

N° 303

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 18 octobre 2007.

AVIS

PRÉSENTÉ

AU NOM DE LA COMMISSION DES FINANCES, DE L'ÉCONOMIE GÉNÉRALE ET DU PLAN SUR LE
PROJET *de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008* (n° 284),

PAR Mme Marie-Anne MONTCHAMP,

Députée.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	9
CHAPITRE I : POUR PRÉPARER LA RÉSORPTION DU DÉSÉQUILIBRE : DES MESURES DE RECETTES CIBLÉES, UN CONTRÔLE RENFORCÉ	11
I.– LA SITUATION DES COMPTES SOCIAUX APPELLE DES MESURES DE REDRESSEMENT	11
A.– FACE À UNE TENDANCE PRÉOCCUPANTE, L'IMPACT VERTUEUX DU PLFSS	11
B.– UNE ANALYSE DE LA STRUCTURE DES DÉFICITS QUI DOIT PERMETTRE D'IDENTIFIER LES ÉLÉMENTS DE FRAGILITÉ DU SYSTÈME	13
II.– LES MESURES DE RECETTES SONT CIBLÉES ET COUPLÉES AU RENFORCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE	14
A.– LES PRÉVISIONS DE RECETTES : UNE CROISSANCE RALENTIE	14
1.– La classique vue d'ensemble par catégorie de recettes.....	14
2.– Les éléments d'une revue de détail.....	16
<i>a) Les droits sur le tabac et l'alcool font l'objet d'une rationalisation</i>	17
<i>b) Les taxes pesant sur l'industrie pharmaceutique forment un ensemble à six composantes</i>	20
3.– Une vue d'ensemble prospective par régime de base	21
B.– LE CHOIX DE LA MESURE POUR LES RECETTES NOUVELLES, LE SOUCI DE L'EFFICACITÉ DANS LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE.....	22
1.– 2 milliards d'euros de recettes nouvelles en 2008	22
2.– Le renforcement de la lutte contre la fraude	24
<i>a) Une meilleure détection de la fraude</i>	25
<i>b) Un renforcement du contrôle des arrêts de travail et de certaines dépenses d'assurance maladie</i>	25
<i>c) Des sanctions plus dissuasives</i>	25

CHAPITRE II : DES RELATIONS FINANCIÈRES ASSAINIES ENTRE L'ÉTAT ET LA SÉCURITÉ SOCIALE : VERS UN VÉRITABLE PILOTAGE DU « RISQUE FINANCIER ».....	27
I.- L'APUREMENT DE LA DETTE DE L'ÉTAT À L'ÉGARD DU RÉGIME GÉNÉRAL À FIN 2006 MARQUE UNE CONFIANCE RETROUVÉE	27
A.- UN APUREMENT HISTORIQUE DU PASSÉ, DES GARDE-FOUS POUR L'AVENIR	27
1.- L'apurement de dettes parfois anciennes pour 5,08 milliards d'euros	27
2.- D'importants moyens pour empêcher la reconstitution de dettes de l'État.....	28
B.- LA SUBSISTANCE D'UNE DETTE EN 2007, CREUSÉE PAR LES « NICHES SOCIALES »	29
II.- LA DETTE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE NON TRANSFÉRÉE À LA CADES PÈSE SUR LA TRÉSORERIE DE L'ACOSS	30
A.- LA FIN EN 2007 DU TRANSFERT AUTOMATIQUE DE DETTE À LA CADES.....	30
1.- Les reprises de déficit par la CADES résultent en dernier lieu de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie	30
2.- Les opérations de transfert ont cessé en 2007	30
B.- LE RELÈVEMENT À 36 MILLIARDS D'EUROS DU PLAFOND D'EMPRUNT DE L'ACOSS EN COURS D'ANNÉE, UNE PREMIÈRE.....	32
III.- PROGRAMME DE QUALITÉ ET D'EFFICIENCE ET PLURIANNUALITÉ SONT LES OUTILS DU PILOTAGE DU « RISQUE FINANCIER »	35
A.- LE PQE « FINANCEMENT », PLUS LARGE QUE LA CONVENTION D'OBJECTIFS ET DE GESTION	35
1.- Une présentation définitive et un cadrage enrichi.....	35
2.- Une performance mieux mesurée.....	36
B.- LA PLURIANNUALITÉ ET LA RÉFLEXION SUR LE RAPPROCHEMENT ENTRE PLF ET PLFSS	38
IV.- L'AVENIR PASSE PAR UNE RÉFLEXION APPROFONDIE SUR LE FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE	39
A.- DEUX RAPPORTS RÉCENTS TÉMOIGNENT DE LA VOLONTÉ DU GOUVERNEMENT DE PRENDRE À BRAS-LE-CORPS LA RÉFORME DU FINANCEMENT.....	40
1.- Le rapport de M. Éric Besson éclaire le lien entre financement et gouvernance	40
2.- La note d'étape de Mme Christine Lagarde souligne les contraintes techniques de la réforme	43
B.- VOTRE RAPPORTEURE POUR AVIS ENTEND PARTICIPER À LA RÉFLEXION QUI SE POURSUIT	43

CHAPITRE III : L'AGGRAVATION PRÉOCCUPANTE DU DÉFICIT DE LA BRANCHE MALADIE	45
I.– L'AGGRAVATION CONTINUE DU DÉFICIT DE LA BRANCHE MALADIE ENTRE 2006 ET 2008	45
A.– DES HYPOTHÈSES DE CONSTRUCTION DE L'ONDAM QUI ONT ENTRAÎNÉ UN DÉRAPAGE DES DÉPENSES.....	45
1.– L'ONDAM pour 2006 : un dépassement de 1,2 milliard d'euros	45
2.– L'ONDAM pour 2007 : le dérapage des dépenses a appelé des mesures de redressement	46
3.– Des hypothèses discutées de construction de l'ONDAM	47
B.– L'ONDAM POUR 2008 : UN GAGE DE CRÉDIBILITÉ	48
C.– LES PROJECTIONS PLURIANNUELLES DOIVENT DEVENIR UN VÉRITABLE OUTIL DE PILOTAGE.....	49
II.– 2008 SERA L'ANNÉE D'UNE ATTENTION RENOUVELÉE AUX DÉPENSES DE SOINS DE VILLE	50
A.– DES DÉPENSES DE SOINS DE VILLE EN 2006 QUI RESTENT CONTENUES.....	50
B.– 2007 : LE DÉRAPAGE DES DÉPENSES	51
1.– Le bilan mitigé du plan médicament 2005-2007	52
2.– Des dépenses d'indemnités journalières qui repartent à la hausse	53
C.– L'EFFORT POUR 2008 : DES MESURES À SALUER, MAIS DES RÉFORMES STRUCTURELLES ENCORE À INITIER.....	54
1.– Le principe de responsabilité est réaffirmé à travers la mise en place des franchises médicales.....	54
2.– Bilan de la maîtrise médicalisée	54
3.– Une meilleure régulation doit être recherchée face au poids croissant des ALD dans les dépenses de soins de ville	56
4.– La responsabilisation des professionnels de santé / Le problème de la répartition territoriale des médecins libéraux	57
a) <i>La question des revalorisations tarifaires doit être replacée dans le contexte du pilotage général de l'ONDAM</i>	57
b) <i>L'enjeu crucial de la répartition territoriale des praticiens</i>	58
III.– LE SECTEUR HOSPITALIER FACE AU DÉFI DE LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ (T2A)	60
A.– UN RESPECT GLOBAL DE L'OBJECTIF DES DÉPENSES HOSPITALIÈRES EN 2006 ET 2007	60
B.– L'ENJEU DE LA CONVERGENCE DANS LA MISE EN ŒUVRE DE LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ.....	61
1.– La médicalisation du financement des établissements hospitaliers	61
2.– Le choix d'une avancée dans la convergence intrasectorielle et d'une pause dans la convergence intersectorielle.....	61

C.– LE RENFORCEMENT DE L'INVESTISSEMENT HOSPITALIER EST CONFIRMÉ PAR LE PLAN HÔPITAL 2012.....	64
D.– LA DIVERSITÉ DES FONDS FINANCÉS PAR L'ASSURANCE MALADIE.....	66
1.– L'indemnisation des accidents médicaux : l'ONIAM.....	67
2.– Un nouvel établissement chargé de la réponse aux urgences sanitaires : l'EPRUS.....	67
3.– Le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS).....	68
CHAPITRE IV : LES AUTRES POLITIQUES DE SÉCURITÉ SOCIALE.....	71
I.– LE REDRESSEMENT BIEN ENGAGÉ DE LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL – MALADIES PROFESSIONNELLES.....	71
A.– LE RETOUR PROGRAMMÉ À L'EXCÉDENT EN 2008.....	72
1.– Une amélioration des comptes en 2006 qui s'est trouvée interrompue en 2007....	72
2.– Un retour à l'équilibre de la branche reporté à 2008.....	73
B.– LE POIDS CROISSANT DES CHARGES LIÉES AUX CONSÉQUENCES DE L'AMIANTE.....	74
1.– Le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA).....	74
2.– Le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).....	76
II.– LA BRANCHE FAMILLE : UN EXCÉDENT QUI SERA RAPIDEMENT CONVOITÉ.....	76
A.– LA BRANCHE FAMILLE SUR LE CHEMIN DE L'ÉQUILIBRE.....	78
1.– Le déploiement de la PAJE.....	79
2.– Une décélération de la croissance des prestations liées au handicap.....	80
3.– Les aides au logement.....	80
B.– LA MAÎTRISE DES DÉPENSES D'ACTION SOCIALE PASSE PAR UNE RÉFORME DÉJÀ BIEN ENGAGÉE, MAIS QUI DOIT ÊTRE POURSUIVIE.....	82
1.– La dérive des dépenses d'action sociale.....	82
a) <i>L'action à destination de la petite enfance.....</i>	<i>83</i>
b) <i>Les aides relatives au temps libre des enfants et des familles.....</i>	<i>84</i>
2.– La nécessaire réforme de l'action sociale de la branche passe également par une meilleure évaluation.....	84
III.– LE DÉFICIT STRUCTUREL DE LA BRANCHE RETRAITE REND INDISPENSABLE LA POURSUITE DES RÉFORMES.....	85
A.– UN DÉFICIT QUI SE CREUSE : – 4,9 MILLIARDS D'EUROS EN 2007.....	86
1.– Des causes structurelles : le vieillissement démographique.....	88
2.– Le succès du départ anticipé à la retraite agit comme un révélateur.....	89
3.– Le poids conséquent des pensions de réversion : 10 % des dépenses de la branche.....	90

4.– Le coût de l'intégration et de l'adossement des régimes spéciaux au régime général.....	91
B.– LA LENTE RÉSORPTION DU DÉFICIT DU FONDS DE SOLIDARITÉ VIEILLESSE (FSV)	92
C.– L'AVENIR DU FONDS DE RÉSERVE POUR LES RETRAITES (FRR).....	94
1.– Malgré des sources financement taries, les résultats du fonds témoignent du succès de sa politique de placements	94
2.– Quelles perspectives de versements aux régimes de retraite à partir de 2020 ? ...	96
IV.– LA CNSA : UN MODÈLE EN DEVENIR.....	97
A.– UN MODE DE FINANCEMENT ORIGINAL QUI A ACCOMPAGNÉ L'ÉLARGISSEMENT DES MISSIONS DE LA CAISSE	98
1.– Une évolution nette de la structure des recettes de la CNSA	98
a) <i>Les ressources propres</i>	98
b) <i>La mise en place et la progression de l'ONDAM médico-social</i>	98
2.– Initialement destiné aux personnes âgées, le financement de la caisse s'est élargi aux personnes handicapées	99
3.– Les premiers résultats	100
B.– UNE VOCATION QUI S'ÉLARGIT	102
1.– La possibilité pour la caisse de financer dès 2008 de nouvelles places en établissements.....	102
2.– Une source d'enseignements pour la conception d'un cinquième risque.....	104
EXAMEN EN COMMISSION	107
A.– AUDITION DES MINISTRES	107
B.– EXAMEN DU PROJET DE LOI	126
AMENDEMENTS ADOPTÉS PAR LA COMMISSION.....	149
AUDITIONS RÉALISÉES PAR VOTRE RAPPORTEURE POUR AVIS.....	151

L'article L.O. 111-8 du code de la sécurité sociale fixe au 8 octobre la date limite pour le retour des réponses aux questionnaires parlementaires sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

À cette date, seules 59 % des réponses étaient parvenues à votre Rapporteure pour avis, qui a pu *in fine* travailler avec quelque 90 % d'entre elles.

INTRODUCTION

Qu'est-ce qu'un « bon » projet de loi de financement de la sécurité sociale ? Voilà qui est sans doute aussi difficile à définir qu'un « bon budget » pour votre commission des Finances ! Chaque observateur aura probablement sa propre réponse, orientée selon ses propres préférences, voire son propre intérêt... le « bon » PLFSS serait alors celui qui se hisse au-dessus de toutes ces conceptions particulières pour chercher le meilleur équilibre compte tenu des contraintes existantes. Il serait un texte où le structurel prime le conjoncturel, où l'avenir n'est pas préempté par des mesures trop drastiques, sans pour autant que l'attentisme l'emporte, où les mesures de responsabilisation sont équitablement réparties entre tous les acteurs.

Et le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 est un peu tout cela : un texte volontaire et réaliste, qui prépare les réformes à venir. Un PLFSS non pas de « réforme » mais de « refondation » pour reprendre la formule de Mme la ministre de la Santé, de la jeunesse et des sports.

Le présent rapport entend aborder tous ces thèmes et pointer les mesures les plus significatives du texte, car votre Commission s'est, comme de coutume, saisie de l'ensemble du projet de loi, mais à travers quelques prismes bien particuliers, pour poser dans toutes ses dimensions la question de l'avenir de notre système de protection sociale, qu'il s'agisse de son périmètre, de son financement, de son organisation, des modèles qu'il se donne.

Dans ce travail, les outils du PLFSS tel qu'il se présente depuis l'entrée en vigueur de la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale ⁽¹⁾, sont très précieux. C'est la troisième année que le projet de loi de financement répond aux exigences de la LOLFSS ; un rythme de croisière est donc atteint et il est possible aujourd'hui de constater, dans la durée, les apports de cette loi organique du point de vue du Parlement, au nombre desquels il faut citer notamment la vision plus large et plus équilibrée des finances sociales à travers le vote de tableaux d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes de base et du régime général, à travers l'inclusion de l'ensemble des fonds de financement dans le périmètre de la LFSS, ainsi qu'à travers des annexes davantage « financières » que par le passé, et orientées vers le pilotage pluriannuel des recettes et des dépenses.

(1) *Loi organique n° 2005-881.*

Le Parlement peut aussi s'appuyer sur l'expertise toujours plus aiguisée de la Cour des comptes, dans son rapport annuel relatif à l'application des lois de financement qui, à certains égards, donne le « la », au tout début de l'automne, sur l'état de nos finances sociales. Son apport s'est considérablement enrichi et il est également devenu davantage « financier » depuis l'entrée en vigueur de la loi organique relative aux LFSS qui prévoit, à l'instar de ce que la LOLF prescrit dans le champ du budget de l'État, une certification des comptes du régime général de sécurité sociale. Dans le temps très bref requis pour la production de son premier rapport de certification en juin dernier, la Cour a su mobiliser son expertise propre et s'adjoindre les compétences nécessaires pour bâtir un corpus de normes cohérent, applicable à une mosaïque d'organismes, et aboutir à de premières observations riches d'enseignements.

Ainsi « armées », votre commission des Finances et votre Rapporteuse pour avis pourront prendre toute leur part dans les grands rendez-vous de 2008 pour les finances sociales – retraite et dépendance –, qui sont probablement la variable clé du pilotage global de nos finances publiques et de nos prélèvements obligatoires à moyen terme. Que ce rapport pour avis sur le premier projet de loi de financement de la sécurité sociale de la législature serve donc, en quelque sorte, de brevet de pilote !

CHAPITRE I : POUR PRÉPARER LA RÉSORPTION DU DÉSÉQUILIBRE : DES MESURES DE RECETTES CIBLÉES, UN CONTRÔLE RENFORCÉ

I.- LA SITUATION DES COMPTES SOCIAUX APPELLE DES MESURES DE REDRESSEMENT

Le Gouvernement, éclairé par la Commission des comptes de la sécurité sociale, n'a pas entendu nier la réalité d'une situation dégradée, et on peut mettre au crédit de « l'esprit de la LOLFSS » et de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ce souci de sincérité toujours plus grand dans la construction du projet de loi de financement.

A.- FACE À UNE TENDANCE PRÉOCCUPANTE, L'IMPACT VERTUEUX DU PLFSS

Les tableaux d'équilibre figurant aux **articles 1^{er}** (pour 2006), **3** (pour 2007) et **19** (pour 2008) font apparaître le caractère préoccupant de la tendance à l'œuvre dans le champ des régimes obligatoires de base et des fonds de financement, *avant l'intervention des mesures contenues dans le présent projet de loi de financement* :

SOLDES DES RÉGIMES DE BASE ET DES FONDS AVANT PLFSS 2008

en milliards d'euros

	2005	2006	2007 (p)	2008 (p)
Régime général	- 11,6	- 8,7	- 11,7	- 12,7
Autres régimes de base	0,2	0,9	0,3	1
Ensemble des régimes de base	- 11,4	- 7,8	- 11,4	- 11,6
Fonds de solidarité vieillesse (FSV)	- 2	- 1,3	- 0,3	0,5
Fonds de financement de la protection sociale agricole (FFIPSA)	- 1,4	- 1,3	- 2,3	- 2,7
Ensemble des régimes de base et des fonds	- 14,2	- 10,5	- 14	- 13,9

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale.

Le constat vaut tout particulièrement pour le régime général (toujours avant PLFSS 2008) :

SOLDES PAR BRANCHES DU RÉGIME GÉNÉRAL AVANT PLFSS 2008

en milliards d'euros

	2005	2006	2007 (p)	2008 (p)
Maladie	- 8	- 5,9	- 6,2	- 7,1
Accidents du travail	- 0,4	- 0,1	- 0,4	0,1
Vieillesse	- 1,9	- 1,9	- 4,6	- 5,7
Famille	- 1,3	- 0,9	- 0,5	0
Total régime général	- 11,6	- 8,7	- 11,7	- 12,7

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale.

Dans ce contexte, le redressement ne pouvait être différé, et tel est bien l'un des objectifs du présent projet de loi de financement ; tel était d'ailleurs l'objet exclusif, dès le début de l'été dernier, du plan d'économies pour l'assurance maladie consécutif à la procédure d'alerte déclenchée par le Comité *ad hoc* (cf. *infra*).

Le tableau suivant recense les mesures de redressement que porte le projet de loi de financement, et dont le caractère à la fois ambitieux et vertueux ne peut objectivement être nié :

**DÉTAIL DE L'EFFORT DE REDRESSEMENT DU RÉGIME GÉNÉRAL
EN PLFSS POUR 2008**

en milliards d'euros

	Solde avant mesures	Solde après mesures
Maladie	- 7,1	- 4,3
AT/MP	0,1	0,3
Famille	0	0,3
Vieillesse	- 5,7	- 5,1
Régime général	- 12,7	- 8,9

Source : ministère du Budget, des comptes publics et de la fonction publique.

Sur ces fondations plus stables, il est possible de prévoir, comme le retrace l'**annexe B** au projet de loi, une évolution quadriennale des prévisions de recettes et de dépenses pour le régime général et l'ensemble des régimes obligatoires de base. On y constate évidemment la grande élasticité des résultats à la conjoncture (« *scénario économique haut* » avec croissance du PIB à 3 % par an et croissance de la masse salariale à 5 %, ou « *bas* » avec des taux respectifs de 2,5 % et 4,4 %), et à la norme de progression de l'ONDAM en volume.

Ainsi, le solde du régime général pourrait, selon les hypothèses, s'établir à - 7,6 milliards d'euros en 2012 ou en excédent de 1,4 milliard d'euros. Plus qu'une prévision scientifique, votre Rapporteur pour avis veut voir dans ces chiffres le « taux d'effort » à consentir pour infléchir les tendances en matière de pilotage financier.

B.- UNE ANALYSE DE LA STRUCTURE DES DÉFICITS QUI DOIT PERMETTRE D'IDENTIFIER LES ÉLÉMENTS DE FRAGILITÉ DU SYSTÈME

L'approche en tendance présentée par l'annexe B est un réel progrès dans l'appréhension des équilibres de moyen terme qui relèvent du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Cependant, votre Rapporteur pour avis estime utile d'explorer cette tendance selon une segmentation qui n'épouse pas classiquement les contours exacts des différentes branches et régimes mais qui établit une typologie d'un autre genre.

Selon cette analyse dynamique, il serait possible de distinguer entre plusieurs évolutions, plusieurs catégories de soldes, comme par exemple :

– les tendances lourdes qui appellent des réformes majeures, comme dans le cas de la branche vieillesse dans l'attente du « rendez-vous » de 2008 ou dans le cas de la branche maladie, symptomatique du besoin d'une réforme du financement et se situant au cœur de la réflexion sur les périmètres respectifs de la prise en charge collective ou individuelle ;

– les problèmes identifiés en attente de traitement, comme dans le cas du Fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA), sur lequel le diagnostic posé est consensuel, le remède ne nécessitant pas de réformes d'une ampleur comparable aux défis de la première catégorie. À cet égard, le ministre du Budget, des comptes publics et de la fonction publique a annoncé, lors de la réunion de la Commission des comptes de la sécurité sociale du 24 septembre dernier, l'intention du Gouvernement de rembourser, en projet de loi de finances rectificative à la fin de cette année, 619 millions d'euros de dette ancienne de l'État, avec la préparation d'un « schéma de financement pérenne » de la protection sociale des exploitants agricoles en 2008 ;

– les équilibres actuels porteurs d'incertitudes pour l'avenir, dont une illustration est l'**article 16** du présent projet de loi de financement relatif à cinq mesures de non-compensation d'exonérations de cotisations. En effet, à partir d'un chiffrage modeste la première année, certaines exonérations pourraient se révéler très dynamiques dans un proche avenir. On peut ici songer au **II** de l'article 16 ayant trait aux distributions d'actions gratuites, ou au **IV** du même article relatif au chèque emploi-service universel (CESU) préfinancé. Ces deux régimes d'exonération dont le coût est évalué à seulement 30 millions d'euros en 2008, pourraient fort, au fil du temps,

priver la sécurité sociale de recettes bien supérieures. À l'inverse, des exonérations nettement moins dynamiques, telle celle visée au III de l'article 16, relative aux professeurs de l'enseignement privé, présentent un manque à gagner initial plus élevé (140 millions d'euros en l'espèce) mais un « risque de soutenabilité » assez faible ;

– les excédents potentiels qui posent la question de leur éventuelle utilisation... dès qu'ils auront été constatés, pour la branche famille ou pour la branche AT-MP, par exemple.

Cette brève réflexion prospective sur l'analyse « structurelle » des déficits peut être complétée en faisant appel à la notion de solde structurel utilisée dans le programme de qualité et d'efficacité « Financement » annexé au présent projet de loi de financement et que votre Rapporteur pour avis commente plus loin. Il est possible, par conséquent, d'envisager que des outils de pilotage financier du système soient élaborés pour déceler ses forces et faiblesses, et cerner au plus près les réformes nécessaires.

D'ores et déjà, ce projet de loi de financement s'attaque aux déficits tendanciels existants pour préparer au mieux les réformes de l'an prochain, grâce à des mesures qui, pour être parfois des mesures de rendement, tendent toujours à privilégier l'effet structurel – par exemple en direction des « seniors » ou dans le domaine des dépenses d'assurance maladie –, ou l'organisation plus efficace des régimes – par exemple en renforçant leur coordination ou en luttant contre la fraude.

II.– LES MESURES DE RECETTES SONT CIBLÉES ET COUPLÉES AU RENFORCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE

Échapper aux « recettes de poche » est toujours une gageure pour un Gouvernement à qui il échoit de présenter un projet de loi de financement de la sécurité sociale dans un contexte financier tendu. Voilà un autre aspect vertueux du texte de cette année.

A.– LES PRÉVISIONS DE RECETTES : UNE CROISSANCE RALENTIE

1.– La classique vue d'ensemble par catégorie de recettes

Avec un taux de croissance prévisionnel de 3,7 % en 2007 et de 3,9 % en 2008, les produits du régime général ne bénéficieront plus du rythme soutenu des années 2005 et 2006 au cours desquelles la progression atteignait 5,3 et 5,8 %, notamment sous l'effet de recettes exceptionnelles, telle la taxation anticipée des plans d'épargne logement, mais aussi du fait de mesures plus structurelles comme celles relatives à l'accroissement du rendement de la CSG votées dans la loi du 13 août 2004 ⁽¹⁾.

(1) Loi n° 2004-810 relative à l'assurance maladie.

D'après l'**annexe C** au présent projet de loi, **les cotisations** affectées aux régimes de base s'établissaient à 198 milliards d'euros en 2006 ; elles devraient représenter 204,1 milliards d'euros en 2007 – soit une hausse de 3,1 % – et 211,5 milliards d'euros en 2008 – en hausse de 3,6 % –, dont 168,1 milliards d'euros pour le régime général. Cette croissance sera donc sensiblement inférieure à celle de la masse salariale (estimée à 4,8 % en 2007 comme en 2008), pour l'essentiel en raison de la place sans cesse plus importante des exonérations de cotisations.

Les cotisations effectives fourniront, en 2008, 51 % des recettes des régimes de base (et 61,1 % en y ajoutant les cotisations fictives et celles prises en charge par l'État), contre 51,6 % en 2007 et 51,9 % en 2006, autre signe tangible de la croissance des exonérations, et en parallèle, de la poursuite de la fiscalisation du financement de la sécurité sociale. Le poids relatif des cotisations est légèrement plus important lorsque l'on limite l'analyse au régime général.

Deuxième catégorie de recettes par les montants concernés, **les impôts et taxes affectés** à l'ensemble des régimes obligatoires de base représentaient 99,9 milliards d'euros en 2006 et s'établiraient à 104,4 milliards d'euros en 2007 puis 112,6 milliards d'euros en 2008, soit des taux de progression de 4,5 % de 2006 à 2007 et 7,9 % de 2007 à 2008.

Au sein de cet ensemble, **la contribution sociale généralisée** verrait son rendement passer de 64,9 milliards d'euros en 2006 à 67,3 milliards d'euros en 2007 puis 70,8 milliards d'euros en 2008, sans que sa clef d'affectation ait été modifiée au cours de la période. Tous affectataires confondus (donc y compris le FSV et la CNSA), les encaissements de CSG, qui représentaient 76,4 milliards d'euros en 2006, s'élèveront à 79,3 milliards d'euros en 2007 et à 82,5 milliards d'euros en 2008. Votre Rapporteur pour avis souligne à cet égard que la réforme de l'impôt sur le revenu a eu pour corollaire une amélioration du rendement de la CSG sur les revenus du patrimoine et les produits de placement, ce dont certains contempteurs de cette réforme omettent trop facilement de parler.

Les autres impôts et taxes affectés croîtraient de 130 % entre 2005 et 2008, sous l'effet de la fiscalisation croissante des compensations d'exonérations de cotisations.

En contrepoint, **les contributions publiques** se réduisent sur la période : les crédits budgétaires financent désormais les seules exonérations ciblées ; ils continuent aussi de pourvoir au financement des prestations à la charge de l'État (AAH, API, prestations logement en particulier) et des subventions d'équilibre versées aux régimes structurellement déficitaires. Les contributions publiques représenteraient, en 2008, 16 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes de base, dont 7,2 milliards d'euros pour le régime général.

2.- Les éléments d'une revue de détail

Par niveau plus fin de nomenclature, les prévisions de recettes en 2007 et en 2008 sont retracées dans le tableau suivant :

PRÉVISIONS DE RECETTES DE L'ENSEMBLE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE POUR 2007 ET 2008

(en milliards d'euros)

	2007	2008
PRODUITS NETS	395,5	414,8
Cotisations effectives	204,1	211,8
Cotisations sociales des actifs	203,6	211
Cotisations des inactifs	0,7	0,6
Autres cotisations sociales	1,1	1,2
Majorations et pénalités	0,7	0,7
Reprises nettes de provisions	- 0,1	0,1
Pertes sur créances irrécouvrables	- 1,9	- 1,8
Cotisations fictives d'employeurs	36,3	37,8
Cotisations prises en charge par l'État	4,2	3,9
Cotisations prises en charge par la Sécurité sociale	0	0
Impôts et taxes affectés	104,4	112,6
C.S.G.	67,3	70,8
Taxe tabacs	11,6	11,6
Taxes sur les produits alimentaires	0,2	0,2
C.S.S.S.	3,3	3,8
Contribution additionnelle à la C.S.S.S.	0,9	1
Taxes à la charge de l'industrie pharmaceutique	0,9	1
Droits de plaidoirie	0	0
Redevance sur les hydrocarbures	0	0
Contribution tarifaire d'acheminement (IEG)	1	1
Prélèvement social de 2 %	0,3	0,4
Contributions au financement du FCATA	0	0
Taxes alcools, boissons non alcoolisées	2,6	2,6
Cotisations et contributions sur les primes d'assurance automobile	1	1
Taxe sur les contributions à la prévoyance	0,6	0,7
Taxe sur les salaires	10,5	10,9
TVA brute collectée par les commerçants de gros en produits pharmaceutiques	3,1	3,3
Taxe sur les véhicules de société	0,8	0,6
TVA alcools	0,2	2
Contribution sur les préretraites	0	0,1
Taxation des indemnités de mise à la retraite	0	0,3
Contribution sociale sur les bénéfices	0	1,3
Contributions publiques	15,3	16
Transferts entre organismes	26,9	28,4
Produits financiers	0,3	0,3
Autres produits	4	3,9

Source : direction de la Sécurité sociale.

Votre Rapporteur pour avis souhaite faire le point, en particulier, sur trois recettes caractéristiques du financement de la sécurité sociale : les droits tabac et alcool d'une part, et les taxes sur l'industrie pharmaceutique, d'autre part.

a) Les droits sur le tabac et l'alcool font l'objet d'une rationalisation

Clarification bienvenue des relations financières entre l'État et la sécurité sociale, l'augmentation des recettes fiscales affectées à cette dernière est organisée, par le projet de loi de finances pour 2008, de façon cohérente : c'est à l'achèvement de la fiscalisation des comportements à risque pour la santé qu'aboutit, deux ans après l'affectation totale des droits alcool, celle des droits tabac aux organismes de sécurité sociale.

– Des droits tabac désormais entièrement affectés à la sécurité sociale

Le rendement total du droit de consommation sur les tabacs pour 2006 s'est établi à 9 437 millions d'euros, soit -3,7% par rapport à l'exécution 2006, dont 8 350 millions d'euros au profit des organismes de sécurité sociale.

Le rendement total du droit de consommation sur les tabacs devrait s'établir pour 2007 à 9 400 millions d'euros, dont 8 751 millions d'euros au profit des organismes de sécurité sociale, soit un niveau très proche de celui prévu dans le PLF et le PLFSS pour 2007. Ces prévisions prennent en compte :

– l'impact du décret portant interdiction de fumer dans les lieux publics (interdiction partielle en 2007) ;

– une augmentation du prix des cigarettes de 6 % au 6 août 2007.

Par ailleurs, la prévision pour 2007 tient compte d'un schéma d'encaissement de la recette en fin d'année 2007, similaire à celui de 2006, marqué par une mesure d'anticipation des versements auprès des redevables.

Pour 2008, les droits sur les tabacs devraient s'élever à 9 150 millions d'euros, soit -2,7 % par rapport à 2007, **entièrement affectés aux organismes de sécurité sociale** en application du projet de loi de finances pour 2008 (*cf. infra*). Cette évaluation tient compte :

– d'une baisse de la consommation induite par la hausse des prix en août 2007 ;

– de l'interdiction totale de fumer dans les lieux publics.

La répartition du produit des droits par organisme affectataire sera profondément modifiée en 2008, et le serait même dès 2007 à titre rétroactif. Alors que, selon le rapport général de notre collègue Gilles Carrez sur le projet de loi de finances pour 2008 ⁽¹⁾, le prochain collectif de fin d'année procéderait à une nouvelle ventilation des droits tabac pour l'année en cours, il est d'ores et déjà possible de décrire, en vertu de l'article 29 du projet de loi de finances pour 2008, la clef de répartition prévue à compter de l'an prochain :

ÉVOLUTION DE LA RÉPARTITION DU DROIT DE CONSOMMATION SUR LES TABACS

	en %			en millions d'euros		
	2006	LFI 2007	LFI 2008	2006	LFI 2007	PLF 2008
FFIPSA	52,36	52,36	52,36	4 941	4 948	4 791
CNAMTS	32,46	30	30	3 063	2 835	2 745
Budget général	11,51	6,43	—	1 086	608	—
dont budget général hors FUP (a)	—	—	—	972	494	—
Fonds CMUc	1,88	4,34	4,34	177	410	397
FCCATA	0,31	0,31	0,31	29	29	28
Caisses L. 131-8 CSS (b)	—	3,39	10,26	—	320	939
Régime général (frais financiers)	—	1,69	—	—	160	—
FUP (a)	—	—	1,25	114	114	114
Total	100	100	100	9 437	9 450	9 150

(a) En 2006 et 2007, les 114 millions d'euros du FUP s'imputent sur la part revenant de l'État

(b) Caisses affectataires des compensations liées aux allègements généraux de cotisations (CNAMTS, CNAF, CNAVTS, CCMSA, ENIM, CRPCN, CANSSM, SNCF et RATP).

Source : rapport général de M. Gilles Carrez sur le projet de loi de finances pour 2008.

Ainsi, la répartition du produit des droits tabac sera triplement modifiée :

— plus aucune fraction des droits tabac n'alimentera le budget de l'État ;

— la fraction de 1,69 % destinée à prendre en charge les frais financiers exposés par les caisses au titre de la dette accumulée par l'État à leur égard sera supprimée, en raison du remboursement, au début du mois d'octobre de cette année, de ladite dette vis-à-vis du régime général constatée au 31 décembre 2006 ;

— le Fonds unique de péréquation (FUP), acteur du financement de la formation professionnelle, bénéficiera d'une fraction dorénavant exprimée en pourcentage et non plus en montant, pour un niveau cependant inchangé en 2008.

(1) Rapport n° 278 tome 2, pages 369 à 380.

Ces changements en valeur relative trouvent, en valeur absolue, la traduction suivante entre 2007 et 2008 :

EFFETS DE LA MODIFICATION DE LA CLEF DE RÉPARTITION DES DROITS TABAC

(en millions d'euros)

	Clé LFI 2007 (a)	Clé PLF 2008 (b)	Différence (b - a)
FFIPSA	4 791	4 971	
CNAMTS	2 745	2 745	
Budget général (hors FUP)	474	0	- 474
Fonds CMUc	397	397	
FNAL	135	135	
FCCATA	28	28	
Caisses L. 131-8 CSS	310	939	+ 629
Régime général (frais financiers)	155	0	- 160
FUP	114	114	
Total	9 150	9 150	

(a) Application de la clé actuelle au produit 2008 des droits sur les tabacs.

(b) Application de la clé proposée au présent article au produit 2008 des droits sur les tabacs.

Source : rapport général de M. Gilles Carrez sur le projet de loi de finances pour 2008.

À la différence des droits sur le tabac, l'évolution des autres accises affectées à la sécurité sociale, les droits sur l'alcool, se caractérise par la stabilité.

– *Des droits stabilisés sur les boissons alcooliques*

Le montant global au titre des recettes tirées de la fiscalité sur les alcools et autres boissons a atteint 2 993 millions d'euros en 2006, soit une hausse de 3,5 % par rapport à 2005. Les recettes se répartissent de la façon suivante :

ÉVOLUTION DU MONTANT DES RECETTES ISSUES DES DROITS ALCOOL DE 2006 À 2008

(en millions d'euros)

	2006	2007	2008
Droit de consommation sur les alcools (art. 403 CGI)	1 954	1 990	2 020
Droit de consommation sur les produits intermédiaires (art. 402 bis CGI)	119	105	105
Droit de circulation, sur les vins, cidres, poirés, hydromels (art. 438 CGI)	119	113	110
Droit spécifique sur les bières et eaux minérales (art. 520 CGI)	396	385	385
Cotisation sur les alcools de plus de 25 ° (art. L 245-7 CSS)	403	415	421
Taxe "premix" (art. 1613 bis CGI)	1,55	0	0
TOTAL	2 993	3 008	3 041

Source : direction de la Sécurité sociale.

L'évolution observable d'une année sur l'autre est très minime. La stabilité est de mise également concernant l'affectation du produit de ces différents droits : depuis le 1^{er} janvier 2006, en application de l'article 56 de la loi de finances pour 2006, les droits sur les alcools (hors alcools de plus de 25° et « premix ») sont affectés au financement des allègements généraux

de cotisations sociales. La cotisation sur les alcools de plus de 25° est affectée, depuis le 1^{er} janvier 2005, au Fonds de la Couverture maladie universelle complémentaire. Quant à la taxe « premix », elle est affectée, depuis sa création, à la CNAMTS.

b) Les taxes pesant sur l'industrie pharmaceutique forment un ensemble à six composantes

Outre la fiscalité normale applicable aux sociétés, l'industrie pharmaceutique fait l'objet de six contributions spécifiques.

Deux contributions sont assises sur les dépenses de promotion des médicaments (articles L. 245-1 à L. 245-5-1 A du code de la sécurité sociale) et des dispositifs médicaux (articles L. 245-5-1 à L. 245-5-6 du code de la sécurité sociale).

Trois contributions visent à réguler le marché et les prix dans le secteur médical. Il s'agit de la contribution sur les ventes directes (articles L. 138-1 à L. 138-9 du code de la sécurité sociale), de la contribution dite « clause de sauvegarde » (I de l'article L. 138-10 et articles L. 138-11 à L. 138-19 du code de la sécurité sociale, applicable aux médicaments commercialisés dans les officines de ville) et de la contribution dite « clause de sauvegarde sur la rétrocession » (II de l'article L. 138-10 et articles L. 138-11 à L. 138-19 du code de la sécurité sociale, dispositif similaire applicable aux médicaments vendus au public par les pharmacies hospitalières) instaurée lors de la LFSS pour 2006.

Enfin, une contribution sur le chiffre d'affaires a été instaurée lors de la LFSS pour 2004 et a été pérennisée lors de la loi relative à l'assurance maladie du 13 août 2004 (article L. 245-6 du code de la sécurité sociale).

En 2008, le produit de cet ensemble de taxes sera de l'ordre de 1 milliard d'euros, ce qui démontre aux yeux de votre Rapporteur pour avis le caractère très substantiel de la mise à contribution d'une industrie par ailleurs florissante, mais également motrice dans la recherche, et dont une analyse fine par sous-secteur indique la diversité. C'est tout l'enjeu des relations conventionnelles entre la sécurité sociale et la filière du médicament que de placer le curseur à son juste niveau pour que l'industrie pharmaceutique prenne toute sa part, mais rien que sa part, à l'effort collectif de rééquilibrage des comptes de l'assurance maladie. Cette remarque vaut d'autant plus que le présent projet de loi de financement comprend deux mesures de recettes touchant les laboratoires et les grossistes-répartiteurs.

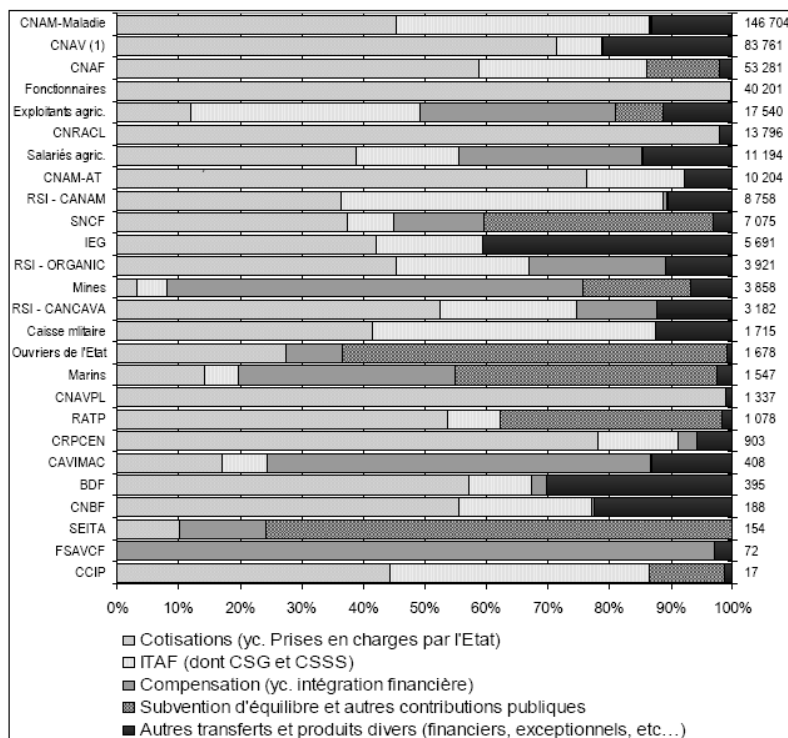
3.- Une vue d'ensemble prospective par régime de base

Au-delà des évolutions retracées recette par recette, au-delà des flux qu'elles recouvrent, et toujours dans l'optique de la préparation des réformes majeures qui s'annoncent, votre Rapporteur pour avis souhaite rappeler quel est le panorama actuel en matière de recettes des régimes de base. Trop souvent en effet, cette vision synthétique fait défaut et empêche d'acquérir une claire conscience des équilibres ou des disparités qui caractérisent le système actuel, longue construction par strates successives. Or sans cette connaissance minimale du point de départ, comment se fixer collectivement un point d'arrivée pour la meilleure réforme possible ?

Le graphique suivant fournit une illustration pertinente du point de départ :

LA STRUCTURE DES RECETTES DES RÉGIMES DE BASE EN 2006

(échelle de droite : recettes en millions d'euros)



Source : Commission des comptes de la sécurité sociale, rapport de septembre 2007.

Ce graphique présente le mérite de faire ressortir les caractéristiques de certains régimes très particuliers ; il « écrase » cependant, optiquement, les différences gigantesques entre régimes, par le nombre de cotisants et d'ayants droit, tout comme par leur démographie.

B.– LE CHOIX DE LA MESURE POUR LES RECETTES NOUVELLES, LE SOUCI DE L'EFFICACITÉ DANS LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE

Le choix de la mesure en matière de recettes, c'est tout d'abord le choix d'être mesuré, le refus de procéder à des relèvements de taxes excessifs ; c'est aussi le choix de la bonne mesure : celle qui, par son ciblage, aura, en plus du rendement escompté, l'effet attendu sur les comportements des acteurs. Quant aux dispositions relatives au renforcement de la lutte contre les abus et la fraude, elles témoignent, là encore, du sérieux du projet.

