance maladie. Il régleme également la répartition de la charge des dotations versées aux établissements entre les différents régimes de l'assurance maladie.

La réforme portant tarification à l'activité, lorsqu'elle sera pleinement achevée, aura pour effet que les établissements enverront des factures individuelles aux caisses d'assurance maladie. Ces factures correspondent aux prestations d'hospitalisation. Selon le droit existant, une caisse unique est chargée de verser les dotations annuelles aux établissements pour le compte de tous les régimes de l'assurance maladie. Cette caisse est appelée « caisse-pivot ».

L'article 26 de la loi de financement n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 a modifié l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale afin que la caisse actuellement chargée de verser les dotations soit chargée de verser les sommes correspondant aux prestations d'hospitalisation individuelles aux hôpitaux pour le compte de l'ensemble des régimes. Ces prestations sont versées par la caisse primaire dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement par convention entre les régimes, ou par une caisse relevant d'un autre régime que le régime général.

Or cette disposition ne couvre pas le champ de toutes les prestations. En outre, il apparaît qu'elle ne distingue pas assez précisément les responsabilités respectives des organismes concernés par cette procédure de remboursement. Cet article a donc pour objet de préciser et de clarifier ce dispositif.

Le **I** de l'article vise à supprimer la définition des prestations concernées dans l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.

Le **II** de l'article propose de créer un article L. 174-2-1 nouveau dans le code de la sécurité sociale.

Le premier alinéa de cet article L. 174-2-1 vise à couvrir intégralement toutes les prestations concernées :

– les prestations prévues au 1° de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale (les « *catégories de prestations d'hospitalisation sur la base desquelles les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la classification des prestations, tenant compte notamment des moyens techniques, matériels et humains mis en oeuvre pour la prise en charge des patients, donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale et*

établies notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique ») et réalisées dans les établissements publics ou privés sans but lucratif ;

– les médicaments et les produits et prestations mentionnées à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale (il s'agit des produits faisant l'objet d'une facturation en sus des tarifs) ;

– les actes et consultations mentionnées à l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale (consultations et actes réalisés dans le cadre de l'activité libérale des praticiens hospitaliers, consultations et actes réalisés en cas d'urgence).

Dans le dispositif proposé, un décret pris en Conseil d'Etat fixe les responsabilités respectives de la caisse-pivot et de l'organisme de la sécurité sociale dont dépend l'assuré. Des dispositions réglementaires préciseront les conditions, plus particulièrement en matière de délais, applicables à cette procédure.

Le paiement des sommes dues est assuré par la caisse-pivot qui contrôle la régularité administrative de la facturation effectuée. La caisse dont relève le bénéficiaire des soins assure son contrôle *a posteriori*. Toutefois, selon l'exposé des motifs du présent article, les caisses d'affiliation pourront, dans certaines conditions, exercer un contrôle *a priori* et donner à la caisse-pivot l'autorisation de paiement. En cas de non-respect du délai de traitement par la caisse d'affiliation, l'autorisation de payer sera réputée acquise.

Le **III** de l'article propose de modifier l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale. Il vise à étendre le dispositif décrit ci-dessus aux cliniques privées.

Le **IV** de l'article est relatif à la répartition entre les régimes de l'assurance maladie de la charge représentée, pendant la période de transition de 2005 à 2012, par les sommes versées aux établissements de santé au titre de trois dispositifs différents :

– la dotation annuelle complémentaire (dotation complétant les ressources perçues au titre de la tarification à l'activité et perçue par les établissements de manière transitoire) ;

– les forfaits annuels (finançant des activités spécifiques) ;

– les missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC).

Le **IV** propose donc de compléter le D de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004. Cet article fixe les dispositions transitoires relatives à l'application de la tarification à l'activité.

Le IV propose d'abord que les dotations annuelles complémentaires soient versées par douzième par la caisse-pivot.

Il vise ensuite à préciser ce que, pour les années 2005 et 2006 (années où la facturation individuelle aux caisses d'assurance maladie ne sera pas encore appliquée), la répartition des sommes dues au titre du versement des dotations annuelles complémentaires entre les différents régimes de l'assurance maladie soit effectuée conformément à l'article L. 174-2, dont les deuxième et troisième alinéas disposent : « *Le montant des dotations annuelles mentionnées aux articles L. 162-22-16 et L. 174-1 est réparti après accord entre tous les régimes ayant une organisation financière propre. A défaut d'accord entre les régimes, l'Etat fixe cette répartition. Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article et notamment les critères de la répartition entre régimes de ces dotations.* »

En outre, les mêmes modalités de répartition s'appliquent aux sommes versées au titre des forfaits annuels et des MIGAC, par dérogation à l'article L. 162-22-15 du code de la sécurité sociale, qui, dans sa rédaction issue de la loi de financement de sécurité sociale pour 2004, fixe une répartition de ces charges « *au prorata des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés l'année précédente et supportées par chacun de ces régimes dans le cadre des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie de ces établissements.* » La facturation individuelle aux régimes d'assurance maladie n'étant pas encore mise en place en 2004 et 2005, cette clé de répartition ne peut fonctionner en 2005 et 2006.

S'agissant de la période de 2007 à 2012, la répartition entre les régimes de l'assurance maladie des dotations annuelles complémentaires versées aux établissements s'effectuera au prorata des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés l'année précédente et supportées par chacun de ces régimes dans le cadre des activités de médecine, chirurgie et obstétrique de ces établissements.

Il est enfin proposé que les modalités d'application des dispositions législatives relatives à la répartition de ces versements aux établissements fassent l'objet d'un décret en Conseil d'Etat.

*

La commission a *adopté* trois amendements rédactionnels de M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail.

Puis la commission a *adopté* l'article 33 ainsi modifié.

Article 34

(article L. 114-6 du code de la sécurité sociale)

Amélioration de la qualité des comptes sociaux

Cet article vise à améliorer la qualité des comptes des organismes de sécurité sociale et à préparer l'évolution vers une certification de ces mêmes comptes.

Cette démarche s'inspire de celle retenue par la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances. Celle-ci prévoit que les comptes de l'Etat devront faire l'objet d'une certification par la Cour des comptes à compter de 2006. Son article 27 prévoit notamment que les comptes de l'Etat doivent être réguliers, sincères et donner une image fidèle de son patrimoine et de sa situation financière. Tel est l'objet pour les comptes des organismes de sécurité sociale du premier alinéa du nouvel article L. 114-6 du code de la sécurité sociale créé par le présent article, première étape dans cette démarche vers la certification.

La disposition s'appuie sur les progrès réalisés ces dernières années dans la modernisation de la comptabilité des organismes de sécurité sociale. Le premier axe a consisté dans la recherche d'une plus grande fiabilité par la modification de la méthode de comptabilisation des opérations comptables, par l'adoption en 1996 du principe de rattachement des opérations à leur exercice d'origine suivant le principe dit des droits constatés – la logique précédemment mise en œuvre reposant sur l'enregistrement des opérations lors de leur encaissement ou décaissement, ce qui affectait la réalité et la clarté des comptes annuels. Une deuxième amélioration notable résulte de l'homogénéisation des comptes par la définition d'une nomenclature unique indépendamment du régime ou de la branche concerné et la mise en œuvre d'un plan comptable unique des organismes de sécurité sociale.