1.– 2 milliards d'euros de recettes nouvelles en 2008

Comme le détaille l'annexe 9 au présent projet de loi, en matière de recettes, plusieurs mesures de redressement, indispensables, sont prévues pour 2008. Classées par branche, ces mesures sont les suivantes :

– au profit de la **branche maladie**, la pérennisation au taux de 1 % de la contribution sur le chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques, initialement fixée à 0,6 %, pour un gain de 100 millions d'euros, ainsi que la majoration exceptionnelle du taux de la taxe sur le chiffre d'affaires hors taxes des grossistes. Le calcul de la taxe continuera à reposer sur une distinction entre le chiffre d'affaires (avec un taux de 0,22 %) et l'accroissement de celui-ci (taxé à 1,5 %). Le gain attendu est de 50 millions d'euros, dont 43 millions d'euros pour le régime général ;

– au profit de la **branche vieillesse**, votre Rapporteur pour avis veut insister sur le caractère structurel de deux mesures emblématiques de l'engagement du Gouvernement et de la majorité en faveur de l'emploi des « seniors », qui allient le rendement pour la sécurité sociale à la recherche d'une orientation des comportements des employeurs. Les entreprises seront ainsi, davantage qu'aujourd'hui, dissuadées de recourir aux préretraites par une augmentation de la contribution sur les préretraites d'entreprise créée par la loi de réforme des retraites de 2003⁽¹⁾. Le taux de cette contribution passera de 24,15 % en 2007 à 50 %. Son produit, jusqu'alors affecté au Fonds de solidarité vieillesse (FSV), ira désormais à la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), pour un rendement en 2008 estimé à 80 millions d'euros. La seconde mesure consiste à augmenter le coût des mises à la retraite d'office pour les entreprises par la création d'une contribution sur le montant des indemnités de mise à la retraite, dont le produit sera également affecté à la CNAV. Son taux sera fixé à 25 % en 2008 et à 50 % en 2009, pour un rendement en 2008 estimé à 300 millions d'euros ;

(1) Loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites.

– au profit de la **branche accidents du travail et maladies professionnelles**, la suppression d'une exonération de cotisations au 1^{er} janvier prochain pour un rendement estimé à 180 millions d'euros en année pleine.

S'ajoute à ces mesures nouvelles la substantielle revalorisation, en projet de loi de finances pour 2008 (à l'article 29) du « panier de recettes fiscales » destiné à compenser les allègements généraux de charges sur les bas salaires, ainsi que la compensation des exonérations prévues par la loi du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat ⁽¹⁾ (*cf. infra*), le prochain projet de loi de finances rectificative pour 2007 devant également comporter des mesures de compensation à la charge de l'État.

Enfin, l'article 6 du projet de loi de finances pour 2008 – qui aurait pu, dans son volet « social », figurer dans le présent projet de loi de financement –, institue un prélèvement à la source des dividendes, dans le droit fil du prélèvement du même type introduit en LFSS pour 2007 s'agissant des contributions sociales sur les produits de taux et d'assurance-vie, pour un gain attendu de 1,3 milliard d'euros en 2008. Ce gain se répartit comme suit : 870 millions d'euros pour le régime général, 170 millions d'euros pour le FSV, 156 millions d'euros pour le fonds de réserve pour les retraites, 47 millions d'euros pour la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et 60 millions d'euros pour la CADES.

Le tableau suivant récapitule ces différentes recettes nouvelles :

LES RECETTES NOUVELLES PRÉVUES EN PLFSS POUR 2008

(en millions d'euros)

Prélèvement sur les indemnités de mise à la retraite d'office	300
Hausse de la contribution sur les préretraites d'entreprises	50
Maintien à 1 %de la taxe sur le chiffre d'affaires des laboratoires	100
Maintien à 1 %de la taxe sur le chiffre d'affaires des grossistes	50
Suppression de l'exonération de cotisations AT-MP	180
Prélèvement à la source des contributions sociales sur les dividendes	1 300
Total	1 980

Source : ministère du Budget, des comptes publics et de la fonction publique.

(1) Loi n° 2007-1223.

Quant à l'impact par branche de ces mesures, il est retracé dans le tableau suivant :

**IMPACT PAR BRANCHE DES MESURES NOUVELLES DE 2008
SUR LES COMPTES 2008 DU RÉGIME GÉNÉRAL**

(en millions d'euros)

Régime général	Maladie	AT-MP	Vieillesse	Famille	Total RG
Suppression de l'exonération AT-MP		180			180
Maintien du taux de la taxe sur le chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique à 1 %	100				100
Taxe exceptionnelle sur le chiffre d'affaires des grossistes	43				43
Prélèvement à la source sur les dividendes (mesure PLF)	702		35	130	867
Instauration d'une contribution sur les indemnités de mise à la retraite et de départ à la retraite			300		300
Augmentation de la contribution sur les préretraites et affectation de tout le produit de la taxe à la CNAV			80		80
Affectation de nouvelles recettes fiscales pour compenser les allègements généraux de charges sociales (mesure PLF)	195	40	142	82	459
Mesures nouvelles 2008 en recettes	1 040	220	557	212	2 029

Source : ministère du Budget, des comptes publics et de la fonction publique.

2.- Le renforcement de la lutte contre la fraude

Le **Conseil des prélèvements obligatoires**, organisme rattaché à la Cour des comptes comme l'était son prédécesseur, le Conseil des impôts, a publié en mars dernier son premier rapport, intitulé *La fraude aux prélèvements obligatoires et son contrôle*, et l'on peut voir dans les mesures du présent projet de loi de financement sur ce thème – qui ne sont certes pas une nouveauté en PLFSS – un écho à sa mission élargie. Par ailleurs, votre Rapporteur pour avis veut saluer, dans le même ordre d'idées et de façon plus ciblée sur la sécurité sociale, le travail accompli par le **Comité national de lutte contre la fraude en matière de protection sociale**, créé par un décret du 23 octobre 2006, placé auprès du ministre chargé de la sécurité sociale et présidé par M. Bernard Cieutat. Ce comité est notamment chargé :

- de centraliser et analyser les cas de fraude recensés par les organismes de sécurité sociale, notamment à travers les rapports et les synthèses annuelles établis en application de l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale ;

- d'animer la coopération entre ces organismes pour lutter contre les fraudes et de participer aux travaux interministériels, notamment en vue de mettre en place des échanges d'informations entre l'ensemble des organismes en charge de la prévention et de la détection des fraudes ;

– d'établir chaque année un rapport d'analyse du phénomène de fraude ;

– de faire toutes propositions de nature à prévoir ou détecter les cas de fraude ;

– de sensibiliser l'ensemble des acteurs du système de protection sociale aux phénomènes de fraude.

Mentionner ces instances est une façon de donner un peu de profondeur de champ à la description des mesures contenues dans l'avant-dernière section du présent projet de loi, composée des **articles 67 à 71**.

a) Une meilleure détection de la fraude

Des échanges d'informations sont prévus entre les agents de contrôle des caisses primaires d'assurance maladie ou des caisses d'allocations familiales, ou encore les inspecteurs des URSSAF, et des tiers tels que les banques, les opérateurs de téléphonie ou les fournisseurs d'accès à l'Internet dans le but de faciliter les contrôles, par exemple, sur les niveaux de ressources déclarées.

b) Un renforcement du contrôle des arrêts de travail et de certaines dépenses d'assurance maladie

Sur deux points dont l'expérience des années récentes a montré combien il était nécessaire de renforcer les contrôles, le projet améliore les outils disponibles. Concernant les indemnités journalières, la contre-visite médicale effectuée sur demande de l'employeur verra, à titre expérimental, ses effets renforcés, avec la suspension du versement des IJ.

Concernant l'aide médicale de l'État, pour laquelle par ailleurs le projet de loi de finances pour 2008 remet à niveau les crédits de la mission *Solidarité, insertion et égalité des chances*, avec 51 millions d'euros supplémentaires pour une dotation globale de 413 millions d'euros, le service du contrôle médical acquerra la même compétence que dans le champ des autres prestations servies par l'assurance maladie.

c) Des sanctions plus dissuasives

Dans le cadre de la lutte contre le travail dissimulé, deux nouveaux leviers seront confiés aux URSSAF déjà très impliquées sur ce point : une coordination plus poussée entre services compétents (URSSAF et MSA d'une part, services de police et inspection du travail notamment, d'autre part). De surcroît, les sanctions applicables en cas de travail illégal seront rendues plus sévères par l'instauration d'une peine plancher forfaitaire équivalant à six mois de salaire minimum, soit près de 3 500 euros, lorsqu'il n'est pas possible de déterminer le niveau de rémunération d'une activité non déclarée découverte suite à un contrôle. Enfin, un droit de communication élargi au bénéfice des enquêteurs permettra d'accélérer leur travail.

CHAPITRE II : DES RELATIONS FINANCIÈRES ASSAINIES ENTRE L'ÉTAT ET LA SÉCURITÉ SOCIALE : VERS UN VÉRITABLE PILOTAGE DU « RISQUE FINANCIER »

I.- L'APUREMENT DE LA DETTE DE L'ÉTAT À L'ÉGARD DU RÉGIME GÉNÉRAL À FIN 2006 MARQUE UNE CONFIANCE RETROUVÉE

A.- UN APUREMENT HISTORIQUE DU PASSÉ, DES GARDE-FOUS POUR L'AVENIR

1.- L'apurement de dettes parfois anciennes pour 5,08 milliards d'euros

La dette de l'État à la fin de 2006 à l'égard de la sécurité sociale s'élevait à 6,92 milliards d'euros dont 5,08 milliards d'euros au titre du régime général, comme le montre de façon indiscutable – quoique d'aucuns essaient d'entretenir une certaine confusion sur le sujet – la situation nette telle qu'elle apparaît dans l'état semestriel au 31 décembre 2006 actualisé au 30 juin 2007. Compte tenu de versements complémentaires (hors loi de finances rectificative) effectués entre le 1^{er} février et le 30 juin 2007, le montant global de la dette de l'État au 31 décembre 2007 actualisé au 30 juin 2007 serait légèrement diminué (6,89 milliards d'euros).

S'agissant de **la dette vis-à-vis du régime général**, le Gouvernement s'est engagé, le 24 juillet dernier, à apurer la dette de l'État contractée avant le 31 décembre 2006, soit les 5,08 milliards d'euros précités. Pour la mise en œuvre opérationnelle de cet apurement de dette, l'État s'est appuyé sur la Caisse de la dette publique (CDP) : celle-ci a souscrit des titres de créance émis par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) pour un montant égal aux dettes de l'État envers le régime général, soit 5 079 087 586,22 euros, le 1^{er} octobre dernier. En vertu de ses compétences fixées par la loi (article 125 de la loi de finances pour 2003), la Caisse de la dette publique a annulé le 5 octobre les titres qu'elle détenait sur l'ACOSS. Par voie conventionnelle entre l'État, l'ACOSS, la CNAM, la CNAV, la CNAF et la Caisse de la dette publique, l'annulation des titres par la CDP a pour contrepartie la remise des créances détenues par les organismes de sécurité sociale sur l'État. Cette opération permettra au régime général de diminuer ses charges d'intérêt d'au moins 200 millions d'euros en 2008. En effet, une partie de cette dette, qui remontait à l'époque du plan textile mis en œuvre il y a une dizaine d'années, représentait un coût de portage important ⁽¹⁾.

(1) L'ACOSS estime d'ailleurs à quelque 2 milliards d'euros les frais exposés par elle pour gérer cette dette jusqu'à l'annulation qui vient d'avoir lieu.

S'agissant de **la dette vis-à-vis du FFIPSA**, il faut rappeler que celui-ci a repris en 2004 la mission exercée jusqu'alors par le BAPSA, tout en intégrant, dans son bilan d'ouverture, un montant de 3,16 milliards d'euros correspondant à l'insuffisance de financement à la fin de 2004. L'État a effectué en janvier 2006 la reprise d'une partie de cette dette, pour un montant de 2,5 milliards d'euros (article 117 de la loi de finances rectificative pour 2005). L'État a par ailleurs reconnu, dans son bilan d'entrée, la dette représentée par le solde résultant de cette opération (660 millions d'euros), sous déduction d'une créance correspondant à des avances consenties au BAPSA, également retracées dans les comptes du FFIPSA pour 40 millions d'euros, soit une dette nette de 619 millions d'euros. Le Gouvernement a annoncé, le 24 septembre dernier, que cette dette ferait également l'objet d'un apurement à la fin de 2007.

Après cette seconde opération, la dette de l'État auprès des organismes de sécurité sociale, au titre des exercices 2006 et antérieurs sera ramenée à un montant de 1,2 milliard d'euros.

2.- D'importants moyens pour empêcher la reconstitution de dettes de l'État

De façon parfaitement cohérente et avec une ampleur inédite, l'État met en œuvre des mesures de bonne gestion destinées à garder saine la situation créée en cette fin d'année.

La sécurité sociale bénéficiera ainsi, dans le cadre de dispositions figurant dans le projet de loi de finances pour 2008, d'une majoration du panier de recettes fiscales destiné à compenser les allègements généraux de cotisations sociales à hauteur de 1,5 milliard d'euros. Cette affectation de nouvelles recettes permettra notamment de financer l'impact, sur le calcul de la « réduction Fillon », de la neutralisation des heures supplémentaires votée dans le cadre de la loi relative au travail, à l'emploi et au pouvoir d'achat. La prévision tendancielle des comptes du régime général intégrait déjà une compensation intégrale des différentes mesures prises dans cette loi du 21 août 2007 (dont les mesures d'exonérations de cotisations salariales et patronales qui seront financées par une affectation de recettes fiscales en loi de finances, à hauteur de 4,1 milliards d'euros pour 2008 en plus de l'abondement du panier actuel pour 1,5 milliard d'euros). Sur ce montant d'1,5 milliard d'euros, ce sont donc uniquement 459 millions qui viennent en amélioration du solde du régime général et correspondent au différentiel entre les pertes de cotisations au titre des allègements de charges (hors impact sur les heures supplémentaires) et le rendement des recettes fiscales affectées en lois de finances initiales pour 2006 et 2007.

L'État prend également ses responsabilités en tant que financeur de prestations puisqu'il met à niveau les crédits budgétaires consacrés à cette politique, à hauteur de 600 millions d'euros supplémentaires en 2008 pour couvrir les besoins en matière d'allocation aux adultes handicapés, d'allocation de parent isolé et d'aide médicale de l'État.

B.– LA SUBSISTANCE D'UNE DETTE EN 2007, CREUSÉE PAR LES « NICHES SOCIALES »

D'après les informations recueillies par votre Rapporteur pour avis au cours de l'audition du directeur de l'ACOSS et de son directeur financier, la dette nouvelle accumulée par l'État à l'égard du régime général après la date retenue pour l'apurement intervenu ces dernières semaines, s'élèverait à 700 millions d'euros en 2007 et à 400 millions d'euros en 2008, soit un total de 1,1 milliard d'euros ; le sujet n'est donc pas clos. Il ne le serait vraisemblablement qu'au terme d'une réforme plus globale des fondements de la relation financière entre l'État et la sécurité sociale.

Cette situation renvoie à la question des « niches sociales », très justement remise en lumière avec pertinence et acuité par la Cour des comptes dans son rapport de septembre dernier sur l'application des lois de financement. Dans le chapitre VI de ce rapport, consacré à l'assiette des prélèvements sociaux finançant le régime général, la Cour note la prolifération de dispositifs d'exonérations non compensées et la difficulté d'évaluer les pertes afférentes pour la sécurité sociale, tout en se livrant à cet exercice délicat avec le sérieux qui est le sien. Le tableau suivant retrace le résultat chiffré de son travail d'analyse contradictoire :

PERTES DE RECETTES DU RÉGIME GÉNÉRAL À RAISON DE DISPOSITIFS D'EXONÉRATION DE COTISATIONS ET CONTRIBUTIONS SOCIALES
(en milliards d'euros)

Dispositif	Enjeu pour le régime général
Mesures emploi	2,1
Dispositifs d'entreprise :	19,8 / 19,53
Association des salariés au résultat	8,3 / 6
Protection sociale en entreprise	5,1 / 3,6
Indemnités de départ	3,9 / 3,2
Salaires affectés	2,5
Populations spécifiques	0,9
Revenus de remplacement et de complément	8,4
Revenus de capitaux mobiliers et fonciers	0,8
Cotisations des employeurs publics	4,6

Source : Cour des comptes

Les montants en cause, ainsi que l'estimation de la Cour portant sur des montants estimés d'exonérations par bénéficiaires de certains dispositifs comme les *stock options* ont légitimement suscité l'intervention de la commission saisie au fond ainsi qu'un débat devant votre commission des Finances, comme en témoigne le compte rendu de sa réunion. Votre Rapporteur pour avis juge indispensable un débat en séance publique sur ce point et pense qu'une taxation « à l'entrée » dans ce type de dispositif, au stade de l'attribution, est sans doute la solution la plus praticable et la plus logique au problème soulevé, et celle qui doit prévaloir sur une taxation « à la sortie », *via* une taxe spécifique sur les plus-values de cessions réalisées par les bénéficiaires.

Sur cette question des exonérations et de leur compensation (ou de leur absence de compensation), l'**annexe 5** au présent projet de loi, autre avancée permise par la LOLFSS, donne une vision très étayée des dispositifs existants, de leur évolution et de leur coût.

II.- LA DETTE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE NON TRANSFÉRÉE À LA CADES PÈSE SUR LA TRÉSORERIE DE L'ACOSS

A.- LA FIN EN 2007 DU TRANSFERT AUTOMATIQUE DE DETTE À LA CADES

1.- Les reprises de déficit par la CADES résultent en dernier lieu de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a prévu la reprise par la CADES du déficit cumulé de la branche maladie à la fin de 2006. Le dispositif prévu par l'article 76 de cette loi précitée a posé le principe d'une double opération, échelonnée sur les années 2004 à 2006 :

– en 2004, la reprise du déficit cumulé de l'assurance maladie au 31 décembre 2004 (exercices 1999 à 2004) dans la limite de 35 milliards d'euros ;

– en 2005 et 2006, la reprise des déficits prévisionnels des exercices concernés dans une limite de 15 milliards d'euros pour l'ensemble de ces deux exercices.

Le financement de ce dispositif repose sur deux fondements :

– un allongement de la durée de vie de la CADES, cette durée n'étant plus explicitement définie mais subordonnée à la fin de ses missions ainsi qu'à l'amortissement complet de la dette sociale ;

– un élargissement de l'assiette de la CRDS sur les revenus salariaux (à l'instar de la CSG) à 97 % du salaire (au lieu de 95 % antérieurement).

Enfin, votre Rapporteuse pour avis veut évidemment rappeler que la loi organique du 2 août 2005 a, en son article 20, sur amendement parlementaire, encadré strictement les possibilités de nouveau transfert de dette à la CADES en imposant que toute nouvelle opération de ce type soit accompagnée de l'affectation à cette caisse de recettes nouvelles permettant de ne pas allonger la durée d'amortissement de la dette sociale... autrement dit : afin de ne pas reporter indéfiniment la dette de la sécurité sociale, due à un déficit de fonctionnement, sur les générations futures, pas de nouveau transfert de dette à la CADES sans augmentation de la CRDS.

2.- Les opérations de transfert ont cessé en 2007

La reprise de dette effectuée en 2004 correspondait au déficit prévisionnel cumulé de la CNAM à la fin de 2004. Cette opération a porté sur un montant total de 35 milliards d'euros. La reprise de dette effectuée en 2005 s'est élevée à 6,61 milliards d'euros. Ce montant correspondait, pour 8,3 milliards d'euros, à la reprise du déficit prévisionnel 2005 et pour – 1,69 milliard d'euros, à la régularisation de la reprise de dette opérée en 2004 (le déficit cumulé réellement

constaté à fin 2004 s'étant élevé à 33,31 milliards d'euros au lieu des 35 milliards d'euros initialement prévus). En 2006, la reprise de dette a porté sur 5,7 milliards d'euros. Ce montant représente la reprise du déficit prévisionnel de 2006 pour 6 milliards d'euros et, pour – 300 millions d'euros, la régularisation de la reprise de dette opérée en 2005.

En dernier lieu, une ultime opération, en 2007, permettra de tenir compte du déficit réellement constaté en 2006. L'ACOSS devrait reverser 64,72 milliards d'euros à ce titre à la CADES. Les dettes reprises par la CADES en application de la loi du 3 août 2004 s'établiront alors à 47,3 milliards d'euros (dont 36,6 milliards d'euros au titre de la période 2003-2006) sur un total de 107,61 milliards d'euros depuis la création de la caisse.

Le **déficit cumulé des quatre branches du régime général** après reprise du déficit de l'assurance maladie par la CADES pour les exercices 2006 et antérieurs s'élève à 6,5 milliards d'euros. Il devrait atteindre, à fin 2007, le montant de 18,2 milliards d'euros.

DETTES DU RÉGIME GÉNÉRAL

(en milliards d'euros)

Branches	2005	2006	2007	TOTAL
Maladie			- 6,2	- 6,2
Accidents du travail	- 0,4	- 0,1	- 0,4	- 0,9
Vieillesse	- 1,9	- 1,9	- 4,6	- 8,4
Famille	- 1,3	- 0,9	- 0,5	- 2,7
TOTAL	- 3,6	- 2,9	- 11,7	- 18,2

Source : direction de la Sécurité sociale.

Le choix a été fait par le Gouvernement de ne pas rouvrir la CADES et c'est un choix stratégique que votre Rapporteuse pour avis comprend ; le sujet ne pourra pas être éludé dans le cadre de la réflexion à mener sur le financement de la protection sociale dans son ensemble.

Dans cette attente, les frais financiers exposés par l'ACOSS pour porter en trésorerie la dette non transférée sont, ainsi qu'il a été dit, évalués à 1,1 milliard d'euros. Mais rappelons également que les frais financiers exposés par l'agence auraient été de 200 millions d'euros plus élevés en 2008 sans l'apurement de la dette de l'État à l'égard du régime général constatée au 31 décembre dernier. Il reste que la gestion de la trésorerie de l'ACOSS mérite attention.

B.- LE RELÈVEMENT À 36 MILLIARDS D'EUROS DU PLAFOND D'EMPRUNT DE L'ACOSS EN COURS D'ANNÉE, UNE PREMIÈRE

En réponse à sa question relative au montant des intérêts financiers dus, par régime, par les organismes de sécurité sociale gestionnaires, votre Rapporteur pour avis a obtenu le tableau suivant, courant sur la période 2005-2008, où les montants négatifs indiquent que le régime concerné supporte des charges d'intérêt :

PRODUITS FINANCIERS NETS PAR RÉGIME DE 2005 À 2008

(en millions d'euros)

	2005	2006	2007	2008
CNAM – Maladie	- 56	- 120	- 258	- 397
CNAM – AT MP	5	- 5	- 12	- 1
CNAF	93	68	43	65
CNAV	- 91	- 253	- 473	- 681
Salariés agricoles	17	20	20	20
Exploitants agricoles	- 62	- 69	- 169	- 273
CNRACL	3	12	16	16
FSPOIE	4	8	8	8
CANSSM	2	4	4	- 2
IEG	- 16	- 8	- 13	- 11
SNCF	- 3	- 9	- 15	- 6
ENIM	1	2	0	0
RATP	0	0	0	0
CRPCEN	54	29	13	10
Banque de France	113	113	117	117
RSI-CANAM	5	16	15	15
RSI-ORGANIC	6	7	7	7
RSI-CANCAVA	9	8	8	8
CNAVPL	8	10	16	20
CNBF	15	32	6	1
Autres régimes	9	3	3	3
Ensemble des régimes de base	114	- 132	- 664	- 1 082

Source : direction de la Sécurité sociale.

Pour la gestion des découverts de trésorerie du régime général, l'ACOSS fait traditionnellement appel au « partenaire historique » avec lequel elle est liée par une convention, dont l'actuelle version a été signée pour les années 2006 à 2009. Cette nouvelle convention comporte deux parties : l'une relative aux comptes et à la tenue de ceux-ci, l'autre relative aux avances de trésorerie et aux placements. Concernant la tenue de compte, la CDC facture depuis 2001 à l'ACOSS le coût lié à la tenue de compte. Cette facturation est maintenue dans la nouvelle convention et s'élève à 3,7 millions d'euros par an.

S'agissant des avances accordées à l'ACOSS pour les besoins de sa gestion, il faut souligner que les conditions de financement à 24 heures sont plus favorables dans la nouvelle convention que dans la précédente et que la facturation des avances prédéterminées reste inchangée. De plus, de nouveaux modes de financement, à savoir l'émission de billets de trésorerie, ou des avances

prédéterminées sur 7 à 13 jours, sont également possibles depuis le 1^{er} octobre 2006. Le tableau suivant résume les conditions de financement prévues dans la convention entre l'ACOSS et la Caisse des dépôts, en les comparant à celles qui prévalaient sous l'empire de la convention précédente :

CONDITIONS DE FINANCEMENT DES DÉFICITS DE L'ACOSS AUPRÈS DE LA CDC

	1^{ère} convention (16 octobre 2001 – 30 septembre 2006)	2^{ème} convention (depuis le 1^{er} octobre 2006)
Avances mobilisables à 24h		
entre 0 et 3 milliards d'euros	Eonia + 0,165 %	Eonia + 0,15 %
entre 3 milliards d'euros et plafond d'emprunt	Eonia + 0,215 %	Eonia + 0,15 %
Avances prédéterminées		
de 7 à 13 jours	-	Eonia + 0,115 %
de 14 à 29 jours	Eonia + 0,1 %	Eonia + 0,1 %
au-delà de 30 jours	Eonia + 0,05 %	Eonia + 0,05 %
Avances exceptionnelles	Eonia + 0,05 %	conditions négociées à l'ouverture

Source : ACOSS.

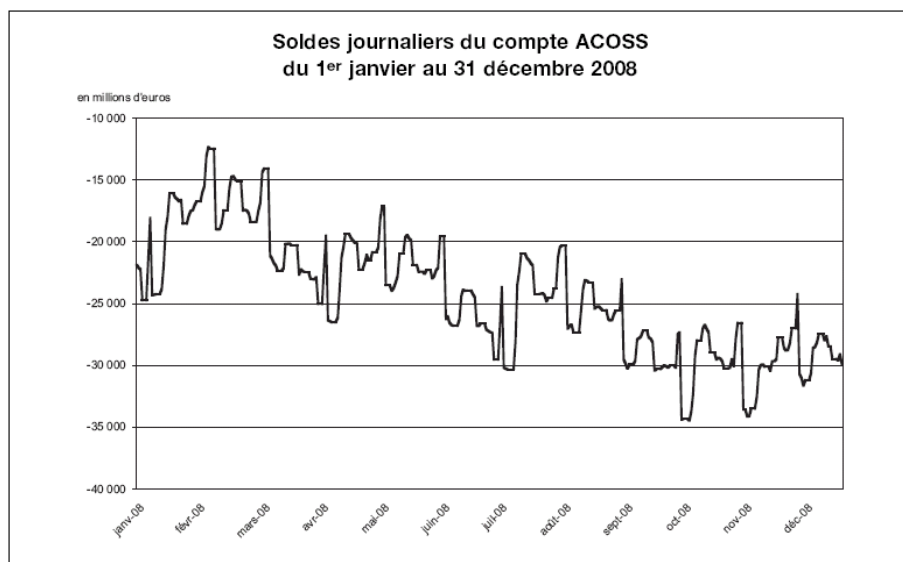
En 2006, les avances consenties par la Caisse des dépôts ont atteint, en montant annuel cumulé de mouvements journaliers, 3 367,7 milliards d'euros. Les financements ont été opérés à 84 % sous forme d'avances prédéterminées et les avances à 24 heures ont représenté 16 % des encours. Au 22 août 2007, l'ACOSS avait emprunté 2 968,7 milliards d'euros d'encours auprès de la CDC. Ces avances se répartissaient en 92 % d'avances prédéterminées et 8 % d'avances mobilisables à 24 heures.

En outre, l'article 38 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a modifié le code monétaire et financier (article L. 213-3) afin que l'ACOSS puisse émettre des titres de créances négociables. Une première émission de billets de trésorerie a ainsi été opérée en fin d'année 2006 à hauteur de 5 milliards d'euros. Au cours du 1^{er} trimestre de 2007, l'ACOSS a poursuivi l'utilisation de ce mode de financement : l'encours moyen de billets de trésorerie émis a été de 2 milliards d'euros. Ce mode de financement présente l'avantage de réduire substantiellement les coûts de financement puisque la marge payée au-dessus de l'Eonia est de 1 point de base.

Toutefois, la soudaine crise monétaire d'août, dont l'issue est incertaine à ce stade, a eu pour conséquence une forte hausse de la marge des billets de trésorerie émis par l'ACOSS : ainsi, la marge payée par elle a progressivement augmenté à 6, puis 15 points de base et jusqu'à 25 points de base au-dessus de l'Eonia, en raison de la crise de liquidités constatée sur le marché. Ce prix extrême est équivalent à celui que l'ACOSS aurait acquitté sur ses avances à 24 heures auprès de la Caisse des dépôts (15 points de base de marge et 10 points de base de pénalité). Face à cette situation nouvelle, l'ACOSS a décidé d'augmenter, dès septembre, les volumes d'avances prédéterminées mobilisées auprès de la Caisse des dépôts et de réduire concomitamment les objectifs d'encours de billets de trésorerie.

L'évaluation du coût de la crise pour l'ACOSS est à ce jour de l'ordre de 300 000 euros, mais la décision de la Banque centrale européenne du 6 septembre de reporter la hausse des taux de 25 points de base du fait de cette crise implique une économie qui était estimée à 4,5 millions d'euros pour le seul mois de septembre. Malgré la crise, la signature de l'ACOSS reste recherchée par les investisseurs et votre Rapporteur pour avis est convaincue que l'Agence n'a aucune difficulté à emprunter les fonds nécessaires ; la compétition entre émetteurs exige néanmoins que le prix payé soit satisfaisant pour les investisseurs. Surtout, l'épisode de la crise de liquidité sur les marchés mondiaux révèle l'existence d'une forme de « **risque financier** » inhérent à la gestion d'un volant de trésorerie aussi important, un risque toujours présent en 2008 avec le relèvement, au-delà du précédent « record » de 2004, du plafond d'emprunt de trésorerie du régime général en cours d'année à 36 milliards d'euros (**article 24** du projet de loi de financement).

Le graphique suivant montre jusqu'à quels niveaux les soldes journaliers du compte de l'ACOSS seraient portés en 2008 :



Source : annexe 9 au PLFSS pour 2008.

Il y a donc bien, aux yeux de votre Rapporteur pour avis, une marge à exploiter dans la gestion et le pilotage de ce « risque » au mieux des intérêts de la collectivité. Pour nuancer ce propos, il convient cependant de souligner que le dérapage reste maîtrisé puisque le taux de couverture des dépenses par les recettes – indicateur figurant dans le programme de qualité et d'efficacité « financement » annexé au présent projet de loi –, qui était de 96,9 % en 2006, s'établirait à 96,1 % en 2007 et à 97,2 % en 2008, ce qui demeure largement plus satisfaisant que la performance de l'État, qui connaît un déficit de fonctionnement beaucoup plus élevé.

III.- PROGRAMME DE QUALITÉ ET D'EFFICIENCE ET PLURIANNUALITÉ SONT LES OUTILS DU PILOTAGE DU « RISQUE FINANCIER »

Alors que se pose la question – évoquée en seconde partie du présent rapport – de la configuration du « cinquième risque » à intégrer au système de la sécurité sociale, votre Rapporteur pour avis a acquis la conviction, au cours de ses auditions préparatoires à l'examen du présent projet de loi de financement, que l'ensemble du pilotage financier est tributaire d'un « risque » moins souvent abordé : celui lié aux ressources et à la trésorerie des régimes. Parmi les outils permettant de le piloter et d'éclairer le Parlement sur ce point, prévus par la LOLFSS du 2 août 2005, figurent le programme de qualité et d'efficacité (PQE) « financement » et l'annexe remplaçant le cadrage du projet de loi de financement dans une perspective pluriannuelle.

A.- LE PQE « FINANCEMENT », PLUS LARGE QUE LA CONVENTION D'OBJECTIFS ET DE GESTION

L'annexe 2 au projet de loi de financement consacrée aux « *objectifs et moyens des organismes de sécurité sociale* » est un suivi de la mise en œuvre des conventions d'objectifs et de gestion signées depuis 1996 entre l'État et les caisses nationales des principaux régimes de sécurité sociale. Le PQE s'inscrit dans une démarche similaire – et de ce point de vue, la démarche de performance en matière sociale préexiste à la LOLF dans le champ du budget de l'État –, mais dans un cadre beaucoup plus vaste.

1.- Une présentation définitive et un cadrage enrichi

Pour sa première année d'existence « en vraie grandeur », le PQE « financement » a gagné en présentation et en précision du contenu. On peut notamment souligner, en y voyant un rapprochement bienvenu avec les projets annuels de performances prévus par la LOLF pour le budget de l'État, l'ajout d'une « présentation stratégique » qui est en fait une synthèse préliminaire des objectifs retracés dans le programme, avec mention nominative des « *responsables administratifs portant à titre principal les politiques sous-jacentes au programme* », pendant des responsables de programme au sens de la LOLF.

Par rapport à la version provisoire présentée l'an dernier, le PQE « financement », est toujours scindé, à l'instar des autres programmes, en deux parties présentant respectivement des « *données de cadrage* » et des « *objectifs / résultats* ». La première partie a beau avoir reçu un intitulé meilleur que le « *diagnostic d'état des lieux* » de l'an dernier, elle demeure d'une importance relative par rapport à la seconde partie, opérationnelle.

Cependant, cette première partie comporte, à côté de données parfois redondantes avec d'autres annexes au présent projet de loi – par exemple les pertes d'assiette et leur compensation, étudiées dans l'annexe 5 – ou avec le rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale – par exemple le

« partage du fardeau » entre les différents financeurs, ou encore la valeur d'un point de CSG et d'un point de cotisations –, des données plus rares, et utiles à une bonne appréhension de la soutenabilité financière du système, comme la construction théorique d'un **solde structurel des administrations de sécurité sociale et du régime général**, c'est-à-dire leur besoin de financement corrigé des effets de la conjoncture. Ce solde figurait l'an dernier dans la partie objectifs / résultats ; il ne faudrait pas que son basculement dans la partie « cadrage » signifie une renonciation à toute velléité de pilotage global du solde.

Signalons aussi l'intérêt que présentent, dans une perspective d'évaluation de l'impact des allègements de cotisations, les deux indicateurs de taux d'exonération apparent des entreprises, par secteur d'activité et par taille d'établissements.

2.- Une performance mieux mesurée

La partie proprement consacrée à la performance comprend désormais un objectif supplémentaire (mais un nombre stable d'indicateurs) qui ambitionne rien de moins qu'une simplification des procédures de déclaration ou de calcul des cotisations sociales. Cinq objectifs assortis de dix-sept indicateurs composent l'ensemble. Ils sont récapitulés dans un tableau qui rappelle la cible à atteindre (plus souvent une tendance qu'un chiffre) ainsi que l'entité productrice de données et le « responsable administratif » principalement concerné parmi les trois qui figurent dans la présentation stratégique.

La poursuite de l'objectif « *Garantir la viabilité financière des régimes de base* » est mesurée par un objectif de soutenabilité financière, le taux d'adéquation des dépenses avec les recettes du régime général ainsi que – nouveauté appréciable – des régimes de base dans leur ensemble. Trois autres objectifs ont trait à la dette sociale : dette non reprise, dette portée par la CADES et dette de l'État vis-à-vis des organismes de sécurité sociale. Aux données ici reprises, généralement déjà disponibles, pourraient être ajoutés deux éléments : d'une part, des cibles chiffrées au lieu d'une tendance (la « *limitation* » de la dette est une cible notoirement imprécise), appréciées à un horizon plus lointain que 2008, et d'autre part, un indicateur permettant de comparer le coût du financement de la dette par la CADES et hors CADES. Sur l'après 2008, à défaut de présenter un montant de recettes et de dépenses, pourrait être indiquée une tendance en pourcentage de progression des unes et des autres.

À l'objectif « *Veiller à l'équité du prélèvement social* » sont associés deux indicateurs : l'importance des prélèvements sociaux en fonction du revenu des ménages, affinée cette année par décile de revenu et par statut de la personne de référence du ménage (activité, chômage, retraite, autre type d'inactivité), et le montant des exonérations de cotisations rapporté à la masse salariale. Là encore, ces informations sont précieuses, mais un véritable pilotage politique nécessitera la détermination de cibles plus précises. Par ailleurs, comme le relevait l'an dernier notre collègue Yves Bur dans son avis sur le projet de loi de financement

pour 2007 au nom de la commission des Finances, se contenter de comparer l'assiette des cotisations et celle de la CSG est une limite qui devrait être dépassée par le recours à l'assiette salariale potentielle comme terme plus large de comparaison.

L'objectif « *Concilier le financement de la sécurité sociale et la politique de l'emploi* » est assez ambigu dans sa formulation ; mesurer le taux de cotisation global à la charge de l'employeur et le suivi des compensations à la sécurité sociale des exonérations de charges en affichant une cible de « *limitation* » des allègements vise plutôt à mettre en œuvre la politique de l'emploi sans trop dégrader les comptes de la sécurité sociale. De fait, afficher la vérité des taux de cotisations employeurs au niveau du SMIC et du plafond de la sécurité sociale, en fonction de la taille de l'entreprise, présente un intérêt certain ; il ne s'agit pas cependant d'une politique menée par la sécurité sociale, qui ne fait qu'en constater les effets. La performance à évaluer est celle de l'État. Quant au taux de couverture des exonérations par des compensations, sa scission entre allègements généraux et mesures ciblées est tout à fait pertinente.

L'objectif « *Simplifier les procédures de financement* » est, contrairement au précédent, pleinement de la responsabilité de l'ACOSS, du moins s'agissant du degré d'utilisation des procédures simplifiées ou dématérialisées de déclaration par les employeurs. Toutefois, des valeurs absolues, si elles sont instructives, ne sont pas suffisantes pour rendre compte de la performance réalisée, ce qui ne peut être atteint qu'au moyen de pourcentages. Les indicateurs de complexité – une gageure ! – sont encore en construction mais séduisants : l'un concerne la complexité du calcul des cotisations par les entreprises (en nombre d'opérations à effectuer et en nombre d'erreurs de calcul commises par les entreprises en leur propre défaveur) ; l'autre se propose de mesurer la complexité globale du financement de la sécurité sociale – pour autant qu'il ressortisse aux comptes de la branche du recouvrement. Il suivra le nombre global de comptes comptables nécessaires en stock et en flux.

Enfin, l'objectif « *Améliorer l'efficacité de la gestion financière et du recouvrement* », entièrement opérationnel cette année (sauf sur la mesure de la fraude), comprend sept indicateurs, dont les deux premiers sont d'une importance cruciale pour apprécier le « risque financier » porté par l'ACOSS : tandis que le deuxième fournit, classiquement, l'écart entre le taux d'intérêt des emprunts de l'agence et le taux du marché, avec cette fois-ci une cible chiffrée (et ambitieuse, à 3,9 points de base), le premier évalue la neutralité des relations financières des relations financières entre la sécurité sociale et ses partenaires (État, départements, FSV). Par année et par partenaire, sont indiqués le montant de la créance de la sécurité sociale, le nombre moyen en jours du délai de paiement, son coût pour la trésorerie de l'ACOSS, et l'impact ainsi provoqué sur le besoin de financement quotidien moyen de celle-ci.

Les cinq autres indicateurs mesurent l'efficacité et l'efficience de l'activité de recouvrement et de contrôle, avec des cibles chiffrées également, mais insuffisamment prospectives (sauf lorsque la COG le prévoit) :

– pour le recouvrement, il s'agit du taux de restes à recouvrer, en métropole et dans les DOM, ainsi que par secteur d'activité, et du coût de 100 euros recouverts par le régime général, assorti d'informations sur les coûts de la branche par grande fonction ;

– pour le contrôle, il s'agit du taux de redressement dans le cadre de la lutte ciblée contre le travail dissimulé, et du taux de couverture du fichier des employeurs par l'activité de contrôle. La recherche d'un indicateur permettant « *une évaluation non biaisée de l'assiette des cotisations et contributions érudée du fait du recours à la fraude* » est en cours, afin de donner une assise pérenne et fiable à des estimations ponctuelles telles que celle du Conseil des prélèvements obligatoires dans son rapport de 2007 (5,1 à 10,2 milliards d'euros).

D'une façon générale, votre Rapporteuse pour avis veut saluer le sérieux d'une démarche qui démontre, si besoin était, la qualité de la gestion des organismes de sécurité sociale et la possibilité, en particulier dans le domaine du financement, de fixer des objectifs mesurables, outils d'une gestion par la performance.

B.– LA PLURIANNUALITÉ ET LA RÉFLEXION SUR LE RAPPROCHEMENT ENTRE PLF ET PLFSS

En continuant à se placer dans la perspective d'une réflexion à conduire à moyen terme et puisque ce projet pose des actes fondateurs, votre Rapporteuse pour avis souhaite aborder la question du rapprochement entre projets de lois de finances et de financement, en examinant à ce stade les procédures existantes de coordination dans la préparation de ces deux textes par le Gouvernement, compte tenu des recommandations du rapport présenté le 23 mars 2007 par l'Inspection générale des finances et l'Inspection générale des affaires sociales sur cette question.

Il appert que depuis 2005, date d'une précédente mission IGAS-IGF relative à l'élaboration du PLFSS, des progrès sont intervenus dans la coordination de la préparation des lois de finances et de la loi de financement de la sécurité sociale : les prévisions tendanciennes des comptes sont élaborées en commun entre les administrations financières et à partir des prévisions des caisses de sécurité sociale ; les hypothèses macro-économiques utilisées sont les mêmes pour les deux exercices budgétaires ; les sujets d'intérêt commun, notamment sur la budgétisation des prestations sociales et de la compensation des exonérations financées par le budget de l'État, sont discutés en amont entre la direction de la sécurité sociale et la direction du budget.

Le rapport de la mission IGAS-IGF de mars 2007 a élaboré de nouvelles propositions pour permettre d'améliorer les modes de gouvernance et rapprocher les stratégies et processus entre les finances de l'État et les finances sociales. D'ores et déjà, la constitution d'un ministère chargé des comptes publics a permis la mise en œuvre de plusieurs de ces recommandations et d'assurer une préparation coordonnée du PLFSS et du PLF. Les hypothèses de recettes et les mesures sur les prélèvements obligatoires ont ainsi été décidées de manière cohérente sur l'État et la sécurité sociale et les contenus des **annexes 5** (compensation des exonérations de cotisations sociales) et **6** (modification des périmètres d'intervention entre la sécurité sociale et les autres administrations publiques) au PLFSS 2008 d'une part et du jaune *Bilan des relations financières entre l'État et la protection sociale* annexé au PLF 2008 d'autre part ont été renforcés et élaborés en commun entre la direction du Budget et la direction de la Sécurité sociale. Un autre sujet de rapprochement, sinon de travail en commun, concerne l'engagement du Gouvernement d'un meilleur calibrage et d'une meilleure exécution des crédits destinés à rembourser la sécurité sociale.