La troisième voie de progrès consiste en une amélioration des procédures d'élaboration et de contrôle des comptes tant au niveau local que national pour assurer une totale fiabilité des comptes des organismes de sécurité sociale – préalablement à leur certification par des réviseurs externes. C'est sur ce point que les alinéas suivants du présent article entendent apporter une amélioration de l'existant.

En effet, les travaux engagés sous l'égide du Haut conseil interministériel de la comptabilité des organismes de sécurité sociale font ressortir que les caisses nationales n'opèrent actuellement que des contrôles de cohérence et de vraisemblance sur les comptes des organismes locaux qu'elles centralisent. Ce contrôle n'est pas suffisant pour garantir la fiabilité des comptes produits.

Dès lors, le présent article prévoit :

1° Une obligation légale pour les organismes nationaux de sécurité sociale de vérifier et valider les comptes des organismes locaux de leur réseau et d'établir des comptes combinés de la branche ou du régime en vertu de son deuxième alinéa.

On relèvera que cette obligation ne constitue pas une novation complète. En effet, l'article D. 114-4-2 prévoit déjà la centralisation par les organismes nationaux des comptes annuels des organismes de base, transmis par ceux-ci au plus tard le 31 janvier suivant la clôture de l'année comptable. Les tableaux de centralisation doivent être achevés et transmis au plus tard le 28 février à la mission comptable permanente des organismes de sécurité sociale, afin de permettre à la commission des comptes de la sécurité sociale de pouvoir préparer la présentation des comptes lors de sa réunion de printemps.

L'apport de cet alinéa, outre le renforcement de la force juridique de cette obligation, consiste, d'une part, en une meilleure définition des rôles respectifs de l'agent comptable et du directeur – lequel est appelé à viser les comptes élaborés sous la responsabilité du premier – et, d'autre part, en l'introduction de la notion de comptes combinés et non seulement centralisés. Il y a ainsi validation et éventuel retraitement aux fins de combinaison des comptes locaux.

Il convient d'observer que la référence faite aux organismes nationaux de sécurité sociale qui recouvre a priori l'organisme national qu'est l'ACOSS semble contredite par la référence aux comptes « *de la branche ou du régime* » et par l'exposé des motifs de l'article. Il semble cependant indispensable que la même démarche soit appliquée aux comptes des URSSAF par l'ACOSS.

2° Une obligation à la charge des organismes nationaux de transmettre (troisième à cinquième alinéas) :

– leurs comptes annuels au ministre chargé de la sécurité sociale et à la Cour des comptes pour ceux gérant un régime obligatoire de base ;

– les comptes combinés aux mêmes destinataires (ainsi qu'au ministre de l'agriculture pour les régimes agricoles) pour ceux gérant un régime obligatoire de base structuré sous forme de réseau.

*

La commission a *adopté* un amendement de M. Bernard Perrut, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, prévoyant que la démarche de certification des comptes sociaux intègre les comptes des organismes en charge du recouvrement.

La commission a *adopté* l'article 34 ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 34

(article L. 114-7 du code de la sécurité sociale)

Création d'un mécanisme d'alerte des dépenses de sécurité sociale

La commission a examiné un amendement portant article additionnel de M. Bernard Perrut, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, créant un mécanisme d'alerte du gouvernement par les organismes de sécurité sociale lorsque ceux-ci constatent que l'évolution des dépenses risque manifestement de conduire à une violation des objectifs de dépenses votés par le Parlement.

M. Jean-Luc Prél a demandé des explications sur le fonctionnement de ce mécanisme, son articulation avec le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie et la nature des réactions des pouvoirs publics une fois l'alerte enclenchée.

En réponse, **M. Bernard Perrut, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**, a indiqué que cette démarche, rendue possible par les progrès dans la qualité des comptes, revêt une dimension politique. Il ne s'agit pas de mettre en place un dispositif guidé par l'application mécanique de taux de dépenses contraignants mais de permettre une alerte démocratique, une information des pouvoirs publics dans les meilleurs délais. Si le comité d'alerte fonctionne bien, il devrait être informé dans les mêmes délais.

La commission a *adopté* l'amendement.

Article 35

Fixation des plafonds d'avance de trésorerie pour 2005

Cet article détermine pour l'année 2005 les montants du plafonnement des ressources non permanentes dont disposeront les régimes qui sont, de ce fait, légalement autorisés à emprunter dans la limite de ces plafonds, conformément au 5° du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

Il convient de rappeler que les plafonds ainsi fixés ne correspondent pas à un « déficit » autorisé des régimes en cause, mais au point le plus bas de leur trésorerie, lequel connaît des variations assez fortes en cours d'année compte tenu du rythme variable et non synchronisé des encaissements et des décaissements. Ils sont donc nécessairement supérieurs au déficit prévisionnel des régimes concernés.

L'évolution des plafonds d'avances votés par le Parlement pour les derniers exercices est retracée dans le tableau suivant.

Plafonds d'avances de trésorerie

(en millions d'euros)

	LFSS 2002	LFSS 2003	LFSS 2004	PLFSS 2005
Régime général	4 420	12 500	33 000	13 000
Régime des exploitants agricoles	2 210	2 210	4 100	6 200
CNRACL	500	500	500	500
Caisse nationale des industries électriques et gazières (IEG)				500
Régime minier (CANSSM)	350	350	200	200
Fonds spécial des pensions des ouvriers de l'Etat	80	80	50	-

Le profil prévisionnel de trésorerie des régimes autorisés à recourir à l'emprunt pour 2005 est présenté dans l'annexe c du projet de loi de financement à l'exception de celui des IEG dont la création récente ne permet pas disposer pour cette année d'un tel profil.

Il faut préciser que le vote du Parlement vaut autorisation d'emprunter, au plus, la somme indiquée. Tous les autres régimes obligatoires de base disposant d'une trésorerie autonome ne sont pas, *a contrario*, autorisés à recourir à l'emprunt, ainsi que le précise le dernier alinéa de cet article.

On notera que le fonds spécial des pensions des ouvriers de l'Etat n'est pas autorisé à recourir à l'emprunt pour 2005. Afin d'assurer les besoins de trésorerie de ce régime, il sera procédé à une adaptation du calendrier de versement de la subvention de l'Etat.

1. Le régime général : 13 milliards d'euros

Cet article fixe à 13 milliards d'euros la limite d'appel à des ressources non permanentes pour le régime général en 2005.

Il convient de rappeler que la trésorerie de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) recouvre non seulement les opérations d'encaissements et de décaissements et les opérations de dépenses des différentes branches du régime général (avec un suivi individualisé par branche depuis la loi du 25 juillet 1994), mais aussi un certain nombre d'opérations pour compte de tiers dont le volume a fortement crû ces dernières années (notamment le versement de la CSG et de la CRDS au FSV, au Fonds de financement de l'APA ⁽¹⁾ et à la CADES).

⁽¹⁾ Auquel a succédé la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, en vertu de la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

La gestion commune de la trésorerie s'opère par l'intermédiaire du compte unique de disponibilités courantes de l'ACOSS auprès de la Caisse des dépôts et consignations (CDC), laquelle consent à l'ACOSS des avances destinées à couvrir ses besoins de trésorerie. Ces deux établissements sont liés depuis le 1^{er} octobre 2001 par une nouvelle convention, remplaçant celle du 18 juin 1980. Le taux de rémunération de ces avances, ainsi que celui des produits financiers engendrés par les liquidités du compte courant, sont fixés par référence au taux effectif moyen pondéré du marché monétaire au jour le jour en euro calculé par la Banque centrale européenne (EONIA = Euro Overnight Index Average).