La mise en œuvre d'un éventuel rapprochement plus poussé entre les parties « recettes » des deux textes demeure donc en chantier. Pour autant, rien n'est moins sûr que sa mise en œuvre pratique car il existe aussi des raisons de plaider pour le *statu quo* et pour l'existence d'un projet de loi de financement autonome au sein duquel les équilibres peuvent se compenser d'une branche à une autre selon les époques, donnant l'image d'une sphère sociale à même de s'auto-réguler – mais est-ce le cas aujourd'hui ?

Quoi qu'il en soit, cette réflexion ne peut se concevoir hors du cadre plus large d'une modification du financement de la protection sociale, objet de rapports désormais si nombreux et nourris qu'ils laissent augurer un aboutissement proche.

IV.- L'AVENIR PASSE PAR UNE RÉFLEXION APPROFONDIE SUR LE FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE

Les développements précédents relatifs à l'existence d'un « risque financier » doivent s'inscrire dans le vaste chantier de la refonte du financement de la protection sociale, thème qui a continué d'être intensément débattu en 2007, après l'avoir été en 2006, comme en témoignent les travaux menés par et pour le Conseil d'orientation pour l'emploi sur le sujet. Les deux derniers rapports en date, davantage ciblés, ont été remis en septembre dernier par M. Éric Besson, secrétaire d'État à la prospective et à l'évaluation, et par Mme Christine Lagarde, ministre de l'Économie, des finances et de l'emploi.

A.- DEUX RAPPORTS RÉCENTS TÉMOIGNENT DE LA VOLONTÉ DU GOUVERNEMENT DE PRENDRE À BRAS-LE-CORPS LA RÉFORME DU FINANCEMENT

Le présent rapport n'est pas le lieu de commenter les effets macroéconomiques ou l'impact en termes de création d'emplois de telle ou telle piste de réforme, mais de souligner ce qui, au sein de ce chantier, a traité spécifiquement aux ressources de la sécurité sociale et aux relations de celle-ci avec l'État.

1.- Le rapport de M. Éric Besson éclaire le lien entre financement et gouvernance

Le rapport de M. Éric Besson comporte notamment une cinquième partie intitulée « *La TVA sociale au regard des enjeux de la gouvernance du système de protection sociale* » qui a retenu l'attention de votre Rapporteur pour avis.

On y lit notamment ⁽¹⁾ que « *la substitution d'un impôt à une cotisation sociale représente un changement dans la nature des prélèvements choisis pour financer la protection sociale, qui emporte trois conséquences essentielles en matière de gouvernance :*

« *– une nouvelle répartition des responsabilités institutionnelles et des leviers d'action susceptibles d'être mobilisés pour moduler les coûts de financement de la protection sociale ;*

« *– un nouveau découpage des circuits de financement susceptible d'en modifier la complexité et les coûts de gestion ;*

« *– une modification dans le dispositif institutionnel susceptible d'agir sur la responsabilité individuelle des usagers et la maîtrise des dépenses. »*

Le rapport insiste notamment sur une distinction fondamentale dans les choix à opérer entre, d'une part, le remplacement par l'impôt de cotisations sociales prélevées à un taux uniforme à tous les niveaux de salaire, et d'autre part, le changement du profil des cotisations sociales, allant dans le sens d'une plus grande progressivité du taux de prélèvement avec le salaire, de sorte que la baisse des cotisations sur les bas salaires soit financée par une hausse des cotisations sur les hauts salaires.

L'un des postulats de départ de la réflexion sur le financement de la protection sociale étant le coût du travail peu qualifié dans le contexte d'une économie mondialisée, la question est posée d'un remplacement des cotisations employeurs par une autre forme de prélèvement. Or pour les bas salaires, ces cotisations ont déjà été quasiment annulées dans le cadre de la politique des allègements généraux de charge.

(1) Éric Besson, rapport TVA sociale, septembre 2007, page 73.

En effet, le tableau est le suivant, depuis le 1^{er} juillet dernier :

TAUX DE COTISATIONS EMPLOYEURS AU NIVEAU DU SMIC

(en %)

	Entreprises de moins de 20 salariés (en %)	Entreprises de plus de 20 salariés (en %)
Taux de cotisations employeurs maladie-retraite-famille	0	2,1
Taux de cotisations accidents du travail-maladies professionnelles (en moyenne)	2,3	2,3
Taux de cotisations retraites complémentaires	5,7	5,7
Taux de cotisations chômage	4	4
Autres contributions des employeurs	5,8	6,3
– solidarité-autonomie	0,3	0,3
– construction	0	0,45
– aide au logement	0,1	0,5
– transports	2,6	2,6
– formation professionnelle	1,05	1,6
– apprentissage	0,68	0,68
– fonds de garantie des salaires	0,15	0,15

Source : ministère de l'Économie, des finances et de l'emploi.

Hormis les 2,1 points de cotisations maladie, retraite et famille dans les entreprises de plus de 20 salariés, les cotisations restant dues peuvent difficilement être réduites. En effet :

– les cotisations à la branche accidents du travail-maladies professionnelles varient d'une entreprise à l'autre, en fonction du nombre et de la gravité des accidents survenus au cours des dernières années, ce qui explique que l'on les exclue habituellement des réflexions sur une baisse du taux ;

– les cotisations aux régimes complémentaires obligatoires de retraite et à l'assurance chômage sont fixées par les partenaires sociaux eux-mêmes en fonction d'un équilibre entre ressources et charges qu'il pourrait être imprudent de bouleverser en introduisant une compensation fiscale des exonérations et par conséquent l'intervention directe de l'État ;

– les autres cotisations relèvent moins directement (sauf peut-être, bientôt, s'agissant de la cotisation solidarité-autonomie), du champ de la protection sociale, et font parfois l'objet de modulations géographiques ou sectorielles, à la différence des allègements généraux, par définition uniformes.

Dès lors, une solution pour baisser encore le taux de cotisations pourrait consister, sur le modèle de la prime pour l'emploi qui est une forme d'impôt négatif, des cotisations sociales négatives. Il faut cependant souligner que, comme le relève la branche recouvrement du régime général, des cotisations négatives poseraient d'importantes difficultés de gestion, en obligeant à opérer des

versements aux entreprises pour lesquelles les réductions de cotisations seraient supérieures aux cotisations dues. C'est d'ailleurs précisément afin d'éviter de telles situations que, lors de la discussion de la loi relative au travail, à l'emploi et au pouvoir d'achat (TEPA) mettant en place de nouvelles réductions de cotisations sociales, une disposition a été votée afin de limiter le niveau de l'allègement patronal au montant des cotisations patronales dues par l'entreprise.

Sans vouloir, à ce stade, entrer dans un tel détail pour les options à envisager, votre Rapporteuse pour avis note que les enjeux, dans ce rapport ⁽¹⁾, sont à la fois simplement posés et font apparaître l'ampleur du changement qui est devant nous :

« La budgétisation d'une partie de la protection sociale dans le cadre du budget général de l'État a pour conséquence de placer le Gouvernement et les parlementaires dans une position d'arbitrage qui porte pour l'essentiel sur le choix des dépenses à couvrir. Selon cette logique, le système de financement par la fiscalité apparaît bien adapté à des branches où la responsabilité des assurés sociaux joue un faible rôle (la famille par exemple). En revanche, la nécessité de séparer les comptes et d'individualiser parallèlement les prélèvements et des dépenses constitue un objectif particulièrement important dans les branches où les raisons et les conséquences d'éventuels déséquilibres peuvent être clairement identifiés, de sorte que les gestionnaires de fonds soient en mesure d'effectuer un arbitrage entre une augmentation des prélèvements ou une diminution des dépenses. »

Voilà qui vient rappeler l'inéluctable question à poser dans toute réflexion ambitieuse sur la soutenabilité du financement de la protection sociale. Car pour citer de nouveau ce rapport ⁽²⁾ :

« Pour qu'un prélèvement fiscal acquière un réel effet régulateur sur les dépenses sociales, il est nécessaire que la décision d'y recourir s'insère dans le prolongement d'un débat public qui aurait pour vertu de mettre clairement en évidence le caractère indispensable du besoin de financement à couvrir. Dans cette optique, on peut considérer que les ajustements effectués par voies législative ou réglementaire sont de nature à susciter une large adhésion des usagers et une responsabilité individuelle accrue de leur part, lorsqu'ils s'inscrivent dans le cadre d'une réflexion d'ensemble sur le choix des risques sociaux que la collectivité se propose de prendre en charge. »

(1) *ibid.*, page 83.

(2) *ibid.*, page 84.

2.- La note d'étape de Mme Christine Lagarde souligne les contraintes techniques de la réforme

Concernant l'impact d'une « TVA sociale » sur les finances sociales et sur leur gouvernance, l'argumentation de Mme le ministre de l'Économie, des finances et de l'emploi n'est pas différente de celle qui vient d'être évoquée. Le même constat est dressé d'un niveau d'allègements de cotisations employeurs ayant atteint un plafond difficile à augmenter encore, sauf à créer des cotisations négatives (éventuellement imputables en trésorerie sur les cotisations salariales), à modifier profondément la gestion des régimes paritaires de protection sociale (retraites complémentaires et assurance chômage), ou bien à réduire les autres contributions des employeurs (solidarité-autonomie, formation professionnelle, logement,...), « *ce qui, souligne cette note*⁽¹⁾, *nécessiterait alors d'ouvrir, contribution par contribution, une réflexion sur les modalités et les circuits de financement.* »

Sur la problématique de l'affectation de recettes nouvelles à la sécurité sociale, ou d'une budgétisation de certaines de ses dépenses, la note demeure prudente, ce qui est une autre manière d'indiquer l'ampleur de l'enjeu : l'affectation de TVA en substitution de l'actuel panier de recettes fiscales pour financer les allègements généraux de cotisations permettrait d'élargir l'assiette du financement de la sécurité sociale et de clarifier ses relations financières avec l'État... tout en créant des tensions potentielles au tour du partage d'un même impôt dynamique. Quant à la budgétisation partielle de la dépense sociale, elle « *devrait concerner des dépenses sociales qui n'ont pas a priori de raison d'être financées sur les seuls salaires. À ce titre, la budgétisation des aides au logement, dont le financement est assuré par l'État d'un côté et la CNAF de l'autre, pourrait par exemple être étudiée.* »⁽²⁾

B.- VOTRE RAPPORTEURE POUR AVIS ENTEND PARTICIPER À LA RÉFLEXION QUI SE POURSUIT

Peu après avoir reçu les rapports de M. Besson et de Mme Lagarde, M. le Premier ministre a saisi le Conseil économique et social d'une demande d'avis conçue de manière large et destinée à aboutir d'ici à la fin de l'année ; il lui demande notamment de se prononcer « *sur les possibilités de diversification du financement de la protection sociale et d'allègement des charges qui pèsent sur le travail, sans perdre de vue le lien entre les différents modes de financement et les prestations, seul susceptible de favoriser la maîtrise des dépenses.* »

Enfin, par lettre du 9 octobre dernier, le Président de la République et le Premier ministre ont donné mission à Mme Christine Lagarde d'engager une revue générale des prélèvements obligatoires.

(1) Étude sur la possibilité d'affecter une partie de la TVA au financement de la protection sociale en contrepartie d'une baisse des charges sociales pesant sur le travail, *septembre 2007, page 19.*

(2) *ibid., page 20.*

Si l'on ajoute à cette liste non exhaustive le regain de la fiscalité écologique dans la mouvance du « Grenelle de l'environnement » actuellement en cours, la « boîte à idées » aura sans doute rarement été aussi largement ouverte qu'aujourd'hui, avec la ferme volonté de déboucher rapidement sur une mise en œuvre concrète d'un financement renouvelé de la protection sociale.

Basculement de recettes issues des cotisations employeurs et/ou salariés vers la CSG et/ou la TVA, ou encore vers un nouveau prélèvement de type « contribution patronale généralisée » ou une taxe environnementale, financement de la sécurité sociale par un prélèvement sur les recettes de l'État dans le cadre d'une modification des lois organiques relatives aux lois de finances et aux lois de financement qui rapprocherait le PLF du PLFSS... **Votre Rapporteuse pour avis entend, à la place qui est la sienne, prendre part à cette vaste réflexion qui engage l'avenir du modèle français de protection sociale. C'est la raison pour laquelle elle souhaite organiser prochainement une table ronde sur ce thème,** afin de verser sa propre contribution au débat avant que des options arrêtées hors du Parlement ne lui soient présentées dans des délais contraints, vraisemblablement dans le courant de l'année prochaine, lorsqu'il sera appelé à se prononcer sur une réforme d'ampleur.

*

Ainsi, à bien des égards, le présent projet de loi de financement, s'il n'est pas encore le lieu de la réforme globale, pose, en matière de recettes et d'équilibre général, les jalons d'une refondation. Ces jalons sont également visibles dans le champ des dépenses.

CHAPITRE III : L'AGGRAVATION PRÉOCCUPANTE DU DÉFICIT DE LA BRANCHE MALADIE

Après une nette réduction de son déficit passé de 8 milliards d'euros en 2005 à 5,9 milliards d'euros en 2006, la solde de la branche maladie se détériore fortement en 2007, le déficit atteignant 6,2 milliards d'euros. En l'absence des mesures nouvelles d'économies présentées au titre du présent projet de loi, le déficit de la branche maladie s'aggraverait encore en 2008, où il s'établirait à 7,1 milliards d'euros.

I.- L'AGGRAVATION CONTINUE DU DÉFICIT DE LA BRANCHE MALADIE ENTRE 2006 ET 2008

A.- DES HYPOTHÈSES DE CONSTRUCTION DE L'ONDAM QUI ONT ENTRAÎNÉ UN DÉRAPAGE DES DÉPENSES

1.- L'ONDAM pour 2006 : un dépassement de 1,2 milliard d'euros

Fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 à 140,7 milliards d'euros, soit 2,5 %, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie a fait l'objet d'un dépassement de 1,2 milliard d'euros, correspondant à des dépenses qui ont finalement représenté 141,8 milliards d'euros, soit une progression de 3,1 %.

Ce dépassement est imputable aux soins de ville, qui ont augmenté de 2,6 % en 2006 pour un objectif initial fixé à 0,9 %. La surconsommation, qui sur ce poste de dépenses s'élève à 1,4 milliard d'euros, est liée à plusieurs paramètres :

– tout d'abord, la sous-évaluation de la base des dépenses de l'année 2005 ayant servi de référence à la construction de l'objectif de dépenses pour 2006 ;

– ensuite, des prévisions de baisse des dépenses de produits de santé, avec la mise en œuvre du plan médicament, qui se sont en réalité soldées par une nette progression ;

– et enfin, une accélération globale des dépenses de soins de ville au second semestre.

Quant au secteur hospitalier, il a enregistré des dépenses inférieures aux prévisions, en croissance de 2,9 % contre un objectif de dépenses initialement arrêté à 3,5 %. Toutefois, ce respect global de l'objectif recouvre des situations plus contrastées : en effet, l'écart s'avère favorable d'environ 200 millions d'euros pour les établissements publics de santé, tandis qu'il s'avère défavorable de l'ordre de 70 millions d'euros pour les cliniques privées.

2.– L'ONDAM pour 2007 : le dérapage des dépenses a appelé des mesures de redressement

Le dépassement prévisionnel de l'ONDAM pour l'année 2007 s'établit à 2,9 milliards d'euros, correspondant à une croissance des dépenses de l'ordre de 4,2 %, contre un objectif initial de 2,6 %. Les écarts constatés sont retracés dans le tableau suivant.

PRÉVISION D'ÉVOLUTION DES DÉPENSES DANS LE CHAMP DE L'ONDAM POUR 2007

(en milliards d'euros)

	Construction			Prévision (septembre 2007)			Écart à l'objectif
	Sous-objectifs arrêtés	Taux d'évolution LFSS	Taux cibles actualisés	Base 2007 actualisée	Montant 2007	Taux d'évolution	
Soins de ville	66,7	1,1 %	0 %	66,7	69,4	4,1 %	2,8
Total ONDAM hospitalier	65,6	3,5 %	3,6 %	63,3	65,6	3,6 %	0
Total ONDAM médico-social	11,8	6,7 %	7 %	11	11,8	7 %	0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	4,8	8,3 %	9,2 %	4,4	4,8	9,2 %	0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7	5,6 %	5,6 %	6,6	7	5,6 %	0
Autres prises en charges	0,7	7,6 %	-3,5 %	0,7	0,8	13,3 %	0,1
ONDAM TOTAL	144,8	2,6 %	2,1 %	141,8	147,7	4,2 %	2,9

Source : commission des comptes de la sécurité sociale

Le décrochage auquel nous confrontent aujourd'hui les résultats de la branche résulte principalement de l'évolution suivie par les dépenses de soins de ville.

En effet, le dépassement du sous-objectif des soins de ville, fixé à 1,1 % en loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, devrait être très important, de l'ordre de 2,8 milliards d'euros, avec une progression de l'enveloppe qui s'établirait à 4,1 %. A l'origine de ce phénomène, l'effet des principaux éléments de la décélération des dépenses enregistrée en 2005 et 2006, - la baisse des indemnités journalières, le plan médicament, la participation forfaitaire de 1 euro et la mise en place du parcours de soins - qui s'épuise progressivement depuis la mi-2006. Dès lors, c'est à une forte reprise des dépenses que l'on assiste, principalement concernant les prescriptions des produits de santé, des transports

de malades, et des actes d'auxiliaires médicaux, mais également sur le plan des indemnités journalières et des honoraires médicaux.

Face aux risques que fait peser un tel dépassement des objectifs de dépenses, et à la suite de la procédure d'alerte déclenchée pour la première fois le 29 mai dernier par le comité d'alerte, le Gouvernement a annoncé le 4 juillet dernier, la mise en place d'un plan de redressement, dont les économies attendues devraient atteindre 1,2 milliard d'euros en année glissante, soit 400 millions d'euros pour le reste de l'année 2007, le reste au titre de l'année 2008. Les principales mesures en sont récapitulées dans le tableau suivant.

LE PLAN DE REDRESSEMENT DU 4 JUILLET 2007

(en millions d'euros)

	Économies prévues pour 2007	Rendement en année pleine
Responsabilisation des assurés ne passant pas par le médecin traitant	50	150
Évolution du plafonnement journalier	80	200
Gel du Fonds d'intervention pour la qualité des soins de ville (FOQSV) au titre du dossier médical personnel (DMP)	70	70
Baisse des tarifs d'actes ciblés de radiologie	22	190
Baisse des tarifs d'actes ciblés de biologie	25	
Incitation des établissements hospitaliers à recourir davantage à la chirurgie ambulatoire	0	150
Généralisation du « tiers payant contre générique »	15	60
Baisse de prix ciblée de dispositifs médicaux	15	50
Baisse de prix ciblée de médicaments	40	160
Mobilisation des professionnels sur la maîtrise médicalisée	50	100
Lutte contre la fraude	50	95
Total	417	1 225

Source : ministère de la Santé, de la jeunesse et des sports

3.– Des hypothèses discutées de construction de l'ONDAM

Pour 2006 comme pour 2007, qui ont connu un dépassement important des objectifs fixés à l'enveloppe des soins de ville, les hypothèses qui ont présidé à la construction de l'ONDAM ont conduit à sous-évaluer assez nettement les prévisions de dépenses.

Ainsi, la base retenue pour déterminer l'objectif correspond aux réalisations prévues pour l'année en cours, et dans les deux cas, elle a eu pour conséquence l'adoption de taux supérieurs à ceux qui auraient dû prévaloir pour un respect des montants votés en loi de financement de la sécurité sociale.

Par ailleurs, la fixation de l'ONDAM pour l'année à venir peut passer par une opération de « rebasage » de l'ONDAM de l'année en cours, la révision étant destinée à prendre en compte le dépassement tel qu'il est prévu au moment de l'adoption de la loi de financement de la sécurité sociale : ainsi, en 2007, la détermination de l'ONDAM n'a pas pris en compte l'intégralité du dépassement de 2006. Cette minoration fragilise d'emblée l'engagement au respect de l'objectif de dépenses.

Le construction de l'ONDAM pour 2008 repose sur une rectification de l'ONDAM au titre de l'année 2007, avec une réévaluation de 2,9 milliards d'euros, soit le dépassement estimé par la commission des comptes de la sécurité sociale. **Votre Rapporteur pour avis relève l'effort de sincérité fourni pour retenir les perspectives de réalisation des dépenses.** Compte tenu de l'importance de l'exactitude de la base retenue pour la construction de l'ONDAM pour l'année à venir, il est indispensable de procéder au rebasage le plus fidèle de l'ONDAM de l'année en cours. Si l'on peut déplorer le recours même à cette technique de « révision » de l'ONDAM, peu orthodoxe au regard des règles de discipline budgétaire, il n'en demeure pas moins qu'une sous-évaluation récurrente des dépassements conduira inmanquablement à la fixation d'objectifs trop élevés au regard des exigences de réduction des déficits.

B.- L'ONDAM POUR 2008 : UN GAGE DE CRÉDIBILITÉ

Le présent projet de loi retient l'objectif d'une progression de 2,8 % des dépenses d'assurance maladie pour 2008. Sans la prise en compte de l'impact des franchises médicales, cet objectif aurait été fixé à 3,4 %. La commission des comptes de la sécurité sociale estime par ailleurs que sans les mesures d'économie du PLFSS, l'augmentation des dépenses serait de 4,2 %, en tenant toutefois compte du rebasage de l'ONDAM de 2007, ainsi que des mesures déjà engagées, c'est-à-dire des revalorisations des honoraires médicaux et du plan de redressement présenté en juillet 2007.

ONDAM POUR 2008 : CONSTRUCTION PAR SOUS-OBJECTIFS

(en milliards d'euros)

	Base 2008	Objectif de dépense	Taux d'évolution
Dépenses de soins de ville	69,3	70,7	2 %
Total ONDAM hospitalier	65,6	67,7	3,2 %
Établissements de santé tarifés à l'activité	47,4	48,9	3,2 %
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18,2	18,8	3 %
Total ONDAM médico-social	12	12,8	6,5 %
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	5	5,4	8,1 %
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7	7,4	5,3 %
Autres modes de prise en charge	0,9	0,9	2 %
ONDAM TOTAL	147,9	152,1	2,8 %

Source : projet de loi de financement de la sécurité sociale, annexe 7

La construction de l'ONDAM requiert donc des économies de l'ordre de 2 milliards d'euros, dont 1,6 milliard d'euros pour le seul régime général : outre les 800 millions d'euros au titre du plan de redressement de juillet 2007, les principales mesures d'économies prises dans le cadre du présent projet de loi et que présente l'annexe 9, sont retracées dans le tableau suivant :

**IMPACT DES MESURES NOUVELLES 2008 SUR LES COMPTES 2008 DE LA BRANCHE
MALADIE**

(en millions d'euros)

	Régime général	Tous régimes
Mesures d'économie sur les dépenses d'assurance maladie	1 744	2 025
Mesures d'économie intégrées à l'ONDAM 2008	1 644	1 925
Franchise sur les médicaments, transports sanitaires et actes paramédicaux	723	850
Maîtrise médicalisée avenant n° 23	543	635
Mesures structurantes proposées par l'UNCAM	86	100
Calcul des indemnités journalières	60	70
Plan médicament : baisses de prix génériques	77	90
Plan médicament : baisses de prix médicaments sous brevet	43	50
Encadrement des transports sanitaires effectués par les taxis	26	30
Dispositif d'entente préalable	43	50
Remboursement médicalisé des médicaments à 35 % pour les ALD	43	50
Mesures d'économies hors ONDAM	100	100
Participation de l'État au financement de l'EPRUS	100	100

Source : projet de loi de financement de la sécurité sociale, annexe IX

**C.- LES PROJECTIONS PLURIANNUELLES DOIVENT DEVENIR UN
VÉRITABLE OUTIL DE PILOTAGE**

Introduit par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS) du 2 août 2005, le cadrage financier pluriannuel des différentes branches constitue un outil indispensable de prévision, facteur de lisibilité de la construction des objectifs de dépenses, mais surtout de visibilité quant aux évolutions à attendre respectivement des recettes et des dépenses. Les projections relatives à la branche maladie sont rappelées par le tableau suivant.

**PRÉVISIONS PLURIANNUELLES DE RECETTES ET DE DÉPENSES DE LA BRANCHE
MALADIE DU RÉGIME GÉNÉRAL**

(en milliards d'euros)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Scénario économique bas ⁽¹⁾							
Recettes	137,5	143,5	150,9	157,8	164,8	172,2	179,8
Dépenses	143,4	149,7	155,2	162,6	169,1	175,9	182,9
Solde	-5,9	-6,2	-4,3	-4,8	-4,3	-3,7	-3,1
Variante avec un ONDAM à 1,5 % en volume à partir de 2009							
Solde	-5,9	-6,2	-4,3	-4,2	-2,9	-1,6	-0,1
Scénario économique haut ⁽²⁾							
Recettes	137,5	143,5	150,9	158,4	166,1	174,2	182,6
Dépenses	143,4	149,7	155,2	162,6	169,1	175,8	182,8
Solde	-5,9	-6,2	-4,3	-4,2	-3	-1,6	-0,1
Variante avec un ONDAM à 1,5 % en volume à partir de 2009							
Solde	-5,9	-6,2	-4,3	-3,5	-1,6	0,6	2,9

(1) En moyenne annuelle sur la période, PIB en volume +2,5 %, masse salariale +4,4 %, ONDAM +2 %, et inflation hors tabac +1,6 %.

(2) En moyenne annuelle sur la période, PIB en volume +3 %, masse salariale +5 %, ONDAM +2 %, et inflation hors tabac +1,6 %.

Source : projet de loi de financement de la sécurité sociale, annexe B

Seul un scénario économique optimiste conjugué à une évolution de l'ONDAM limitée à 1,5 % à partir de 2009, permettraient d'envisager un retour à l'excédent de la branche à partir de 2011. Avec un ONDAM dont la croissance annuelle serait de 2 %, un contexte économique favorable est indispensable pour opérer une résorption du déficit de la branche. Un solde proche de l'équilibre pourrait toutefois être atteint à horizon 2012 dans des conditions économiques moins favorables, mais toujours dans l'hypothèse où la progression de l'ONDAM reste contenue à 1,5 % à partir de 2009.

Quoi qu'il en soit, au vu des hypothèses retenues en matière de progression de l'ONDAM, on ne peut que souscrire aux commentaires qui accompagnent les prévisions présentées, qualifiant l'objectif d'« ambitieux », en confirmant qu'il demandera « des efforts à l'ensemble des acteurs du système de santé ». Ce travail de cadrage doit néanmoins être poursuivi et approfondi, afin de faire l'objet d'une réelle appropriation pour la construction des objectifs de dépenses. En effet, par comparaison avec les projections présentées l'an passé, le cadrage financier sur la période 2009-2012 s'avère beaucoup moins audacieux. Ce dernier tablait en effet sur un retour à l'excédent de la branche dès 2009 pour le régime général, et cela, quel que soit le scénario économique retenu, et sur la base d'une évolution de l'ONDAM de 2,2 % à 2,5 %.

II.- 2008 SERA L'ANNÉE D'UNE ATTENTION RENOUVELÉE AUX DÉPENSES DE SOINS DE VILLE

Après une nette décélération des dépenses de soins de ville remboursées par le régime général entre 2004 et 2006, celles-ci semblent connaître un nouveau rebondissement en 2007, puisqu'elles devraient progresser de 4,1 %.

Cet infléchissement est lié à l'essoufflement des principales mesures d'économie relatives aux médicaments, à la mise en place du parcours de soins, et au contrôle des indemnités journalières, qui ont porté leurs fruits sur les trois dernières années.

Pour 2008, l'enveloppe des soins de ville est dotée de 70,7 milliards d'euros, une progression de 2 %, qui prend en compte l'impact de l'instauration de nouvelles franchises médicales, sans lesquelles le sous-objectif soins de ville aurait atteint une progression de 3,2 %.

A.- DES DÉPENSES DE SOINS DE VILLE EN 2006 QUI RESTENT CONTENUES

Si les dépenses se sont maintenues en 2006, avec un rythme de progression de l'ordre de 2,8 % par rapport à 2005, une reprise des dépenses est amorcée à partir du second semestre, qui se confirme en 2007, en particulier pour les indemnités journalières et les honoraires médicaux, qui augmentent de 2,9 % en 2006. Le tableau suivant rend compte des principales évolutions constatées.

ÉVOLUTION DES SOINS DE VILLE REMBOURSÉS PAR LE RÉGIME GÉNÉRAL

(en millions d'euros)

	2005	2006	2006/2005 (en %)
Soins de ville	51 064	52 475	2,8
Honoraires libéraux	23 956	24 594	4,2
dont Honoraires privés	14 161	14 572	2,9
Généralistes	4 554	4 664	2,4
Spécialistes	7 174	7 383	2,9
Sages femmes	84	95	13,4
Dentistes	2 350	2 430	3,4
dont Honoraires paramédicaux	4 795	5 123	6,9
Infirmières	2 431	2 610	7,4
Kinésithérapeutes	1 989	2 116	6,4
Orthophonistes	339	358	5,8
Orthoptistes	36	38	5,7
Laboratoires	2 568	2 641	2,8
Transports des malades	2 071	2 257	9
Autres soins de ville	26 672	27 077	1,5
Médicaments	16 679	16 934	1,5
dont remboursés à 100 %	9 354	9 935	4,2
dont remboursés à 35 % et 65 %	7 137	6 977	-2,3
dont remboursés à 65 %	5 884	5 931	0,8
dont remboursés à 35 %	1 253	1 046	-16,5
Indemnités journalières	7 275	7 217	-0,8
dont IJ maladie	5 335	5 222	-2,1
dont IJ maladie -3 mois	3 052	3 059	0,2
dont IJ maladie +3 mois	2 283	2 165	-5,2
dont IJ AT	1 940	1 995	2,8
Dispositifs médicaux	2 718	2 926	7,7

Source : commission des comptes de la sécurité sociale

Les économies attendues au titre de la maîtrise médicalisée s'élevaient à 890 millions d'euros, tandis que la mise en œuvre du plan médicament tablait sur des économies de l'ordre de 2,1 milliards d'euros. Si, au total, 60 % seulement des économies prévues au titre de ces deux dispositifs auraient été réalisées, comme l'indique la Cour des comptes dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2007, le maintien des dépenses globales de soins de ville en deçà de 3 % pour la seconde année consécutive, mérite d'être noté et confirme l'efficacité des mesures axées sur la maîtrise des dépenses.

Toutefois, au vu de l'orientation à la hausse des dépenses prévue pour 2007, l'essoufflement de ce train de mesures milite en faveur de nouveaux dispositifs, dont certains, comme on le verra, seront mis en œuvre dès 2008.

B.- 2007 : LE DÉRAPAGE DES DÉPENSES

En 2007, au cours des huit premiers mois de l'année, les remboursements des soins de ville ont progressé de 5,1 %, la croissance des dépenses sur l'année étant évaluée à 4,1 %. Les principaux postes responsables de cette évolution sont les suivants :

– les indemnités journalières (IJ) ; leur progression, qui est de 5,6 % sur la période considérée, témoigne des limites de la politique de contrôle qui a été initiée. On notera en particulier le rythme haussier des IJ accidents du travail ;

– les médicaments ; les dépenses croissent de 4,1 % sur la période, marquant ainsi que les effets du plan médicament arrivent à leur terme.

Par ailleurs, les soins des auxiliaires médicaux affichent une hausse de 7,5 %, liée aux revalorisations accordées aux infirmiers et aux kinésithérapeutes et au dynamisme des actes de cette catégorie. L'augmentation des dépenses de transports de malades s'établit quant à elle à 9,1 %. Dans une moindre mesure, on assiste à une progression de 3,8 % des honoraires médicaux, en raison des deux revalorisations tarifaires actées en 2006 et 2007, qui portent la consultation à 22 euros à partir du 1^{er} juillet 2007.

Le dépassement prévisionnel de l'ONDAM est ainsi évalué à 2,8 milliards d'euros.

1.– Le bilan mitigé du plan médicament 2005-2007

Le plan médicament 2005-2007 a connu une montée en charge difficile : ainsi, pour 2006, sur 2,1 milliards d'euros prévus, 1,24 milliard d'euros d'économies seulement ont pu être réalisées, réparties comme suit :

– La politique du générique a permis d'économiser 610 millions d'euros en 2006. L'impact global de cette politique, centrale pour le plan médicament, est récapitulé dans le tableau suivant.

ÉCONOMIES RELATIVES AUX MÉDICAMENTS GÉNÉRIQUÉS DANS LE CADRE DU PLAN MÉDICAMENT 2005-2007

(en millions d'euros)

	2005	2006		2007	Total
	Impact 2005 des mesures 2005	Effet report sur 2006 des mesures 2005	Impact 2006 des mesures 2006	Effet report sur 2007 des mesures 2006	
Pénétration	-150	-20	-85	-20	-275
Baisse de prix générique	-25	-10	-170	-110	-315
Baisse de prix princeps	0	0	-325	-165	-490
TFR	-30	-20	-30	-20	-100
Total	-205	-50	-610	-315	-1 180

Source : commission des comptes de la sécurité sociale

– Les baisses de prix ciblées sur certains médicaments, notamment des statines, des antihypertenseurs, des traitements antiostéoporotiques, ainsi que des antiulcéreux, ont induit une économie de 105 millions d'euros en 2006.

– Le déremboursement de médicaments à service médical rendu (SMR) insuffisant représente un rendement de 345 millions d'euros.

– La modération des prescriptions sur certaines classes de médicaments et un meilleur respect de l'ordonnancier bizonne utilisé pour les prescriptions de patients atteints d'affections de longue durée (ALD), tous deux par la convention médicale du 3 février 2006 dans son avenant n° 12, a généré une moindre dépense de l'ordre de 120 à 200 millions d'euros pour la moindre prescription et de 45 millions d'euros sur le poste médicament des ALD.

– Le rendement de la mise sur le marché des grands conditionnements reste pour le moment très faible, de l'ordre de 10 millions d'euros pour 2006.

– La baisse des tarifs des dispositifs médicaux, prévue dès 2005, mais mise en œuvre principalement en 2006, a permis d'économiser 80 millions d'euros.

L'année 2008 verra néanmoins la poursuite de ce plan, qui prévoit des économies de l'ordre de 90 millions d'euros, au titre des baisses de prix sur les produits dans le répertoire depuis plus de 24 mois, auxquelles s'ajouteront 50 millions d'euros de baisses de prix sur les médicaments encore sous brevet.

2.– Des dépenses d'indemnités journalières qui repartent à la hausse

Depuis 2003, un net infléchissement avait été constaté sur le poste des prescriptions d'indemnités journalières (IJ). En effet, la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a d'une part soumis à un accord préalable du service du contrôle médical les médecins prescrivant le nombre d'arrêts de travail le plus important ; d'autre part, elle a renforcé les contrôles sur les bénéficiaires d'IJ de courte durée, et a instauré un contrôle systématique des IJ de longue durée.

Toutefois, à partir de la mi-2006, on constate une reprise généralisée des dépenses sur ce poste : ainsi, après une baisse de -0,7 % sur 2006, la progression pourrait être de 3,2 % en 2007, avec principalement une forte accélération des indemnités journalières au titre des accidents du travail (IJ AT).

L'essoufflement de l'effet des dispositifs de contrôle instaurés plaide en faveur de nouvelles mesures : le présent projet de loi satisfait à cette exigence, d'une part, en étendant les procédures de contrôle des IJ aux IJ AT (**article 71** du présent projet), et d'autre part, en lançant une expérimentation de coopération entre le service du contrôle médical et les entreprises en matière de contrôle de l'ensemble des indemnités journalières (**article 66** du présent projet).

C.- L'EFFORT POUR 2008 : DES MESURES À SALUER, MAIS DES RÉFORMES STRUCTURELLES ENCORE À INITIER

1.- Le principe de responsabilité est réaffirmé à travers la mise en place des franchises médicales

L'article 35 du présent projet de loi instaure une franchise sur certains postes de dépenses de santé très dynamiques, à hauteur de :

- 50 centimes d'euro par boîte de médicament ;
- 50 centimes d'euro par acte effectué par un auxiliaire médical ;
- et deux euros par transport sanitaire, hors transports d'urgence.

Loin de constituer une sanction du patient, le fondement des franchises s'inscrit pleinement dans la continuité du système de participation déjà existant, à savoir d'une part, le ticket modérateur, qui représente une participation proportionnelle aux dépenses de soins et pour lequel une majoration est intervenue en août 2007, puisqu'il a été porté à 20 % en cas de non respect du parcours de soins, et d'autre part, la participation forfaitaire de 1 euro prélevée sur les actes médicaux de ville et sur les analyses de biologie depuis le 1^{er} janvier 2005.

Ces franchises ont vocation à financer les investissements à destination de la maladie d'Alzheimer, des soins palliatifs et du cancer. Compte tenu du plafond annuel fixé à 50 euros par personne, et de l'exonération des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc), des enfants et des femmes enceintes du dispositif, votre Rapporteur pour avis considère que la mise en place de ces franchises répond à l'impératif de responsabilisation des citoyens face aux dépenses de santé qui relèvent de la solidarité nationale. Toutefois, et notamment en raison du caractère limité de ces franchises, la possibilité de prise en charge de leur coût par les organismes complémentaires d'assurance santé ne semblait pas souhaitable. Votre Rapporteur pour avis regrette l'option choisie, mais estime tout à fait légitime l'exclusion des contrats qui prévoient la prise en charge des franchises médicales des avantages, notamment fiscaux, réservés aux contrats dits « responsables ».

Cette mesure doit permettre une économie de l'ordre de 850 millions d'euros en année pleine.

2.- Bilan de la maîtrise médicalisée

La convention nationale du 3 février 2006 et son avenant n° 12 ont fixé les principaux objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses pour les médecins libéraux sur la période courant de 2005 à 2007. Elle a été complétée par un avenant n° 23 signé le 29 mars 2007, destiné à préciser les objectifs pour l'année 2008. Le tableau suivant récapitule les efforts fournis à ce titre.

OBJECTIFS DE LA MAÎTRISE MÉDICALE DES DÉPENSES DE SANTÉ

	2006			2007			2008	
	Objectif / Tendance	Montant	Économies réalisées	Taux d'atteinte de l'objectif	Objectif / Tendance	Montant	Objectifs	Montant
Antibiotiques	-8 %	63	46	73 %	-5 %	40	-5 %	40
Statines	-8,1	93	135	145 %	-7,1 %	20	0 %	50
Psychotropes	-5 %	13	20	153 %	-5 %	13	-5 %	13
Arrêts de travail (IJ)	-2,6 %	190	262	138 %	-1,3 %	80	-1 %	81
Transport	-3,9 %	38	0	0 %	-4,8 %	30	-5 %	29
Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)	-3 %	28	13	46 %	0 %	20	-5 %	76
ALD	-4 points	292	80	27 %	-2 points	146	-2,5 points	170
Médicaments génériques	8,4 points	25	25	100 %	20 millions	20	IPP : 75 % de prescriptions dans le répertoire	30
ACBUS	-59 millions	59	0	0 %	-59 millions	59		
-anti-agrégants	-34 millions				-34 millions			54
-coloscopie après polypectomie	-15 millions				-15 millions			
IEC-sartans					-80 millions	80		
Actes					-30 millions	30		30
Dispositifs médicaux					-20 millions	20		
Antihypertenseurs							-2 %	50
Location de lits médicalisés								12
Total		791	581	73 %		623		635

Source : ministère de la Santé, de la jeunesse et des sports

L'effort sera, on le voit, poursuivi en 2008 sur le champ des prescriptions d'arrêts de travail et de médicaments génériques, et renforcé en matière d'affections de longue durée (ALD), avec une meilleure application de l'ordonnancier bizonne, qui prévoit une prise en charge de droit commun pour les prescriptions sans rapport avec l'ALD. Enfin, de nouveaux postes d'économies sont identifiés, comme la prescription de lits médicalisés.

3.— Une meilleure régulation doit être recherchée face au poids croissant des ALD dans les dépenses de soins de ville

Les dépenses remboursées aux patients atteints d'une affection longue durée (ALD) représentent 60 % des dépenses totales remboursées par l'assurance maladie, niveau qui s'explique par un taux de prise en charge plus élevé, lié à l'exonération du ticket modérateur et à une consommation de soins individuelle en moyenne sept fois supérieure à celle des personnes qui ne sont pas en ALD.

En 2006, le nombre des nouvelles admissions en ALD a été de 1 018 648 personnes pour le régime général, soit une augmentation de 5,7 % par rapport à 2005. En conséquence, les dépenses à ce titre ont progressé de 6,3 %, en décélération toutefois par rapport aux années précédentes. En effet, la convention nationale du 3 février 2006 et son avenant n° 12 ont fixé pour les médecins libéraux l'objectif d'un meilleur respect de l'ordonnancier bizonne utilisé dans le cadre des prescriptions aux personnes atteintes d'une ALD, et qui consiste à isoler la consommation médicale non liée à l'affection et qui doivent être assujetties au ticket modérateur. Ces dispositions auraient permis de réaliser une économie de 80 millions d'euros en 2006, ce qui explique la modération de l'évolution de la dépense observée. Toutefois, ces montants restent très en deçà des objectifs conventionnels, qui visaient à une économie de 292 millions d'euros en 2006. C'est pourquoi les objectifs de la maîtrise médicalisée sont renforcés pour 2008, avec, pour les prescriptions non liées à l'ALD, la volonté de rembourser réellement au taux de 35 % les médicaments qui le sont normalement à ce niveau. Cette mesure, d'ordre réglementaire, devrait permettre une économie de l'ordre de 43 millions d'euros.

En outre, votre Rapporteur pour avis note avec satisfaction la consolidation du contrôle médical préalable à l'entrée en ALD aux affections non inscrites sur la liste des ALD, prévue par l'article 37 du présent projet. **Toutefois, en raison de la part importante représentée par les dépenses d'ALD, une réflexion plus structurelle gagnerait à être menée sur les conditions d'entrée mais également de sortie de ce dispositif.** En effet, la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie avait confié à la Haute autorité de santé le soin d'émettre des recommandations destinées à faire évoluer le régime des ALD : dans ses premiers travaux rendus publics le 18 mai 2006, la Haute autorité préconisait un renforcement du suivi des patients atteints, afin d'envisager

davantage de sorties du dispositif en cas de rémission de la maladie. **Votre Rapporteur pour avis estime que cette dimension revêt une importance majeure : au-delà de la meilleure régulation de la dépense qu'elle implique, elle peut également s'avérer positive pour les patients atteints d'affections graves, en marquant à travers des critères objectifs, la sortie du régime de l'ALD, le diagnostic de la guérison.** Cette évolution doit néanmoins être accompagnée d'une facilité de réactivation du régime de l'ALD en cas de rechute ou de réapparition de la maladie. Une réflexion structurelle s'avère d'autant plus indispensable sur ce sujet que selon le directeur de l'UNCAM, auditionné par votre Rapporteur pour avis, à horizon 2015, les ALD entreront pour 75 % dans les dépenses totales remboursées par la branche maladie du régime général.