L'ACOSS informe chaque mois la Caisse des dépôts du montant prévisionnel des avances qu'elle entend solliciter pour le mois en cours et le mois suivant. Le coût de ces avances est de EONIA + 0,20 lorsque leur montant est inférieur à 3 milliards d'euros et de EONIA + 0,25 au delà. Toutefois, si les besoins de l'ACOSS sont supérieurs de 500 millions d'euros au montant de l'avance sollicitée à titre prévisionnel, le coût s'élève alors à EONIA + 0,7 pour la part de dépassement supérieure à 500 millions d'euros. Depuis le mois de juin 2003, l'ACOSS a aussi recours, en plus des avances définies dans le cadre de la convention d'octobre 2001, à des avances prédéterminées, également consenties par la CDC. Ces avances consistent en des contrats à terme : l'ACOSS peut emprunter un mois à l'avance, pour une période future qu'elle définit précisément, un certain montant (minimum 500 millions d'euros). Le taux de référence reste l'EONIA, mais la marge est plus faible (de 7 à 10 points de base au lieu de 20 ou 25 points pour les avances conventionnelles) du fait de la réduction de l'incertitude pour le prêteur.

Enfin, pour la première fois en 2004, l'ACOSS a complété ces financements par des avances souscrites auprès du marché bancaire. Ce recours au marché a pris les formes suivantes :

- des emprunts à court terme (échéance limite : le 31 décembre 2004) ;
- une mise en concurrence par appel d'offres auprès des spécialistes en valeur du Trésor (SVT), qui sont les intermédiaires financiers sélectionnés par l'Etat pour le placement de ses emprunts ;
- une sélection des prêteurs (parmi les SVT) par adjudication (les meilleurs prix proposés pour chaque tranche de financement de 500 millions d'euros dans la limite de l'enveloppe globale demandée par l'ACOSS).

Deux lignes de trésorerie ont été ainsi souscrites, d'un montant respectif de 3 milliards d'euro (du 3 juin au 3 septembre) et de 4 milliards d'euros (du 3 septembre au 15 octobre) auprès de six banques.

Ces modes de financement (avances prédéterminées et lignes de trésorerie souscrites auprès des SVT) complètent les avances au jour le jour pour les périodes où le besoin de trésorerie est élevé et certain : afin d'éviter le risque de sur-mobilisation des avances, le montant des avances prédéterminées de la CDC et

des lignes de trésorerie des banques ne représente en effet qu'une partie du besoin prévisionnel de trésorerie d'une période donnée, l'ajustement quotidien aux besoins se faisant grâce aux avances au jour le jour régies par la convention d'octobre 2001.

- *Le premier semestre 2004*

L'année 2004 aura constitué l'année la plus critique pour le régime général en termes de besoins de trésorerie.

Cette situation avait été anticipée lors de l'élaboration de la loi de financement pour 2004 puisque – prolongement logique de la dégradation constatée en 2003 qui avait conduit par l'article 75 à ratifier, conformément à l'article L.O. 111-5 du code de la sécurité sociale, le relèvement de 12,5 milliards d'euros à 15 milliards d'euros du plafond des avances de trésorerie du régime général intervenu par décret n° 2003-921 du 26 septembre 2003 – l'article 76 avait fixé le seuil d'emprunt à 33 milliards d'euros, seuil le plus important jamais fixé en loi de financement, preuve de la situation financière très difficile du régime général. A titre de comparaison, le décret du 8 octobre 1997, ratifié en loi de financement de la sécurité sociale pour 1998, n'avait pas porté ce montant à plus de 12,2 milliards d'euros, alors que le déficit du régime général avait été cette année là de 5,2 milliards d'euros.

Cette situation était la conséquence du résultat déficitaire cumulé du régime général estimé à 23,6 milliards d'euros lors du débat sur la loi de financement pour 2004 en tenant compte pour cette même année des mesures d'équilibre que comportait cette même loi.

La révision à la hausse (13,9 milliards d'euros) en cours d'année du déficit prévisionnel du régime général pour 2004, combinée à d'autres facteurs (par exemple, l'augmentation des dettes de l'Etat vis-à-vis de la sécurité sociale et les dettes du Fonds de solidarité vieillesse), a conduit à une nouvelle et très forte dégradation du solde du compte unique de disponibilités courantes (CUDC) de l'ACOSS.

Celui-ci s'élevait à 23,3 milliards d'euros au 30 juin 2004. Comparé au solde au 31 décembre 2003 (- 14 milliards d'euros), il révèle une variation de trésorerie négative de 9,3 milliards d'euros sur les six premiers de 2004 (contre - 6,7 milliards sur la même période de 2003), résultat inférieur de 1,5 milliards d'euros aux prévisions faites lors de l'élaboration de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004.

En outre, le dynamisme des encaissements réalisés à cette date (140,6 milliards d'euros soit 270 millions de plus que ce qui était prévu) résulte essentiellement de changements techniques dans les circuits et les calendriers financiers (mise en œuvre dès le mois de janvier de la décentralisation du RMI ; réforme du système d'avances du régime général au régime des salariés agricoles).

En revanche, plus significative et préoccupante était l'évolution des tirages qui ont atteint 149,9 milliards d'euros au 30 juin, soit 1,8 milliard de plus que prévu, essentiellement du fait des remboursements de prestations maladie. D'après les prévisions réalisées avant la réforme de l'assurance maladie, le solde du CUDC aurait atteint - 31,8 milliards d'euros au 31 décembre 2004 (contre - 14 milliards d'euros au 31 décembre 2003).

• *Le second semestre 2004*

La fin de l'année se traduit par une amélioration spectaculaire de la situation de trésorerie de l'ACOSS grâce aux sommes versées par la CADES au titre de la reprise de dette prévue par l'article 76 de loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Il confie en effet, prévoyant en contrepartie l'allongement de la durée de vie de la CRDS et de la CADES « *jusqu'à l'extinction de ses missions* », la reprise de la dette contractée par la branche maladie à la CADES dans les conditions suivantes.

Reprise de la dette contractée par la branche maladie par la CADES

Origine de la dette transférée	Montant	Date de reprise
1) Déficits cumulés au 31 décembre 2003	35 milliards d'euros	10 milliards le 1 ^{er} septembre 2004
2) Déficit prévisionnel 2004		25 milliards au plus tard le 31 décembre 2004
Déficits prévisionnels pour 2005 et 2006	15 milliards d'euros	Dates de versement fixées par décret

On notera que le montant de 25 milliards repris au plus tard le 31 décembre et celui de 15 milliards pour la couverture des déficits prévisionnels pour 2005 et 2006 constituent des plafonds : les montants exacts – ainsi que les dates de versement – seront fixés par décret après avis du secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale.