4.— La responsabilisation des professionnels de santé / Le problème de la répartition territoriale des médecins libéraux

a) La question des revalorisations tarifaires doit être replacée dans le contexte du pilotage général de l'ONDAM

D'importantes revalorisations tarifaires ont été accordées aux médecins sur les deux dernières années : au 1^{er} août 2006, le tarif de la consultation du médecin généraliste est passée de 20 à 21 euros, en application de l'avenant n° 12 à la convention médicale du 3 mars 2006, qui a également prévu la hausse du tarif de la visite. Au 1^{er} juillet 2007, une nouvelle revalorisation de la consultation est intervenue, la portant à 22 euros, à la suite de l'entrée en vigueur de l'avenant n° 23 à la même convention. D'autres majorations et revalorisations ont été décidées en 2007, notamment pour la psychiatrie. L'ensemble de ces mesures représenterait un coût de 134 millions d'euros en 2007, et de 332 millions d'euros en année pleine. Or, la dernière hausse du tarif de la consultation en juillet 2007 est intervenue alors même que le Gouvernement annonçait un plan de redressement de l'assurance maladie, en réaction à la procédure d'alerte qui avait été déclenchée au titre du dépassement excessif de l'ONDAM. Cette concomitance est particulièrement regrettable.

Dès lors, **votre Rapporteur pour avis observe avec satisfaction l'effort d'articulation entre la politique conventionnelle de négociation tarifaire et la réalisation de l'ONDAM, fourni par le présent projet de loi : l'article 25** prévoit en effet la suspension pour six mois de toute revalorisation des tarifs des honoraires en cas de déclenchement de la procédure d'alerte en raison d'un risque sérieux de dépassement de l'ONDAM de plus de 0,75 %.

Les revendications de revalorisations tarifaires des médecins libéraux doivent être évaluées à l'aune de l'évolution de leurs revenus. Or, comme le constate la Cour des comptes dans son dernier rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, dont un chapitre entier est consacré aux médecins libéraux, leur pouvoir d'achat s'est accru entre 2000 et 2004. Ainsi, les revenus des généralistes ont progressé de 1,8 % par an grâce à la hausse de leurs tarifs opposables, tandis que les spécialistes, qui ont accru leur volume d'activité,

ont bénéficié d'une hausse de 3,3 % par an de leurs revenus. Sur la période, cette évolution est donc plus favorable que celle qui a été enregistrée par les salariés, à hauteur de 0,4 %. Le tableau suivant retrace les revenus nets de charges professionnelles des médecins en 2004.

REVENUS DES MEDECINS LIBERAUX EN 2004

(en euros)

Honoraires moyens par médecin	159 800
Revenu libéral moyen net de charges professionnelles	80 600
<i>dont omnipraticiens</i>	61 800
<i>dont spécialistes</i>	103 000
dont radiologues	197 800
dont anesthésistes	156 600
dont pédiatres	61 100
dont psychiatres	58 500

Source : direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques

Par ailleurs, la Cour signale la faiblesse des outils d'évaluation des revenus médicaux, et notamment l'impossibilité de distinguer les revenus des médecins du secteur 1 de ceux du secteur 2. Votre Rapporteur pour avis se range à l'avis de la Cour et préconise une amélioration de la connaissance des revenus des professionnels libéraux.

S'agissant des médecins libéraux, le présent projet s'inscrit pleinement dans la démarche de responsabilisation des acteurs du système de santé, dont témoigne l'instauration de nouvelles franchises à la charge du patient. En effet, de nouveaux efforts sont attendus des professionnels de santé. En dehors de l'article 25 déjà cité, **l'article 26** prévoit l'extension à l'ensemble des prescriptions de la procédure de mise sous accord préalable appliquée dès 2006 aux surprescripteurs d'indemnités journalières (IJ), tandis qu'une nouvelle obligation d'information écrite aux patients relative aux tarifs des actes coûteux et au montant du dépassement pratiqué est également prévue par **l'article 28**.

b) L'enjeu crucial de la répartition territoriale des praticiens

Le problème majeur auquel est aujourd'hui confrontée l'organisation du système de soins serait celui de la pénurie des médecins, et donc plus largement, la question de la démographie médicale, souvent à l'origine des craintes suscitées quant aux possibles « déserts de santé » sur le territoire. Or, comme le souligne la Cour des comptes dans son rapport de septembre 2007 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, l'enjeu n'est pas tant celui des effectifs de praticiens que de leur répartition sur le territoire. Certes, dès 2008, le nombre des médecins devrait commencer à baisser, en raison du départ à la retraite de nombreux médecins et de l'entrée en exercice de promotions beaucoup moins nombreuses. À l'horizon 2025, la densité médicale globale devrait reculer d'environ 15 %, pour rejoindre un niveau équivalent à celui de 1985.

En revanche, de fortes disparités territoriales persistent, liées au principe de libre installation reconnue aux médecins, tandis que les déséquilibres entre

spécialités s'accroissent, principalement en raison de la désaffection dont souffre la médecine générale.

Pour répondre à cette répartition inégale des praticiens sur le territoire, diverses mesures ont été prises dans les dernières années, telles que :

– la majoration de 20 % de la rémunération des médecins généralistes dans les zones déficitaires, qui a été négociée au début de l'année 2007, en application de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ;

– les aides à l'installation ou au maintien des professionnels de santé et les aides aux étudiants en médecine prévues par la loi n° 2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux ;

– des dispositifs d'exonération fiscale dans les zones déficitaires définies par les missions régionales de santé (MRS), mais également en zone franche urbaine (ZFR), ainsi que de taxe professionnelle en zone de revitalisation rurale (ZRR) ;

– un dispositif de dérogation au parcours de soins pour les consultations auprès d'un médecin généraliste s'installant en zone déficitaire, mis en place par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 ;

– des contrats de bonne pratique (CBP) une majoration des honoraires, mis en œuvre en 2005 par l'assurance maladie pour favoriser le regroupement des praticiens dans les zones déficitaires ;

– les aides du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) en vue de faciliter l'installation des professionnels de santé dans des zones sous-médicalisées ;

– sans compter les nombreuses mesures incitatives à l'initiative des collectivités locales.

Ces mesures foisonnantes ne parviennent toutefois pas à endiguer le problème de la sous-médicalisation chronique de certaines zones. C'est pourquoi votre Rapporteur pour avis approuve pleinement les dispositions prévues au titre du présent projet de loi, dans ses **articles 32 et 33**.

S'agissant des infirmiers libéraux, un protocole d'accord relatif à la démographie, signé entre les syndicats infirmiers et l'UNCAM le 22 juin 2007, vise à rééquilibrer leur répartition sur le territoire. Il prévoit notamment que dans les zones de sur-densité, seuls les départs ouvriront l'accès à de nouveaux conventionnements, tandis que les installations en groupe doivent être favorisées et des mesures d'incitation à l'installation doivent être développées par les caisses dans les zones de sous-densité. **L'article 32** du présent projet de loi approuve cet accord et lui donne une consécration législative ; ce faisant, il étend le champ de la négociation conventionnelle aux conditions de conventionnement en fonction de

la densité non seulement pour les infirmiers, mais également pour les chirurgiens dentistes, les sages femmes et les masseurs kinésithérapeutes.

S'agissant des médecins, l'**article 33** entend soumettre à la négociation conventionnelle la question de la répartition territoriale des praticiens, en particulier les conditions de leur conventionnement en fonction de la densité de leur zone d'exercice. **Votre Rapporteur pour avis se félicite de cette initiative qui entend permettre aux professionnels de santé eux-mêmes de se saisir des enjeux de la répartition territoriale des médecins.** En effet, à défaut d'une prise de responsabilité par les praticiens, des mesures plus contraignantes seraient susceptibles de devoir être envisagées : dans son dernier rapport, la Cour des comptes se prononçait ainsi en faveur d'une baisse importante ou de la suppression de la prise en charge des cotisations sociales par l'assurance maladie, voire d'autres pénalités financières. L'incitation à la négociation sur ce sujet apparaît primordiale et présenterait l'avantage de la souplesse. Toutefois, il ne doit pas être exclu que l'État reprenne la main en cas d'échec des négociations sur ce sujet.

III.– LE SECTEUR HOSPITALIER FACE AU DÉFI DE LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ (T2A)

A.– UN RESPECT GLOBAL DE L'OBJECTIF DES DÉPENSES HOSPITALIÈRES EN 2006 ET 2007

Fixé à 63,7 milliards d'euros par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, l'ONDAM hospitalier, qui devait contenir les dépenses à une progression de 3,5 %, a été respecté, malgré une sous-estimation initiale des dépenses finalement constatées pour 2005. Il convient toutefois de nuancer le propos, car si les dépenses des établissements anciennement sous dotation globale sont inférieures de 200 millions d'euros aux prévisions, en revanche, les cliniques privées enregistrent un dépassement de l'objectif d'environ 70 millions d'euros. Cette situation contrastée est liée à la fixation initiale du sous-objectif des dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité à 3,3 %, tandis que le sous-objectif des autres dépenses relatives aux établissements de santé a quant à lui été établi à 4 %.

En 2007, pour la seconde année consécutive, l'ONDAM hospitalier, dont la progression devait s'établir à 3,6 %, pour un montant de 65,6 milliards d'euros, devrait être respecté.

Pour 2008, la progression de l'ONDAM hospitalier a été fixée à 3,2 %, qui se décline en un objectif de 3,2 % pour les établissements de santé tarifés à l'activité, et de 3 % pour les autres dépenses des établissements de santé.

B.— L'ENJEU DE LA CONVERGENCE DANS LA MISE EN ŒUVRE DE LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ

1.— La médicalisation du financement des établissements hospitaliers

La réforme de la tarification à l'activité (T2A), mise en place par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, mais qui n'a été réellement déployée qu'à partir du 1^{er} mars 2005, opte pour une allocation des ressources fondée sur l'activité de soins, et qui a pour finalités la rémunération des établissements en fonction de l'activité effectivement réalisée et la limitation des dépenses occasionnées par chaque prise en charge.

Elle concerne initialement et spécifiquement les secteurs de médecine, chirurgie, et obstétrique (MCO), mais a également été étendue à l'hospitalisation à domicile (HAD). En revanche, les activités de soins de suite et de réadaptation (SSR) et de psychiatrie demeurent gérées comme antérieurement, soit en dotation globale pour les établissements publics et privés sous contrat, et sous la forme de remboursement des prestations d'hospitalisation pour le secteur privé lucratif (prix de journée et forfaits). Toutefois, l'extension d'un modèle transitoire de tarification à l'activité aux grandes disciplines des SSR est envisagée pour 2009.

Les tarifs sont fixés à partir des groupes homogènes de séjours (GHS) eux-mêmes déterminés par les groupes homogènes de malades (GHM), à l'exception de certains éléments, qui ne ressortissent pas au tarif des GHS :

- les missions d'intérêt général ;
- les produits et actes facturés en sus, comme certains dispositifs médicaux implantables et les molécules onéreuses (DMI-MO), mais également les séances de radiothérapie ou de dialyse, ainsi que les suppléments liés à la réanimation et aux cas extrêmes ;
- et enfin, les soins d'urgence et l'activité des greffes, qui font l'objet de forfaits annuels.

Par ailleurs, les disparités régionales liées au différentiel de coût de la main d'œuvre ou de l'immobilier sont prises en compte à travers des coefficients correcteurs géographiques.

2.— Le choix d'une avancée dans la convergence intrasectorielle et d'une pause dans la convergence intersectorielle

Outre l'objectif de médicalisation du financement, l'ambition de la réforme de la tarification à l'activité réside dans la réduction des disparités de ressources entre les établissements de santé, à travers deux mécanismes : la convergence intrasectorielle et la convergence intersectorielle.

La convergence intrasectorielle vers des tarifs nationaux moyens doit s'achever en 2012 et être réalisée à hauteur de 50 % en 2008 :

– Dans le secteur privé à but lucratif, les activités sont financées à 100 % par la T2A ; dès lors, la convergence passe de façon assez simple par l'application d'un coefficient de transition propre à chaque établissement.

– Dans les secteurs public et privé sous contrat, elle doit être obtenue à travers une montée en charge progressive de la fraction du budget des établissements financée par les tarifs, tandis qu'est maintenue, mais de façon dégressive, une dotation annuelle complémentaire (DAC). De ce mécanisme complexe, analysé par la Cour des comptes dans son rapport de septembre 2006 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, elle concluait que si en théorie, la part tarifée devait progresser de 10 % en 2004 à 25 % en 2005, 35 % en 2006 et 50 % en 2007, en réalité, la part réellement tarifée à l'activité était inférieure, puisqu'elle représentait environ 19,4 % en 2005 et 28,6 % en 2006.

Au total, et en dépit du fait que l'évolution de l'activité n'est facturée que pour une fraction dans le secteur anciennement sous dotation globale, l'effort à fournir y est globalement plus soutenu, dans la mesure où la redistribution qu'implique ce mode de financement y est beaucoup plus élevée que pour les cliniques privées. Ainsi, les établissements de santé initialement surdotés sont confrontés à une exigence de gains de productivité difficilement compatible avec leurs contraintes propres, si l'on considère que les personnels représentent 70 % de leurs charges, et que leur activité est moins spécialisée et programmée que celles du secteur privé lucratif.

Or, **l'article 42** du présent projet de loi propose d'aligner dès 2008 leur système de tarification sur celui des cliniques privées : ainsi, la dotation annuelle complémentaire (DAC) est supprimée, et les activités seront valorisées à 100 % des tarifs, après application d'un coefficient de transition calculé pour chaque établissement, qui doit faire aboutir la convergence à horizon 2012. Le calcul des coefficients correcteurs sera élaboré à l'échelon national pour 2008, mais il a vocation à relever à terme des agences régionales de l'hospitalisation (ARH).

Cette accélération du rythme d'application de la T2A peut paraître surprenante au regard des contraintes qui pèsent sur les établissements de santé auparavant financés par la dotation globale. Des craintes des professionnels de santé du secteur ont d'ailleurs été exprimées à ce sujet : en effet, ceux-ci évaluent à près de 4 % le taux d'évolution budgétaire des établissements de santé publics, en reconduction, soit hors mesures nouvelles qui seraient liées au financement de différents plans d'ores et déjà annoncés. Rappelons que la progression de l'ONDAM hospitalier a été fixée à 3,2 % pour 2008, contre 3,4 % pour 2007.

Votre Rapporteur pour avis considère pour sa part qu'est louable la démarche volontariste aujourd'hui engagée dans le cadre du passage complet à la tarification à l'activité pour l'ensemble des dépenses relevant de la tarification en groupements homogènes de séjours (GHS) des hôpitaux. Toutefois, au vu des inquiétudes formulées, des précautions doivent être prises afin que ce passage complet à la T2A ne se manifeste pas par des baisses nettes des ressources de certains établissements : à cet égard, on ne peut que se féliciter de la disposition prévoyant que l'assurance maladie versera des avances de trésorerie pour compenser le décalage induit par la disparition de la dotation annuelle complémentaire (DAC). Un accompagnement transitoire du secteur s'avère en effet indispensable pour que celui-ci s'engage résolument sur la voie de la médicalisation du financement.

Le principe de la convergence intersectorielle a quant à lui été posé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, qui fixe son échéance à 2012, ainsi qu'une étape de réalisation à 50 % en 2008. Ce calendrier a été jugé impraticable par la Cour des comptes, pour diverses raisons. En effet, d'une part, aucune évaluation de l'écart à résorber n'a été initiée en amont. D'autre part, différents scénarii peuvent être élaborés pour la mise en place de la convergence :

– un alignement pur et simple des tarifs des cliniques privées sur ceux du secteur public coûterait une somme importante à l'assurance maladie, estimée autour de 4,7 milliards d'euros ;

– une convergence de chaque secteur vers la moyenne supposerait une baisse des tarifs du secteur public et une hausse tarifaire pour le secteur privé lucratif, engendrant une redistribution de l'ordre de 3,7 millions d'euros ;

– enfin, un alignement des tarifs du secteur public sur ceux du secteur privé, soit une convergence vers les tarifs des établissements les plus performants, en envisageant le versement d'une enveloppe complémentaire de compensation de l'ordre de 9,3 milliards d'euros, ne représenterait qu'une convergence apparente.

En raison de l'impréparation de la réforme, en particulier liée au manque de connaissances disponibles relatives aux spécificités des activités de chaque secteur, ainsi qu'à leurs méthodes de valorisation des tarifs, le volet de la convergence intersectorielle a été de facto ajourné au cours de l'année 2006. Ainsi, **l'article 42** du présent projet de loi ne fait qu'entériner cet état de fait, en supprimant l'étape de convergence des tarifs des cliniques privées et des hôpitaux, tout en maintenant la cible finale de 2012. C'est un point qui avait déjà été souligné en 2006 par la Cour des comptes, qui avait préconisé une telle modification du calendrier de la convergence intersectorielle.

Le présent article prévoit ainsi le lancement d'études nationales de coût destinées à évaluer précisément les écarts tarifaires entre les secteurs public et privé, ainsi que leurs facteurs explicatifs ; les résultats de ces travaux, qui doivent

aboutir à la mi-2008, feront l'objet d'un bilan qui sera présenté au Parlement avant le 15 octobre 2008.

Certes, cette pause prescrite à la convergence intersectorielle paraît regrettable et trahit surtout l'insuffisante préparation de la réforme en amont. Toutefois, l'ampleur de la tâche nécessite une évaluation précise, sans laquelle les différences de coûts et leurs justifications ne pourraient être connues : ainsi, pour une évaluation rigoureuse des tarifs des cliniques, est-il nécessaire de procéder à la réintégration des honoraires médicaux. **Votre Rapporteur pour avis juge en effet que ce n'est qu'au prix d'un examen rigoureux des écarts de coûts, une fois connus, que pourront être appréciés précisément la spécialisation de l'activité des cliniques privées, les coûts salariaux liés au statut de la fonction publique, la moindre programmation de l'activité des hôpitaux publics ou le caractère plus hétérogène des populations qui les fréquentent, mais également le surcoût représenté par la permanence des soins.** Toutefois, elle souhaite que ce rapport soit l'occasion de pleinement s'engager dans la voie de la convergence intersectorielle, qui est une condition indispensable à la coopération hospitalière.

Les dispositions présentées au titre de la politique hospitalière témoignent ainsi de la volonté d'approfondir les réformes initiées depuis quatre ans, qui sont indéniablement vertueuses. Néanmoins, et de façon plus structurelle, le passage à la tarification à l'activité des établissements de santé ne peut être opéré en marge de la planification de l'offre de soins, aujourd'hui organisée par les schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération (SROS III). Or, ceux-ci précisent les objectifs quantifiés de l'offre de soins par territoire de santé ainsi que les évolutions nécessaires à la réalisation de ces objectifs, et notamment les coopérations entre établissements, regroupements ou suppression d'activités qu'elles rendent indispensables. À cet égard, on ne peut que se féliciter du renforcement des compétences des groupements de coopération sanitaire (GCS) prévu par **l'article 44** du présent projet. Ces dispositions plaident néanmoins pour une meilleure articulation entre l'organisation générale de l'offre de soins et le pilotage de la politique hospitalière à travers la tarification à l'activité. La coopération et la complémentarité entre les hôpitaux et les cliniques privées prônées par l'une ne doivent pas être mises en danger par l'autre. Pour cette raison, votre Rapporteur pour avis demeurera attentif à la réalisation effective de la convergence intersectorielle qui demeure une exigence primordiale.

C.- LE RENFORCEMENT DE L'INVESTISSEMENT HOSPITALIER EST CONFIRMÉ PAR LE PLAN HÔPITAL 2012

L'investissement hospitalier a été relancé massivement sous l'effet conjugué du plan Hôpital 2007 et du plan santé mentale 2005-2010, qui génèrent 12 à 15 milliards d'euros supplémentaires sur la période 2003-2011.

Lancé en 2003, le plan Hôpital 2007 visait en effet à augmenter le niveau d'investissement hospitalier de 30 % sur 5 ans, avec un objectif de 10 milliards d'euros supplémentaires avec un accompagnement financier de l'État à hauteur de 6 milliards d'euros.

Outre des aides en fonctionnement destinées à compenser les coûts liés au recours à l'emprunt des établissements de santé pour un montant de 4,5 milliards d'euros soumis à l'ONDAM, le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) sert de support à ces financements, via des aides en capital à hauteur de 1,5 milliard d'euros sur 5 ans. Il est également engagé dans la mise en œuvre du plan santé mentale, dans le cadre duquel il apporte des aides en capital prévues pour un montant de 50 millions d'euros sur la période 2006-2010 pour le renforcement des moyens d'investissement en psychiatrie. Sur ce volet, les aides en fonctionnement en crédits ONDAM devraient représenter 700 millions d'euros sur 5 ans.

Néanmoins, les retards qui avaient été accumulés en raison du manque d'investissement dont ont souffert pendant longtemps les établissements de santé, n'ont pas tous été comblés. Si l'objectif central en 2003 était la modernisation hospitalière, le plan Hôpital 2012 est principalement destiné à améliorer l'efficacité hospitalière, en particulier :

- les opérations de recomposition hospitalière et de mise en œuvre des SROS, destinées à assurer l'égalité d'accès aux soins ainsi que la modernisation des sites d'accueil des urgences et des SAMU ;

- et l'informatisation du processus de soins à travers la mise en œuvre des systèmes d'information hospitaliers (SIH).

Sur la période 2008-2012, l'effort d'investissement devrait représenter 10 milliards d'euros, financés pour 5 milliards d'euros d'opérations par des aides directes de l'assurance maladie, tandis que 2 milliards d'euros bénéficieront de prêts à taux préférentiels de la Caisse des dépôts et consignations, les 3 milliards d'euros restants devant être financés par les établissements sur leurs fonds propres ou par recours à l'emprunt.

Le plan sera mis en œuvre en deux tranches : la première, correspondant à 50 % de l'effort global du volume d'investissement, a été répartie dès 2007 entre les régions sur la base des perspectives démographiques à horizon 2020, corrigées d'une part du coefficient géographique et d'autre part d'un coefficient d'insularité pour les départements d'outre-mer et la Corse. La seconde tranche sera ventilée au premier semestre 2009 sur la base des mêmes critères, mais après déduction d'une enveloppe calculée sur la base des surcoûts des projets des mises aux normes à caractère exceptionnel préalablement identifiés.

Outre le soutien direct à l'investissement hospitalier, le FMESPP finance également les nouvelles missions qui ont été mises en place en marge du plan Hôpital 2007 pour un montant supérieur à 40 millions d'euros en 2007 :

– la mission pour l'expérimentation et la mise en place de la tarification à l'activité (MT2A) ;

– la mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH), également chargée de la rénovation du patrimoine ;

– et enfin, la mission d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH), chargée des audits de gestion et d'organisation des établissements hospitaliers.

Si, depuis 2006, la dotation du FMESPP aux missions a été intégrée à l'ONDAM, **il est permis de douter de la cohérence de la prise en charge par l'assurance maladie de missions qui constituent un prolongement de l'activité de l'État, autant que du financement de ces moyens par un fonds dédié en théorie exclusivement aux établissements de santé eux-mêmes.**

Le tableau suivant récapitule l'évolution de la dotation du Fonds depuis 2003.

SUIVI DU FONDS POUR LA MODERNISATION DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ET PRIVÉS

(en millions d'euros)

	2003	2004	2005	2006
Dotation	450	470	405	327
Dotation cumulée	1 021,7	1 491,7	1 896,7	2 223,7
Consommation annuelle	374,1	458,5	406,1	274,8
Consommation cumulée	720,3	1 178,8	1 584,9	1 844,6
Taux de réalisation annuelle	83,1 %	97,6 %	100,3 %	84 %
Taux de réalisation cumulée	70,6 %	79,1 %	83,8 %	83 %
Solde cumulé	–	312,9	311,8	379,1

Source : commission des comptes de la sécurité sociale

En 2007, la dotation au fonds s'est élevée à 376 millions d'euros ; elle s'inscrirait en baisse pour 2008, à 310 millions d'euros.

D.– LA DIVERSITÉ DES FONDS FINANCÉS PAR L'ASSURANCE MALADIE

Outre le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), l'assurance maladie apporte sa contribution à divers fonds médicaux et hospitaliers dédiés. La création de ces fonds répond à une logique louable de lisibilité des financements. Elle ne doit toutefois pas se traduire par une segmentation excessive de l'action publique dans le domaine de la santé.

1.– L'indemnisation des accidents médicaux : l'ONIAM

Depuis 2002, date de sa création, les dotations de l'assurance maladie à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) ont été de 70 millions d'euros par an jusqu'à 2004, puis de 30 millions d'euros en 2005. L'importance du fonds de roulement de l'Office, qui s'élevait à 200 millions d'euros fin 2005, a justifié qu'aucun abondement ne soit intervenu en 2006 et 2007.

Toutefois, une croissance des dépenses d'indemnisation a été observée en 2007, liée à :

- une augmentation du montant moyen des indemnisations ;
- la clôture par l'office d'un plus grand nombre de dossiers par mois, qui donne lieu au versement du solde, soit les trois quarts de l'indemnisation ;
- et enfin, une augmentation du montant des indemnisations versées par l'Office à l'issue de contentieux, qui n'est que peu compensé par le taux de récupération des indemnisations versées par l'Office substitué dans les droits de la victime contre l'assureur de l'auteur du dommage.

En conséquence, le fonds de roulement a été sollicité à hauteur de 100 millions d'euros en 2007, et pour cette raison, en 2008, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) devrait être bénéficiaire d'une contribution de l'assurance maladie de 50 millions d'euros.

2.– Un nouvel établissement chargé de la réponse aux urgences sanitaires : l'EPRUS

En application de la loi n°2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur, l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires a pour missions d'une part, d'acheter, stocker et livrer les traitements nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves, auparavant assumée par la direction générale de la santé (DGS), mais également d'assurer la gestion administrative et financière du corps de réserve sanitaire.

L'Établissement hérite des crédits alloués au fonds de prévention des risques sanitaires (FOPRIS) créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, et qui regroupait :

- le fonds de concours « participation de la CNAMTS à l'achat, au stockage et à la livraison des traitements pour les pathologies résultant d'actes terroristes ou de menaces sanitaires graves » ;
- le fonds de « participation à une action de prévention épidémiologique », destiné à l'achat de vaccins contre la méningite ;

– et le « fonds d’urgence créé par la loi de santé publique (article 18) », mais qui n’a pas mobilisé de financement de l’assurance maladie à ce jour.

Le principe du partage du financement de l’Établissement entre l’assurance maladie et l’État permet à celle-ci de réaliser une économie de 100 millions d’euros par rapport à la dotation définie pour 2007 : en effet, pour 2008, la contribution de l’assurance maladie s’établit à 75 millions d’euros, tandis que l’État apportera 55 millions d’euros.

Votre Rapporteur pour avis se félicite de la création de cet Établissement ainsi que de la place – qui doit être essentielle – qu’y occupe l’État, à qui il incombe de définir et organiser la politique de santé publique. Il convient toutefois de s’interroger sur les moyens alloués à cette nouvelle entité, qui bénéficiait en 2007, au titre du FOPRIS auquel elle succède, d’un budget de 354 millions d’euros, dont 179 millions d’euros de crédits de l’État et 175 millions d’euros en provenance de l’assurance maladie. Si la montée en charge progressive de l’Établissement justifie que sa dotation représente 130 millions d’euros pour 2008, il semble logique qu’à terme, les moyens qu’il nécessitera augmentent sensiblement. C’est pourquoi il y a lieu dès maintenant de s’interroger sur la légitimité ainsi que sur les limites à une sollicitation de l’assurance maladie pour financer la politique de réponse aux urgences sanitaires.

3.– Le fonds d’intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)

Créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, le fonds d’intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), qui opère la fusion entre le fonds d’aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et la dotation nationale des réseaux (DNDR), est consacré au financement des initiatives rapprochant la médecine de ville de l’hôpital et aux réseaux de santé, ainsi qu’à la mise en œuvre du dossier médical personnel (DMP).

Doté de 165 millions d’euros en 2006 et de 178 millions d’euros en 2007 sous la forme du FAQSV, le nouveau fonds devrait bénéficier de 301 millions d’euros en 2008, une hausse qui s’explique d’une part par l’adjonction de la dotation nationale des réseaux, mais également par la mise en place, réaffirmée encore récemment par le Gouvernement, du dossier médical personnel (DMP). Le montant maximal des dépenses du fonds est par ailleurs fixé à 355 millions d’euros. La plus grande prudence s’impose néanmoins quant à l’évolution du financement de ce fonds. En effet, en 2006 comme en 2007, il a fait l’objet de reprises importantes de sa dotation :

– Sur un montant maximal de dépenses fixé à 165 millions d’euros pour 2006, la dotation s’est élevée en réalité dans un premier temps à 110 millions d’euros en complément des réserves issues des années antérieures. Dans un second temps, les mesures de redressement annoncées par le Gouvernement le 5 septembre 2006 ont conduit à une reprise de 50 millions d’euros sur la dotation du fonds, qui s’est ainsi trouvée réduite à 60 millions d’euros.

– Pour 2007, sur un montant maximal de dépenses de 178 millions d’euros, la dotation réellement ouverte s’est établie à 120 millions d’euros. Le plan de redressement annoncé le 4 juillet 2007 réitère la reprise de 50 millions d’euros, qui réduit donc les fonds disponibles à 80 millions d’euros.

À travers la présentation de l’évolution du budget du fonds depuis 2003, le tableau suivant retrace le ralentissement des financements d’une entité qui n’avait d’ailleurs initialement pas vocation à être pérenne.

SUIVI DU FONDS D’AIDE À LA QUALITÉ DES SOINS DE VILLE

(en millions d’euros)

	2003	2004	2005	2006
Dotation	20	15	60	60
Dotation cumulée	425,2	440,2	500,2	560,2
Consommation annuelle	54,5	59,4	67	53
Consommation cumulée	240,3	299,7	366,7	419,7
Solde annuel	-34,5	-44,4	-7	7,1
Solde net cumulé	108,3	63,9	56,9	64

Source : commission des comptes de la sécurité sociale

Il convient d’ailleurs de noter que cette sous-consommation persiste même en tenant compte des reprises de dotation effectuées en cours d’année. Elle est principalement liée au retard accumulé pour la mise en place du dossier médical partagé (DMP). La relance imminente de celui-ci suppose certes un redimensionnement du fonds ; toutefois, il conviendra d’évaluer rigoureusement l’engagement des dépenses en 2008, afin d’ajuster la dotation à la montée en charge progressive du DMP.

En effet, les dépenses du groupement d’intérêt public « dossier médical partagé » sont demeurées très faibles au regard des dotations grandissantes sur les trois dernières années, comme le montre le tableau suivant.

ÉVOLUTION DES DÉPENSES DU GIP « DMP »

(en millions d'euros)

	2005	2006	2007
Premier budget voté	18,14	103,85	119,82
Budget définitif	16,56	36,3	
Exécuté	6,1	24,46	43,7 ⁽¹⁾
Total des recettes	6,25	26,26	
dont financement FAQSV / FIQCS	5,33	25,98	
dont Prêt Caisse des dépôts	0,9	0	

(1) Prévission au 1^{er} juillet 2007 (liée au décalage du calendrier nécessaire pour la mise en œuvre d'un nouvel identifiant de santé).

Dans l'hypothèse d'un redémarrage rapide des travaux de mise en place du DMP et d'une montée en charge rapide sur l'ensemble du territoire, les estimations actuelles sont comprises dans une fourchette de 170 millions d'euros à 220 millions d'euros par an. Toutefois, dans la mesure où son déploiement sera nécessairement progressif et sera en priorité ciblé sur les catégories de patients et de professionnels de santé pour lesquelles il sera le plus utile, en particulier concernant les affections de longue durée (ALD), il conviendra de rester plus qu'attentif à l'utilisation de cette dotation pour l'année 2008.

CHAPITRE IV : LES AUTRES POLITIQUES DE SÉCURITÉ SOCIALE

I.- LE REDRESSEMENT BIEN ENGAGÉ DE LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL – MALADIES PROFESSIONNELLES

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a invité les partenaires sociaux à émettre des propositions de réforme concernant la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP). Un premier accord, signé le 5 avril 2006 relatif à la gouvernance de la branche consacre la volonté d'identifier plus clairement la branche au sein de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et d'affirmer le rôle des partenaires sociaux en son sein.

Un second accord, portant sur la prévention, la tarification et la réparation des risques professionnels, a été conclu le 25 avril 2007 : il prévoit notamment des mesures destinées à rendre la tarification plus incitative à la prévention, afin de responsabiliser les entreprises. Ces dispositions rejoignent d'ailleurs pleinement les objectifs fixés par le plan santé au travail pour la période 2005-2009. À cet égard, **l'article 14** du présent projet de loi entérine cette proposition, en supprimant les exonérations de cotisations AT-MP, dans la mesure où le taux de ces cotisations reflète les efforts des entreprises en matière de prévention. Le supplément de recettes attendu s'élève à 180 millions d'euros pour 2008.

Votre Rapporteur pour avis se félicite de la prise en compte grandissante des aspects préventifs dans l'appréhension du problème que constituent les accidents du travail et les maladies professionnelles : on peut ainsi rejoindre la question plus générale de la pénibilité au travail, qui s'avère aujourd'hui cruciale. C'est ce dont témoigne la difficulté à juguler le flux des indemnités journalières (IJ), qui accusent une nouvelle recrudescence en 2007, et ce, malgré les efforts fournis en matière de contrôle. Le problème de la pénibilité au travail doit également être mis en relation avec le constat dressé parallèlement pour la branche retraite, celui du goût prononcé de nos compatriotes pour un départ anticipé à la retraite.

Dès lors, il faut considérer que les enjeux en la matière sont structurels, et qu'il convient davantage d'interroger les comportements au travail ou vis-à-vis du travail, afin de pouvoir influencer sur ceux-ci, plutôt que d'adopter une vision myope, court-termiste, qui serait uniquement centrée sur les dépenses liées aux accidents du travail et aux maladies professionnelles. Votre Rapporteur pour avis se félicite de la tenue le 4 octobre dernier de la « conférence sociale tripartite sur les conditions de travail », qui a réaffirmé la volonté de mettre en place une authentique culture de la prévention en la matière.

A.– LE RETOUR PROGRAMMÉ À L'EXCÉDENT EN 2008

La branche accidents du travail – maladies professionnelles (AT-MP) présente une nette amélioration de sa situation financière, puisque d'une situation encore légèrement déficitaire en 2006, à hauteur de –100 millions d'euros, le branche renouerait avec l'excédent en 2008, après avoir toutefois vu son solde se détériorer en 2007, puisque le déficit s'établirait à –366 millions d'euros.

Les dépenses engagées correspondent d'une part à des prestations légales – indemnités journalières en maternité et paternité, prestations de décès, pensions d'invalidité et prestations d'incapacité permanente en accidents du travail et maladies professionnelles – et d'autre part au financement des fonds liés à l'amiante.

Le tableau suivant rend compte de l'évolution des comptes de la branche depuis 2005.

ÉVOLUTION DES COMPTES DE LA CNAM AT-MP

(en millions d'euros)

	2005	2006	%	2007 (p)	%	2008 (p)	%
Charges	9 788	10 265	4,9	10 919	6,4	10 917	0
Prestations légales	6 613	6 744	2	7 018	4,1	7 249	3,3
Dotation au FCAATA	600	700	16,7	800	14,3	850	6,3
Dotation au FIVA	200	315	57,5	315	0	315	0
Reversement à la branche maladie	330	330	0	410	24,2	410	0
Autres charges	2 045	2 174	6,3	2 178	0,2	2 092,6	-3,9
Produits	9 350	10 204	9,1	10 552	3,4	10 980	4
Cotisations	7 060	7 519	6,5	7 646	1,7	8 004	4,7
Cotisations prises en charge par l'État	1 478	259	-82,5	315	21,6	314	-0,2
Autres produits	813	2 427	198	2 592	6,8	2 662	2,7
Résultat net	-438,2	-58,7	-86,6	-366,3	++	62,8	--

Source : commission des comptes de la sécurité sociale

1.– Une amélioration des comptes en 2006 qui s'est trouvée interrompue en 2007

En 2006, l'amélioration du résultat de la branche est liée à une augmentation des produits de 9,1 %, plus importante que celle des charges, en progression de 4,9 % : en effet, la bonne tenue de la masse salariale conjuguée à la hausse de 0,1 point du taux de cotisation au 1^{er} janvier 2006 ont plus que compensé l'alourdissement des charges principalement imputable aux fonds d'indemnisation dédiés à l'amiante.

Cette amélioration est toutefois interrompue en 2007, année marquée par une forte progression des charges de l'ordre de 6,5 % qui contraste avec le ralentissement des produits.

Ainsi, les prestations légales accusent-elles une augmentation de 4,2 % en 2007, à laquelle contribuent principalement les prestations d'incapacité temporaire tirées par la dynamique des indemnités journalières AT-MP et des soins de ville, déjà constatée par le présent rapport.

On constate également en 2007 un nouvel accroissement, de 100 millions d'euros, de la dotation au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA), dont le déficit de trésorerie, qui atteint 169 millions d'euros au titre de 2006 et 2007, pèse également sur les comptes de la branche. Enfin, le résultat de la branche est marqué par un relèvement de l'ordre de 80 millions d'euros du transfert à la branche maladie des dépenses qu'elles a engagées au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles.

En comparaison, les produits ne progresseraient que de 3,5 % en 2007, un ralentissement toutefois moins prononcé que prévu initialement : en effet, le dynamisme des exonérations générales, qui pèse fortement sur les cotisations, serait compensé par une progression plus rapide que prévue des recettes du panier fiscal¹.

2.– Un retour à l'équilibre de la branche reporté à 2008

Pour 2008, l'excédent escompté par le présent projet de loi pour la branche AT-MP s'établit à près de 300 millions d'euros, avec un objectif de dépenses fixé à 1,7 % pour l'ensemble des régimes et à 1 % pour le seul régime général. Ce serait principalement la faible croissance des charges, à hauteur de 0,7 %, qui rendrait possible cette amélioration : en effet, le retour à l'équilibre du fonds de cessation anticipée des victimes de l'amiante (FCAATA) en 2008 atténuerait sensiblement le montant des dotations pour provisions exigées pour son déficit de trésorerie. Une légère décélération des prestations d'incapacité temporaire ainsi qu'une baisse du niveau des transferts contribueraient également à une modération des charges.

Cette dernière prévision peut *a priori* sembler fragile, au vu du rythme de progression, à hauteur de 7,7 %, constaté au titre des indemnités journalières pour accidents du travail (IJ-AT) en 2007, contre une croissance de 2,9 % en 2006. Par ailleurs, les projections pluriannuelles qui figurent dans l'annexe B au présent projet reposent sur l'hypothèse d'une progression des prestations d'incapacité temporaire de l'ordre de 2,2 % par an sur la période 2009-2012, et de 1 % en volume pour les prestations d'incapacité permanente. À cet égard, il faut toutefois souligner que l'extension aux IJ-AT des contrôles actuellement en vigueur sur les IJ pour cause de maladie, prévue par **l'article 71** du présent projet, devrait permettre de juguler la forte tendance haussière qui a prévalu en 2007.

¹ L'évolution des recettes fait l'objet d'une analyse approfondie dans la première partie du présent rapport.

La bonne tenue de la masse salariale devrait quant à elle expliquer le dynamisme des produits, dont la croissance devrait être de 4,8 %. L'article 14 du présent projet prévoit également, comme il l'a déjà été précisé, que la branche bénéficiera, dès 2008, de la sortie des cotisations AT-MP du champ des exonérations totales de cotisations sociales : le surplus de recettes qui en est attendu s'élève à 180 millions d'euros. C'est l'impact de cette mesure qui explique le niveau d'excédent prévisionnel retenu, que la commission des comptes de la sécurité sociale évaluait, quant à elle, en l'absence de cette mesure, à 63 millions d'euros.

B.- LE POIDS CROISSANT DES CHARGES LIÉES AUX CONSÉQUENCES DE L'AMIANTE

La prise en charge des maladies liées à l'amiante a donné lieu à la création de fonds spécifiques : le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) créé en 1999 et le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) créé en 2001. On constate une progression importante – de 250 millions d'euros en 2006 et de 100 millions d'euros en 2007 – de la contribution de la branche AT-MP à ces fonds, qui explique près de la moitié de la croissance totale des charges de la branche en 2006. Cette évolution devrait se poursuivre en 2008 comme le montre le tableau ci-après.

ÉVOLUTION DES DOTATIONS DE LA CNAM AT-MP AUX FONDS DÉDIÉS À L'AMIANTE

(en millions d'euros)

	2005	2006	2007	2008
Dotation au FCAATA	600	700	800	850
Dotation au FIVA	200	315	315	315
Total annuel	800	1 015	1 115	1 165
Total cumulé	3 267	4 282	5 397	6 562

Source : commission des comptes de la sécurité sociale

1.- Le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA)

Mis en place par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, le dispositif de cessation anticipée d'activité est ouvert aux salariés de plus de 50 ans atteints de maladies professionnelles liées à l'amiante ou ayant travaillé dans des établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amiante. Ainsi, au 31 mai 2007, 49 358 personnes ont bénéficié de ce dispositif.

Le tableau suivant retrace l'évolution des comptes du fonds.

COMPTES DU FCAATA

(en millions d'euros)

	2005	2006	2007 (p)	2008 (p)
Charges	787	872	913	874
Produits	697	753	859	906
Contribution de la branche AT-MP	600	700	800	850
Droits sur les tabacs	29	32	29	28
Nouvelle contribution employeurs	68	21	30	28
Résultat net	-90	-118	-54	32
Taux de consommation de la dotation	113 %	116 %	107 %	—
Solde cumulé depuis 2000	-84	-203	-256	-224

Source : commission des comptes de la sécurité sociale

Initialement alimenté par un versement de la branche accidents du travail et une contribution de l'État, le fonds a vu cette dernière remplacée par une fraction égale à 0,39 % du produit des droits de consommation sur les tabacs. Par ailleurs, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 a institué une contribution à la charge des entreprises dont les salariés ou anciens salariés bénéficient de l'allocation de cessation anticipée d'activité.

Cette contribution est plafonnée à 2,5 % de la masse salariale et ne peut excéder un plafond fixé à 4 millions d'euros par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, contre 2 millions d'euros précédemment. Les entreprises concernées doivent prendre à leur charge 15 % du coût total de l'allocation de leurs salariés ou anciens salariés qui entrent dans le dispositif. Elle n'est pas due pour le premier bénéficiaire admis au cours de l'année civile, tandis que les entreprises placées en redressement ou en liquidation judiciaire en sont exemptées.

Le rendement attendu de cette contribution a néanmoins été largement surévalué : en effet, comme indiqué dans le tableau précédent, il n'a représenté que 21 millions d'euros en 2006. D'une part, la recette d'un montant de 68 millions d'euros en 2005 intègre le produit de la contribution au titre de 2004, ce qui conduit à une diminution facialement très importante du rendement pour 2006. D'autre part, les règles de plafond conduisent à exclure un grand nombre d'entreprises de l'acquittement de la contribution : ainsi, sur 476 entreprises concernées en 2006, seules 295 entreprises ont finalement été appelées à contribuer. Enfin, parce que les faits sont parfois anciens, les contestations sont nombreuses pour des entreprises ayant fait l'objet d'une reprise de leurs activités.