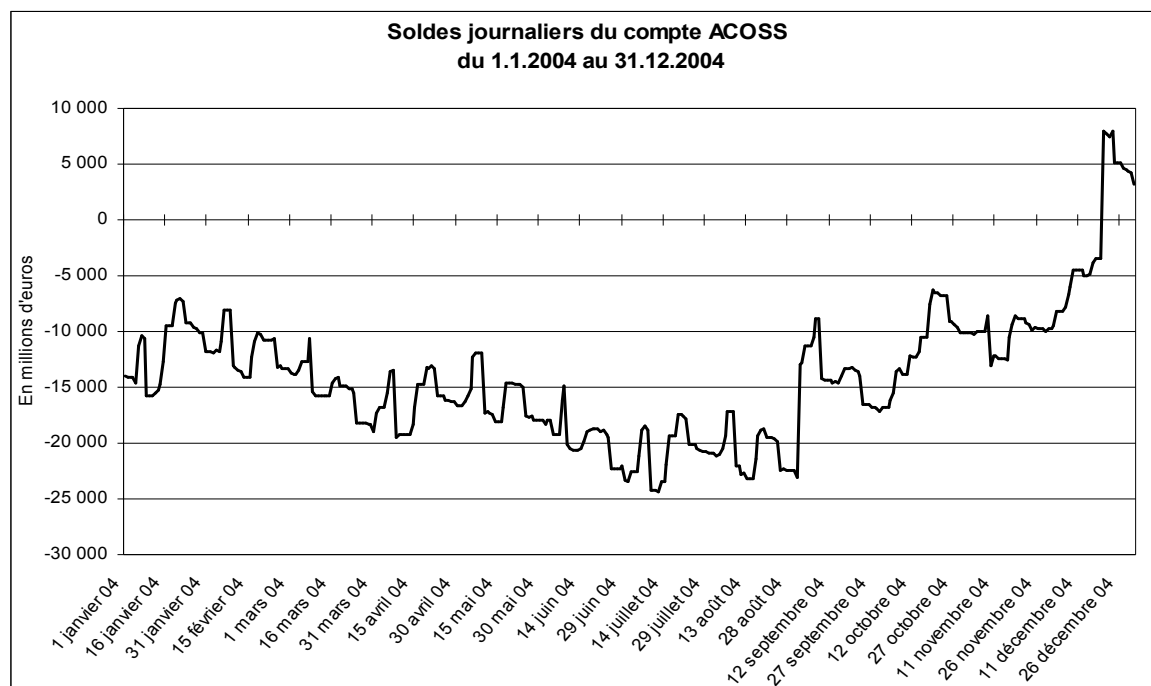
De ce fait, le solde de fin d'année du CUDC devrait redevenir positif, à hauteur de 3,3 milliards d'euros.

Les chiffres clés de la trésorerie de l'ACOSS

	2003	2004 (p)
Variation de trésorerie	- 12,4 Md€	+ 17,3 Md€
Variation de trésorerie hors reprise de dette	- 12,4 Md€	- 17,7 Md€
Solde du compte au 31 décembre	- 14,0 Md€	+ 3,3 Md€
Solde moyen	- 5,4 Md€	- 14,5 Md€
Point haut	+ 5,1 Md€ (atteint le 17 janvier)	+ 3,3 Md€ (atteint en décembre)
Point bas	- 14,2 Md€ (atteint le 11 octobre)	- 24,3 Md€ (atteint le 12 juillet)
Nombre de jours négatifs	320	365

Source : ACOSS

Soldes journaliers du compte ACOSS



• *L'année 2005*

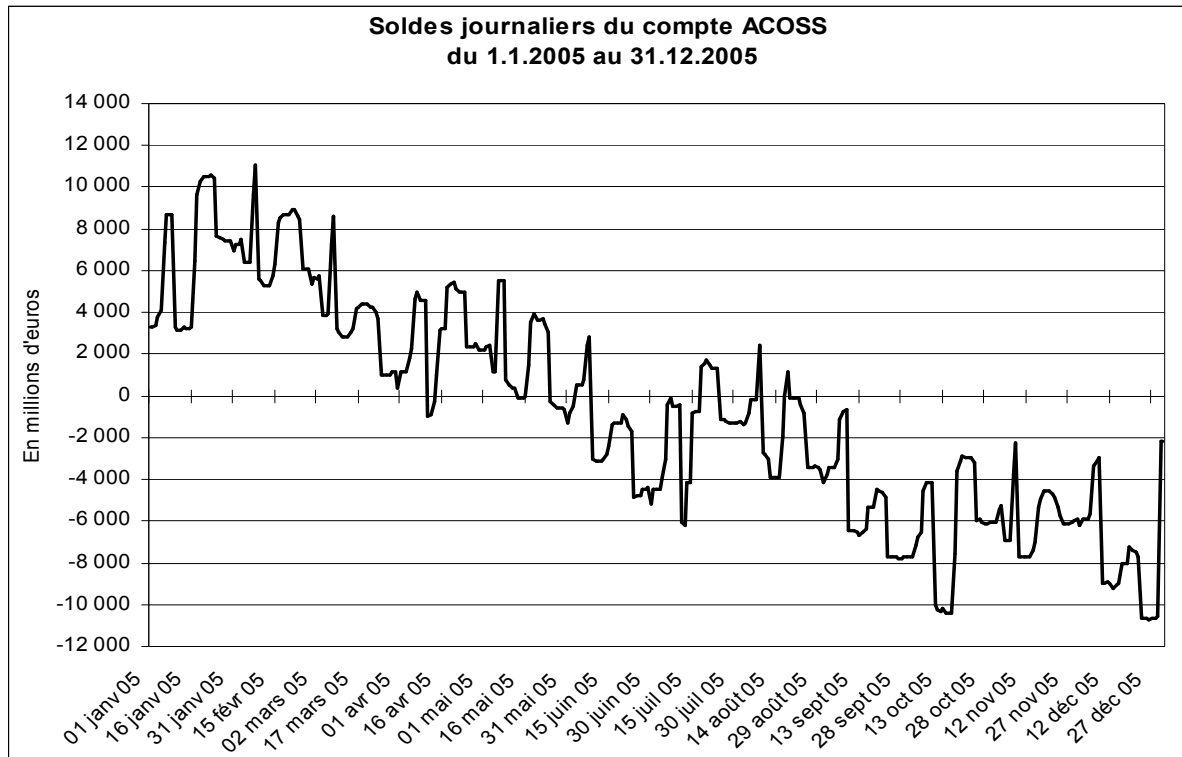
Les prévisions du solde de trésorerie pour 2005 sont particulièrement difficiles à élaborer dès lors que la date (ou les dates) de versement par la CADES des sommes couvrant la reprise du déficit prévisionnel 2005 n'est pas encore connue.

N'est donc pas prise en compte dans le graphique suivant l'hypothèse d'une nouvelle opération de reprise de déficit par la CADES, telle que l'article 76 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie le permet.

Dans ces conditions, la trésorerie 2005 partirait d'un point d'entrée de + 3,3 milliards d'euros. La variation annuelle de trésorerie serait de - 13,4 milliards d'euros, le solde au 31 décembre atteignant - 10,2 milliards d'euros.

Le solde moyen sur cet exercice serait de - 0,7 milliards d'euros. Le point le plus haut est prévu au mois de février avec + 11,1 milliards tandis que le besoin de trésorerie le plus élevé serait de - 10,7 milliards d'euros au cours du mois de décembre.

Soldes journaliers du compte ACOSS



2. Le régime des exploitants agricoles : 6,2 milliards d'euros

Le régime des exploitants agricoles, dont l'essentiel des dépenses consiste dans le paiement des pensions de retraite et la couverture de l'assurance maladie et qui comporte depuis 2002 une nouvelle branche accidents du travail, est confronté à un déséquilibre démographique important.

Pour la branche maladie, les cotisants devraient être au nombre de 1,6 million pour 2 millions de bénéficiaires ; au titre de la vieillesse, on devrait dénombrer seulement 628 083 cotisants pour 1,9 million de bénéficiaires.

De ce fait, le régime a longtemps été équilibré par la solidarité nationale, au travers du budget annexe des prestations sociales agricoles (BAPSA) retracé en loi de finances.

Toutefois, la disparition du BAPSA au profit du Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA) a fait disparaître cette obligation juridique d'équilibre.

De fait, le présent projet de loi de financement ne comporte pas de mesures permettant de remédier au déséquilibre structurel du régime, pas plus que le projet de loi de finances pour 2005 en cours d'examen dont l'article 42 reconduit l'affectation au FFIPSA d'une part des droits sur la consommation du tabac sans porter celle-ci à un niveau suffisant pour équilibrer le régime.

Dès lors, le déficit du FFIPSA devrait s'aggraver en 2005 ainsi que ses besoins de trésorerie.

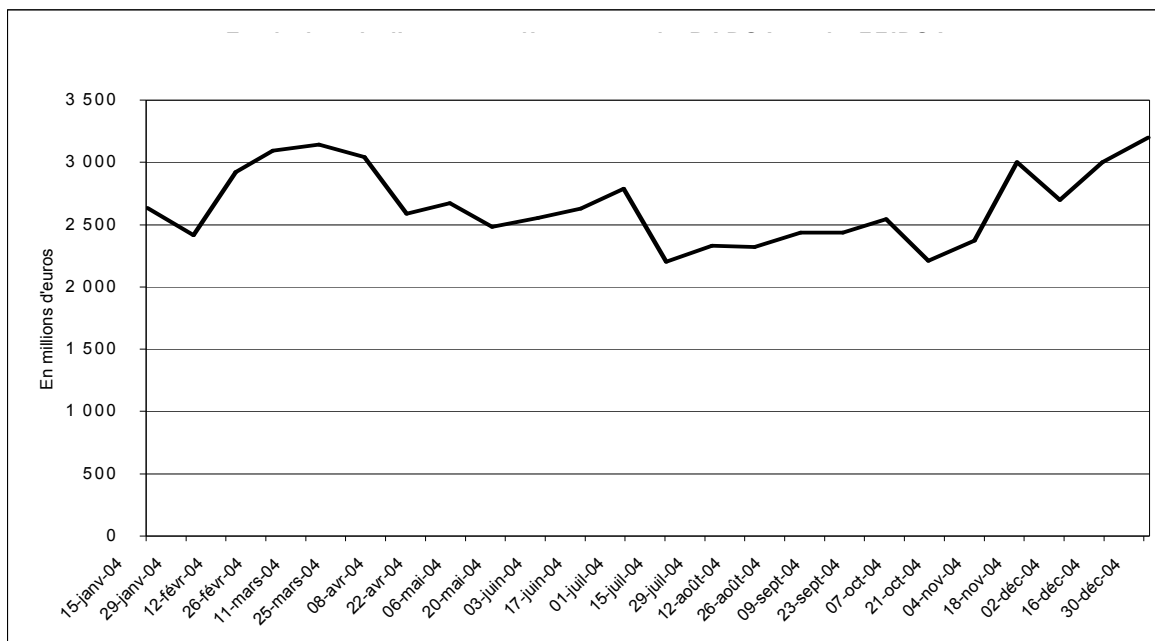
Exploitants agricoles – comptes toutes branches confondues

En millions d'euros

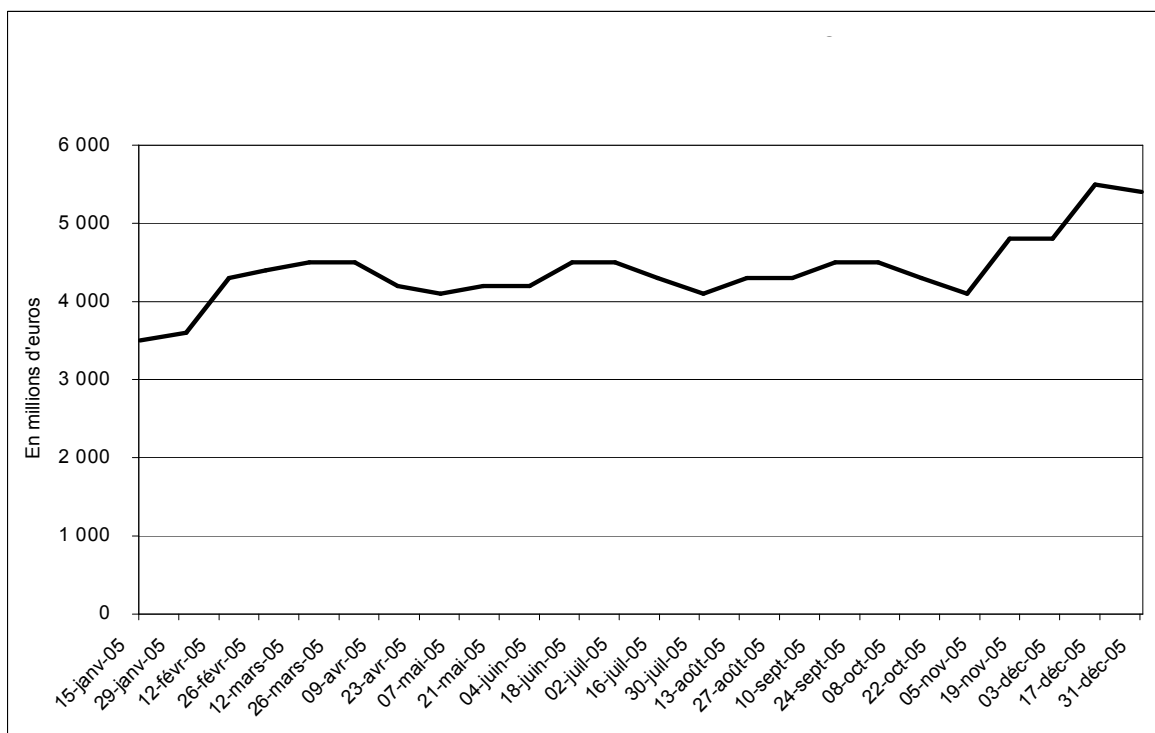
	2002	2003	%	2004	%	2005	%
Total des prestations	14 457	14 756	2,1	14 900	1,0	14 890	-0,1
Prestations légales	14 125	14 558	3,1	14 720	1,1	14 716	-0,0
Prestations légales maladie	5 791	6 043	4,4	6 261	3,6	6 298	0,6
Prestations légales AT	20	68	–	67	-2,1	67	0,4
Prestations légales vieillesse	8 314	8 446	1,6	8 393	-0,6	8 351	-0,5
Prestations légales famille	0	0	–	0	–	0	–
Prestations extralégales	66	93	39,9	102	9,6	95	-6,6
Autres prestations	208	13	-93,5	13	-4,3	13	-0,0
Dotations nettes aux provisions	58	92	59,0	65	-28,8	66	0,3
Pertes sur créances irrécouvrables	1	1	-0,3	1	2,6	1	-0,1
Transferts	128	126	-1,5	163	29,5	130	-20,6
Autres charges techniques	24	53	–	53	0,5	53	0,0
Diverses charges techniques	11	0	–	0	–	0	–
Charges financières	55	37	-32,3	44	19,3	60	35,0
Autres charges techniques	25	5	-81,2	-4	–	1	–
Charges de gestion courante	568	625	10,0	622	-0,5	620	-0,4
Total des Charges	15 269	15 602	2,2	15 779	1,1	15 754	-0,2
Cotisations sociales	1 933	2 014	4,2	2 002	-0,6	2 016	0,7
Cotisations sociales effectives	1 963	2 042	4,0	2 040	-0,1	2 052	0,6
Cotisations des actifs	1 915	2 007	4,8	2 009	0,1	2 022	0,6
Cotisations des inactifs	0	1	–	1	0,0	1	0,0
Autres cotisations	27	7	-74,8	7	-2,2	7	0,5
Majorations et pénalités	21	27	30,4	24	-13,8	23	-4,5
Reprises nettes de provisions	0	-1	–	0	-94,2	0	–
Pertes sur créances irrécouvrables	-30	-27	-9,9	-38	39,2	-36	-4,6
Cotisations à charge de l'Etat	0	0	–	0	–	0	–
Cotisations à charge de la sécurité sociale	0	0	–	0	–	0	–
Cotisations fictives d'employeur	0	0	0,0	0	–	0	–
Impôts et taxes affectés	5 934	6 215	++	6 528	5,0	5 890	-9,8
Transferts	6 168	6 225	–	6 206	-0,3	6 160	-0,7
Prise en charge de cotisations FOREC	0	0	-10,0	0	–	0	–
Contributions publiques	706	701	–	14	-98,0	14	-0,3
Autres contributions	0	0	–	0	–	0	–
Contributions diverses	0	0	++	0	–	0	–
Divers produits techniques	370	271	++	77	-71,4	76	-2,0
Produits de gestion courante	100	94	-5,5	95	0,6	93	-1,9
Total des produits	15 211	15 520	2,0	14 922	-3,9	14 248	-4,5
Résultat net	- 58	- 82		- 857		- 1 506	