Votre Rapporteuse pour avis approuve pleinement la hausse du plafond qui a été initiée l'an passé : outre la majoration de recettes qu'elle implique pour le fonds, il apparaît légitime de mettre plus particulièrement à contribution, dans des limites économiquement raisonnables, les entreprises dont les salariés ou anciens salariés bénéficient de l'allocation.

2.– Le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)

Créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 dans le but de limiter les recours juridictionnels des victimes de l'amiante, le fonds est chargé de la prise en charge de l'indemnisation des personnes atteintes de maladies liées à l'amiante, contractées ou non dans un cadre professionnel. Le fonds est alimenté par une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) du régime général et par une contribution de l'État, dont les évolutions sont retracées dans le tableau suivant.

COMPTES DU FIVA

(en millions d'euros)

	2004	2005	2006	2007 (p)	2008 (p)	2009 (p)
Charges	462	432	392	455	507	553
Indemnisations (dont provisions)	456	427	387	448	501	547
Autres charges	6	5	5	6	6	6
Produits	102	347	402	399	399	398
Contribution de la branche AT-MP	100	200	315	315	315	315
Contribution de l'État	–	52	48	50	50	50
Autres produits (dont reprises sur provision)	2	95	39	34	34	33
Résultat net	-360	-85	10	-56	-108	-155
Résultat cumulé	335	251	261	205	97	-58
Taux de consommation des dotations annuelles	462 %	171 %	108 %	123 %	139 %	151 %

Source : commission des comptes de la sécurité sociale

Pour 2008, les dotations respectives de l'État et de la branche AT-MP s'inscrivent dans la stabilité, à hauteur respectivement de 50 millions d'euros et de 315 millions d'euros, en dépit d'une détérioration progressive de son résultat cumulé.

Cette dégradation du résultat net du fonds est imputable à l'accélération du rythme des propositions d'indemnisation formulées par le fonds en 2007, grâce à des effectifs supplémentaires, ainsi qu'à un afflux de nouvelles demandes d'indemnisation : en effet, sur les sept premiers mois de 2007, le nombre des dossiers nouveaux progresse de 46 %, en raison de la prescription initiale fixée à fin 2006 des demandes d'indemnisation des victimes dont la maladie avait été constatée avant le 31 décembre 2003. Le dynamisme des charges - en raisonnant à dotations futures constantes - conduirait donc à envisager un solde cumulé déficitaire du fonds dès 2009, tel qu'il est présenté dans le précédent tableau.

II.– LA BRANCHE FAMILLE : UN EXCÉDENT QUI SERA RAPIDEMENT CONVOITÉ

La branche famille renouera avec un très léger excédent dès 2008, qui doit se confirmer pour atteindre 5 à 6,1 milliards d'euros à horizon 2012 pour le régime général, selon les projections pluriannuelles présentées à l'annexe B du présent projet. Nul doute que cet excédent de la caisse nationale des allocations familiales suscitera très rapidement les convoitises.

Le tableau suivant présente le résultat des de ces projections, selon deux scénarii économiques distincts, l'un qui pose une croissance économique de 2,5 % et d'une progression de la masse salariale de 4,4 % sur la période 2009-2012, l'autre qui postule une croissance de 3 % pour une évolution de la masse salariale de 5 %. Les deux scenarii intègrent des hypothèses similaires relatives à l'inflation, à hauteur de 1,6 %.

PROJECTIONS PLURIANNUELLES DE LA BRANCHE FAMILLE DU RÉGIME GÉNÉRAL

(en milliards d'euros)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Scénario économique bas							
Recettes	52,5	54,3	56,7	58,8	61,2	63,8	66,5
Dépenses	53,4	54,8	56,4	57,3	58,5	59,9	61,5
Solde	-0,9	-0,5	0,3	1,5	2,7	3,9	5
Scénario économique haut							
Recettes	52,5	54,3	56,7	59	61,7	64,5	67,6
Dépenses	53,4	54,8	56,4	57,3	58,5	59,9	61,5
Solde	-0,9	-0,5	0,3	1,7	3,2	4,6	6,1

Source : projet de loi de financement de la sécurité sociale, annexe B

L'excédent prévisible de la CNAF sera largement structurel, en raison de la nature de ses ressources : les cotisations des employeurs représentent environ 57 % des recettes, complétées, pour 21 % des recettes totales, par une fraction de la contribution sociale généralisée (CSG). Enfin, les dotations de l'État, au titre du financement de l'allocation parent isolé (API) et de l'allocation pour adulte handicapé (AAH), constituent 12 % des recettes de la CNAF.

En considérant l'importance de l'excédent prévisionnel de la branche famille, la question de sa redistribution ne manquera pas d'être posée. En l'état, il est certes prématuré d'avancer des voies à explorer. **Votre Rapporteur pour avis tient toutefois à souligner que l'annonce par le Gouvernement de l'élargissement et de l'institutionnalisation de la Conférence de la famille est à cet égard bienvenue.** La création d'un conseil d'orientation des politiques familiales est dans ce contexte souhaitable, afin de disposer dans ce domaine, d'une instance similaire au conseil d'orientation des retraites (COR) pour la branche vieillesse. Ce conseil ne doit pas seulement constituer un organe de prévision et de programmation pluriannuelle, mais il doit résolument devenir une instance de pilotage et de réflexion sur les enjeux de la politique familiale, capable de susciter des débats.

À la lumière de ses travaux, des propositions de réforme de la politique familiale pourront être étudiées et mises en œuvre, notamment en faveur du décloisonnement des dispositifs phares de la branche famille, avec d'une part, les prestations familiales, et d'autre part, les dépenses d'action sociale. Mais ses travaux auront également pour finalité d'éclairer les arbitrages qui devront être rendus quant à l'utilisation des excédents de la branche : à cet égard, la porosité qui existe entre les thématiques familiales et les questions de dépendance demandera à être explorée.

A.— LA BRANCHE FAMILLE SUR LE CHEMIN DE L'ÉQUILIBRE

Les comptes de la caisse nationale des allocations familiales (CNAF) retrouvent progressivement le chemin de l'équilibre : la réduction du déficit de la branche famille est ainsi pleinement engagée, puisque celui-ci est passé d'un niveau de -891 millions d'euros en 2006 à -500 millions d'euros en 2007, pour venir se résorber intégralement en 2008. En effet, la commission des comptes table sur un solde de -8,5 millions d'euros en 2008, prévision qui ne pouvait tenir compte des diverses mesures, d'ordre réglementaire, prises à l'occasion de la préparation du présent projet, et parmi lesquelles figurent :

– la hausse du complément de libre choix du mode de garde, qui conduit à une égalisation du reste à charge des familles entre un mode de garde en crèche ou par une assistante maternelle, et dont le coût pour 2008 est estimé à 35 millions d'euros ;

– et la majoration unique des allocations familiales à 14 ans, au lieu de deux majorations successives intervenant à 11 ans puis à 16 ans, et qui constitue une économie évaluée à 80 millions d'euros en 2008.

L'article 60 du présent projet prévoit également l'ouverture d'un droit d'option entre la prestation de compensation du handicap (PCH) et les compléments d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), qui permettra aux familles d'enfants lourdement handicapés de choisir la prestation correspondant le mieux à leurs besoins. Les charges supportées par la branche famille, qui verse l'AEEH, devraient en conséquence être minorées de 50 millions d'euros en 2008.

Enfin, une mesure neutre sur le plan budgétaire est retenue par le présent projet : en effet, son **article 59** prévoit la modulation de l'allocation de rentrée scolaire (ARS) en fonction de l'âge de l'enfant, afin de tenir compte de la dépense réellement engagée par la famille. Si cette mesure répond au même souci de justice sociale que la modulation des allocations familiales, aucune précision quant aux modalités de mise en œuvre de cette modulation ne figure dans le projet de loi. **Votre Rapporteur pour avis regrette à cet égard le manque d'information de la représentation nationale qui doit se prononcer sur une mesure certainement légitime, mais non explicitée.**

Ces mesures, ainsi que les projections effectuées quant à l'évolution respective des dépenses et des recettes de la branche, conduisent le présent projet de loi à retenir une prévision d'excédent de l'ordre de 300 millions d'euros pour 2008. **Votre Rapporteur pour avis souligne à cet égard le caractère vertueux des mesures prises, en particulier concernant la majoration unique des allocations familiales.** D'une part, celle-ci répond à un souci d'équité en considération du très net palier constaté pour les frais engagés par les parents lorsque les enfants atteignent l'âge de 14 ans ; d'autre part, elle constitue une moindre dépense, ce qui rend cette mesure doublement bénéfique.

La croissance des prestations familiales est restée forte en 2006, où elle a atteint +4,5 % ; la décélération est engagée à partir de 2007, principalement avec la fin de la montée en charge de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) pour les enfants de moins de trois ans, et dans une moindre mesure en raison d'une revalorisation de la base mensuelle des allocations familiales (BMAF) sensiblement plus faible en 2007 et 2008 qu'en 2006, ainsi que d'une stabilisation des naissances.

1.– Le déploiement de la PAJE

L'année 2007 signe l'achèvement du déploiement de la PAJE consacrée aux enfants de moins de 3 ans ; sur le champ des enfants de 3 à 6 ans, la montée en charge doit se poursuivre jusqu'en 2010, mais elle concerne des montants de prestations plus réduits.

LA PRESTATION D'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT (PAJE)

La prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), ouverte au titre des naissances postérieures au 1^{er} janvier 2004, remplace progressivement les allocations destinées à la petite enfance. Elle comporte trois volets :

– la prime de naissance assortie d'une allocation forfaitaire, qui remplace l'allocation pour jeune enfant (APJE) ;

– l'aide à la garde, qui se substitue à l'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée (AFEAMA) et à l'allocation de garde d'enfant à domicile (AGED) ;

– et enfin, un complément de libre choix d'activité, qui succède à l'allocation parentale d'éducation (APE), destiné aux parents qui cessent ou réduisent leur activité professionnelle à la naissance d'un enfant. À partir du 1^{er} juillet 2006, les familles de trois enfants et plus peuvent opter également pour un complément optionnel de libre choix d'activité (COLCA) pour un congé parental plus court, mais mieux rémunéré.

Les aides à la petite enfance représentent ainsi en 2007 une charge totale de 11 milliards d'euros pour la branche famille, dont 10,5 milliards d'euros au titre de la PAJE. Pour 2008, cette charge représenterait 11,4 milliards d'euros au total, dont 11 milliards d'euros pour la PAJE, comme l'indique le tableau suivant.

ÉVOLUTION DES PRESTATIONS À DESTINATION DE LA PETITE ENFANCE

(en millions d'euros)

	2005	2006	%	2007	%	2008 (p)	%
PAJE et autres prestations petite enfance	9 49	10 441	10	10 965	5	11 363	3,6
Prime de naissance, allocation de base, APJE et adoption	3 71	4 35	17,1	4 64	6,6	4 73	2
Complément d'aide à la garde, AFEAMA et AGED	3 03	3 67	20,8	3 99	8,9	4 25	6,3
Complément d'activité et APE	2 73	2 41	-11,7	2 326	-3,8	2 37	2,3

Source : commission des comptes de la sécurité sociale

Initialement, le coût supplémentaire de la PAJE au terme de son déploiement était estimé à 850 millions d'euros par an, dont 450 millions d'euros pour l'allocation de base. Cette estimation a été largement revue à la hausse : on estime en effet aujourd'hui qu'à horizon 2010, le surcoût annuel sera de l'ordre de 2,35 milliards d'euros. Au total, les différents volets de la PAJE constituent 24 % des dépenses de la branche famille.

2– Une décélération de la croissance des prestations liées au handicap

La branche famille finance également des prestations à destination des personnes handicapées, qui représentent 13 % de ses dépenses totales. Très dynamiques en 2006, les dépenses d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et d'allocation pour adulte handicapé (AAH) amorceraient un ralentissement à partir de 2007.

Ainsi, la majoration en faveur des parents isolés mise en œuvre en 2006 explique la croissance de 9,1 % des dépenses au titre de l'AEEH, qui ont atteint 568 millions d'euros. S'agissant de l'AAH, de nouveaux compléments ont été introduits par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées : la majoration pour la vie autonome (MVA) et le complément de ressources. L'alourdissement des charges de prestations dues à ces nouveaux dispositifs a été en partie compensé en 2006 par l'amélioration moyenne des revenus, l'AAH étant délivrée sous conditions de ressources. Au total, les dépenses à ce titre ont représenté 5,2 milliards d'euros. La tendance à la décélération des dépenses devrait se poursuivre en 2008, la mise en place des compléments de l'AAH étant désormais achevée.

3.– Les aides au logement

Les prestations de compensation de la dépense de logement sont financées essentiellement par la branche famille. Ainsi, l'allocation de logement à caractère familial (ALF), qui représente 3,7 milliards d'euros en 2007 et vraisemblablement près de 3,9 milliards d'euros en 2008 est-elle entièrement à sa charge. La CNAF contribue également à hauteur de 48 % au financement de l'aide aux organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées (ALT) *via* le fonds national d'aide au logement (FNAL), lequel assure également la gestion de l'aide personnalisée au logement (APL), grâce à une contribution de la branche famille qui est passée de 50,28 % avant 2005 à 56,65 % depuis 2006. Seule l'allocation de logement sociale n'est pas l'objet d'une prise en charge par la CNAF, son financement étant partagé entre l'État et une cotisation des employeurs.

L'ensemble de ces aides au logement représente 16 % des dépenses de prestations familiales : la contribution de la CNAF au fonds national d'aide au logement (FNAL) devrait progresser de 3,8 % entre 2007 et 2008, pour passer de 3,6 milliards d'euros à 3,75 milliards d'euros. Les dépenses au titre de l'ALF seraient quant à elles plus dynamiques, avec une croissance de 4,3 % de 2007 à

2008. Il convient également de rappeler que des nouvelles modalités de revalorisation des aides au logement ont été instaurées par la loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable : les paramètres de calcul de ces aides seront désormais révisés au 1^{er} janvier de chaque année, et d'autre part, ils seront indexés sur l'évolution de l'indice de référence des loyers (IRL). Ce nouveau mécanisme d'indexation sera particulièrement coûteux pour les finances publiques, puisqu'il représenterait un coût voisin de 350 millions d'euros, dont 150 millions d'euros pour la branche famille, en 2008.

*
* *

Le tableau suivant retrace l'évolution de l'ensemble des prestations servies par la branche famille depuis 2005.

ÉVOLUTION DES PRESTATIONS FAMILIALES

(en millions d'euros)

	2005	2006	%	2007	%	2008 (p)	%
Total des prestations légales	35 834	37 463	4,5	38 542	2,9	39 499	2,5
Prestations d'entretien	16 615	16 210	-2,4	16 183	-0,2	16 333	0,9
Allocations familiales	11 952	12 122	1,4	12 272	1,2	12 346	0,6
Complément familial	1 595	1 597	0,1	1 589	-0,5	1 574	-0,9
Allocation pour jeune enfant	986	288	-	0	-	0	-
Allocation d'adoption	1	0	-	0	-	0	-
Allocation de soutien familial	1 071	1 099	2,7	1 215	10,5	1 305	7,4
Allocation de parent isolé	972	1 064	9,5	1 065	0,1	1 066	0
Allocation de présence parentale	39	40	0,7	41	4,8	43	4
Prestations pour la garde d'enfants	3 278	1 335	-	449	-	187	-58,4
Allocation parentale d'éducation	1 569	442	-	0	-	0	-
AFEAMA	1 611	838	-	423	-	177	-
AGED	98	54	-	26	-	10	-
Prestations en faveur de l'éducation (ARS)	1 381	1 390	0,6	1 378	-0,8	1 392	1
Prestations en faveur du logement (ALF)	3 495	3 616	3,4	3 702	2,4	3 860	4,3
Prestations en faveur des handicapés	5 553	5 798	4,4	6 000	3,5	6 219	3,6
AAH	5 032	5 230	3,9	5 395	3,2	5 579	3,4
AEEH	521	568	9,1	605	6,5	640	5,7
PAJE	5 229	8 818	-	10 516	-	11 176	6,3
Prime de naissance et allocation de base	2 730	4 066	-	4 641	-	4 734	-
Complément d'aide à la garde	1 330	2 777	-	3 549	-	4 304	-
Complément d'activité	1 170	1 975	-	2 325	-	2 378	-
Autres prestations	282	297	5,2	314	5,6	332	5,7
Prestations extralégales	3 324	3 337	0,4	3 632	8,8	3 933	8,3
Contribution de la CNAF au FNAL	3 491	3 825	9,6	3 614	-5,5	3 752	3,8
TOTAL DES PRESTATIONS	42 649	44 625	9,6	45 788	2,6	47 184	3

Source : commission des comptes de la sécurité sociale

En 2008, la progression des dépenses devrait s'établir à 3 %, pour un montant s'élevant à 56,8 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, selon les données figurant au sein du présent projet de loi.

B.– LA MAÎTRISE DES DÉPENSES D’ACTION SOCIALE PASSE PAR UNE RÉFORME DÉJÀ BIEN ENGAGÉE, MAIS QUI DOIT ÊTRE POURSUIVIE

L’action sociale de la branche famille, financée par le fonds national d’action sociale (FNAS), est ciblée sur deux publics principaux : d’une part la petite enfance, qui concerne l’amélioration de l’accueil en crèches et en haltes-garderies des enfants de moins de six ans, et d’autre part les enfants et adolescents de six à dix-huit ans, à travers les contrats « temps libre ».

Le tableau suivant présente l’évolution des dépenses du fonds national d’action sociale (FNAS) sur les trois dernières années.

DÉPENSES DE PRESTATIONS SOCIALES DU FNAS

(en millions d’euros)

	2005	2006	%	2007 (p)	%
Actions individualisées	299	284	-5	290	+2
Actions collectives	3 024	3 053	+1	3 341	+9
Subventions d’investissement	70	84	+19	85	+2
Subventions de fonctionnement	495	483	-2	492	+2
Prestations de service	2 441	2 465	+1	2 764	+12
<i>Prestations de service ordinaire</i>	<i>1 384</i>	<i>1 496</i>	<i>+8</i>	<i>1 626</i>	<i>+9</i>
<i>Prestations de service crèches</i>	<i>0</i>	<i>0</i>		<i>0</i>	
<i>Prestations de service contrats enfance</i>	<i>686</i>	<i>538</i>	<i>-22</i>	<i>369</i>	<i>-31</i>
<i>Prestations de service contrats temps libre</i>	<i>371</i>	<i>258</i>	<i>-31</i>	<i>173</i>	<i>-33</i>
<i>Prestations de service CEJ-enfance</i>	<i>-</i>	<i>76</i>	<i>-</i>	<i>344</i>	<i>+351</i>
<i>Prestations de service CEJ-jeunesse</i>	<i>-</i>	<i>98</i>	<i>-</i>	<i>232</i>	<i>+138</i>
Autres	18	20	+11	21	+2
Total	3 324	3 337	+0,4	3 631	+8,8

Source : commission des comptes de la sécurité sociale

1.– La dérive des dépenses d’action sociale

Dans son rapport de septembre 2006 sur l’application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour des comptes a constaté une réelle dérive des dépenses d’action sociale de la branche, celles-ci ayant progressé de 62 % entre 2001 et 2005, et posé un impératif de maîtrise de ces dépenses.

Or, après un net ralentissement constaté en 2006, les dépenses d’action sociale de la branche sont reparties à la hausse : elles s’établissent à 3,6 milliards d’euros en 2006, en progression de 8,8 % par rapport à 2006, évolution qui devrait se poursuivre en 2008, puisque ces dépenses atteindraient 3,9 milliards d’euros, soit une hausse de 8,3 %.

Cette forte dynamique des dépenses constitue un exemple des sujets desquels le futur conseil d’orientation des politiques familiales aura à se saisir, et sur lequel il pourra opérer un authentique pilotage.

a) L'action à destination de la petite enfance

L'accueil de la petite enfance mobilise plus de la moitié des dépenses d'action sociale de la branche, avec d'une part, un soutien apporté à l'investissement pour la création de capacités d'accueil dans le cadre des différents « plans crèches » qui se sont succédé depuis 2000, et d'autre part, des prestations de service destinées à prendre en charge une partie du coût de fonctionnement des équipements et services relevant généralement des communes ou des associations.

En 2006, 101,5 millions d'euros ont été mobilisés pour l'ouverture de près de 12 000 places supplémentaires en crèches. Le volet relatif au financement des crèches a d'ailleurs été renforcé en 2007, dans le cadre du « plan petite enfance » qui fixe l'objectif de création de 4 000 places de crèches supplémentaires : à ce titre, les premiers financements sont intervenus dès 2007, bien que les premières places ne seront créées qu'en 2008. Ces évolutions sont retracées dans le tableau ci-après.

LE FINANCEMENT DES NOUVELLES PLACES EN CRÈCHES

(en millions d'euros et en nombre de places)

	Fonds de financement des crèches			Nombre de places en crèches créées		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Fonds d'investissement petite enfance (FIPE)	27,3	18,6	10,5	2 496	1 378	992
Aide exceptionnelle à l'investissement (AEI)	50,6	44,9	24,2	4 548	4 626	3 181
Dispositif d'aide à l'investissement petite enfance (DAIPE)	19,6	36,2	59,9	1 912	4 829	6 922
Dispositif d'investissement petite enfance (DIPE)	0	1,8	19,1	42	1 123	413
Plan petite enfance	—	—	0,6	—	—	0
Total	97,5	101,5	114,3	8 998	11 956	11 508

Source : commission des comptes de la sécurité sociale

Mais c'est principalement par le biais des prestations de service et des prestations contractuelles que la branche famille intervient dans le domaine de la petite enfance : l'amélioration de l'accueil des enfants de moins de six ans représente en effet les deux tiers des aides totales versées au titres de ces prestations. Deux modalités de financement se côtoient :

– les prestations de service ordinaires, qui bénéficient à l'ensemble des structures d'accueil de la petite enfance ;

– et les contrats enfance, mis en place en 1988, signés entre les caisses d'allocations familiales et les communes pour une durée de trois à cinq ans dans le cadre d'un cofinancement, et destinés à promouvoir un programme en faveur de l'accueil des enfants à partir d'un état des lieux précis de la situation locale. Les dépenses relatives aux contrats enfance ont ainsi représenté 686 millions d'euros en 2005.

b) Les aides relatives au temps libre des enfants et des familles

Ces aides, qui représentent environ 22 % des dépenses d'action sociale de la branche, contribuent à la politique d'organisation des loisirs des enfants et des adolescents menée par les communes, à travers les contrats temps libre, créés en 1998, ainsi qu'à l'animation sociale locale, notamment à travers les subventions versées aux centres sociaux.

Les contrats temps libre contribuent au développement de l'offre locale de service en matière de loisirs collectifs et de vacances au profit des enfants, des adolescents et des familles. Leur montée en charge progressive est retracée dans le tableau suivant.

BILAN DES CONTRATS TEMPS LIBRE

	2001	2002	2003	2004	2005
Nombre de contrats temps libre	2 921	3 824	4 431	4 829	5 084
Dépenses	89,4	137,1	187,4	269	371
Taux de communes couvertes	23,2 %	31,4 %	40,5 %	46,5 %	52,1 %
Taux d'enfants de 6 à 16 ans théoriquement couverts	36,6 %	45 %	53,1 %	62 %	68,8 %

Source : direction de la sécurité sociale

*

* *

L'importance prise par les dépenses d'action sociale de la branche famille est principalement liée à la mise en place de la prestation de service unique pour le financement des structures d'accueil de la petite enfance, qui a conduit à un renchérissement de près de 40 % du montant moyen par place. En second lieu, les contrats enfance conduisent de facto à un taux important de cofinancement par la caisse d'allocations familiales (CAF), qui varie entre 50 % et 70 % en fonction de l'effort de la commune. Enfin, à chaque renouvellement du contrat, le taux d'effort de la CAF s'accroît, tant pour les nouvelles places que pour les places anciennes.

Dès lors, des mesures de régulation des dépenses d'action sociale de la branche ont été rendues indispensables.

2.- La nécessaire réforme de l'action sociale de la branche passe également par une meilleure évaluation

Le constat d'un dépassement important de l'enveloppe fixée au fonds national d'action sociale en 2005, de l'ordre de 248 millions d'euros, a précipité la réforme de l'action sociale de la branche, qui passe par plusieurs mesures phares.

Tout d'abord, la convention d'objectifs et de gestion 2005-2008 qui lie la CNAF à l'État fixe à 2008 l'échéance pour une unification des contrats temps libre et des contrats enfance, destinée à mettre un terme à la logique de guichet ouvert qui avait prévalu jusqu'alors. La fusion au sein du contrat enfance et jeunesse a d'ores et déjà été opérée : elle est effective depuis le 1^{er} juillet 2006.

Le contrat enfance et jeunesse est signé pour une durée unique de quatre ans, ses dépenses sont plafonnées sur la base d'un taux unique de cofinancement fixé à 55 % et doivent bénéficier en priorité aux territoires les moins bien équipés au regard de la demande en modes de garde et aux communes à faible potentiel fiscal. Enfin, le financement de ces nouveaux contrats passe par l'attribution d'enveloppes budgétaires limitatives annuelles. Par ailleurs, la pertinence des activités financées doit faire l'objet d'une évaluation lors de chaque renouvellement d'un contrat enfance et temps libre en cours.

Ensuite, les mesures nouvelles prévues par la convention d'objectifs et de gestion, telles que la création d'une prestation de service au titre de la médiation familiale, la réforme du financement de l'aide à domicile et des foyers de jeunes travailleurs, et l'adaptation des contrats locaux d'accompagnement à la scolarité, ont été définies dans le cadre d'enveloppes limitatives.

Votre Rapporteur pour avis considère que le caractère limitatif des enveloppes est une condition sine qua non à la sélectivité suffisante des projets, dans la mesure où les dépenses d'action sociale de la branche famille doivent avant tout bénéficier aux territoires les moins bien dotés.

III.- LE DÉFICIT STRUCTUREL DE LA BRANCHE RETRAITE REND INDISPENSABLE LA POURSUITE DES RÉFORMES

Le vieillissement démographique implique un déséquilibre grandissant du rapport entre les effectifs de cotisants et ceux des pensionnés, qui entraîne mécaniquement une dégradation de la situation financière de la branche vieillesse. Celle-ci se trouve aggravée par le phénomène des départs anticipés à la retraite, favorisés par les dispositifs de préretraites, mais également par les possibilités de départ ouvertes aux carrières longues par la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites.

Ainsi, le taux d'emploi des 55-64 ans s'élevait à 38,4 % en 2000, soit l'un des plus faibles d'Europe. Pour remédier à cette situation, le plan national d'action concerté pour l'emploi des seniors mis en place pour la période 2006-2010 s'est donné pour objectif le relèvement du taux d'activité des plus de 50 ans, mais a surtout pour ambition prioritaire de concourir à une augmentation du taux d'emploi des 55-64 ans de l'ordre de deux points par an sur la période afin d'atteindre un taux de 50 % à l'horizon 2010.

À l'automne 2007, diverses mesures ont été prises, comme la suppression de la contribution Delalande, qui constituait un frein à l'emploi des salariés âgés par les entreprises, la mise en place d'un contrat à durée déterminée (CDD) spécifique aux salariés âgés, ou des dispositifs qui tendent à favoriser le cumul de la retraite et d'un emploi, mais également la majoration de la surcote pour les assurés de plus de 60 ans qui travaillent au-delà des 160 trimestres nécessaires à une retraite à taux plein. Toutefois, le CDD seniors, par exemple, n'a connu qu'un succès mitigé, tandis que la surcote demeure peu utilisée. Dès lors, la poursuite des efforts est plus que jamais de mise : le présent projet de loi en prend d'ailleurs pleinement acte, à travers son **article 10**, qui entend soumettre à une forte contribution les indemnités de mise à la retraite d'office ainsi que les avantages de préretraite d'entreprise.

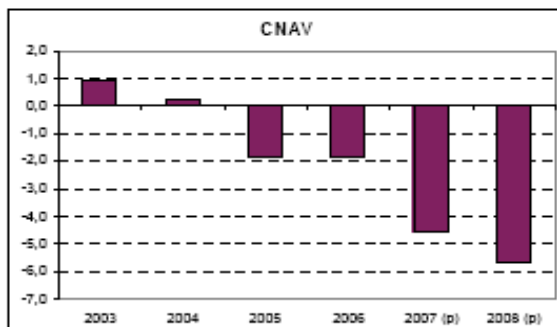
Votre Rapporteur pour avis approuve le bien-fondé de ces dispositions, qui doivent impérativement être poursuivies et approfondies dans les années à venir. À cet égard, le rendez-vous des retraites de 2008, prévu par la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites, sera incontournable. Le principe posé d'un partage des gains d'espérance de vie entre vie active et retraite a en effet pour objectif de stabiliser jusqu'en 2020 le ratio entre durée d'assurance et durée moyenne de retraite au niveau atteint en 2003. La clé de répartition retenue implique que la durée d'assurance fixée à 40 ans en 2008 atteigne 41 ans en 2012. Ce rendez-vous sera ainsi l'occasion, à partir d'un bilan, d'initier les réformes d'ampleur indispensables au maintien de notre système de retraites. Au-delà de l'impératif d'équité qui devra guider les réformes, des conclusions devront être tirées quant au dispositif entourant les carrières longues, mais également en faveur de l'amélioration du niveau des pensions pour les personnes ayant passé l'ensemble de leur carrière au SMIC, sans oublier la question des petites pensions et des pensions de réversion.

Le bilan sur lequel devra s'appuyer ce train de réformes sera fourni par le rapport que le Gouvernement déposera au Parlement d'ici la fin de l'année 2007, et qui fera le point du taux d'activité des seniors, de la situation financière des régimes de retraite, de la situation de l'emploi ainsi que des paramètres de financement des régimes. **Votre Rapporteur pour avis ne peut que se féliciter du rôle essentiel qui doit être joué par le Parlement dans ce cadre.**

A. – UN DÉFICIT QUI SE CREUSE : – 4,9 MILLIARDS D'EUROS EN 2007

Avec un déficit passé de – 1,9 milliard d'euros en 2006 à – 4,6 milliards d'euros en 2007, la branche retraite est confrontée à une situation délicate, d'autant plus que les facteurs d'aggravation du déficit sont avant tout d'ordre structurel. Les prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2007 font état d'un **solde qui atteindrait – 5,7 milliards d'euros en 2008.**

La dégradation du solde de la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) est illustrée par le graphique suivant.



Source : commission des comptes de la sécurité sociale

La croissance des charges qui pèsent sur la branche est forte, de l'ordre de 6,2 % en 2007, et le restera en 2008, malgré une inflexion, puisqu'elle s'établirait à 4,9 %.

S'agissant des perspectives pluriannuelles d'évolution des comptes de la branche retraite, le présent projet les bâtit sur l'hypothèse d'un rythme de progression des prestations vieillesse en volume qui diminue tendanciellement entre 2008 et 2012, passant de 4 % à 3,2 % sur la période, hypothèse qui prend en compte les dispositions contenues dans la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites. Elles intègrent également l'impact de l'allongement, à partir de 2009, des périodes validées pour obtenir une retraite à taux plein sur les conditions de départs anticipés à partir de 2009, mais n'anticipent pas les mesures susceptibles d'être mises en œuvre à la suite du rendez-vous sur les retraites de 2008. Ces projections sont retracées dans le tableau suivant.

ÉVOLUTION DES COMPTES DU RÉGIME GÉNÉRAL DE LA BRANCHE VIEILLESSE

(en milliards d'euros)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Scénario économique bas							
Recettes	83	85,4	89,2	92,7	96,4	100,2	104,1
Dépenses	84,8	90	94,3	99	103,8	109,1	114,4
Solde	-1,9	-4,6	-5,1	-6,3	-7,4	-8,9	-10,3
Scénario économique haut							
Recettes	83	85,4	89,2	93	97,1	101,2	105,5
Dépenses	84,8	90	94,3	99	103,8	109	114,2
Solde	-1,9	-4,6	-5,1	-6	-6,7	-7,8	-8,7

Source : projet de loi de financement de la sécurité sociale, annexe B

Le niveau prévisionnel de déficit de la branche pour 2008 est ramené dans ces estimations à -5,1 millions d'euros, grâce aux mesures portant sur les recettes, prises au titre du présent projet de loi, dont l'impact est chiffré à 557 millions d'euros.

Plusieurs paramètres expliquent l'aggravation du déficit de la branche : outre une cause structurelle, liée au vieillissement démographique et à l'arrivée à la retraite des générations du baby boom, qui a pour conséquence logique une dégradation du ratio cotisants / retraités, des raisons plus conjoncturelles rendent également compte de cette situation, notamment le succès rencontré par le dispositif de départ anticipé à la retraite pour carrière longue, mais également la réforme des pensions de réversion qui a été opérée en 2003. Enfin, une dernière raison doit être invoquée pour rendre compte de la forte dégradation du solde de la CNAV : la difficulté à assurer la neutralité financière de l'adossement de certains régimes spéciaux au régime général, au moins à court terme.

1.- Des causes structurelles : le vieillissement démographique

Au 1^{er} juillet 2007, le nombre des retraités du régime général s'élevait à près de 11,7 millions pour près de 17 millions de cotisants, soit un ratio de 1,45 actif pour un retraité. Les prestations versées par la CNAV ont progressé en moyenne de 6 % par an sur la période 2005-2007. Le nombre des départs à la retraite au régime général est passé de 500 000 au début de la décennie à 640 000 en 2005, 710 000 en 2006 et 750 000 en 2007, niveau autour duquel elle devrait se stabiliser en 2008.

Les prestations en droits propres devraient connaître un pic en 2007, avec une progression de 6,5 % contre 6 % en 2006, avant d'amorcer une décrue à partir de 2008, à hauteur de 4,9 %.

Le tableau suivant récapitule l'évolution des prestations vieillesse et veuvage servies par le régime général.

DÉPENSES DE LA BRANCHE RETRAITE DU RÉGIME GÉNÉRAL

(en millions d'euros)

	2005	2006	%	2007	%	2008 (p)	%
Total prestations légales « vieillesse et veuvage »	73 167	77 543	6	82 315	6,2	86 358	4,9
Prestations légales « vieillesse »	73 102	77 495	6	82 269	6,2	86 317	4,9
Droits propres	64 043	67 912	6	72 294	6,5	76 057	5,2
Pension normale	48 952	52 300	6,8	56 089	7,2	59 338	5,8
Pension inaptitude	6 255	6 329	1,2	6 495	2,6	6 667	2,6
Pension invalidité	4 545	4 743	4,4	5 046	6,4	5 323	5,5
Allocations	10	9	-10,1	92	++	179	++
Majorations pour conjoint à charge	58	59	0,7	60	2,4	61	2
Majorations pour enfants	2 375	2 519	6,1	2 650	5,2	2 763	4,3
Autres majorations	1 848	1 953	5,7	1 862	-4,7	1 727	-7,3
Droits dérivés	7 671	8 082	55,4	8 435	4,4	8 695	3,1
Pensions de réversion	6 954	7 363	5,9	7 701	4,6	7 956	3,3
Pensions de veuf ou veuve	117	112	-4,4	117	4,6	121	3,3
Autres	4	3	-7	15	++	26	++
Majorations pour enfants	360	364	1	375	3,2	383	2,1
Autres majorations	236	240	1,7	227	-5,4	208	-8,4
Prestations au titre de l'adossement des IEG	1 377	1 404	2	1 438	2,4	1 458	1,4
Prestations légales « veuvage »	65	48	-25,4	45	-6,3	41	-8,9

Source : commission des comptes de la sécurité sociale

En neutralisant l'effet de la mesure de retraite anticipée, ainsi que les revalorisations de pensions, l'augmentation des droits propres demeure forte, à hauteur de 3,6 % en 2006 contre 2,9 % en 2005 : cette progression renvoie donc au seul phénomène représenté par l'arrivée à l'âge de soixante ans de la première génération du « baby boom », supérieure de 30 % à la précédente.

2.- Le succès du départ anticipé à la retraite agit comme un révélateur

Dans un souci d'équité, la loi n° 2003-75 du 21 août 2003 portant réforme des retraites a permis, à compter du 1^{er} janvier 2004, une retraite anticipée à 60 ans pour les salariés ayant commencé à travailler entre 14 et 16 ans, sous conditions. Cette possibilité est progressivement élargie aux fonctionnaires depuis le 1^{er} janvier 2005, tandis qu'un dispositif analogue existe depuis le 1^{er} juillet 2004 pour les assurés handicapés.

Au 30 juin 2007, près de 400 000 départs anticipés en retraite pour carrière longue avaient été enregistrés : 112 200 correspondent à un départ en 2004, 100 700 à un départ en 2005, 107 300 à un départ en 2006 et 79 500 à un départ au premier semestre 2007. On peut estimer à environ 112 000 le nombre total des départs à ce titre en 2007.

Le coût de la mesure est fortement croissant les premières années, dans la mesure où les bénéficiaires restent en moyenne deux ans dans le dispositif : il s'est élevé à 565 millions d'euros en 2004, 1,3 milliard d'euros en 2005 et 1,8 milliard d'euros en 2006, et il est évalué à environ 2,2 milliards d'euros en 2007.

Deux autres mesures ont contribué au dynamisme des départs anticipés :

– en premier lieu, la possibilité de régulariser les périodes d'apprentissage en vue de compléter la carrière : le flux des régularisations est ainsi passé de 5 000 en 2003 à environ 30 000 par an depuis, ce qui porte le nombre des assurés concernés à 104 000 à la mi-2007, dont 66 000 sont déjà partis à la retraite, parmi lesquels 61 000 au titre de la retraite anticipée, soit 92 % du flux ;

– en second lieu, la validation de certaines activités qui n'ont pas donné lieu à cotisations, très utilisée au sein des régimes agricoles, où l'on dénombre 14 000 régularisations pour travaux agricoles pour 40 000 départs en retraite des salariés et exploitants agricoles. Le coût de cette mesure de régularisation est évalué à 350 millions d'euros en 2006 et à 450 millions d'euros en 2007 pour le seul régime général.

Au vu de l'ampleur prise par ce dispositif initialement destiné à traiter des cas exceptionnels, votre Rapporteur pour avis considère que le sujet devra être remis à plat lors des discussions qui présideront au rendez-vous des retraites de 2008.

En 2008, 109 000 retraites anticipées seraient attribuées, pour une charge toutefois alourdie, à hauteur de 2,3 milliards d'euros, en raison de la conjugaison du stock des retraites anticipées et du nouveau flux. Le poids représenté par le dispositif à destination des carrières longues devrait être plus modéré à partir de 2009, avec 100 000 départs anticipés prévus, puis 92 500 départs anticipés en 2010, et 80 000 en 2012.

Si l'on peut donc considérer que ce phénomène est conjoncturel dans la mesure où il est lié à un dispositif spécifique, il n'en révèle pas moins une structure comportementale de la société, qui est bien, quant à elle, structurelle. En effet, le goût de nos compatriotes pour un départ précoce à la retraite ne se dément pas : il est bien évidemment lié à l'allongement de l'espérance de vie, qui conduit à identifier très clairement une « nouvelle vie » à partir de la retraite, à laquelle sont corrélés des projets spécifiques. Il peut aussi être dû à la pénibilité du travail, très souvent évoquée comme une raison du départ à la retraite. Dès lors, **votre Rapporteuse pour avis considère que la poursuite des réformes en matière de retraites, qu'elle appelle de ses vœux, et qui est rendue nécessaire par le contexte démographique d'une société vieillissante, ne doit pas occulter une réflexion plus générale sur l'amélioration des conditions de travail.** Ce n'est qu'à ce prix que la politique en faveur de l'emploi des seniors pourra se révéler efficace. En effet, l'instauration d'une surcote progressive n'a pas, pour le moment, produit d'effet sensible.

3.— Le poids conséquent des pensions de réversion : 10 % des dépenses de la branche

La loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites a profondément modifié les règles d'octroi d'une pension de réversion, en en faisant une allocation différentielle par rapport à un plafond de ressources, en supprimant les règles de mariage et de non remariage qui existaient auparavant, ainsi que les règles encadrant le cumul d'une pension de réversion avec d'autres avantages de vieillesse ou d'invalidité. La barrière d'âge pour bénéficier d'une pension de réversion est progressivement supprimée, et à horizon 2011, celle-ci se sera totalement substituée au dispositif d'assurance veuvage.

Cette réforme a entraîné une forte hausse des attributions de pensions de réversion : avant 2004, le nombre des nouveaux bénéficiaires était stabilisé autour de 145 000 ; il est passé à 180 000 en 2005 et 2006, portant les effectifs des bénéficiaires à 2,5 millions à la fin de l'année 2006. Cette évolution entraîne un alourdissement conséquent des charges, qui s'établissent à 7,7 milliards d'euros en 2007, et qui pourraient atteindre près de 8 milliards d'euros en 2008. Le surcoût entraîné par la réforme a ainsi représenté 110 millions d'euros en 2006, soit plus d'un quart de l'augmentation des dépenses au titre des pensions de réversion par rapport à 2005. Selon les travaux menés par le conseil d'orientation des retraites, ce surcoût pourrait s'élever à 150 millions d'euros en 2008, 170 millions d'euros en 2010 et 340 millions d'euros en 2011, ce qui correspondrait au coût annuel net de la réforme en régime permanent.

Dans son rapport intitulé « Transparence, équité, solidarité : les trois objectifs d'une réforme de la réversion », publié le 22 mai 2007, la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale du Sénat préconisait de porter le taux des pensions de réversion de 54 % à 60 %. Or, selon les données fournies par la CNAV, notamment lors de l'audition de son directeur, M. Patrick Hermange, par votre Rapporteure pour avis, une telle réforme représenterait un surcoût de l'ordre de 1 milliard d'euros en 2008, de 880 millions d'euros en 2011, et toujours de 820 millions d'euros en 2012. L'importance de l'estimation conduit à se refuser à un traitement isolé du problème, et milite en faveur de l'intégration de cette question aux réflexions qui doivent présider au rendez-vous des retraites de 2008.

4.- Le coût de l'intégration et de l'adossment des régimes spéciaux au régime général

Depuis 1990, plusieurs régimes spéciaux de protection sociale ont été supprimés et, au regard du risque vieillesse, leurs ressortissants ont été transférés, pour la couverture de base, à l'assurance vieillesse du régime général.

Dernière en date : la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes (CAVIMAC), dont l'intégration a été parachevée en 2006. Son déficit est donc désormais pris totalement en charge par le régime général, qui jusqu'alors ne participait qu'à la compensation démographique. La contribution directe de la CNAV, qui était de 6 millions d'euros en 2005, a ainsi représenté 164 millions d'euros en 2006, ce qui correspond à 69 % des recettes de la branche vieillesse du régime des cultes. Le montant de cette contribution devrait atteindre 176 millions d'euros en 2007 et 167 millions d'euros en 2008.