Le découvert autorisé en loi de financement de la sécurité sociale est donc porté de 2,2 milliards d'euros en 2003 et 4,1 milliards d'euros en 2004 à 6,2 milliards d'euros par le présent article. Cette majoration du plafond d'emprunt est justifiée par la permanence du solde déficitaire du régime, les réformes intervenant dans le financement des prestations sociales agricoles et l'impact de la mensualisation des retraites agricoles (antérieurement versées trimestriellement).

Evolution de l'encours d'emprunt du BAPSA et du FFIPSA du 1.1.2004 au 31.12.2004



Evolution de l'encours d'emprunt du FFIPSA du 1.1.2005 au 31.12.2005



3. La Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) : 500 millions d'euros

CNRACL – comptes toutes branches confondues

En millions d'euros

	2002	2003	%	2004	%	2005	%
Total des prestations	8 202	8 672	5,7	9 252	6,7	9 906	7,1
Prestations légales	8 112	8 612	6,2	9 158	6,3	9 806	7,1
Prestations légales maladie	298	320	7,6	334	4,3	349	4,4
Prestations légales AT	0	0	–	0	–	0	–
Prestations légales vieillesse	7 815	8 292	6,1	8 824	6,4	9 457	7,2
Prestations légales famille	0	0	–	0	–	0	–
Prestations extralégales	86	60	-31,0	91	53,1	94	2,7
Autres prestations	0	0	–	3	–	6	96,9
Dotations nettes aux provisions	0	0	–	0	–	0	–
Pertes sur créances irrécouvrables	4	1	-84,4	0	–	0	–
Transferts	2 981	2 840	-4,7	2 912	2,5	2 701	-7,2
Autres charges techniques	0	0	–	0	–	0	–
Diverses charges techniques	0	92	–	96	4,0	98	2,6
Charges financières	2	2	-23,8	1	-44,3	1	-40,0
Autres charges techniques	3	1	-69,5	0	-59,8	0	0,0
Charges de gestion courante	73	1	-98,6	0	-67,7	0	0,0
Total des Charges	11 262	11 608	3,1	12 262	5,6	12 707	3,6
Cotisations sociales	10 924	11 676	6,9	12 247	4,9	12 779	4,3
Cotisations sociales effectives	10 925	11 686	7,0	12 247	4,8	12 779	4,3
Cotisations des actifs	10 914	11 676	7,0	12 244	4,9	12 776	4,3
Cotisations des inactifs	0	0	–	0	–	0	–
Autres cotisations	0	0	–	0	–	0	–
Majorations et pénalités	11	9	-17,4	3	-64,8	3	0,0
Reprises nettes de provisions	-1	-4	–	0	–	0	–
Pertes sur créances irrécouvrables	0	-6	–	0	–	0	–
Cotisations à charge de l'Etat	0	0	–	0	–	0	–
Cotisations à charge de la sécurité sociale	0	0	–	0	–	0	–
Cotisations fictives d'employeur	0	0	0,0	0	–	0	–
Impôts et taxes affectés	0	0	++	0	–	0	–
Transferts	244	247	–	276	11,7	280	1,2
Prise en charge de cotisations FOREC	0	0	-10,0	0	–	0	–
Contributions publiques	1	1	–	1	-25,0	1	31,5
Autres contributions	0	0	–	0	–	0	–
Contributions diverses	0	0	++	0	–	0	–
Divers produits techniques	31	29	++	26	-8,8	29	9,0
Produits de gestion courante	0	0	–	0	–	0	–
Total des produits	11 201	11 953	6,7	12 551	5,0	13 088	4,3
Résultat net	-61	345		289		382	

Instituée par un décret du 19 septembre 1947, la CNRACL est un établissement public géré par la Caisse des dépôts et consignations dont l'objet est le service des pensions de retraite et d'invalidité aux agents titulaires des collectivités locales et des hôpitaux.

La CNRACL recouvre également les cotisations pour le compte du Fonds d'allocation temporaire d'invalidité aux agents des collectivités locales (FATIACL) et pour le Fonds de compensation des cessations progressives d'activité des agents des collectivités locales (FCCPA).

Le nombre de bénéficiaires des prestations vieillesse devrait s'élever à 581 807 pour 1,8 million de cotisants en 2004.

Après un déficit de 61 millions d'euros en 2002, le régime voit sa situation financière fortement redressée en 2003 et devrait encore être consolidée en 2004 et 2005, grâce à la réforme du mode de calcul des compensations généralisée et spécifique (prise en compte des chômeurs dans les cotisants de la CNAV et baisse progressive du taux d'application de la surcompensation) et à une augmentation du taux de la contribution employeur de 0,4 % chaque année sur la période 2003-2005.

En revanche, la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites n'a aucun impact sur les comptes de la CNRACL en 2004.

Compte tenu du décalage entre le rythme des encaissements et des décaissements pour la caisse, il convient de lui maintenir une autorisation de découvert de trésorerie à hauteur de 500 millions d'euros.