En 2006, le régime spécial de retraite de la chambre de commerce et d'industrie de Paris (CCIP) a également été supprimé. Son intégration au régime général a induit un coût de 10,5 millions d'euros ; toutefois, la charge représentée pour la CNAV ne fait l'objet d'aucune estimation, en raison de l'absence de données concernant les cotisations vieillesse acquittées au titre des personnels de la CCIP. **Votre Rapporteure pour avis estime alarmante cette lacune et considère qu'à l'avenir, toute opération d'intégration ou d'adossment d'un régime spécial de retraite au régime général, doit faire l'objet d'un examen précis du coût de son intégration, et à terme, de la charge globale qu'il représentera pour la CNAV.**

Le régime spécial de retraite des industries électriques et gazières (IEG) a, quant à lui, fait l'objet d'un adossment au régime général, opéré par la loi du 9 août 2004. Le principe retenu est celui de l'application des règles de droit commun du régime général : au-delà, les droits à pension acquis au titre du régime spécial sont couverts par le produit de la contribution tarifaire d'acheminement (CTA) acquittée par les consommateurs. La dégradation du rapport entre cotisations et prestations induite sur le long terme fait l'objet du versement d'une contribution forfaitaire exceptionnelle, la soulte, fixée à 7,6 milliards d'euros sur 25 ans. Au total, le bilan financier de l'adossment s'établit pour la CNAV à un

solde négatif de 225 millions d'euros en 2005 et de 218 millions d'euros en 2006 : cette situation est liée au mode de versement retenu de la soulte, dont 40 % est confié à la gestion du fonds de réserve des retraites pour le compte de la CNAV jusqu'en 2020. Ainsi, la fraction versée chaque année ne représente qu'un vingtième de 60 % du montant total de la soulte, conformément à l'étalement sur 20 ans qui a été retenu par les conventions financières. L'exemple du régime des IEG témoigne de la difficulté à assurer la neutralité financière d'une opération d'adossement, au moins à court terme. Or, étant donnée la situation financière de la CNAV, ce type d'opérations doit à l'avenir être mené avec la plus grande prudence.

Ainsi, concernant le régime spécial de retraite des personnels de la RATP, aucun accord n'a pu être trouvé à ce jour sur les modalités de calcul de la soulte que versera l'État à la CNAV, et qui pourrait s'élever autour de 700 millions d'euros. L'application des normes IFRS aux entreprises, qui leur imposent de provisionner dans leur bilan les charges au titre des retraites de leurs employés, pourrait conduire à privilégier la voie de l'adossement au régime général pour d'autres régimes de retraite d'entreprise. Dès lors, le chantier devra également être ouvert concernant le régime de retraite des cheminots de la SNCF. Dans ce cadre, toutes les mesures de précaution devront être prises pour ne pas faire peser de charges indues sur le régime général géré par la CNAV.

B.– LA LENTE RÉSORPTION DU DÉFICIT DU FONDS DE SOLIDARITÉ VIEILLESSE (FSV)

Après avoir atteint un niveau de déficit de l'ordre de –1,3 milliard d'euros en 2006, le solde du fonds de solidarité vieillesse s'améliore : le déficit s'établit à –300 millions d'euros en 2007, et pour 2008, il devrait renouer avec un excédent à hauteur de 600 millions d'euros. La résorption du déficit devrait ensuite se confirmer quel que soit le scénario économique retenu, conformément aux prévisions pluriannuelles présentées par l'annexe B du présent projet, et que récapitule le tableau suivant.

ÉVOLUTION DES COMPTES DU FONDS DE SOLIDARITÉ VIEILLESSE

(en milliards d'euros)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Scénario économique bas							
Recettes	13,5	14	14,8	14,9	15,5	16,2	16,8
Dépenses	14,7	14,2	14,2	14,2	14,5	14,7	15
Solde	-1,3	-0,3	0,6	0,7	1,1	1,4	1,8
Scénario économique haut							
Recettes	13,5	14	14,8	15	15,6	16,3	17,1
Dépenses	14,7	14,2	14,2	14,1	14,3	14,4	14,6
Solde	-1,3	-0,3	0,6	0,9	1,4	1,9	2,4

Source : projet de loi de financement de la sécurité sociale, annexe B.

La structure financière du fonds de solidarité vieillesse (FSV), chargé de servir des avantages vieillesse non contributifs relevant de la solidarité nationale, est très fluctuante, tant en termes de recettes qu'en termes de dépenses.

Le fonds bénéficie en effet d'une fraction du produit de la contribution sociale généralisée (CSG) qui constitue 80 % de ses recettes, et dont le rendement est étroitement corrélé à la progression de la masse salariale, ainsi que d'une fraction de la contribution sociale de solidarité des sociétés (CSSL), qui dépend du rendement global de la contribution et de sa répartition à d'autres attributaires. Il reçoit également une fraction du produit du prélèvement social de 2 % sur les revenus du capital, une contribution de la CNAF au titre de la prise en charge des majorations de pensions pour enfants, ainsi que le produit de ses propres placements. Enfin, depuis la loi du 21 août 2003, il est le destinataire du produit de la contribution à la charge des employeurs sur les avantages de préretraite ou de cessation anticipée d'activité et de la contribution sur les régimes de retraite à prestations définies.

S'agissant de ses dépenses, le fonds finance :

– les diverses allocations constitutives du minimum vieillesse, qui seront remplacées progressivement par une prestation unique, l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), qui représentent 20 % de ses charges totales ;

– les majorations de pension pour enfants ou conjoint à charge, qui constituent 25 % des dépenses du fonds ;

– les cotisations prises en charge au titre de périodes de chômage, de préretraite et de diverses autres périodes spécifiques, validées gratuitement par certains régimes de base d'assurance vieillesse, et qui représentent plus de la moitié des dépenses du fonds ;

– et enfin, depuis 2001, les cotisations de retraite complémentaire au titre des périodes de préretraite et de chômage indemnisées par l'État. Ces dernières dépenses sont elles aussi très dépendantes de la conjoncture économique.

La progression soutenue de la CSG conjuguée à la baisse des effectifs de chômeurs pris en charge sont à l'origine de la réduction du déficit du fonds pour les années 2006 et 2007. En 2008, la persistance de ces facteurs favorables devrait confirmer l'amélioration. Par ailleurs, le projet de loi de finances pour 2008 prévoit l'extension aux dividendes du prélèvement à la source des contributions sociales, ce qui représenterait un gain de 172 millions d'euros au total pour le FSV, dont 125 millions d'euros au titre de la CSG et 47 millions d'euros pour le prélèvement social de 2 %. Cette modification du mode de prélèvement n'aura toutefois d'impact financier qu'en 2008. Enfin, **l'article 10** du présent projet de loi prévoit d'augmenter le taux de la contribution sur les avantages de préretraite, en transférant toutefois la recette à la CNAV, ce qui pourrait représenter une perte de l'ordre de 30 millions d'euros par an pour le fonds.

Le tableau suivant retrace l'amélioration constatée des comptes du fonds de solidarité vieillesse depuis 2006.

COMPTE DE RÉSULTAT DU FONDS DE SOLIDARITÉ VIEILLESSE

(en millions d'euros)

	2006	2007	%	2008	%
Dépenses	14 811	14 319	-3,3	14 252	-0,5
Prise en charge de cotisations chômage	8 239	7 604	-7,7	7 466	-1,9
<i>Régimes de base</i>	<i>7 839</i>	<i>7 186</i>	<i>-8,3</i>	<i>7 030</i>	<i>-2,2</i>
<i>Régimes complémentaires</i>	<i>399</i>	<i>418</i>	<i>4,7</i>	<i>432</i>	<i>3,3</i>
Autres prises en charge de cotisations	5	4	-20	4	0
Prise en charge des prestations minimum vieillesse	2 680	2 651	-1,1	2 579	-2,7
Prise en charge des prestations pour majorations de pensions	3 715	3 883	4,5	4 035	3,9
Autres charges	172	177	2,9	172	-2,8
Recettes	13 551	14 022	3,5	14 879	6,1
CSG, impôts et taxes affectés	11 341	11 713	3,3	12 481	6,6
C3S	240	250	4,2	400	6
Prélèvement social de 2 %	477	464	-2,8	523	4,2
Prestations prises en charge par la CNAF	2 185	2 284	4,5	2 373	3,9
Produits financiers, produits exceptionnels et autres produits	23	25	8,7	25	0
Solde	-1 259	-297	-	627	-
			76,4		311,4
Solde cumulé	-4 959	-5 256	6	-4 629	-11,9

Source : projet de loi de financement de la sécurité sociale, annexe 8

Toutefois, le solde cumulé du fonds ne connaîtrait qu'un début de réduction en 2008. Seul le maintien d'un excédent sur plusieurs années pourra permettre la résorption du déficit cumulé du fonds.

C.- L'AVENIR DU FONDS DE RÉSERVE POUR LES RETRAITES (FRR)

1.- Malgré des sources financement taries, les résultats du fonds témoignent du succès de sa politique de placements

Mis en place au sein même du FSV par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 afin de constituer des réserves financières avant de les reverser progressivement aux régimes de retraite à partir de 2020, le fonds de réserve pour les retraites (FRR) est devenu autonome le 1^{er} janvier 2002, et a vu ses missions s'élargir en 2005, avec la gestion de 40 % de la soulte versée par la caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG) qui lui a été confiée.

Malgré la diversité des recettes affectées au fonds, prévues à l'article L. 135-7 du code de la sécurité sociale, seul le prélèvement social de 2 % sur les revenus du patrimoine et les produits de placement constitue une ressource pérenne, 65 % de son produit étant transféré au fonds.

La situation financière de la branche retraite qui a prévalu ces dernières années a conduit le fonds à ne plus compter sur les éventuels excédents du FSV et de la CNAV dont il est affectataire. De la même manière, aucun versement en provenance de la CSSS, dont une partie peut être affectée au fonds, n'est intervenu depuis 1999. Le produit des privatisations n'a pas plus complété la dotation du fonds, cette possibilité ayant été ouverte par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001.

Des recettes supplémentaires, à faible rendement, ont été transférées au fonds par la loi n° 2001-152 du 19 février 2001 sur l'épargne salariale et plus récemment, par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, qui fait du fonds l'affectataire des avoirs des contrats d'assurance vie tombés en déshérence, pour lesquels aucune recette n'est d'ailleurs à attendre pour 2008.

Enfin, outre l'affectation possible au fonds de recettes ponctuelles – par exemple le produit de la vente des licences UMTS ou de la vente des actifs des caisses d'épargne –, le fonds bénéficie surtout du produit de ses propres placements.

Le tableau suivant retrace l'évolution des comptes du fonds de réserve pour les retraites (FRR) depuis 2005.

LES COMPTES DU FONDS DE RÉSERVE POUR LES RETRAITES

(en millions d'euros)

	2005	2006	2007	2008 (p)
Produits	2 877	4 595,8	3 273,7	3 719
Abondements	1 529,3	1 545,2	1 573,7	1 704
Excédent CNAVTS	254,6	0	0	0
Prélèvement de 2 % sur les revenus du capital	1 271,4	1 537,1	1 545,7	1 704
Assurance vie en déshérence	–	–	15	0
UMTS	0,1	2,8	11	–
Contributions au titre de l'épargne salariale	3,2	5,3	2	–
Produits financiers	1 347,7	3 050,6	1 700	2 015
Produits de trésorerie courante	175,2	125,6	68	
Produits de gestion financière	1 172,5	2 925	1 632	
Soulte IEG	3 060	3 144,1	3 441,3	
Produits exceptionnels	0,8	0,2	0	
Charges	622,6	917,5	603,2	650
Frais de gestion administrative	60,4	68,3	93,9	
Charges de gestion financière	562	849,2	509,3	
Charges exceptionnelles	0,2	0	0	
Compte de résultat	725,1	2 133,3	1 096,8	1 365
Solde annuel hors soulte et hors plus-values latentes	2 254,4	3 678,3	2 670,5	2 915
Solde cumulé hors soulte et hors plus-values latentes	21 200,1	24 878,5	27 549	30 464
Performance de placement			1 ^{er} semestre	
Performance de l'actif (y.c. trésorerie)	12,4 %	11,2 %	6 %	
Performance des mandats investis	19,2 %	11 %	6,2 %	

Source : projet de loi de financement de la sécurité sociale, annexe 8

L'évolution des comptes du fonds témoigne de la concentration des recettes du fonds sur le prélèvement social de 2 %, qui représente 98 % de l'abondement en 2006, et qui devient en 2008 l'unique recette qui lui sera affectée. Les produits financiers constituent le résultat de la politique de placement des actifs qui font l'objet de mandats de gestion, mais également de la rémunération des comptes à terme et de comptes courants ouverts à la caisse des dépôts et consignations (CDC) et auprès de l'agence comptable centrale du Trésor.

Grâce à cette politique active de placements, les réserves accumulées ont sensiblement progressé, passant de 21 milliards d'euros en 2005 à 27,5 milliards d'euros en 2007 et une prévision de 30,5 milliards d'euros en 2008.

2.– Quelles perspectives de versements aux régimes de retraite à partir de 2020 ?

Des travaux de projection, récapitulés dans le tableau suivant, ont été réalisés par le conseil d'orientation des retraites concernant l'évolution des réserves du FRR, selon trois hypothèses distinctes quant au niveau du chômage. Ces projections postulent qu'aucune ressource exceptionnelle nouvelle n'est affectée au fonds sur la période.

RÉSERVES DU FRR À HORIZON 2020

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

Source : conseil d'orientation des retraites

Dans l'hypothèse d'un abondement récurrent de recettes à hauteur de 1 milliard d'euros sur la période 2007-2020, le montant des réserves accumulées s'établirait à 145 milliards d'euros avec un taux de chômage à 4,5 %.

Le COR a ensuite posé quelques éléments de principe touchant aux opérations futures de décaissement des réserves du FRR. En se basant sur l'hypothèse initiale que les régimes sont équilibrés *in fine*, si nécessaire par une hausse des cotisations, le COR a considéré que la nécessité première était de prolonger la durée de décaissement du FRR sur une période de 2020 à 2040, voire 2050 (contre une période de 2020-2030 initialement prévue), ce qui a conduit le fonds à adopter, lors de son conseil de surveillance du 16 mai 2006, une délibération tendant à allonger la durée de décaissement du FRR et par là même son horizon de placement à 2040.

En second lieu, le COR a rappelé que le FRR n'a pas vocation à dispenser les régimes des adaptations nécessaires en matière de recettes ou de dépenses, mais qu'il devait permettre à la fois de rendre ces adaptations plus progressives et d'éviter de reporter sur les générations futures des charges trop lourdes. Dans ces conditions, le FRR serait à même de couvrir les besoins complémentaires de ces régimes.

*

* *

La nécessité de réformer la branche retraite est plus que jamais nécessaire. Dans un contexte démographique de vieillissement de la population, la maîtrise des dépenses doit rester à l'ordre du jour, comme l'a montré le problème soulevé par le succès rencontré par les départs anticipés. Mais celle-ci sera insuffisante pour rétablir l'équilibre d'un régime dont le déficit est essentiellement structurel. Dès lors, la question des recettes nouvelles ne manque pas de resurgir, et avec elle, l'idée d'un éventuel transfert des excédents des autres branches de la sécurité sociale. Par ailleurs, une amélioration durable de la conjoncture économique, concomitante d'une baisse du chômage, rouvrirait le débat sur le redéploiement des cotisations chômage, en faveur des cotisations vieillesse. Cette voie a déjà été explorée par le conseil d'orientation des retraites (COR) dans son troisième rapport. Ces deux axes de réflexion autour des nouvelles recettes de la branche devront être réétudiés de près à l'occasion des réformes qui seront initiées.

IV. – LA CNSA : UN MODÈLE EN DEVENIR

Créée par la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a pour mission l'accompagnement de la perte d'autonomie. Initialement cantonnée à l'accompagnement des personnes âgées, la CNSA a vu ses compétences s'élargir aux personnes handicapées par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

2006 a été la première année de fonctionnement à plein régime de la Caisse, en raison notamment de l'intégration de l'ONDAM médico-social. Par conséquent, l'exercice 2007 a constitué un test de responsabilité pour la structure, qui a été couronné de succès.

Votre Rapporteuse pour avis estime que la CNSA constitue un modèle original au sein de notre système de protection sociale. Structure essentiellement vouée à la collecte des ressources et à leur répartition optimale sur le territoire, elle joue un rôle éminent de pilotage de la politique d'accompagnement de la perte d'autonomie, tout en collaborant étroitement avec les collectivités locales, et principalement, avec les départements. Par ailleurs, son mode de construction progressif sous la forme d'un élargissement de ses missions

à l'accompagnement des personnes handicapées, n'est pas étranger à l'émergence de ce que l'on appelle aujourd'hui « le risque dépendance ». Nul doute que la CNSA constitue une source essentielle d'enseignements qui nourriront les débats autour de la mise en place d'une véritable politique d'ensemble centrée sur la perte d'autonomie.

A.– UN MODE DE FINANCEMENT ORIGINAL QUI A ACCOMPAGNÉ L'ÉLARGISSEMENT DES MISSIONS DE LA CAISSE

1.– Une évolution nette de la structure des recettes de la CNSA

a) Les ressources propres

Les recettes propres de la CNSA ne représentent qu'un cinquième de son budget.

La caisse bénéficie d'une fraction de 0,1 % de la contribution sociale généralisée (CSG) perçue sur les revenus d'activité, de remplacement, sur les revenus du patrimoine, sur les produits de placement et sur les jeux, qui constitue la ressource initiale de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

D'autre part, elle perçoit également la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA), prélevée à hauteur de 0,3 % sur les revenus salariaux, ainsi que la contribution additionnelle de 0,3 % au prélèvement social de 2 % assis sur les revenus du patrimoine et les produits de placement.

Enfin, elle reçoit une participation des régimes d'assurance vieillesse, qui finançait originellement l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

L'ensemble de ces recettes s'élève autour de 2 millions d'euros.

b) La mise en place et la progression de l'ONDAM médico-social

Depuis 2006, la Caisse gère directement l'ONDAM médico-social, destiné au financement des établissements médico-sociaux pour personnes âgées et pour personnes handicapées. L'intégration de ce volet de l'ONDAM s'explique par la forte intrication des compétences de la caisse avec celles de l'assurance maladie : en effet, si c'est un nouveau champ qui est couvert par la CNSA, la dépendance, il est étroitement lié aux évolutions et aux enjeux mêmes de la branche maladie. Dès lors, l'isolement, au sein de l'ONDAM, d'un volet médico-social, s'avère particulièrement pertinent.

Cette enveloppe représente les quatre cinquièmes du budget de la caisse, pour un montant de 11 milliards d'euros en 2006 et 11,8 milliards d'euros en 2007. Pour 2008, la progression de l'ONDAM médico-social au titre du présent projet de loi est fixée à 6,5 % ; les dépenses devraient s'établir à 12,8 milliards d'euros.

2.– Initialement destiné aux personnes âgées, le financement de la caisse s'est élargi aux personnes handicapées

L'originalité de la structuration du financement de la caisse réside dans la présentation de ses comptes, qui retracent en miroir ses dépenses et ses recettes : elle obéit en effet à des règles strictes de répartition et d'affectation des ressources et des charges.

La caisse contribue au financement des établissements services médico-sociaux pour les personnes handicapées et les personnes âgées, permis par l'affectation à cette section de la totalité de l'enveloppe médico-sociale, à laquelle s'ajoute une fraction de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA). Ces deux contributions constituent l'objectif général de dépenses (OGD) à ce titre.

En second lieu, la caisse prête son concours aux départements pour le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), grâce à une fraction des produits de CSG et de CSA, ainsi que la participation des régimes d'assurance vieillesse.

Depuis 2006, la caisse participe également au financement de la prestation de compensation du handicap (PCH) et du fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), sous la forme du versement aux départements d'une fraction de ses recettes au titre de la CSA.

Elle participe à la modernisation de l'aide à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées, par le financement, grâce à une part des produits de la CSG et de la CSA, de la politique nationale de professionnalisation des intervenants de l'aide à domicile, de développement de la qualité des services et de promotion des actions innovantes.

Enfin, la caisse finance :

– les groupes d'entraide mutuelle (GEM) à hauteur de 20 millions d'euros par an depuis 2006, qui seront reconduits pour 2008 ;

– une dotation à l'agence nationale d'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, prélevée sur l'objectif global de dépenses (OGD), pour un montant de 1,5 million d'euros annuels en 2007 et 2008 ;

– des dépenses d'animation et de prévention en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées, qui ont représenté 45 millions d'euros en 2007, et 20 millions d'euros en 2008 ;

– et le remboursement à la CNAF de la majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), pour près de 17 millions d'euros par an, et un remboursement à la CNAV pour la prise en charge de l'assurance vieillesse des personnes au titre du congé de soutien familial, pour environ 5 millions d'euros.

En outre, la caisse est autorisée à financer sur ses excédents des investissements dans le secteur médico-social, pour la mise aux normes techniques et de sécurité et la modernisation des locaux des établissements et services médico-sociaux : ils se sont élevés 500 millions d'euros en 2006 et 185 millions d'euros en 2007.

3.— Les premiers résultats

Le résultat de la caisse s'est soldé par un net excédent en 2006, d'un montant de 129 millions d'euros ; il est lié principalement à la sous-consommation de l'objectif global de dépenses (OGD) en raison de la mise en place progressive des financements à ce titre. En 2007, on observerait un nouvel excédent, de près de 136 millions d'euros, une nouvelle fois imputable à une enveloppe médico-sociale sur laquelle 400 millions d'euros n'auront pas été consommés. Toutefois, pour ces deux exercices, la sous-exécution de l'ONDAM médico-social est en partie compensée par la surexécution des dépenses au titre des autres sections.

Le tableau suivant présente les comptes de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au titre de l'année 2007.

BUDGET DE LA CNSA EN 2007

(en millions d'euros)

CHARGES		PRODUITS	
Section I. Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	12 589,1	Section I. Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	12 949,8
<i>Sous-section I. Établissements et services accueillant des personnes handicapées</i>	7 274,3	<i>Sous-section I. Établissements et services accueillant des personnes handicapées</i>	7 276,2
Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	7 232	Contribution de solidarité autonomie (CSA)	280,2
Groupe d'entraide mutuelle (GEM)	20	Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	6 996
Financement ANESM	0,6		
Contribution à la section IV-2	11,9		
Contribution à la section VI	6,8		
Atténuation de recettes (ANV, annulations, provisions...)	1,9		
Contribution pour frais de collecte ACOSS CSA (0,5 %)	1,2		
<i>Sous-section II. Établissements et services accueillant des personnes âgées dépendantes</i>	5 314,9	<i>Sous-section II. Établissements et services accueillant des personnes âgées dépendantes</i>	5 673,6
Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	5 289	Contribution solidarité autonomie (CSA)	879,6
Financement ANESM	0,9	Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	4 794
Contribution à la section V-1	10		
Contribution à la section VI	5,3		
Atténuation de recettes (ANV, annulations, provisions...)	5,9		
Contribution pour frais de collecte ACOSS CSA (0,5 %)	3,7		
Section II. Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	1 513,2	Section II. Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	1 513,2
Concours versés aux départements (APA)	1 489,9	Contribution solidarité autonomie (CSA)	439,8
Congé de soutien familial	5,7	Contribution sociale généralisée (CSG)	988,9
Contribution à la section VI	1,4	Contribution des régimes d'assurance vieillesse	64,5
Atténuation de recettes (ANV, annulations, provisions...)	9,9	Produits financiers	20
Contribution pour frais de collecte ACOSS CSA (0,5 %)	6,2		
Section III. Prestation de compensation et Maisons départementales des personnes handicapées	619,5	Section III. Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées	619,5
Concours versés aux départements (PCH)	530,8	Contribution solidarité autonomie (CSA)	599,5
Concours versés aux départements (MDPH)	50	Produits financiers	20
Majoration AEEH (versement CNAF)	16,7		
Congé de soutien familial	4,8		
Contribution à la section V-2	10		
Contribution à la section VI	0,6		
Atténuation de recettes (ANV, annulations, provisions...)	4		
Contribution pour frais de collecte ACOSS CSA (0,5 %)	2,5		
Section IV. Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service	90,4	Section IV. Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service	75
<i>Sous-section I. Personnes âgées</i>	78,6	<i>Sous-section I. Personnes âgées</i>	63,1
Dépenses de modernisation, professionnalisation et formation	77,7	Contribution sociale généralisée (CSG)	63,1
Contribution à la section VI	0,1		
Atténuation de recettes (ANV, annulations, provisions...)	0,5		
Contribution pour frais de collecte ACOSS CSA (0,5 %)	0,3		
<i>Sous-section II. Personnes handicapées</i>	11,9	<i>Sous-section II. Personnes handicapées</i>	11,9
Dépenses de modernisation, professionnalisation et formation	11,9	Prélèvement sur la sous-section I de la section I	11,9
Section V. Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	329,6	Section V. Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	120
<i>Sous-section I. Actions en faveur des personnes âgées</i>	217,1	<i>Sous-section I. Actions en faveur des personnes âgées</i>	80
PAM	199,5	PAM (reprise provisions)	70
Dépenses d'animation, prévention et études	17,6	Prélèvement sur la sous-section II de la section I	10
<i>Sous-section II. Actions en faveur des personnes handicapées</i>	112,5	<i>Sous-section II. Actions en faveur des personnes handicapées</i>	40
PAM	85,5	PAM (reprise provisions)	30
Dépenses d'animation, prévention et études	27	Prélèvement sur la section III	10
Section VI. Frais de gestion de la caisse	13,8	Section VI. Frais de gestion de la caisse	14,1
Dépenses de fonctionnement / CNSA	6,7	Contribution des sections I à IV pour frais de caisse / CNSA	14,1
Charges de personnel / CNSA	7,1		
Résultat (immobilisation)	0,3		
Total des charges	15 155,6	Total des produits	15 291,5

Résultat (Excédent)	135,9
---------------------	-------

Source : projet de loi de financement de la sécurité sociale, annexe 8

S'agissant des personnes âgées, l'effort, qui s'est élevé à 663 millions d'euros, a porté sur la poursuite de la médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et de leur conventionnement, ainsi que sur la création de places et de structures : ce sont ainsi 5 000 nouvelles places en EHPAD, 2 125 places d'accueil de jour, 1 125 places d'hébergement temporaire et 6 000 places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), qui ont été financées, notamment dans le cadre du plan « Solidarité grand âge » 2007-2012.

S'agissant du secteur des personnes handicapées, 227 millions d'euros ont permis d'une part, la création de 44 centres de près de 1 800 places d'éducation et de soins à domicile ou en établissements spécialisés pour des enfants handicapés, et d'autre part, l'ouverture de 5 100 places de SSIAD, d'accompagnement médico-social, ainsi qu'en maisons d'accueil spécialisé et foyers d'accueil médicalisé (MAS / FAM) à destination des adultes handicapés. La création de ces nouvelles structures s'inscrit principalement dans le cadre du plan Handicap 2006-2008.

Au terme de l'exercice 2007, les réserves de la CNSA s'établiraient à 770 millions d'euros.

B.– UNE VOCATION QUI S'ÉLARGIT

1.– La possibilité pour la caisse de financer dès 2008 de nouvelles places en établissements

Pour 2008, la CNSA devrait présenter une situation déficitaire, de l'ordre de 450 millions d'euros. Ses comptes prévisionnels font l'objet du tableau suivant.

BUDGET PRÉVISIONNEL DE LA CNSA POUR 2008

(en millions d'euros)

CHARGES		PRODUITS	
Section I. Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	14 238,5	Section I. Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	14 038,5
<i>Sous-section I. Établissements et services accueillant des personnes handicapées</i>	7 692,5	<i>Sous-section I. Établissements et services accueillant des personnes handicapées</i>	7 692,5
Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	7 649,8	Contribution de solidarité autonomie (CSA)	325,5
Groupe d'entraide mutuelle (GEM)	20	Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	7 367
Financement ANESM	0,6		
Contribution à la section IV-2	11,9		
Contribution à la section VI	6,8		
Atténuation de recettes (ANV, annulations, provisions...)	2,2		
Contribution pour frais de collecte ACOSS CSA (0,5 %)	1,3		
<i>Sous-section II. Établissements et services accueillant des personnes âgées dépendantes</i>	6 546	<i>Sous-section II. Établissements et services accueillant des personnes âgées dépendantes</i>	6 346
Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	6 519,4	Contribution solidarité autonomie (CSA)	930
Financement ANESM	0,9	Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	5 416
Contribution à la section V-1	10		
Contribution à la section VI	5,6		
Atténuation de recettes (ANV, annulations, provisions...)	6,2		
Contribution pour frais de collecte ACOSS CSA (0,5 %)	3,9		
Section II. Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	1 597	Section II. Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	1 597
Concours versés aux départements (APA)	1 573	Contribution solidarité autonomie (CSA)	465
Congé de soutien familial	5,7	Contribution sociale généralisée (CSG)	1 041,5
Contribution à la section VI	1,4	Contribution des régimes d'assurance vieillesse	65,5
Atténuation de recettes (ANV, annulations, provisions...)	10,4	Produits financiers	25
Contribution pour frais de collecte ACOSS CSA (0,5 %)	6,5		
Section III. Prestation de compensation et Maisons départementales des personnes handicapées	629,6	Section III. Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées	629,6
Concours versés aux départements (PCH)	560,9	Contribution solidarité autonomie (CSA)	604,6
Concours versés aux départements (MDPH)	30	Produits financiers	25
Majoration AEEH (versement CNAF)	16,7		
Congé de soutien familial	4,8		
Contribution à la section V-2	10		
Contribution à la section VI	0,6		
Atténuation de recettes (ANV, annulations, provisions...)	4		
Contribution pour frais de collecte ACOSS CSA (0,5 %)	2,5		
Section IV. Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service	78,4	Section IV. Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service	78,4
<i>Sous-section I. Personnes âgées</i>	66,5	<i>Sous-section I. Personnes âgées</i>	66,5
Dépenses de modernisation, professionnalisation et formation	65,6	Contribution sociale généralisée (CSG)	66,5
Contribution à la section VI	0,1		
Atténuation de recettes (ANV, annulations, provisions...)	0,5		
Contribution pour frais de collecte ACOSS CSA (0,5 %)	0,3		
<i>Sous-section II. Personnes handicapées</i>	11,9	<i>Sous-section II. Personnes handicapées</i>	11,9
Dépenses de modernisation, professionnalisation et formation	11,9	Prélèvement sur la sous-section I de la section I	11,9
Section V. Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	575	Section V. Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	325
<i>Sous-section I. Actions en faveur des personnes âgées</i>	400	<i>Sous-section I. Actions en faveur des personnes âgées</i>	225
PAM	390	PAM (reprise provisions)	215
Dépenses d'animation, prévention et études	10	Prélèvement sur la sous-section II de la section I	10
<i>Sous-section II. Actions en faveur des personnes handicapées</i>	175	<i>Sous-section II. Actions en faveur des personnes handicapées</i>	100
PAM	165	PAM (reprise provisions)	90
Dépenses d'animation, prévention et études	10	Prélèvement sur la section III	10
Section VI. Frais de gestion de la caisse	13,8	Section VI. Frais de gestion de la caisse	14,1
Dépenses de fonctionnement / CNSA	6,7	Contribution des sections I à IV pour frais de caisse / CNSA	14,1
Charges de personnel / CNSA	7,1		
Total des charges	17 132,3	Total des produits	16 682,6
		Résultat (déficit)	449,7

Source : projet de loi de financement de la sécurité sociale, annexe 8

En effet, au-delà d'un surplus de recettes généré par la mesure de prélèvement à la source des dividendes prévue au titre du projet de loi de finances pour 2008, et qui devrait représenter un gain de 47 millions d'euros pour la CNSA, la caisse achève sa montée en charge en 2008. C'est pourquoi :

– les concours de la caisse aux départements au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH) évolueraient de 5,6 % ;

– un prélèvement sur ses réserves, à hauteur de 200 millions d'euros, sera opéré, afin d'accroître sa contribution au titre des dépenses médico-sociales en direction des personnes âgées ;

– tandis qu'une reprise sur ses excédents passés, d'un montant de 250 millions d'euros, devrait financer un troisième plan d'investissement immobilier pour les établissements et services médico-sociaux, qui succèdera aux plans d'aide à la modernisation menés en 2006 et 2007, le plan 2006 ayant mobilisé 500 millions d'euros de crédits issus des réserves de la caisse.

Concernant ce dernier point, la caisse a identifié deux problèmes. D'une part, les plans de modernisations sont restés à ce stade limités à une seule année. D'autre part, ils concernent exclusivement des opérations de réhabilitation et de modernisation des places existantes. Une partie de ces difficultés est en voie d'être levée : **l'article 45** du présent projet de loi ouvre en effet la possibilité pour la caisse de financer sur ses excédents des aides à l'investissement non seulement pour la rénovation du bâti existant, comme cela était déjà le cas, mais également pour le financement de nouvelles places en établissements. **Votre Rapporteur pour avis juge plus qu'opportune cette disposition qui permet à la caisse de piloter pleinement les fonds qu'elle est chargée d'assembler, et notamment l'enveloppe médico-sociale qui est à l'origine de ses excédents.** On peut également se réjouir que les dispositions de cet article ouvrent la possibilité à la caisse de financer sur ses excédents des actions d'appui à la formation professionnelle pour les métiers de l'aide à l'autonomie, secteur qui est appelé à se développer sensiblement à l'avenir.

2.– Une source d'enseignements pour la conception d'un cinquième risque

Lors de sa réunion le 16 octobre dernier, le conseil de la CNSA a élaboré des pistes éclairantes pour nourrir les débats autour du nouveau champ de protection sociale d'aide à l'autonomie. L'accès à l'autonomie doit ainsi être affirmé comme un nouveau droit universel, et ce, quels que soient l'âge de la personne et les causes de son état de dépendance. Ce droit donnerait accès d'une part, à un plan personnalisé de compensation, et d'autre part, à une prestation personnalisée de compensation.

La gestion de cette politique doit être confortée dans sa dimension territoriale, à travers les conseils généraux, qui seraient chargés de servir la

prestation de compensation, sous l'égide de la CNSA, qui se donnerait comme l'instance nationale de garantie de l'égalité de traitement.

Toutefois, des questions demeurent quant au financement de ce nouveau champ, notamment concernant la répartition envisageable de sa prise en charge entre la solidarité nationale et la prévoyance collective et personnelle. Enfin, au sein même du financement public, il conviendra d'interroger la part respective de la fiscalité nationale et de la fiscalité locale.

EXAMEN EN COMMISSION

A. – AUDITION DES MINISTRES

Au cours de sa réunion du jeudi 11 octobre 2007, votre Commission a procédé à l'audition, ouverte à la presse, commune avec la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, de M. Xavier Bertrand, ministre du Travail, des relations sociales et de la solidarité, Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé, de la jeunesse et des sports, M. Éric Woerth, ministre du Budget, des comptes publics et de la fonction publique, et Mme Valérie Létard, secrétaire d'État chargée de la solidarité, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

Le **Président Didier Migaud** et **M. Pierre Méhaignerie, Président de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales**, ont souhaité la bienvenue aux ministres avant de leur laisser la parole.

M. Éric Woerth, ministre du Budget, des comptes publics et de la fonction publique, a estimé que les Français étaient légitimement préoccupés par la situation financière de la sécurité sociale. Le Gouvernement apporte des réponses fortes et équilibrées à leurs inquiétudes : des mesures fortes pour moderniser le système de santé et prolonger le travail des seniors ; des mesures équilibrées qui concernent tous les acteurs du système : assurés, entreprises, professionnels de santé en ville et à l'hôpital.

Ce projet vise d'abord à rompre avec la fatalité des déficits : près de 12 milliards en 2007 et de 14 milliards en 2008 si le Gouvernement n'agit pas. Or le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 ramène le déficit en dessous de 9 milliards par un effort équilibré de maîtrise des dépenses et de nouvelles ressources. Par ailleurs, en 2008, les branches famille et accidents du travail retrouveront l'équilibre ; le déficit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) sera, quant à lui, ramené à 4,3 milliards, soit son niveau le plus faible depuis 2002.

Ce projet de loi de financement de la sécurité sociale engage une étape nouvelle en privilégiant quatre axes d'actions.

Premier axe : la maîtrise des dépenses d'assurance maladie et la modernisation du système de santé. Un objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) à 2,8 % est ambitieux mais réaliste : il tient compte de l'impact de la franchise et correspond en fait à une évolution de 3,4 % de l'ONDAM global. C'est par ailleurs un taux suffisant pour répondre aux besoins du système de santé et qui permet de réaliser un effort substantiel en faveur des personnes âgées et handicapées (+ 6,5 %). Cet objectif est réaliste parce que les efforts de maîtrise médicalisée sont renforcés et que des améliorations

structurelles sont apportées à l'organisation des soins – financement intégral des hôpitaux par la tarification à l'activité (T2A), mesures visant à améliorer la répartition des professionnels sur le territoire. Ce taux devra être impérativement respecté.

Deuxième axe : une action forte en faveur de l'emploi des seniors, la clé du redressement des comptes résidant dans le prolongement de l'activité. Des mesures sont donc mises en place afin de dissuader les entreprises de faire partir les seniors en retraite ou en préretraite. Ce sont 350 millions de recettes supplémentaires qui sont ainsi attendues. Les recettes supplémentaires prévues dans ce projet de loi de financement de la sécurité sociale seront de 2 milliards pour la sécurité sociale dont près de 1,6 milliard pour le régime général. Elles résultent tout d'abord du réexamen de la pertinence et de l'impact de certains dispositifs d'exonération de cotisations. Une contribution sera également demandée à l'industrie des produits de santé. Enfin, la mise en place du prélèvement à la source sur les dividendes, prévu en projet de loi de finances, devrait rapporter 1,3 milliard.

La Cour des comptes a par ailleurs relancé le débat sur les stock-options et la contribution de ces revenus extrasalariaux au financement de la protection sociale. C'est certes un bon débat, mais posé avec de mauvais chiffres. La Cour surévalue en effet un certain nombre de points en prétendant que la sécurité sociale perd 3 milliards de recettes – elle se livre à des hypothèses par trop générales, voire hasardeuses, sur l'évolution des cours de la bourse et elle fait comme si l'assujettissement à un taux de 38 % ne conduisait pas à réduire le volume des stock-options. Le Gouvernement est prêt à discuter d'une mesure permettant de renforcer la contribution des stock-options – mais aussi des actions attribuées gratuitement – au financement de la protection sociale. Leur régime fiscal n'est d'ailleurs pas si avantageux, les salariés acquittant 11 % de prélèvements sociaux : la question se pose plutôt en termes de contribution de l'employeur, mais avec un taux raisonnable qui ne nuise pas à l'attractivité de la France.

Troisième axe : ce projet contient une série de mesures phares visant à rétablir la clarté et la sincérité des relations financières entre l'État et la sécurité sociale. Il met fin au débat stérile, parce que neutre pour les finances publiques, de la dette de l'État à l'égard de la sécurité sociale. L'État a remboursé sa dette de 5,1 milliards à l'endroit du régime général le 5 octobre. Cette opération réduit de 55 millions les charges financières de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) en 2007 et de 220 millions en 2008, ce qui améliore d'autant la situation du régime général. Pour que les mêmes causes ne produisent pas les mêmes effets, le Gouvernement a défini dans le projet de loi de finances pour 2008 une budgétisation appropriée pour les dispositifs gérés par la sécurité sociale mais financés par l'État – aide médicale d'État, allocation de parent isolé, etc.

Il sera également imposé aux gestionnaires des différents programmes que les dotations destinées à ces différents dispositifs soient effectivement versées et non pas consacrées à un autre objet en fonction des aléas budgétaires. Enfin, l'impact des mesures relatives aux heures supplémentaires sera intégralement compensé. Le Gouvernement est parti de l'évaluation connue à ce jour des heures supplémentaires, pour un coût de 5,1 milliards en année pleine ; l'impact sera réévalué pour réajuster la compensation, si nécessaire. L'État prend ainsi entièrement à sa charge, en 2007 et 2008, le financement des exonérations sur les heures supplémentaires, mais aussi les allègements des charges sur les bas salaires en complétant le panier fiscal actuel par le transfert de nouvelles recettes fiscales, notamment l'intégralité des droits sur les tabacs et de la taxe sur les salaires – dont une fraction restait à l'État – et la TVA brute sur les alcools. Au total, les recettes fiscales transférées au régime général devraient passer de 21 à près de 27 milliards.

Il faut aussi engager rapidement une concertation sur un schéma de redressement durable du Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA).

Quatrième axe : ce projet de loi de financement de la sécurité sociale contient un important volet consacré à la lutte contre la fraude. La première priorité est le développement des échanges d'informations entre les services. La deuxième priorité est le renforcement des pouvoirs de contrôle des agents, qui seront habilités à recueillir des informations vis-à-vis de tiers tels que les banques ou les fournisseurs d'énergie. La troisième priorité est le renforcement des sanctions. Des peines planchers seront mises en place en cas de travail dissimulé : les unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) et les caisses de la mutualité sociale agricole (MSA) pourront ainsi procéder à un redressement forfaitaire correspondant à six mois de salaire minimum. Le Gouvernement travaille également à une procédure de suspension de certaines prestations en cas de fraude.

Ce projet de loi de financement de la sécurité sociale contient des mesures fortes et structurantes répondant aux enjeux de maîtrise des comptes publics. Il faudra les approfondir en prenant le temps de la concertation sur les trois chantiers ouverts : financement de la protection sociale, partage entre assurance collective et responsabilité individuelle et, enfin, rendez-vous sur les retraites.

M. Pierre Méhaignerie, Président de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, a rappelé, s'agissant des fraudes, que M. Pierre Morange avait déposé un amendement au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 prévoyant l'interconnexion des réseaux. Le Parlement l'avait accepté, mais le décret est toujours attendu.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé, de la jeunesse et des sports, a indiqué que ce projet de loi de financement de la sécurité sociale est, ainsi que le qualifie M. Yves Bur, fondateur. Il s'agit en effet d'engager des

réformes structurelles qui permettront d'assurer la pérennité d'un système solidaire et de répondre aux attentes des Français mais également de faire progresser la qualité des soins et de porter un coup d'arrêt à certains modes de gestion par trop chaotiques de notre système de santé. Il faut être en mesure de prendre en charge de nouveaux besoins de santé – maladie d'Alzheimer, cancer, soins palliatifs – tout en respectant l'exigence de solidarité entre les générations. Il n'est pas possible de grever les comptes de l'assurance maladie et de faire payer aux générations futures le prix d'éventuelles inconséquences. Au préalable, il convient de donner au système les moyens de se réformer. C'est la raison pour laquelle l'ONDAM est équilibré : 2 % pour la médecine de ville, à quoi il faut ajouter 1,2 % par l'effet des franchises, soit 3,2 % ; le taux est identique pour l'hôpital. Cet ONDAM réaliste est conçu pour accompagner la réforme de l'hôpital et tient compte de la progression tendancielle des soins de ville. Il offre en outre des marges de manœuvre qui supposent l'application des mesures d'économies prévues dans ce projet.

Il convient également de donner au système davantage de latitude pour sa réorganisation et sa modernisation. L'hôpital, notamment, attend quelques restructurations utiles, sur le plan tant de l'efficacité que de la qualité des soins.

Ce projet de loi de financement de la sécurité sociale constitue donc une occasion propice au redéploiement des moyens et à l'amélioration qualitative du système de soins : tel est en particulier le sens de la mesure forte qui consiste à porter la T2A à 100 %. La logique de responsabilité commande l'ensemble de ces mesures : pour mieux soigner, il faut mieux gérer et vice-versa ; tel est le cercle vertueux qu'il faut promouvoir.