4. La Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG) : 500 millions d'euros

CNIEG – comptes toutes branches confondues

En millions d'euros

	2002	2003	%	2004	%	2005	%
Total des prestations	3 043	3 192	4,9	3 265	2,3	3 335	2,2
Prestations légales	2 941	3 078	4,7	3 156	2,5	3 225	2,2
Prestations légales maladie	15	17	13,5	17	1,8	18	0,4
Prestations légales AT	55	55	-0,0	56	1,6	57	1,9
Prestations légales vieillesse	2 871	3 006	4,7	3 083	2,5	3 150	2,2
Prestations légales famille	0	0	–	0	–	0	–
Prestations extralégales	3	3	2,7	3	0,0	3	0,0
Autres prestations	99	111	12,2	106	-4,7	108	1,5
Dotations nettes aux provisions	0	0	–	0	0,0	0	0,0
Pertes sur créances irrécouvrables	0	0	–	0	0,0	0	0,0
Transferts	157	129	-17,8	145	12,2	956	–
Autres charges techniques	0	0	–	0	–	0	–
Diverses charges techniques	0	0	-26,8	0	0,0	0	0,0
Charges financières	0	13	–	13	1,9	14	1,9
Autres charges techniques	0	0	–	0	0,0	6 900	–
Charges de gestion courante	24	25	3,9	26	2,0	26	2,0
Total des Charges	3 225	3 360	4,2	3 449	2,6	11 232	–
Cotisations sociales	2 978	3 077	3,3	3 236	5,1	2 867	-11,4
Cotisations sociales effectives	2 978	3 077	3,3	3 236	5,1	2 867	-11,4
Cotisations des actifs	2 978	3 077	3,3	3 236	5,1	2 867	-11,4
Cotisations des inactifs	0	0	–	0	–	0	–
Autres cotisations	0	0	–	0	–	0	–
Majorations et pénalités	0	0	–	0	–	0	–
Reprises nettes de provisions	0	0	–	0	–	0	–
Pertes sur créances irrécouvrables	0	0	–	0	–	0	–
Cotisations à charge de l'Etat	0	0	–	0	–	0	–
Cotisations à charge de la sécurité sociale	0	0	–	0	–	0	–
Cotisations fictives d'employeur	0	0	0,0	0	–	0	–
Impôts et taxes affectés	0	0	++	0	–	4 140	–
Transferts	13	1	–	1	0,0	1 313	–
Prise en charge de cotisations FOREC	0	0	-10,0	0	–	0	–
Contributions publiques	0	0	–	0	0,0	0	0,0
Autres contributions	0	0	–	0	–	0	–
Contributions diverses	232	272	++	208	-23,6	148	-28,8
Divers produits techniques	1	8	++	3	-64,3	2 763	–
Produits de gestion courante	1	1	7,7	1	0,0	1	0,0
Total des produits	3 225	3 360	4,2	3 449	2,6	11 232	–
Résultat net	0	0		0		0	

L'année 2005 marque l'apparition d'un nouveau régime dans la liste de ceux qui sont autorisés à recourir à des ressources non permanentes : le régime des industries électriques et gazières (IEG).

Cette évolution est liée à la réforme du service public de l'électricité et du gaz, qui a isolé le financement de ce régime en créant une caisse autonome spécifique de sécurité sociale, pour partie adossée financièrement au régime général et à l'ARRCO-AGIRC pour le risque vieillesse.

La Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG) a été créée par la loi du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières. Elle est chargée, à compter du 1^{er} janvier 2005, de la gestion des prestations en espèces servies aux assurés sociaux des industries électriques et gazières en ce qui concerne les risques vieillesse, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles. Le risque vieillesse du régime spécial des industries électriques et gazières fait l'objet d'un « adossement financier » partiel ⁽¹⁾, d'une part, au régime général (CNAVTS), d'autre part, aux régimes obligatoires de retraite complémentaire (AGIRC-ARRCO).

Les conventions financières en cours de négociations entre la CNIEG, le régime général et les fédérations d'institutions de retraite complémentaire permettront d'organiser, outre les précisions relatives au versement des soultes et la détermination des droits repris par ces régimes, les modalités selon lesquelles la CNIEG versera les cotisations qui seraient dues si les cotisants des IEG étaient affiliés au régime général ou aux régimes obligatoires de retraite complémentaire obligatoire et en contrepartie, recevra de ces mêmes régimes les prestations dues aux pensionnés des IEG si ceux-ci relevaient du régime général ou de ces régimes complémentaires.

Le plafond proposé de 500 millions d'euros correspond ainsi au décalage existant entre d'une part, le rythme de versement des pensions de retraite par la CNIEG à ses affiliés (versement un trimestre à l'avance) et, d'autre part, le rythme de versement du transfert de la CNAVTS à la CNIEG dans les conditions de droit commun des prestations du régime général (versement à terme échu, au début d'un mois pour le mois précédent).

Ce décalage de trésorerie correspond aux seuls « droits de base » (partie des pensions versées par la CNIEG qui équivaut aux pensions du régime général), qui font l'objet de l'opération d'adossement au régime général. En effet, la loi de financement n'est compétente que pour fixer le niveau de ressources non permanentes des régimes de sécurité sociale de base.

⁽¹⁾ Dont les conditions sont précisées par l'article 28 du présent projet

5. La Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM) : 200 millions d'euros

Régime minier – comptes toutes branches confondues

En millions d'euros

	2002	2003	%	2004	%	2005	%
Total des prestations	3 571	3 636	1,8	3 627	-0,2	3 596	-0,8
Prestations légales	3 566	3 584	0,5	3 582	-0,1	3 550	-0,9
Prestations légales maladie	1 171	1 196	2,1	1 217	1,8	1 226	0,7
Prestations légales AT	443	478	7,8	466	-2,6	446	-4,2
Prestations légales vieillesse	1 951	1 910	-2,1	1 899	-0,6	1 878	-1,1
Prestations légales famille	0	0	–	0	–	0	–
Prestations extralégales	25	25	-1,6	25	1,1	26	1,2
Autres prestations	17	21	23,1	21	0,3	21	1,5
Dotations nettes aux provisions	-38	6	–	-1	–	-1	-19,2
Pertes sur créances irrécouvrables	0	0	26,8	0	3,0	0	1,5
Transferts	4	18	–	6	-63,9	1	-82,9
Autres charges techniques	135	182	34,6	142	-22,3	15	-89,6
Diverses charges techniques	1	2	65,8	2	-2,1	2	1,5
Charges financières	2	1	-53,0	1	1,3	1	1,5
Autres charges techniques	7	-5	–	1	–	1	1,5
Charges de gestion courante	394	180	-54,3	156	-13,1	159	1,4
Total des Charges	4 114	4 014	-2,4	3 935	-2,0	3 774	-4,1
Cotisations sociales	185	172	-7,1	165	-4,1	156	-5,6
Cotisations sociales effectives	184	171	-7,2	161	-5,5	152	-5,7
Cotisations des actifs	161	148	-7,8	138	-6,7	129	-6,9
Cotisations des inactifs	23	22	-2,8	23	2,1	23	1,6
Autres cotisations	0	0	–	0	–	0	–
Majorations et pénalités	0	0	-5,2	0	95,4	0	-5,1
Reprises nettes de provisions	10	2	-82,5	1	-39,5	1	1,5
Pertes sur créances irrécouvrables	-10	0	–	0	42,2	0	1,0
Cotisations à charge de l'Etat	0	0	–	3	–	3	-5,0
Cotisations à charge de la sécurité sociale	1	0	–	0	–	0	–
Cotisations fictives d'employeur	0	0	0,0	0	–	0	–
Impôts et taxes affectés	156	164	++	169	3,2	175	3,3
Transferts	3 096	2 956	-	2 952	-0,2	2 650	-10,2
Prise en charge de cotisations FOREC	2	3	-10,0	0	–	0	0,0
Contributions publiques	453	528	–	648	22,7	576	-11,1
Autres contributions	0	0	–	0	–	0	–
Contributions diverses	0	0	++	0	–	0	–
Divers produits techniques	10	9	++	8	-7,0	9	1,2
Produits de gestion courante	291	115	-60,4	51	-55,7	52	1,1
Total des produits	4 191	3 945	-5,9	3 994	1,2	3 617	-9,4
Résultat net	76	-69		59		-157	