L'évolution de la démographie médicale n'est en rien une fatalité mais elle doit être l'occasion de réfléchir aux moyens de mieux assurer la proximité et la permanence des soins. Comment accepter en effet le creusement des inégalités territoriales ? Comment accepter qu'il y ait neuf fois moins de cardiologues en Mayenne qu'en Loire-Atlantique ? Comment concevoir que 4 millions de Français peinent à accéder à un médecin de famille ? Le Gouvernement est soucieux de défendre le principe de la liberté d'installation mais il veut tout autant répondre aux préoccupations concrètes des Français qui attendent une répartition plus harmonieuse des professionnels de santé sur le territoire.

M. Xavier Bertrand, ministre du Travail, des relations sociales et de la solidarité, a tout d'abord rappelé que la branche accidents du travail – maladies professionnelles et la branche famille sont en équilibre cette année, ce qui n'empêche pas de prendre des mesures nouvelles, notamment en faveur de l'amélioration de la situation des ayants droit de personnes décédées d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle ; s'agissant de la branche famille, le principe de modulation de l'allocation de rentrée scolaire (ARS) a été acté – une concertation aura lieu puis des décrets seront pris. Son montant, à ce jour, n'est en revanche pas encore fixé. L'enjeu est également de faire en sorte que, pour des

familles modestes, le fait de prendre une assistance maternelle n'occasionne pas de charges plus élevées qu'une place en crèche.

S'agissant de la branche vieillesse, un certain nombre de mesures ont été décidées : si les entreprises ne font pas assez de place aux seniors, elles seront sanctionnées, un système de bonus-malus semblant le plus approprié ; les préretraites d'entreprises doivent être quant à elles beaucoup plus taxées ; de même, il faudra changer de politique s'agissant des mises à la retraite d'office en encourageant les entreprises vertueuses.

Mme Valérie Létard, secrétaire d'État chargée de la solidarité, a rappelé que l'ONDAM médico-social progresse de 6,5 %, soit 8,5 % pour les personnes âgées et 5,3 % pour les personnes handicapées. Pour ces dernières, il faut tout d'abord tendre à une amélioration de la situation sur un plan quantitatif avec 2 200 places supplémentaires en établissements et services pour enfants et plus de 4 900 places nouvelles pour adultes handicapés. Sur le plan qualitatif, les places disponibles seront adaptées à des problématiques jusqu'ici insuffisamment prises en compte : polyhandicap, autisme et troubles graves du comportement. Par ailleurs, un plan des métiers du handicap et de la dépendance sera expérimenté dans des régions pilotes, ce qui permettra de disposer d'un outil de gestion prévisionnelle et partenariale.

Il faut également rendre effectives les ambitions de la loi du 11 février 2005. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale y contribuera à travers l'extension de la prestation de compensation du handicap (PCH) aux enfants. Le mécanisme de droit d'option entre le complément d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et la prestation compensatoire du handicap (PCH) permettra aux parents d'enfants lourdement handicapés de bénéficier d'une meilleure prise en charge des frais qu'ils engagent pour l'accompagnement de leurs enfants.

Pour les personnes âgées, ce sont 650 millions qui seront débloqués. En permettant aux personnes âgées dépendantes de rester aussi longtemps qu'elles le souhaitent dans leur domicile, le projet de loi de financement de la sécurité sociale poursuit l'effort engagé en termes de places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) – 6 000 places – ainsi que d'accueil de jour et d'hébergement temporaire, notamment pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Un effort est également accompli à travers le financement de 7 500 places en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) – contre 5 000 en 2007 – et la poursuite de leur médicalisation. Enfin, la nouvelle tarification permettra de prendre en compte non seulement la charge de travail liée à la dépendance mais la charge en soins médicaux et techniques requis par les résidents, avec pour conséquence un renforcement en personnels.

Ce projet de loi de financement de la sécurité sociale est également l'occasion de mettre en œuvre un plan d'investissement pour lever les blocages au développement des établissements et services médico-sociaux. Les compétences

de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) seront élargies pour favoriser l'investissement, non seulement dans le bâti existant mais également dans les places nouvelles des établissements médico-sociaux. Dès l'an prochain, 250 millions seront débloqués sur les réserves de la CNSA, ce qui permettra de diminuer les délais et les coûts restant à charge des familles.

Un débat a suivi l'exposé des ministres.

M. Pierre Méhaignerie, Président de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, a souligné combien il importe d'avoir des éléments précis en la matière tant les différents acteurs sont nombreux.

M. Yves Bur, rapporteur pour la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, a rappelé que l'objectif est de parvenir à l'équilibre des comptes d'ici 2010. Quelles sont donc les pistes envisagées ? En outre, si le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) se porte mieux, le FFIPSA demeure quant à lui un véritable casse-tête. Il importe également d'ouvrir « le coffre des niches sociales » : stock-options, primes de licenciement et de départ à la retraite, attributions d'actions gratuites. Le Gouvernement est-il prêt à poursuivre le travail de remise à niveau afin que tous les revenus contribuent à la protection sociale ?

Ce projet de loi de financement de la sécurité sociale est bien structuré, la maîtrise médicalisée des dépenses en restant le pivot. Néanmoins, comment la combinaison de mesures sur l'offre de soins et sur une meilleure régulation permettra-t-elle de parvenir à équilibrer structurellement les comptes de l'assurance maladie ?

L'instauration de franchises représente certes un effort pour 45 millions de Français mais ils seront surtout vigilants quant à l'utilisation des 850 millions qu'ils auront contribué à dégager, notamment pour les chantiers sanitaires définis par le Président de la République. Comment une telle transparence peut-elle être garantie ?

Quelles sont, enfin, les propositions du Gouvernement afin de calmer « le jeu » des dépassements d'honoraires dans le secteur 2 ? La seule information préalable mais partielle des patients est-elle suffisante ? Ne peut-on faire preuve de plus de rigueur ?

Votre Rapporteur pour avis a souligné combien ce projet de loi de financement de la sécurité sociale est volontariste, réaliste et responsable. Le réalisme, c'est le courage d'un ONDAM pertinent ; la responsabilité, c'est le courage des mesures concernant les franchises mais aussi le développement de la T2A et le renforcement des coopérations hospitalières. Il s'agit, en définitive, de proposer aux Français un véritable contrat de santé et de protection sociale.

Par ailleurs, est-il possible d'avoir des précisions sur l'ARS et les hypothèses de sa modulation ? S'agissant des données qui ont conduit à accepter l'assurabilité des franchises prévue à l'article 36, quelles sont les positions des

organismes complémentaires d'assurance santé eu égard aux conditions posées pour bénéficier des avantages réservés aux contrats responsables ? Enfin, l'apurement de la dette de l'État à hauteur de 5,1 milliards est certes considérable mais la question des besoins de trésorerie ne s'en pose pas moins. Le relèvement du plafond d'emprunts de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) en cours d'année constitue-t-il une mesure pérenne ? Comment améliorer la situation de la trésorerie du régime général ?

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, a demandé si l'on peut attribuer la dégradation de la situation financière de la sécurité sociale à un échec de la réforme. La réponse à cette question doit être très nuancée car, sans réforme, le déficit aurait été encore plus important. Cette dernière doit donc être amplifiée, notamment s'agissant de la maîtrise médicalisée des dépenses, les postes « inflationnistes » étant connus.

Ce projet de loi de financement de la sécurité sociale comporte des engagements importants sur le plan structurel, notamment en ce qui concerne l'offre de soins ambulatoires. De nouveaux rapports seront également instaurés entre les médecins et les caisses. Pour réussir tout cela, il importe de poursuivre un partenariat conventionnel positif, constructif et évolutif. Comment le Gouvernement conçoit-il le partenariat actuel ? Comment peut-il évoluer ? En outre, le texte prévoit l'unification du tarif, à titre exceptionnel, des prestations d'hospitalisation au niveau des établissements publics, ce qui pourrait avoir pour effet une baisse des tarifs de l'ordre de 3,7 %. Cela n'entraînera-t-il pas une diminution des ressources pour les établissements ? De surcroît, il importe de flécher le produit des franchises sur les trois chantiers sanitaires présidentiels. *Quid*, enfin, des maisons médicales et des relations entre médecins de ville et hospitalière ? Sera-t-il possible de flécher les financements ?

M. Denis Jacquat, rapporteur pour la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, s'est interrogé sur la revalorisation des pensions de retraite prévue à hauteur de 1,1 % en 2008. Ce taux est le résultat de l'application des mécanismes prévus par la loi portant réforme des retraites, mais cela provoque quelques crispations. La loi a prévu qu'un coup de pouce pourra être proposé par la conférence tripartite qui se réunira à la fin du mois de novembre ou au début du mois de décembre alors que le projet de loi de financement de la sécurité sociale de 2008 aura été adopté par le Parlement. Or la loi prévoit qu'une correction de revalorisation ne peut intervenir que dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale suivant. Comment, dans ces conditions, le Gouvernement compte-t-il agir ?

En outre, les comptes du régime général témoignent une nouvelle fois du poids financier des départs anticipés à la retraite en raison de carrières longues. Ce sont 430 000 personnes qui ont bénéficié de ce dispositif : si l'on peut certes s'en féliciter, ce mécanisme continuera néanmoins d'accroître les charges de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) de 2,3 milliards par an de 2008 à 2010 et

en 2012, la charge sera encore de 2 milliards. Comment le Gouvernement juge-t-il cette évolution? Plutôt que de se concentrer sur les départs anticipés pour carrière longue, ne faut-il pas s'interroger sur l'effet très réduit de la surcote? Ne faut-il pas, de surcroît, renforcer les mesures favorisant le taux d'emploi des seniors – comme le projet de loi de financement de la sécurité sociale le fait en matière de préretraite et de mise à la retraite d'office – et établir un statut interprofessionnel de la pénibilité permettant de mettre en place des compensations?

Par ailleurs, le bilan de la mise en place du droit d'information des assurés sur leur retraite est positif, l'action du groupement d'intérêt public (GIP) Info-Retraite faisant l'unanimité. Enfin, le rapport sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 consacré à l'assurance vieillesse finalisera quelques propositions d'améliorations, notamment tirées de l'observation du système allemand, mais il semble préférable d'attendre la fin de la montée en charge du système en 2011 pour procéder à des modifications.

M. Hervé Féron, rapporteur pour la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, a estimé que la branche famille est le parent pauvre de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale, beaucoup s'interrogeant d'ailleurs sur la stratégie gouvernementale en la matière et a posé les questions suivantes :

– Quid du projet du Gouvernement visant à créer un conseil d'orientation de la politique familiale? Quels seraient son rôle, sa composition, ses missions? Qu'en sera-t-il de la conférence de la famille en 2007 et du devenir des autres organes de concertation tel le Haut conseil de la population et de la famille?

– Devant la Commission des comptes de la sécurité sociale, le 24 septembre dernier, un certain nombre de réformes ont été évoquées en matière de prestations familiales. Quel en sera le coût? En quoi consistera la réforme des majorations pour âge des allocations familiales? La suppression de la majoration actuelle à l'âge de 11 ans pour la reporter à l'âge de 14 ans permettra-t-elle à la branche famille d'économiser 80 millions? Serait-il possible d'avoir un chiffrage de la majoration pour âge de l'allocation de rentrée scolaire (ARS)? Qu'en est-il de la contribution de la branche famille au fonds de financement de la protection de l'enfance?

– Enfin, les enfants handicapés bénéficiant de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) pourront opter entre le complément à cette allocation et la prestation de compensation du handicap (PCH), mais les maisons départementales de personnes handicapées pourront-elles instruire dans un délai raisonnable les demandes de prestation de compensation alors qu'elles ont déjà beaucoup de mal à instruire dans un délai raisonnable les demandes pour les adultes handicapés? Quel sera l'impact financier de cette mesure pour les départements? Fera-t-elle économiser à la branche famille 50 millions, en faisant l'hypothèse que les familles ayant les enfants les plus lourdement handicapés opteront pour la prestation de compensation?

Votre **Rapporteur général** a tout d'abord rappelé que votre Commission a adopté, hier, à l'unanimité, le prélèvement à la source de la CSG sur les dividendes, ce qui entraînera une recette supplémentaire de 1,3 milliard pour les comptes sociaux.

Ne faut-il pas intégrer la gestion de la dette de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) dans la gestion de la dette de l'État ? Comment, s'agissant cette fois de la dette de l'ACOSS, éviter une trop grande vulnérabilité aux variations des taux d'intérêt ? Par ailleurs, s'il est bon que l'État ait remboursé sa dette – à hauteur de 5 milliards – au titre des allègements ciblés et des différentes allocations sociales, une dette d'un milliard apparaît néanmoins dans la gestion de l'exercice 2007. N'en ira-t-il pas de même en 2008 ? Les crédits au titre des exonérations ciblées et des allocations sociales qui sont encore dans le budget de l'État sont-ils provisionnés, afin de ne pas recréer une nouvelle dette ? Les recettes fiscales transférées au régime général devraient donc passer de 21 milliards à près de 27 milliards mais le budget de l'État connaît un déficit de 42 milliards. Si la réforme des heures supplémentaires porte ses fruits, cela coûtera certes plus cher en termes de compensation à l'État mais, en même temps, l'UNEDIC aura des ressources complémentaires. Comment, dans le cadre de la globalisation des comptes, évaluer ces évolutions de compensation ?

La question de l'élargissement de l'assiette des financements sociaux à travers les stock-options a été abordée mais le problème est plus général. Une meilleure articulation entre la réforme fiscale et celle des prélèvements sociaux est en effet nécessaire : pas de paiement de CSG sur les plus-values immobilières au bout de quinze ans ; pas de CSG sur les plus-values de valeurs mobilières en deçà du seuil de 20 000 euros ; pas de CSG non plus sur les plus-values professionnelles jusqu'à hauteur de 500 000 euros.

Il faut absolument protéger les financements sociaux et, pour ce faire, ne pas constituer une série de niches sociales. Un débat de fond doit s'engager en la matière.

Mme Marisol Touraine s'est associée aux propos finaux de M. Gilles Carrez mais a considéré avant tout que le projet de loi de financement de la sécurité sociale témoigne de l'échec de la réforme de 2004, censée ramener l'équilibre des comptes de la sécurité sociale en 2007 : nombre de mesures que le Gouvernement propose dans ce projet de loi s'inscrivant dans la lignée de celles préconisées en 2004, il est permis de s'interroger sur leur efficacité. En outre, ce projet repose sur une hypothèse de croissance de 2,25 % alors qu'elle sera sans doute inférieure à 2 %. Dans ces conditions, l'instauration de franchises est fort problématique. Au-delà d'une opposition de principe à cette dernière réforme, c'est l'instauration d'une nouvelle taxation qui est préoccupante. Par ailleurs, comment répondre aux enjeux posés par la démographie médicale alors que le Gouvernement ne souhaite pas remettre en cause la liberté d'installation des praticiens ?

Si le Gouvernement, comme il semble que cela soit probable, renonce aux mesures prévues par les articles 32 et 33, quelles initiatives compte-t-il prendre pour garantir l'accès aux soins primaires dans un certain nombre de zones déficitaires ? S'il est par ailleurs possible de comprendre l'augmentation des prélèvements sur les dispositifs de préretraites afin de dissuader les employeurs de recourir à ce type de mesures, il est en revanche incompréhensible d'agir de la même manière avec les salariés. Enfin, il est regrettable qu'aucun financement ne soit prévu pour le fonds de réserve des retraites.

M. Jean-Luc Prétel a regretté que la discussion de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale ne soit pas l'occasion de débattre avant tout de l'accès à la santé pour l'ensemble des Français, tout en saluant néanmoins l'effort de transparence et de gestion de l'État s'agissant du remboursement de la dette à l'endroit du régime général et du transfert de recettes fiscales.

La réforme de 2004 prévoyait que l'équilibre des comptes serait atteint en 2007, or comment financer un déficit de 15 milliards ? L'article 8 constitue assurément un progrès puisqu'il décrit les prévisions des dépenses et des recettes jusqu'en 2012. Le total du déficit s'élevant semble-t-il sur cette période à 42 milliards alors que la croissance se situerait entre 2,5 % et 3 %, l'inflation à 1,6 % et l'ONDAM à 1,5 %, comment envisager un financement ? Que penser, par ailleurs, de la ligne de trésorerie de 44 milliards ? Est-ce une ligne pour les « fins de mois » ? Quels en sont, en particulier, les frais financiers ?

L'ONDAM est certes réaliste mais il n'est toujours pas médicalisé. Un affichage à 3,2 %, identique donc pour les médecines de ville et hospitalière, est-il tenable sachant qu'un « effet franchise » est prévu dans le cadre de la médecine de ville ? Quel sera cet effet, sachant que la franchise constitue une moindre dépense pour l'assurance maladie et que son produit sera affecté aux plans Alzheimer et cancer ? *Quid* du financement des besoins en personnels ?

Concernant l'hôpital et le passage de la T2A à 100 %, que reste-t-il des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) ? Les tarifs seront-ils stables ou diminueront-ils si l'activité augmente ? *Quid* des contrats d'objectifs et de moyens ? Les établissements disposeront-ils d'un budget prenant en compte l'activité réelle ? Existe-t-il un risque de sélection des patients, par exemple dans le cas des affections de longue durée ? Enfin, les franchises médicales seront-elles prises en compte par les organismes complémentaires dans le cadre de contrats responsables ou non ?

Mme Martine Billard a estimé que ce projet de loi de financement de la sécurité sociale ne permettra pas de garantir un égal accès aux soins et qu'une fois de plus il est moins question de santé que de finances, la maîtrise des dépenses étant de moins en moins médicalisée et de plus en plus financière. Puis elle a posé les questions suivantes :

– Des décisions seront-elles prises pour limiter les dépassements d'honoraires ?

– *Quid* du dossier médical personnel (DMP) et de la répartition des sommes qui lui sont dévolues avec celles concernant directement les soins de santé ?

– Quelles seront les conséquences de la généralisation de la T2A sur l'interruption volontaire de grossesse (IVG) chirurgicale dans les hôpitaux, alors que le forfait a très peu été réévalué ?

– L'ONDAM de la médecine de ville ayant été dépassé, quels mécanismes mettre en œuvre afin qu'il n'en soit plus de même en 2008 ?

– Quelles seront les conséquences de l'article 13, prévoyant l'affiliation obligatoire à l'assurance maladie des personnes effectuant des « petits boulots » ?

– S'agissant de la maladie d'Alzheimer, le projet prévoit le libre choix du maintien à domicile ; or c'est bien plutôt le libre choix de l'accès aux différentes structures qui devrait être garanti.

– Enfin, comment l'extension des soins infirmiers à domicile sera-t-elle possible compte tenu de la pénurie de ces personnels et de l'existence de quotas pour ce type de soins ?

M. Pierre Méhaignerie, Président de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, a demandé si, entre les craintes des internes et de la position de la CNAM sur les déserts médicaux, la clarification du financement des maisons de garde ainsi que le cofinancement des maisons de santé avec les collectivités locales ne constitueraient pas une solution ?

M. Éric Woerth, ministre du Budget, a estimé qu'il importe avant tout de ne pas accumuler la dette. Le projet de loi de finances pour 2008 prévoit ainsi une augmentation des dépenses liées aux compensations des prestations de la sécurité sociale – aide médicale d'État, allocation aux adultes handicapés, allocation de parent isolé – pour une hausse globale de plus de 600 millions ; les dispositifs qui relèvent de la gestion de l'Union nationale pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (UNEDIC) étant quant à eux augmentés à hauteur de 700 millions, il s'agit de ne pas creuser le décalage entre ce que l'État rembourse à la sécurité sociale et ce que la sécurité sociale ou l'UNEDIC règle. Les frais financiers s'élèveront en 2008 à 1,1 milliard. La non-augmentation des taux d'intérêt à hauteur de ce qu'elle semblait devoir être a, par ailleurs, fait gagner à l'ACOSS 4 millions au mois de septembre. L'écart de gestion entre la CADES et France Trésor est aujourd'hui presque inexistant, les conditions d'emprunt de la CADES étant comparables à celles de France Trésor. Par ailleurs, les règles de gestion de la CADES sont assez strictes et il importe de les maintenir. Enfin, chaque niche sociale doit être examinée sans tabou.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé, a noté que le passage total à la T2A s'accompagne d'un mécanisme de coefficients attribués à chaque établissement visant à majorer ou à minorer les tarifs nationaux. Si l'établissement a un coefficient inférieur à 1, cela signifie que les ressources dont il bénéficie sont inférieures à ce qu'il recevrait avec un coefficient uniquement par tarif ; si le coefficient est supérieur à 1, ces ressources sont supérieures aujourd'hui à ce qu'il recevra avec un financement uniquement par tarif. Dans les deux cas, les coefficients inférieurs ou supérieurs à 1 convergeront progressivement vers 1, cette valeur étant atteinte en 2012 pour tous les établissements. Le passage à 100 % de T2A est complété par une gestion progressive des effets-revenu qui permet aux établissements de prendre les mesures d'adaptation nécessaires. La T2A ne concerne pas les MIGAC, non plus que les missions liées à la recherche et à l'innovation.

La franchise, quant à elle, ne vise pas à combler le déficit des comptes de l'assurance maladie et l'objectif de dépenses des soins de ville hors impact de celle-ci est bien de 3,2 %. Néanmoins, il n'était pas inutile de se poser la question des dépenses les plus dérivantes – dont celles des médicaments – tout en ouvrant de grands chantiers sanitaires. En outre, 15 millions de Français sont exonérés du système de franchises, plafonnées d'ailleurs à 50 euros par an, soit 4 euros par mois.

S'agissant de la démographie médicale, le principe de la liberté d'installation demeure fondamental. Le Gouvernement tient à rouvrir la négociation conventionnelle à ce sujet et à y faire participer en particulier les jeunes médecins, internes ou chefs de cliniques. Des mesures incitatives et non coercitives seront proposées.

La nouvelle politique conventionnelle s'exprime tout d'abord à l'article 25 : pour que l'ONDAM soit tenable, le Gouvernement a prévu un certain nombre de stabilisateurs : les mesures de revalorisation des honoraires médicaux seront ainsi suspendues en cas de déclenchement de la procédure d'alerte. L'article 29 vise quant à lui à rénover les missions confiées à la Haute autorité de santé (HAS) et indique que la question financière peut être un élément d'évaluation du parcours de soin efficient. L'article 30 permet à des médecins volontaires de faire des efforts supplémentaires de maîtrise médicalisée des dépenses et l'article 33, enfin, rénove profondément la démarche conventionnelle quant à la question de la démographie médicale.

La diminution de la dotation initiale de 70 millions ne remettra pas en question le financement des maisons de garde et des maisons de santé, cette baisse étant liée à la diminution du financement du DMP. Ces maisons permettent non seulement de renforcer la permanence des soins mais elles correspondent aux souhaits des professionnels en faveur d'un développement de l'exercice groupé. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 propose par ailleurs de mettre en œuvre une expérimentation pour financer sur l'ONDAM un certain nombre de structures de ce type.

Le Gouvernement, dans le cadre de la T2A, réfléchit à un réexamen de la rémunération des IVG à l'hôpital, afin qu'il soit toujours possible à toutes les femmes d'y recourir.

Enfin, l'affichage des dépassements d'honoraires est obligatoire ; un fléchissement étant constaté dans ce domaine, des sanctions seront établies.

M. Éric Woerth, ministre du Budget, a précisé que l'article 13 relatif aux cotisations forfaitaires pour les « petites activités économiques » va dans le sens d'une simplification des déclarations et des formalités.

M. Xavier Bertrand, ministre du Travail, a rappelé que le coût de la rentrée scolaire varie du simple au double du primaire au collège et du simple au triple du collège au lycée. Le montant de l'allocation de rentrée scolaire (ARS) étant stable, une modulation s'impose, comme le demandent d'ailleurs les associations familiales. Doit-elle être faite en fonction des tranches d'âge ou du niveau de scolarisation ? Il importe avant tout que le principe en soit voté. Il ne s'agit en rien d'exclure des familles de son bénéfice.

La revalorisation des pensions de retraite est fixée à 1,1 %. C'est moins que l'inflation prévue car cette revalorisation avait été l'an dernier supérieure de 0,5 % à l'inflation. À la fin du mois de novembre, la commission de revalorisation des pensions, composée des partenaires sociaux, se réunira ; elle constatera le maintien ou non du pouvoir d'achat et le Gouvernement, alors, prendra ses responsabilités. Même si la loi prévoit en effet qu'une augmentation ne peut avoir lieu que dans le prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale, un rendez-vous important sur les retraites aura lieu en 2008, avec des conséquences législatives. Des engagements sur le pouvoir d'achat, en outre, ont été pris pendant la campagne présidentielle.

Les différents plans pour l'emploi des seniors ont jusqu'ici peu fonctionné et c'est toute une philosophie qui est à revoir. La question de la pénibilité, par ailleurs, est cruciale : la différence d'espérance de vie entre un ouvrier et un cadre supérieur est, par exemple, scandaleusement importante. La pénibilité peut aussi être prise en compte à travers un aménagement du temps de travail. Il est aussi possible de s'inspirer de pays comme la Suède. Il était juste de permettre à ceux qui avaient commencé de travailler très jeunes de partir à la retraite avant l'âge de soixante ans. Le droit à l'information, enfin, demeure également essentiel.

Le Conseil de la famille doit être quant à lui une instance permanente permettant d'avoir une vision prospective de la politique familiale, comme le Conseil d'orientation des retraites ou le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie dans leurs domaines respectifs. Le Gouvernement réfléchit à sa composition : partenaires sociaux, personnalités qualifiées, associations familiales, *etc.*

Les 30 millions prévus par la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance seront bien versés. La participation de l'État relève de la médecine scolaire au titre du ministère de l'éducation nationale mais aussi des réseaux d'aide et d'appui à la parentalité avec, dans ce dernier cas, un concours financier des conseils généraux. Les conventions avec les départements sont en cours de rédaction.

La logique des préretraites intéresse nombre d'entreprises mais aussi les salariés ; or ces derniers cotisent au titre de la CSG, à la différence des préretraités. Il importe donc de rétablir l'égalité.

Enfin, le Fonds de réserve pour les retraites sera alimenté à hauteur d'1,7 milliard mais il ne sera toujours pas possible d'y ramener l'argent qui a été détourné pour financer les 35 heures.

Mme Valérie Létard, secrétaire d'État chargée de la solidarité, a rappelé que 72 100 jeunes bénéficient de l'AEEH ; pour 13 500 d'entre eux, les droits arrivent à échéance à la fin de 2008 ; selon les estimations, 6 000 environ choisiront la PCH dès 2008. L'économie d'AEEH à hauteur de 25 millions est fondée sur cette hypothèse de bénéficiaires et par référence au montant moyen versé aujourd'hui aux adultes, soit 1 300 euros. Les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) disposeront en 2008, outre des personnels mis à disposition par l'État – ce qui représente 30 millions ou 1 300 équivalents temps plein –, de 30 millions de la CNSA. Une compensation financière des refus est prévue à hauteur de 8,5 millions. Dans le cadre du comité de suivi de la loi qui sera installé le 23 octobre prochain, un groupe de travail s'attachera aux améliorations à apporter au fonctionnement des MDPH en lien avec les départements. Enfin, le droit d'option entrera en vigueur en avril pour laisser aux maisons le temps de s'organiser.

S'agissant des soins infirmiers à domicile, 6 000 places nouvelles ont été créées – pour un montant de 60 millions – ainsi que 2 000 emplois d'aides-soignantes. Il ne convient pas d'opposer domicile et établissement.

M. Jean-Marie Le Guen a estimé qu'il était discutable qu'il faille un nouveau dispositif gouvernemental avec un ministre des comptes pour présenter le budget de la sécurité sociale et a posé les questions suivantes :

– Aujourd'hui le déficit porté par l'ACOSS n'est plus une facilité ; c'est un déficit structurel critiqué en tant que tel par la Cour des comptes. En 2008 le Gouvernement sera obligé de faire reprendre cette facilité de trésorerie par la dette sociale. Quel moyen est-il envisagé pour régler ce problème ?

– Par ailleurs les mesures envisagées pour traiter du problème de la désertification médicale n'apparaissent pas clairement. La rédaction initiale de l'article 1^{er} de la loi du 13 août 2004 avait été amendée pour souligner que les pouvoirs publics devaient garantir un égal accès au soin sur tout le territoire. Or cela ne correspond pas à la réalité, ce qui nous place devant un choix fondamental : cette garantie relève-t-elle de la responsabilité de l'État ou est-elle subordonnée aux négociations conventionnelles ?

M. Georges Colombier a d'abord évoqué la question des maisons médicales de garde et la pérennité des crédits les concernant : M. Xavier Bertrand s'y étant montré favorable, il faudrait l'afficher clairement.

Par ailleurs l'installation de médecins semble bien liée à la nécessaire proximité d'une pharmacie, la question des créations étant traitée par l'article 39. À cet égard le seuil de 2 500 habitants vise-t-il la seule commune d'accueil ou peut-il inclure des communes voisines sans pharmacie comme cela est le cas actuellement ? Le fait d'attendre deux ans après la publication du dernier recensement va encore compliquer l'installation de nouvelles pharmacies. La durée de validité d'une demande étant de six mois, les dossiers en cours d'instruction ne devraient-ils pas être traités au regard de la législation actuellement en vigueur ?

M. Pierre Méhaignerie, Président de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, a ajouté que l'article 39 n'est pas toujours bien compris. Il ne faudrait pas qu'il soit en contradiction avec l'obligation d'ouverture à la concurrence et les travaux de la commission présidée par M. Jacques Attali.

M. Jérôme Cahuzac s'est en premier lieu interrogé sur la franchise dont seront exonérés les enfants, les femmes enceintes et les personnes éligibles à la CMU. Le produit de cette franchise sera affecté au traitement de patients atteints par la maladie d'Alzheimer, bénéficiant de soins palliatifs ou victimes de maladies néoplasiques. Est-il cohérent que ces patients eux-mêmes soient astreints à cette franchise ? Il a été indiqué que cette franchise avait été instaurée, au vu de la dérive des dépenses liées à certains actes ou produits de santé, afin de responsabiliser les patients. Croit-on vraiment, compte tenu des pathologies citées, que cette responsabilisation aura des effets ?

Le projet de loi modifie la définition de certaines affections de longue durée (ALD), qui étaient jusqu'à présent exonérées de ticket modérateur, en raison du coût particulièrement élevé de leur traitement, en introduisant le caractère de gravité de ces affections. Mais comment va-t-on définir la gravité ?

L'avenant conventionnel à la convention médicale de mars dernier a prévu l'augmentation d'un euro du tarif de la consultation des médecins généralistes au milieu de l'année prochaine. Le Gouvernement a-t-il l'intention de respecter cet accord, donc de permettre l'entrée en vigueur de ces mesures de revalorisation tarifaire, ou la remise en cause de cet accord s'inscrit-elle dans sa vision de la modernisation et de la revalorisation des relations entre partenaires conventionnels ?

À propos de l'industrie pharmaceutique, il a été précisé que 90 % des consultations débouchaient sur des prescriptions médicamenteuses. Or chacun connaît l'existence du taux K qui permet d'imposer des pénalités financières aux laboratoires pharmaceutiques dont l'augmentation du chiffre d'affaires aurait trop progressé par rapport aux objectifs fixés par le Parlement. Puisque nous en sommes à responsabiliser les différents acteurs de la santé, pourquoi le projet de loi prévoit-il de porter à 1,4 % le taux K pour 2008, alors qu'il était de 1 % l'an dernier, ce qui donnera comme signal à l'industrie pharmaceutique qu'elle aura une marge supplémentaire de 0,4 % pour augmenter son chiffre d'affaires !

Enfin, quels sont les éléments du projet de loi de financement de la sécurité sociale qui permettent au Gouvernement d'affirmer que l'ONDAM sera de 3,4 % contre 4,2 % l'an dernier, ce qui nécessiterait la réalisation de plus d'1,3 milliard d'euros d'économies, tout en prévoyant la revalorisation des tarifs de consultation de médecins et compte tenu du signal donné à l'industrie pharmaceutique ?

M. Gérard Bapt a relevé que M. Éric Woerth avait indiqué que l'intégralité des droits sur le tabac serait désormais transférée sur le budget de la sécurité sociale. Pourquoi une mesure identique n'est-elle pas prévue pour les droits sur l'alcool ?

M. Éric Woerth, ministre du Budget, a d'abord répondu à M. Jean-Marie Le Guen que le déficit étant structurel, les réformes mises en œuvre sont également structurelles. Ainsi une réflexion approfondie est menée sur le financement de la protection sociale. Il faut donc attendre le résultat de ce travail et du rendez-vous de 2008 sur les retraites pour élaborer une réponse structurelle et globale au problème. Cela est complexe mais chacun a ses responsabilités.

Actuellement la trésorerie est dans l'ACOSS et elle va y rester. En ce qui concerne le panier fiscal, le Gouvernement n'était pas obligé d'affecter immédiatement de nouvelles ressources mais il a préféré le faire. Pour le tabac l'ensemble des droits a été transféré et le maximum a été fait pour ceux sur l'alcool.

M. Marc Bernier est également intervenu sur la démographie médicale et sur les maisons médicales de garde, indiquant que le département de la Mayenne est le dernier de France quant à la densité des médecins.

Il est faux de prétendre que les mesures incitatives n'ont aucun effet. La plupart des propositions du rapport fait en 2003 au nom du groupe Santé sur l'égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire ont été reprises dans les lois de financement de la sécurité sociale depuis 2004 ainsi que dans la loi du 23 février 2006 sur le développement des territoires ruraux : encourager et rendre attractifs les stages, accorder des bourses aux étudiants, autoriser la réouverture de cabinets secondaires, décloisonner les secteurs hospitalier et ambulatoire, réaffirmer l'importance des hôpitaux locaux...

Il convient de prendre en compte les spécificités de chaque département et il y a des incitations positives qui produisent leur effet. Ainsi, dans la Mayenne des médecins et des professions paramédicales ont le projet de créer une maison pluridisciplinaire au sein de l'hôpital. Cela permettrait en outre d'assurer les gardes et les urgences. Il faut raisonner par département et par région. On pourrait ainsi envisager un numerus clausus régional et non plus national. Il existe des zones déficitaires même dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. À cet égard, le mot « désertification » est lourd de sens et l'on parlait déjà auparavant de zones « défavorisées ». Il faut faire attention, y compris dans le vocabulaire utilisé, à ne pas stigmatiser le monde rural, d'autant que certaines régions de montagne et zones périurbaines connaissent le même problème, même si les remèdes à mettre en œuvre ne sont pas les mêmes.

M. Étienne Pinte a relevé que la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports avait indiqué qu'il fallait améliorer la gestion des hôpitaux. Or l'une des difficultés auxquelles sont confrontés les hôpitaux, en particulier ceux d'Île-de-France dont les deux tiers sont en déficit, est que le ministère ne leur a pas accordé les crédits nécessaires aux investissements destinés à restructurer et à agrandir certains services. Ainsi, à Versailles, un service de maternité ne peut pas s'agrandir pour honorer les 3 000 demandes annuelles qu'il reçoit – il est actuellement limité à 1 800 accouchements – alors que cela lui permettrait d'améliorer sa gestion et la tarification à l'activité. Quant aux signatures des contrats d'objectifs et de moyens, leur signature est renvoyée de mois en mois. Quand seront-elles effectuées ?

M. Pierre-Christophe Baguet a d'abord demandé s'il est prévu d'adapter la franchise en fonction du coût unitaire du médicament, pensant en particulier aux médicaments homéopathiques.

Il est heureux que la branche famille retrouve un excédent en 2008, mais les besoins en crèches demeurent très importants. Que devient le désir d'amplifier le plan d'investissement dans ce domaine, sachant que la volonté de rééquilibrer entre les départements avait posé quelques problèmes ? La modulation de l'allocation de rentrée scolaire est une excellente idée, mais faut-il faire des propositions à volume financier constant ou l'enveloppe sera-t-elle augmentée ? Le FSV sera également excédentaire en 2008 et cet excédent ira croissant jusqu'en 2012. Cela permettra-t-il de revenir sur ce « hold-up » sur la branche famille ?

M. Xavier Bertrand, ministre du Travail, a souligné que, pour toutes les branches, un peu de clarification ne ferait pas de mal. Un débat sur ce sujet est indispensable.

En ce qui concerne les crèches, il faudra être très attentif à la prochaine convention d'objectifs et de gestion, compte tenu de l'engagement pris durant la campagne électorale sur le droit opposable à la garde d'enfant. L'horizon est celui de la fin du quinquennat. Il convient en effet d'agir de manière prospective et de mener un important travail préparatoire pour savoir qui fera quoi et quels seront les modes de garde ; si certains existent déjà il faudra peut-être en promouvoir ou en inventer d'autres. Se posera également la question du financement, et, puisqu'il a été question de l'article 40 de la Constitution, il faut savoir que le Gouvernement sera très ouvert aux propositions en la matière.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé, a renvoyé les députés l'ayant interrogé sur la démographie médicale à l'exposé des motifs de l'article 33. Il démontre que la démarche conventionnelle n'est pas une manière pour l'État d'échapper à ses responsabilités. Réfléchir dans un cadre conventionnel élargi impose de ne s'interdire aucune démarche, en particulier en ce qui concerne les mesures incitatives. Du dialogue approfondi avec les syndicats d'internes il est ressorti que ceux-ci n'ont pas uniquement des préoccupations financières ; ils sont également attachés au cadre de vie et aux conditions d'exercice au service des patients. Il ne faut donc pas isoler la question de la démographie médicale des conditions de l'exercice médical.

Pour ce qui est des franchises, il n'y a aucune raison d'en exonérer ceux qui bénéficieront ensuite des mesures financées par les fonds ainsi récoltés. Il y a d'ailleurs un plafond annuel de 50 euros et un fléchage pour la redistribution de ces sommes. Par ailleurs, aucune mesure du projet de loi de financement de la sécurité sociale ne prévoit de revenir sur la définition des ALD, même s'il est possible d'envisager de s'engager dans cette réflexion. Il est vrai que huit millions de malades concentrent 60 % du financement de l'assurance maladie et que certaines dérives ont été pointées. À cet égard, on peut attendre beaucoup du débat sur le bouclier sanitaire et sur le reste à charge pour revisiter certains de ces dossiers, le Gouvernement comptant beaucoup sur les parlementaires dans cette analyse à la suite du rapport présenté par MM. Raoul Briet et Bertrand Fragonard.

Pour ce qui est du taux K, il demeure calqué sur les hypothèses de croissance de l'ONDAM. Le projet de loi ne prévoit pas de modification du calcul du taux K : il a donc été fixé. Pour autant, l'industrie pharmaceutique est toujours mise à contribution puisqu'il y a une pérennisation de la taxe sur le chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques.

La question sur le numerus clausus est étrange car celui-ci a été considérablement relevé à la fin du premier cycle d'études médicales (PCEM1) et le problème de la démographie médicale est une question à la fois quantitative et qualitative. Le numerus clausus a été porté à 7 100 alors qu'il était à 3 ou 4 000 il y a une dizaine d'années en application d'une vision malthusienne regrettable. Il est même adapté selon les facultés de médecine et de pharmacie.

M. Marc Bernier a insisté en soulignant qu'il faudrait profiter des agences régionales de santé dont on veut accroître le rôle car, en fait, il s'agit d'un problème territorial puisque la France n'a jamais compté autant de médecins.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé, a rétorqué en indiquant que cela n'avait rien à voir avec le numerus clausus qui touche les étudiants à l'entrée et à la sortie des facultés. Ensuite les médecins vont où ils veulent ; c'est plutôt une question d'héliotropisme !

M. Marc Bernier a néanmoins souligné que les étudiants ont tout de même tendance à s'installer ensuite dans les régions où ils ont suivi leur formation.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé, l'a admis, tout en considérant que cela renvoie plutôt à l'article 34 qu'à la question du numerus clausus.

M. Jérôme Cahuzac a déclaré ne pas comprendre en quoi une franchise versée par quelqu'un frappé de la maladie d'Alzheimer allait le responsabiliser.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé, a déclaré avoir entendu les préoccupations de M. Étienne Pinte sur l'hôpital de la commune dont il est maire. La plupart des députés ont la même démarche et il sera possible d'en parler hors du débat en commission.

Il est d'autres médicaments qui sont aussi peu coûteux que les médicaments homéopathiques. Le plafonnement des franchises apportera une garantie aux malades qui se soignent ainsi, mais il n'y a aucune raison pour qu'ils ne soient pas astreints aux franchises. D'ailleurs le fractionnement très important des thérapeutiques homéopathiques permettra au contraire aux intéressés d'atteindre très rapidement le plafond donc de ne plus payer de franchise ! Cette mesure devrait également permettre de donner un nouvel attrait au grand conditionnement.

Les mesures proposées pour la création de pharmacies ont l'avantage d'avoir reçu l'accord de l'Ordre national des pharmaciens et de tous les syndicats représentatifs des pharmaciens. Elles favoriseront un bon maillage sur le territoire.

M. Pierre Méhaignerie, Président de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, a remercié les ministres.

B.– EXAMEN DU PROJET DE LOI

Au cours de sa réunion du jeudi 18 octobre 2007, votre Commission a examiné pour avis, sur le rapport de Mme Marie-Anne Montchamp, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 (n° 284).

Votre Rapporteur pour avis a estimé que ce premier projet de loi de financement de la sécurité sociale de la législature était l'occasion pour les différents acteurs concernés de prendre leurs repères. Les grandes réformes seront certes lancées à partir de l'an prochain, s'agissant par exemple de ce qu'il est convenu d'appeler le « rendez-vous de 2008 » sur la poursuite de la réforme des retraites, ou encore de la réflexion plus générale qu'il faudra conduire sur les modalités d'un financement soutenable des dépenses de protection sociale. On aurait pourtant tort de regarder ce projet de loi de financement comme un texte mineur car, outre le fait qu'il comporte davantage d'articles que le projet de loi de finances, il est à bien des égards un texte fondateur, un texte responsable et vertueux.

Évoquant en premier lieu l'équilibre général et les recettes, **votre Rapporteur pour avis** a rappelé que depuis l'entrée en vigueur de la loi organique du 2 août 2005 relative aux LFSS, le Parlement disposait de tableaux d'équilibre par branche, de l'ensemble des régimes de base d'une part, et du régime général d'autre part, et ce pour trois années : le dernier exercice clos (2006), l'exercice en cours (2007) et l'année à venir (2008), l'annexe B projetant ces équilibres jusqu'en 2012. Que la représentation nationale puisse se prononcer sur un pilotage à moyen terme est une excellente chose. Le Gouvernement, éclairé par la Commission des comptes de la sécurité sociale, en convient : la tendance de fond n'est pas bonne. Avant intervention des mesures contenues dans le projet de loi de financement pour 2008, le déficit du régime général, qui était revenu à 8,7 milliards d'euros en 2006 et doit se creuser à 11,7 milliards d'euros en 2007, atteindrait 12,7 milliards d'euros l'an prochain. Il atteindrait même 14 milliards d'euros en l'absence du plan d'économies engagé en juillet dernier en réponse au signal lancé par le comité d'alerte. Avec ce plan et les mesures que contient le projet de loi de financement, le déficit du régime général en 2008 serait contenu à 8,9 milliards d'euros. On ne doit certes pas s'en contenter, mais il faut à tout le moins reconnaître l'effort ainsi accompli.