Le régime minier gère les assurances maladie, vieillesse et accidents du travail des mineurs. Compte tenu de la situation démographique du secteur, le rapport cotisants/bénéficiaires est très dégradé : on doit dénombrer en 2004, pour la branche vieillesse de ce régime, 17 752 cotisants pour 372 652 bénéficiaires, soit un cotisant pour 21 pensionnés.

Le nombre de bénéficiaires de ce régime diminue d'environ 5 % chaque année. Structurellement déficitaire, il est équilibré pour 84 % du total de ses ressources par des transferts entre organismes de sécurité sociale (mécanismes de compensation) et une forte augmentation de la subvention de l'Etat, alors que les cotisations et contributions sociales ne représentent que 4 % de ses produits.

En raison d'une situation financière toujours fragile, il est proposé de permettre à la CANSSM de recourir à l'emprunt pour financer ses besoins de trésorerie, à hauteur de 200 millions comme en 2003 et 2004.

Ce plafond s'inscrit dans un contexte de trésorerie assez tendu. En effet, on assiste depuis quelques années à une baisse des ressources en provenance des compensations, notamment de la compensation spécifique vieillesse. Cette perte de ressources est compensée par une augmentation de la subvention de l'Etat. Ni le montant définitif versé, ni le calendrier de versement ne sont connus à l'avance. En conséquence, la CANSSM est obligée de faire de plus en plus fréquemment appel à des avances de trésorerie. La diminution programmée de la compensation spécifique, en vue de sa disparition prévue en 2012, ne fait que renforcer cette tendance. Le régime minier doit absolument être en mesure de payer au moins ses échéances de pension tous les 8 du mois, ainsi que d'alimenter en trésorerie les organismes de base qui servent les rentes d'accidents du travail et les prestations maladie. Sachant qu'une échéance correspond à un montant moyen d'environ 155 millions d'euros, il est impossible d'envisager un plafond d'avances de trésorerie inférieur à 200 millions d'euros.

*

La commission a *adopté* l'article 35 sans modification.

Après l'article 35

La commission a *rejeté* six amendements de M. Jean-Luc Prével visant successivement à :

– favoriser la création de maisons médicales en zones rurales et en zones urbaines difficiles, afin d'améliorer l'offre de soins de proximité ;

– restituer la CSG, la CRDS et le prélèvement social de 2 % précomptés sur les revenus du placement aux titulaires de pensions de réversion ayant un revenu imposable inférieur au minimum vieillesse ;

– créer un Conseil national de santé, dont la mission serait de veiller à l'adéquation de l'offre de soins ;

– instituer un *numerus clausus* régional par spécialité ;

– prévoir que la formation continue des professions de santé et des paramédicaux est obligatoire et fait l'objet d'une évaluation périodique, tout en comportant des mécanismes précis de financement ;

– créer dans chaque région une union des professions paramédicales exerçant à titre libéral.

La commission a *rejeté* deux amendements de Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille :

– le premier prévoyant de moduler l'allocation de rentrée scolaire selon l'âge de l'enfant et le type de scolarité suivi, afin de mieux prendre en charge les surcoûts liés à la scolarisation, notamment dans l'enseignement technique ou professionnel.

– le second proposant la transmission par le Gouvernement d'un rapport au Parlement sur la politique de lutte contre la pauvreté et la création d'indicateurs statistiques appropriés pour en évaluer les différents aspects.

La commission a *rejeté* trois amendements de M. Jean-Luc Prél :

– le premier prévoyant la généralisation, dès 2005, des agences régionales de santé ;

– le deuxième indiquant que la prévention et l'éducation pour la santé, missions de service public, doivent être mises en œuvre de façon organisée dans le cadre national d'éducation pour la santé et des schémas régionaux d'éducation pour la santé ;

– le dernier prévoyant que le statut du personnel hospitalier prend en compte la pénibilité, la responsabilité et l'évaluation de la qualité des pratiques professionnelles.

La commission a **adopté** l'ensemble du projet de loi ainsi modifié.

*

* *

En conséquence, et sous réserve des amendements qu'elle propose, la commission des affaires culturelles, familiales et sociales demande à l'Assemblée nationale d'adopter le projet de loi n° 1830.

ANNEXE

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES ⁽¹⁾

- **CGT** – M. Pierre-Yves Chanu, conseiller confédéral
- **Ministère de la santé** – M. Dominique Libault, directeur de la sécurité sociale
- **Fonds de solidarité vieillesse (FVS)** – M. Jacques Le Nain, directeur
- **Caisse d’amortissement de la dette sociale (CADES)** – M. Patrice Ract Madoux, président
- **CFE-CGC** – Mme Danièle Karniewicz, secrétaire nationale, et Mme Anne-Claude Le Voyer, experte secteur social
- **CTFC** – M. Jean-Luc Deroussen, secrétaire général-adjoint
- **Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)** – Mme Jeannette Gros, présidente
- **Caisse nationale d’allocations familiales (CNAF)** – Mme Nicole Prud’homme, présidente
- **Union professionnelle artisanale (UPA)** – M. Pierre Perrin, président, et M. Pierre Burban, secrétaire général
- **Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)** – M. Pierre Burban, président, et M. Louis-Charles Viossat, directeur
- **MEDEF** – M. Bernard Caron, directeur de la protection sociale, et M. Guillaume Ressot, conseiller parlementaire
- **Les entreprises du médicament (LEEM)** – M. Pierre Le Sourd, président, M. Bernard Lemoine, vice-président délégué, M. Claude Bougé, directeur-général-adjoint, et Mme Aline Bessis-Marais, responsable des affaires publiques
- **Caisse nationale d’assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)** – M. Jean-Marie Spaeth, président
- **Fédération française des sociétés d’assurance (FFSA)** – M. Gérard de la Martinière, président, M. Alain Rouché, directeur santé, M. Claude Delpoux, directeur assurance de biens et responsabilités, et M. Jean-Paul Laborde, conseiller parlementaire

(1) Certaines de ces auditions ont été réalisées conjointement avec M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l’assurance maladie et les accidents du travail

N° 1876 – tome I – Rapport sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale – tome I :
Recettes et équilibre général (M. Bernard Perrut)