Cet effort concerne l'ensemble des branches avec 1,7 milliard d'euros d'économies en 2008 par rapport à la tendance des dépenses. L'amorce du redressement est également obtenue grâce à l'apport de recettes nouvelles et à la mise à niveau sans précédent des contributions de l'État au profit de la sécurité sociale. Les recettes nouvelles proviennent d'abord de deux mesures centrées sur l'emploi des « seniors » : un prélèvement sur les indemnités de mise à la retraite d'office et une hausse de la contribution sur les préretraites d'entreprise. Elles proviennent ensuite d'une suppression d'exonération de cotisations bénéficiant à la branche Accidents du travail – maladies professionnelles, ainsi que d'un meilleur rendement de taxes sur l'industrie pharmaceutique. Elles proviennent

enfin d'une mesure votée en projet de loi de finances : le prélèvement à la source des contributions sociales sur les dividendes. Le même projet de loi de finances contient aussi d'autres mesures très importantes pour le rééquilibrage des comptes sociaux et pour la quasi-disparition, unanimement saluée, de la querelle des relations financières entre l'État et la sécurité sociale. On n'a sans doute pas assez insisté sur le remarquable progrès que constitue ce « règlement des différends », qui doit beaucoup à la mise en place d'un ministère en charge des comptes publics. Il interviendra également pour partie en collectif de fin d'année et il se décline en quatre points : tout d'abord, les crédits du budget de l'État destinés à financer des prestations servies par les caisses de sécurité sociale (pour l'essentiel l'allocation aux adultes handicapés, l'allocation de parent isolé, ainsi que l'aide médicale de l'État), sont remis à niveau en PLF 2008 pour 600 millions d'euros supplémentaires par rapport à l'année dernière. Ensuite, les allègements généraux de cotisations patronales sur les bas salaires sont mieux compensés, au moyen de l'affectation d'un « panier » de recettes fiscales élargi de 900 millions d'euros dès 2007 et de 500 millions d'euros en 2008. En outre, comme cela avait été annoncé, les exonérations portant sur les heures supplémentaires en application de la loi dite « TEPA » du 21 août dernier sont intégralement compensées, à hauteur d'1,3 milliard d'euros en 2007 et de 5,1 milliards d'euros en 2008. Enfin, des dettes de l'État à l'égard du régime général, dettes parfois anciennes – remontant par exemple au plan textile d'il y a dix ans – ont été remboursées il y a quelques jours à la sécurité sociale à hauteur de 5,1 milliards d'euros. On objectera peut-être que ces dettes n'améliorent en rien le solde du régime général et l'on aura raison... mais les dirigeants de l'ACOSS rencontrés au moment même où l'opération d'annulation de dette était en cours, savent combien, en trésorerie, l'opération est appréciable.

À cet égard, il faut souligner que le remboursement de cette dette de l'État vis-à-vis du régime général s'effectue au montant nominal constaté au 31 décembre 2006, ce qui signifie que la dette postérieure, qui représente, selon l'ACOSS, quelque 700 millions d'euros en 2007 et 400 millions d'euros en 2008, demeure. Par ailleurs, le solde dégradé déjà évoqué emporte lui aussi des coûts de trésorerie pour la sécurité sociale. En conséquence, le plafond d'emprunt du régime général destiné à couvrir ces coûts est porté à 36 milliards d'euros pour 2008, ce qui constitue une forme de record. L'ACOSS est tout à fait armée pour y faire face, soit *via* la convention qui la lie à la Caisse des dépôts et consignations, soit par l'émission de billets de trésorerie. Il reste que ce recours ponctuel au marché ne présente pas les mêmes conditions de sécurité de gestion qu'un transfert de dette à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), laquelle amortit la dette par l'émission d'obligations à long terme, à l'abri d'une crise de liquidités telle que celle qui est survenue cet été. Cependant, en application de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, aucune « réouverture » de la CADES n'est plus possible sans augmentation des ressources de la caisse. Autrement dit, tout nouveau transfert de dette doit s'accompagner d'une augmentation de la contribution au remboursement de la dette sociale. Cela n'entraîne pas dans la stratégie du

Gouvernement, et en effet la perspective doit être plus large : au-delà d'une maîtrise volontariste des déficits année après année, il faut travailler enfin à une « refondation » du financement de la sécurité sociale. Le Gouvernement a commencé à y réfléchir avec deux rapports ministériels récents ; la réflexion du Conseil économique et social est en cours, sur saisine de M. le Premier ministre. Il est souhaitable que le Parlement s'y attelle lui aussi ; votre **Rapporteure pour avis** a d'ailleurs l'intention d'organiser après le débat budgétaire une table ronde sur ce thème absolument crucial pour l'avenir de notre système de protection sociale.

En ce qui concerne les mesures relatives aux dépenses prévues dans ce projet de loi de financement, ce sont bien entendu les dépenses de l'assurance maladie qui sont les plus préoccupantes cette année. 2007 a en effet vu le comité d'alerte déclencher pour la première fois, le 29 mai dernier, la procédure qui a conduit le Gouvernement à mettre en place un véritable plan de redressement de la branche maladie. Les mesures du projet s'inscrivent clairement dans son prolongement et répondent à trois principes. Le premier principe est la responsabilisation. Celle des assurés, à travers la mise en place de franchises médicales destinées à financer le développement des soins palliatifs, la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des cancers. Celle des professionnels de santé, avec la disposition qui prévoit la suspension de toute négociation conventionnelle pendant six mois en cas de déclenchement de la procédure d'alerte pour dépassement de l'objectif de dépenses de l'assurance maladie en cours d'année, mais également avec l'obligation pour les médecins d'informer les patients sur le niveau des honoraires pratiqués. Le deuxième principe est celui de l'efficacité, car la qualité globale du système de soins ne peut pas se passer de ce critère. À l'hôpital, la valorisation de l'activité à 100 % dès 2008 pour les établissements publics de santé doit ainsi leur permettre de renforcer leur efficacité. Le troisième principe est celui de l'équité. Tout comme la responsabilisation des assurés ne va pas sans celle des soignants, et tout comme la mise en place de la tarification à l'activité ne va pas sans la prise en compte des missions d'intérêt général des hôpitaux publics, le principe d'équité inspire les mesures de ce projet de loi, qui, pour certaines d'entre elles, sont structurelles : l'égalité dans l'accès aux soins suppose en effet une bonne répartition des professionnels de santé sur le territoire. L'incitation à la négociation conventionnelle sur ce sujet apparaît donc comme un réel progrès, qui a d'ailleurs déjà fait ses preuves concernant les infirmiers libéraux. Par ailleurs, l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération des soignants contribue également à cet objectif.

Ces exemples témoignent tous de la ferme résolution prise par le Gouvernement de mener la réforme de notre système de santé en même temps que le rétablissement de son équilibre financier. Et celui-ci implique en premier lieu un exercice de vérité. Oui, les dépenses d'assurance maladie accusent une hausse considérable sur l'année, avec un dépassement qui atteint près de 3 milliards d'euros. Oui, le retour à l'équilibre sera long et difficile, avec un déficit qui atteint 6,2 milliards d'euros en 2007 et – en tenant compte des mesures du PLFSS – qui

représenterait toujours 4,3 milliards d'euros en 2008. Mais les efforts sont réels : il faut saluer le réalisme qui a présidé à la construction de l'ONDAM pour 2008, qui progresserait de 3,4 % en l'absence des franchises médicales, et qui est contenu grâce à ces mesures à une progression de 2,8 %. Mais on doit également rappeler que les mesures d'économie présentées s'élèvent à près de 2 milliards d'euros, ce qui est considérable.

Votre Rapporteuse pour avis a enfin évoqué la situation des autres branches de la sécurité sociale, et en particulier le retour à l'excédent prévu en 2008 pour deux branches : la branche accidents du travail – maladies professionnelles et la branche famille. Ici encore, c'est le principe d'équité qui a prévalu, avec la modulation de l'allocation de rentrée scolaire, la majoration unique à 14 ans des allocations familiales, et la hausse du complément de libre choix du mode de garde pour les familles modestes. Ce retour à l'excédent, dont il faut se féliciter, contraste avec le déséquilibre croissant de la branche vieillesse : son déficit est de 4,6 milliards d'euros en 2007, et il atteindra 5,1 milliards d'euros en 2008. Il est essentiellement d'ordre structurel et lié au vieillissement démographique. À cet égard, il faut souligner une nouvelle fois les vertus de ce projet de loi de financement. Nous assistons en effet aujourd'hui à une aggravation du déséquilibre de nos régimes de retraite en raison notamment des comportements de départ anticipé. Sur ce point, la taxation des indemnités de mise à la retraite d'office et des avantages de préretraite d'entreprise contribuera au changement des mentalités, qui est également la principale finalité du plan « seniors ». Mais les mesures de maîtrise des dépenses, si elles sont pertinentes, ne régleront pas le problème du déséquilibre du régime. C'est pourquoi une réforme d'ampleur doit être engagée, à la suite de la réforme des retraites de 2003 : c'est cette réforme à laquelle s'engage aujourd'hui le Gouvernement, sous la forme du « rendez-vous de 2008 ».

En conclusion, votre **Rapporteuse pour avis** a appelé de ses vœux une vaste réflexion sur l'avenir de notre système de protection sociale. Elle doit guider les réformes qui seront engagées sur les retraites, mais elle doit également se construire sur le plan de la politique familiale – et à cet égard, il faut que la Conférence de la famille devienne un véritable conseil d'orientation capable de représenter une instance de prospection. Enfin, cette réflexion doit être menée concernant le problème majeur de la dépendance. Car se met progressivement en place, concernant ce « cinquième risque », un modèle original, sous la forme de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, dont la structure et les fonctions sont riches d'enseignements. En définitive, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 fait preuve de sincérité et de réalisme dans son diagnostic tout comme dans les réformes qu'il initie.

M. Pascal Terrasse s'est étonné de ce qu'aucun amendement n'ait été déposé par la Rapporteuse pour avis, à la différence des Rapporteurs de la commission des Affaires culturelles. Doit-on considérer que le texte du projet de loi est à ce point parfait qu'il n'appelle aucune modification ? La prétendue rupture de 2004, matérialisée par la loi sur l'assurance maladie, s'est soldée par un

déficit de 13,7 milliards d'euros en 2007. Dans ces conditions, peut-on considérer que le budget pour la sécurité sociale pour 2008 est sincère alors qu'il prévoit un déficit de 8,7 milliards d'euros ? Il est probable que le déficit de la sécurité sociale sera pire encore, le projet de loi de financement sous-estimant les hypothèses de consommation et surestimant largement les ressources. Le risque que les déficits se creusent encore reste fort. Quatre aspects sont plus particulièrement mal traités dans le projet de loi de financement : l'évolution des pensions de retraite, les heures supplémentaires dans les hôpitaux, la contribution de un euro et la réforme de la tarification qui sera créatrice de dépenses complémentaires.

M. Gérard Bapt a souhaité savoir comment le Gouvernement traiterait la question de la réouverture de la CADES. L'impasse étant proche, faudra-t-il réintégrer un jour la dette sociale dans la dette de l'État ? Rappelons qu'en France, au moins trois organismes contribuent à gérer la dette – l'Agence France Trésor, la CADES, l'ACOSS, voire le FIPSA –. Quelles mesures concrètes le projet de loi de financement prévoit-il en faveur de la « démocratie médicale » ?

Impressionnée par le nombre d'amendements déposés par le groupe socialiste, **voire Rapporteure pour avis** a rappelé que le projet de loi de financement n'était pas un « paquet social », ni un projet de loi portant diverses dispositions d'ordre social. Le réalisme caractérise la préparation et la construction de ce projet de loi. Les nouvelles ressources qui y figurent sont courageuses et nécessaires, au vu de la situation de nos finances sociales et du discours de vérité qu'il faut tenir aux Français. Il convient de se méfier des discours politiques qui occulteraient les réformes à entreprendre.

Article 1^{er} : *Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2006*

Voire Commission a *émis un avis favorable* à l'adoption sans modification de cet article.

Article 2 : *Approbation du rapport figurant en annexe A et décrivant les modalités de couverture du déficit constaté de l'exercice 2006*

Voire Commission a *émis un avis favorable* à l'adoption sans modification de cet article.

Article 3 : *Rectification des prévisions de recettes et des tableaux d'équilibre pour 2007*

Voire Commission a *émis un avis favorable* à l'adoption sans modification de cet article.

Article 4 : *Objectif d'amortissement rectifié de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) et prévisions de recettes rectifiées du Fonds de réserve pour les retraites (FRR)*

Voire Commission a *émis un avis favorable* à l'adoption sans modification de cet article.

Article 5 : *Baisse de la dotation au Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV)*

Votre Commission a *émis un avis favorable* à l'adoption sans modification de cet article.

Article 6 : *Prévisions rectifiées des objectifs de dépenses par branche*

Votre Commission a *émis un avis favorable* à l'adoption sans modification de cet article.

Article 7 : *Rectification de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour 2007*

Votre Commission a *émis un avis favorable* à l'adoption sans modification de cet article.

Article 8 : *Approbation du rapport fixant un cadrage quadriannuel (annexe B)*

Votre Commission a examiné un amendement de M. Jérôme Cahuzac supprimant cet article.

Votre Rapporteur pour avis a exprimé un avis défavorable, rappelant que la prévision était un art difficile.

Votre Commission a *rejeté* cet amendement et *émis un avis favorable* à l'adoption sans modification cet article.

Articles additionnels avant l'article 9 :

Votre Commission a examiné un amendement présenté par le Président Didier Migaud visant à soumettre les avantages résultant de la distribution de stocks options et d'actions gratuites à une contribution additionnelle au taux de 8,2 %, affectée au fonds de réserve pour les retraites.

Votre Rapporteur pour avis a exprimé un avis défavorable, rappelant que la bonne approche concernant le débat sur les stock options résidait dans le prélèvement de cotisations sociales à l'entrée dans le dispositif.

Le **Président Didier Migaud** a confirmé ne pas avoir la même approche que la Rapporteur pour avis sur ce sujet.

Votre Commission a *rejeté* cet amendement.

Elle a ensuite examiné un amendement de M. Jérôme Cahuzac créant également une taxe additionnelle aux prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine.

M. Pascal Terrasse a indiqué que l'amendement s'inscrivait dans la continuité du précédent. La commission des Affaires culturelles s'est elle-même emparée de ce sujet, mais propose de fixer un taux trop faible. Cet amendement fixe le taux de la taxe sur les plus-values à 8,3 %, ce qui équivaut au niveau des cotisations prélevées au bénéfice de l'assurance vieillesse.

Votre Rapporteur pour avis a refusé la logique de pénalisation de l'implication personnelle des salariés dans l'entreprise qui est sous-jacente à cet amendement. La voie des cotisations sociales est meilleure, à l'image de l'excellent amendement présenté par son collègue de la commission des Affaires culturelles, M. Yves Bur.

Votre Commission a *rejeté* cet amendement.

Elle a ensuite examiné un amendement comparable de M. Jérôme Cahuzac, qui a été *rejeté* avec l'avis défavorable de la Rapporteur pour avis.

Puis, elle a examiné un autre amendement de **M. Jérôme Cahuzac** portant le taux de la taxe additionnelle sur les revenus du patrimoine à 9,9 %, son auteur expliquant que le taux devait être fixé en référence à la somme des cotisations plafonnées et déplafonnées au bénéfice de l'assurance vieillesse.

Votre Commission a *rejeté* cet amendement avec l'avis défavorable de la Rapporteur pour avis.

Article 9 : Dispositions relatives aux contributions pharmaceutiques

Votre Commission a examiné un amendement de M. Jérôme Cahuzac tendant à majorer la contribution à la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) des laboratoires pharmaceutiques.

M. Gérard Bapt a indiqué que l'amendement visait à dissuader les laboratoires de contribuer à l'explosion des prescriptions. La France se caractérise déjà par un excès de consommation pharmaceutique. Cet amendement permet ainsi d'accroître la taxation sur les dépenses de promotion des laboratoires.

Votre Rapporteur pour avis a rappelé que la pression fiscale sur l'industrie pharmaceutique était déjà lourde, avec pas moins de six contributions spécifiques et des mesures contenues dans le projet de loi de financement portant sur 150 millions d'euros. Il convient de ne pas alourdir les charges pesant sur un secteur dont la compétitivité doit être soutenue.

M. Jérôme Cahuzac a indiqué qu'un effet indirect de son amendement pourrait être de réduire la fiscalité pesant sur les laboratoires à travers une réduction de leurs dépenses de promotion.

M. Gérard Bapt s'est incidemment interrogé sur le caractère pérenne de la taxation sur le chiffre d'affaires des laboratoires, qui devait n'être qu'exceptionnelle et que le projet de loi de financement proroge.

Votre Rapporteur pour avis a admis que la mesure paraissait en voie de pérennisation.

Votre Commission a *rejeté* cet amendement.

Elle a ensuite examiné un amendement présenté par M. Jérôme Cahuzac tendant à faire disparaître le fait même que le chiffre d'affaires des médicaments génériques puisse être pris en compte pour un abattement sur l'assiette de la taxe sur la promotion.

Après que **M. Gérard Bapt** a souligné que les médicaments génériques ne devaient pas être confondus avec les autres, votre Commission a *rejeté* cet amendement.

Elle a ensuite examiné un amendement de **M. Jérôme Cahuzac**, qui a expliqué que l'article 9 permettait aux laboratoires d'accroître la promotion sur les médicaments non génériques en reportant la fraction d'abattement sur le chiffre d'affaires des génériques ou des médicaments non utilisés par une entité d'un groupe pharmaceutique sur d'autres entités du même groupe. Cette mesure va à l'encontre de ce qu'il faudrait faire, il est important de ne pas encourager les laboratoires dans la course à la dépense.

Votre Rapporteur pour avis a reconnu que s'agissant des génériques, l'effet prix l'emportait sur l'effet promotion. Faisant confiance aux conseils des pharmaciens, elle a exprimé un avis défavorable à cet amendement qui a été *rejeté* par la Commission.

Votre Commission a ensuite examiné un amendement de **M. Jérôme Cahuzac**, qui a indiqué que la dépense pharmaceutique connaissait une progression trop forte par rapport à la dépense nationale. La mise en œuvre du « taux K » donne lieu à des négociations multiples dont il est difficile de retrouver la logique. Il est contradictoire avec les objectifs du projet de loi de financement de vouloir augmenter ce taux.

Votre Rapporteur pour avis a rappelé que l'industrie pharmaceutique était déjà largement mise à contribution et qu'il fallait trouver le bon équilibre des choses.

M. Jérôme Cahuzac a souhaité savoir quelle était l'évolution du chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques depuis trois ans.

Votre Rapporteur pour avis a indiqué que la contribution du secteur pharmaceutique à la sécurité sociale s'élevait à un milliard d'euros, puis a exprimé un avis défavorable à l'adoption de cet amendement.

Après avoir *rejeté* cet amendement, votre Commission a *émis un avis favorable* à l'adoption sans modification cet article.

Article 10 : *Prélèvement social sur les préretraites et les indemnités de mise à la retraite*

Votre Commission a examiné un amendement de M. Jérôme Cahuzac supprimant l'alinéa 2 de cet article.

M. Pascal Terrasse s'est élevé contre l'inclusion des allocations touchées par les personnes en préretraite dans l'assiette de la contribution sociale sur les revenus d'activité et de remplacement. Il s'agit d'une mesure injuste, la grande majorité des préretraités n'ayant pas choisi cet état de fait. Supprimer leurs avantages fiscaux reviendrait donc à les punir pour une décision dont ils ne sont souvent pas à l'origine.

Votre Rapporteur pour avis a exprimé un avis défavorable sur cet amendement dans la mesure où il est crucial de faire comprendre aux Français que l'allongement de la vie au travail est inéluctable. Il est exact qu'un certain nombre de Français sont pénalisés par des mises à la retraite d'office. Mais le courage politique implique d'affronter ce sujet et de voter cet article important du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Le **Rapporteur général** a fait part de sa déception sur cet amendement comme sur les suivants. Malgré les déclarations des socialistes sur l'emploi des seniors et l'unanimité qui semble accompagner les réflexions actuelles, ces amendements laissent croire que les préretraites ne sont que des décisions coercitives prises par les patrons d'entreprise. La réalité est bien différente et les députés de tous bords doivent s'unir pour accompagner courageusement les évolutions dont la France a besoin.

Reconnaissant que le prolongement de l'activité professionnelle est une chose importante, **M. Pierre-Alain Muet** a indiqué qu'il fallait mettre la pression sur l'entreprise et non sur les personnes partant en préretraite. Il est établi que la majorité de ces personnes n'ont pas choisi d'être en préretraite.

M. Jérôme Cahuzac a souligné les contradictions de la majorité actuelle, celle-là même qui a supprimé la contribution Delalande. L'UMP est loin d'avoir le monopole du courage politique. Au lieu de s'engager dans cette voie, le projet de loi de financement de la sécurité sociale devrait plutôt ne pas inciter à la promotion de l'industrie pharmaceutique en lançant des signaux désastreux. Il a par ailleurs précisé que la progression du chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique était deux à trois fois supérieure à celle de la croissance économique française.

M. Daniel Garrigue a tenu à rappeler, toutefois, que l'industrie pharmaceutique est très présente dans le secteur de la recherche, d'une part, et à l'exportation, d'autre part.

Votre Rapporteur pour avis a rappelé ses collègues au principe de responsabilité. On ne peut nier l'existence d'une évolution culturelle qui conduit un certain nombre de Français à assumer le choix de la préretraite. Mais ce choix doit avoir un prix ; sinon, ce « confort » serait inéquitable. L'industrie pharmaceutique ne peut pas être prise comme un tout indifférencié, les laboratoires français souffrant d'un désavantage compétitif et d'une fragilisation de leurs structures.

Votre Commission a *rejeté* cet amendement.

Article 12 : *Suppression des exonérations pour les organismes d'intérêt général en zone de revitalisation rurale (ZRR)*

Votre Commission a *examiné* un amendement de suppression de l'article présenté par M. Jérôme Cahuzac.

M. Jean Launay s'est inquiété des conséquences néfastes qu'aurait la suppression des exonérations de charges sociales pour les organismes d'intérêt général installés dans des zones de revitalisation rurale. Les membres de l'Association des Maires de France et de l'Association des élus de la montagne ont dressé un bilan positif de cette aide mise en place par la loi relative au développement des territoires ruraux. Les zones de revitalisation rurale répondent à des critères socio-économiques et démographiques précis. Ce sont des zones fragilisées qui le seront davantage avec la suppression de ces exonérations. Ces aides permettent, en effet, d'équilibrer le budget dans certains établissements notamment dans le domaine sanitaire. En outre, il est peu cohérent de supprimer cette mesure avant même son évaluation, programmée en 2009 par la loi du 23 février 2005. De nombreux projets ont été mis en place ou développés grâce à ce dispositif : une fin si rapide ôte toute visibilité pour les investissements. La motivation de cette suppression est le faible impact de ces exonérations en termes d'emplois. Pourtant, cela résulte des directives mêmes des services centraux, puisque la circulaire d'application de la loi prévoit que les marges de manœuvre financière ainsi dégagées doivent être utilisées en priorité pour apurer les dettes et investir et non pour créer des emplois. Le reproche qui est fait est donc injustifié.

Votre Rapporteur pour avis a rappelé que le dispositif d'exonération visé par l'article 12 représente un coût de 185 millions d'euros. Il faut donc mettre en perspective les avantages avérés de ce dispositif par rapport à la nécessaire maîtrise des dépenses sociales. De plus, il est plus transparent de supprimer ces niches fiscales que de les limiter insidieusement.

M. Michel Vergnier a condamné la méthode qui consiste à supprimer un dispositif avant même son évaluation. Certes le dispositif représente un coût de 185 millions d'euros, cependant ces crédits sont peu importants eu égard aux problèmes structurels des établissements concernés et à la dégradation probable de leur situation financière à l'avenir. L'Association des élus des territoires ruraux a dressé un bilan positif de cette mesure. Ce constat était d'ailleurs partagé par toutes les tendances politiques. Il convient aussi de souligner la situation difficile

des hôpitaux situés dans les zones de revitalisation rurale qui doivent passer à la tarification de l'activité : il faudrait mettre en place un coefficient correcteur pour prendre en compte leur situation particulière. Par exemple, l'hôpital de Guéret perd 65 000 euros par trimestre en raison du passage à la tarification à l'activité. Le déficit existant de 700 000 euros va donc progresser pour s'établir à 1,5 million d'euros.

M. Jean-Louis Dumont a rappelé la vaste offensive menée contre les territoires ruraux l'année dernière. Aujourd'hui, l'article 12 constitue une atteinte supplémentaire aux zones de revitalisation rurale, qui connaissent des contraintes et des handicaps structurels. Combinée à la fin des contrats aidés, cette mesure signifie la condamnation de ces territoires ruraux.

M. Pierre Morel-à-l'Huissier a rappelé que ces exonérations concernaient les contrats de droit privé et de droit public des organismes d'intérêt général dans le domaine sanitaire, social et culturel. Les effets financiers de cette mesure entrée rétroactivement en vigueur au 1^{er} janvier 2005, n'ont peut-être pas été suffisamment analysés. Une suppression brutale de ces aides pourrait fragiliser les zones de revitalisation rurale. Un travail d'évaluation et d'analyse est donc en cours, en collaboration avec Bercy. Le débat n'est donc pas encore clos sur le sujet.

M. Daniel Garrigue a considéré qu'il ne fallait pas se focaliser uniquement sur cet aspect. La situation des établissements sanitaires dans les zones rurales pose aussi la problématique du maintien de la carte sanitaire ou de la différenciation du prix de journée. Il est néanmoins nécessaire de poursuivre un travail d'évaluation de ce dispositif d'exonération.

Votre Rapporteuse pour avis a émis un avis défavorable à l'amendement supprimant l'article 12, tout en reconnaissant le caractère sensible du sujet. Un amendement de suppression progressive du dispositif d'exonération pourrait être adopté par la commission des Affaires sociales saisie au fond.

Votre Commission a *rejeté* cet amendement et a émis un avis *favorable* à l'adoption de cet article.

Article 13 : *Expérimentation relative à la création de cotisations forfaitaires de sécurité sociale pour les petites activités dans les quartiers défavorisés*

Votre Commission a émis un avis *favorable* à l'adoption de cet article.

Article 14 : *Suppression des exonérations de cotisations accidents du travail – maladies professionnelles*

Votre Commission a émis un avis *favorable* à l'adoption de cet article.

Article 15 : *Aménagement de l'assiette de la contribution sociale de solidarité des sociétés*

Votre Commission a émis un avis *favorable* à l'adoption de cet article.

Article 16 : *Non-compensation de certaines mesures d'exonérations ou d'exclusion de l'assiette sociale*

Votre Commission a ensuite examiné un amendement de suppression de l'article 16 présenté par M. Jérôme Cahuzac.

M. Gérard Bapt a rappelé que la loi prévoyait une compensation intégrale par l'État des dispositifs d'exonération de cotisations de sécurité sociale. Il est donc incohérent que le projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit des exonérations nouvelles sans compensation.

M. Pascal Terrasse a considéré que l'article 16 constituait un exemple concret de l'incohérence du Gouvernement. Il prévoit de nouvelles exonérations de cotisation pour certains publics, tels que les arbitres internationaux, sans prévoir de compensation par l'État.

Votre Rapporteur pour avis a invité à ne pas perdre de vue le projet de loi de finances pour 2008 qui prévoit une compensation par l'État des exonérations de cotisations sociales à hauteur de 30 milliards d'euros. Cela constitue un effort sans précédent de l'État.

Après un avis négatif de la Rapporteur pour avis votre Commission a *rejeté* cet amendement.

Votre Commission a ensuite examiné un amendement présenté par M. Jérôme Cahuzac visant à inscrire le principe selon lequel l'État compense toujours les pertes de recettes liées aux allègements de cotisations sociales.

M. Gérard Bapt a rappelé que le montant exceptionnel de la compensation de l'État dans le cadre du projet de loi de finances pour 2008 était profondément lié aux exonérations massives décidées par la loi relative au travail, à l'emploi et au pouvoir d'achat, adoptée durant l'été.

Votre Rapporteur pour avis a souligné qu'on ne pouvait de façon cohérente exiger la compensation intégrale des exonérations de cotisations sociales par l'État tout en demandant de supprimer l'article 12 du projet de loi, qui tend précisément à supprimer un dispositif d'exonération. La loi organique relative aux lois de financement de sécurité sociale autorise qu'une loi de financement de la sécurité sociale déroge au principe de compensation intégrale.

Après un avis défavorable de la Rapporteur pour avis, votre Commission a *rejeté* l'amendement et émis un avis *favorable* à l'adoption de cet article.

Article 17 : *Approbation du montant de la compensation des exonérations de cotisations de sécurité sociale*

Votre Commission a émis un avis *favorable* à l'adoption de cet article.

Article 18 : *Fixation des prévisions de recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base, du régime général et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base*

Votre Commission a émis un avis *favorable* à l'adoption de cet article.

Article 19 : *Approbation du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes de base*

Votre Commission a ensuite examiné un amendement de suppression de l'article 19 présenté par M. Jérôme Cahuzac.

M. Gérard Bapt a émis des doutes sur l'hypothèse d'une croissance de 2,5 % en 2008 et donc sur les prévisions de recettes de la sécurité sociale. Les prévisions de dépenses sont, quant à elles, sous-estimées. La croissance de l'ONDAM est fixée à 3,4 % pour 2008 alors que pour 2007, la prévision de réalisation s'élève à 4,2 %. Dans la mesure où rien ne permet de prévoir un tel ralentissement, les prévisions de dépenses sont indéniablement insincères.

Après un avis défavorable de la Rapporteuse pour avis, votre Commission a *rejeté* cet amendement et a émis un avis *favorable* à l'adoption de cet article.

Article 20 : *Approbation du tableau d'équilibre du régime général*

Votre Commission a émis un avis *favorable* à l'adoption de cet article.

Article 21 : *Approbation du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base*

Votre Commission a émis un avis *favorable* à l'adoption de cet article.

Article 22 : *Objectif d'amortissement de la dette sociale et affectation de recettes au Fonds de réserve pour les retraites (FRR)*

Votre Commission a émis un avis *favorable* à l'adoption de cet article.

Article 23 : *Certification des comptes des organismes et régimes de sécurité sociale*

Votre Commission a émis un avis *favorable* à l'adoption de cet article.

Article 24 : *Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt*

Votre Commission a émis un avis *favorable* à l'adoption de cet article.

Article 25 : *Modifications de la procédure d'alerte et des modalités d'entrée en vigueur des accords conventionnels prévoyant des revalorisations tarifaires*

Votre Commission a ensuite examiné un amendement présenté par M. Jérôme Cahuzac visant à exclure toute négociation de nouvelles dispositions conventionnelles tant que les engagements dont était assortie la précédente convention n'ont pas été respectés.

M. Pascal Terrasse a souligné que le Comité d'alerte allait probablement se réunir au mois de mai et indiquer un dépassement des dépenses par rapport aux prévisions. Il convient donc d'exclure toute négociation conventionnelle, afin d'éviter une fuite en avant.

Votre Rapporteur pour avis a considéré que la logique de l'article 25 était très vertueuse. L'objectif est de répartir l'effort entre les assurés, par l'institution d'une franchise, et les professions de santé. Ce dispositif a déjà été mis en place pour les personnels infirmiers, il est donc logique de l'étendre aux médecins afin d'assurer la cohérence du système.

Après un avis défavorable de la Rapporteur pour avis, votre Commission a *rejeté* l'amendement.

Puis, conformément à l'avis défavorable de la Rapporteur pour avis, votre Commission a *rejeté* un amendement de M. Jérôme Cahuzac, disposant que les conventions ne peuvent prévoir des revalorisations tarifaires d'un acte sans compenser cette hausse par la diminution du tarif d'un autre acte.

Votre Commission a *émis un avis favorable* à l'adoption sans modification de cet article.

Article 26 : *Extension du champ de la procédure de mise sous accord préalable*

Votre Commission a *émis un avis favorable* à l'adoption de l'article 26 sans modification.

Article 27 : *Renforcement de l'encadrement des transports des assurés en taxi*

Votre Commission a *émis un avis favorable* à l'adoption de l'article 27 sans modification.

Article 28 : *Amélioration de l'information des assurés sur les dépassements d'honoraires*

Votre Commission a examiné un amendement de M. Jérôme Cahuzac, visant à garantir la transparence des tarifs et des dépassements pratiqués par les médecins.

Votre Rapporteur pour avis, approuvant l'intention d'améliorer la transparence des tarifs pratiqués, s'est demandé comment les sanctions prévues par l'amendement pouvaient être mises en œuvre. Elle a souhaité que l'amendement soit rectifié et ne prévoie pas de sanction.

M. Gérard Bapt, acceptant de rectifier l'amendement, a indiqué que certaines caisses primaires d'assurance maladie ont déjà mis en place un tel dispositif. Votre Commission a *adopté* cet amendement ainsi rectifié (amendement n° 7).

Votre Commission a ensuite *rejeté* deux amendements de M. Jérôme Cahuzac à l'article 25, prévoyant l'un et l'autre qu'une limite doit être fixée aux dépassements d'honoraires, le critère de « tact et mesure » figurant au code de déontologie de l'ordre des médecins étant trop aléatoire.

Votre Commission a *émis un avis favorable* à l'adoption de l'article 28 ainsi modifié et de l'article 29 sans modification.

Après l'article 29 :

Votre Commission a examiné un amendement de M. Jérôme Cahuzac, visant à donner une base légale aux études cliniques dites post-autorisation de mise sur le marché.

M. Gérard Bapt a précisé que ces études n'étaient réalisées que dans certains cas.

Votre Rapporteur pour avis a émis un avis favorable à cet amendement, que la Commission a *adopté* (amendement n° 8).

Article 30 : Aménagement du champ de la convention nationale des médecins libéraux et introduction de la possibilité pour les caisses primaires d'assurance maladie de conclure des contrats avec les médecins conventionnés

Votre Commission a examiné un amendement de M. Jérôme Cahuzac, visant à proposer prioritairement les contrats avec les caisses primaires d'assurance maladie aux médecins ayant choisi l'option du médecin référent.

M. Gérard Bapt a rappelé que le dispositif du médecin référent était très efficace et que dans le cadre de sa disparition, il convenait de favoriser les médecins qui l'avaient choisi.

Conformément à l'avis défavorable de la Rapporteur pour avis, votre Commission a *rejeté* cet amendement et a *émis un avis favorable* à l'adoption sans modification de l'article 30.

Article 31 : Expérimentations de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé et de financement de la permanence des soins par les missions régionales de santé (MRS)

Votre Commission a examiné un amendement de M. Jérôme Cahuzac, visant à conduire l'expérimentation de nouveaux modes de financements prévue à l'article 31 sur des maisons de santé polyvalentes.

M. Pascal Terrasse a indiqué que les collectivités locales soutiennent souvent ce type de structures, très utiles pour couvrir des zones mal pourvues.

Votre Rapporteur pour avis a estimé qu'il fallait laisser les missions régionales de santé choisir les candidatures les plus innovantes. Conformément à son avis défavorable, votre Commission *a rejeté* cet amendement et *a émis un avis favorable* à l'adoption sans modification de l'article 31.

Après l'article 31 :

Votre Commission a examiné un amendement de M. Jérôme Cahuzac, prévoyant que l'assuré social atteint d'une pathologie chronique peut demander à disposer d'un plan personnalisé de prévention et de soins.

La **Rapporteur pour avis** y a émis un avis défavorable, estimant que cet amendement ne relevait pas du domaine législatif.

Votre Commission a ensuite *rejeté* cet amendement.

Article 32 : *Répartition des professionnels de santé sur l'ensemble du territoire*

Votre Commission a examiné un amendement de suppression de M. Jérôme Cahuzac.

M. Pascal Terrasse a précisé que l'article 32 organisait le conventionnement des infirmiers libéraux sur tout le territoire. Il serait préférable d'en discuter auparavant avec les partenaires sociaux.

Votre Rapporteur pour avis a émis un avis défavorable à cet amendement, estimant que l'accord prend déjà en compte la liberté d'installation sur le territoire.

Votre Commission *a rejeté* cet amendement et *a émis un avis favorable* à l'adoption sans modification de cet article.

Article 33 : *Répartition géographique des médecins libéraux sur l'ensemble du territoire*

Votre Commission a examiné un amendement de M. Jérôme Cahuzac, supprimant cet article, au motif que celui-ci remet en question la liberté d'installation des médecins. Suivant l'avis défavorable de la Rapporteur pour avis, la Commission *a rejeté* cet amendement.

Elle a ensuite *émis un avis favorable* à l'adoption sans modification de cet article.

Article 34 : *Élargissement du dispositif de pénalité financière aux transporteurs sanitaires et aux entreprises de taxis*

Votre Commission *a émis un avis favorable* à l'adoption de cet article sans modification.

Article 35 : *Création d'une franchise sur les médicaments, les transports et les actes paramédicaux*

Votre Commission a examiné un amendement de M. Jérôme Cahuzac supprimant l'article 35, relatif aux franchises médicales.

La **Rapporteuse pour avis** ayant rappelé que les franchises médicales sont un outil de responsabilisation et sont par ailleurs plafonnées à 50 euros par an, elle a émis un avis défavorable à cet amendement.

Votre Commission *a rejeté* cet amendement.

Votre Commission a ensuite examiné un amendement de M. Jérôme Cahuzac, exonérant des franchises les victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

Votre Rapporteuse pour avis a estimé qu'il n'était pas équitable d'exonérer sur ce seul critère une certaine catégorie d'assurés sociaux.

M. Gérard Bapt a rappelé que dans la branche des accidents du travail et maladies professionnelles, il n'était pas question de soins mais de réparation.

Conformément à l'avis de votre Rapporteuse pour avis, votre Commission *a rejeté* cet amendement et *a émis un avis favorable* à l'adoption sans modification de cet article.

Article 36 : *Dossier médical personnel (DMP)*

Votre Commission *a émis un avis favorable* à l'adoption de l'article 36 sans modification.

Article 37 : *Dispositions diverses visant à l'harmonisation des prestations de maladie et de maternité entre les différents régimes de sécurité sociale*

Votre Commission a examiné un amendement de M. Jérôme Cahuzac, supprimant le critère de gravité de la maladie au sein des affections de longue durée (ALD) dites hors liste.

Votre Rapporteuse pour avis a indiqué que l'article 37 ne faisait que reprendre les termes d'un arrêté et qu'il n'introduisait pas de critère nouveau dans le contrôle médical des ALD.

Suivant son avis défavorable, votre Commission *a rejeté* cet amendement.

Puis, votre Commission a examiné un amendement de M. Jérôme Cahuzac, visant à supprimer la disposition de l'article 37 qui actualise les affections de longue durée hors liste en l'absence d'avis de la Haute autorité de santé.

M. Pascal Terrasse a souligné que l'avis de la Haute autorité de santé doit être sollicité.

Conformément à l'avis défavorable de votre Rapporteur pour avis, votre Commission a *rejeté* cet amendement.

Votre Commission a ensuite *émis un avis favorable* à l'adoption sans modification de cet article.

Article 38 : *Déclaration des produits et prestations remboursables*

Votre Commission a *émis un avis favorable* à l'adoption de l'article 38 sans modification.

Article 39 : *Restructuration du réseau officinal*

Votre Commission a *émis un avis favorable* à l'adoption de l'article 39 sans modification.

Article 40 : *Montant pour 2008 de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés*

Votre Commission a *émis un avis favorable* à l'adoption de l'article 40 sans modification.

Article 41 : *Contribution financière des établissements de santé à la Haute autorité de santé*

Votre Commission a *émis un avis favorable* à l'adoption de l'article 41 sans modification.

Article 42 : *Dispositions diverses relatives à l'application de la tarification à l'activité (T2A) aux établissements de santé*

Votre Commission a examiné un amendement de M. Jérôme Cahuzac visant à réparer une erreur de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003, qui conduit à écarter les hôpitaux locaux de la possibilité de développer des services d'hospitalisation à domicile susceptibles de bénéficier d'une tarification à l'activité à 100 %.

M. Gérard Bapt a rappelé la nécessité de répartir l'offre de soins sur tout le territoire.

Votre Rapporteur pour avis a indiqué que les hôpitaux locaux ne sont pas encore passés à la tarification à l'acte. Cela devra être une étape préalable.

Suivant l'avis défavorable de la Rapporteur pour avis, votre Commission a *rejeté* cet amendement et *émis un avis favorable* à l'adoption sans modification de l'article 42.

Article 43 : *Expérimentation d'une enveloppe hospitalière pour les transports sanitaires*

Votre Commission a examiné un amendement de M. Jérôme Cahuzac supprimant cet article.

M. Pascal Terrasse a souligné qu'en faisant prendre en charge les transports sanitaires par les établissements hospitaliers, l'article 43 soulève beaucoup de questions. Les hôpitaux n'en ont, en effet, pas les moyens.

Votre Rapporteur pour avis a émis un avis défavorable à cet amendement, en indiquant que l'article 43 vise à permettre des expérimentations locales afin d'encadrer des dépenses qui sont extrêmement dynamiques.

Votre Commission *a rejeté* cet amendement et *a émis un avis favorable* à l'adoption sans modification de l'article 43.

Article 44 : *Groupements de coordination sanitaire*

Votre Commission a examiné un amendement de M. Jérôme Cahuzac, visant à renforcer la concertation lors de la création des groupements de coopération sanitaire de territoires.

La Rapporteur pour avis a émis un avis défavorable à cet amendement, estimant que le pilotage territorial relève de la compétence de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH). Cet amendement risque d'alourdir les procédures.

Votre Commission *a rejeté* cet amendement.

La Rapporteur pour avis ayant émis un avis défavorable, votre Commission a ensuite *rejeté* un autre amendement de M. Jérôme Cahuzac à cet article, visant à donner la possibilité aux centres hospitaliers régionaux de créer et de gérer des structures médicales avec le concours de praticiens libéraux.

Votre Commission a ensuite *émis un avis favorable* à l'adoption sans modification de l'article 44.

Article 45 : *Financement des établissements médico-sociaux*

Votre Commission a examiné un amendement de M. Jérôme Cahuzac, prévoyant que le régime de tarification d'office ne s'applique pas à compter du 1^{er} janvier 2008 mais à compter de la publication de l'arrêté fixant le régime tarifaire applicable aux établissements. En effet, cet arrêté risque de ne pas être pris avant la fin de l'année 2007.

Conformément à l'avis défavorable de la Rapporteur pour avis, votre Commission *a rejeté* cet amendement.

Elle a ensuite *émis un avis favorable* à l'adoption sans modification de cet article.

Article 46 : *Interruption volontaire de grossesse (IVG) par voie médicamenteuse en centre de planification ou d'éducation familiale*

Votre Commission a émis un avis favorable à l'adoption de l'article 46 sans modification.

Article 47 : *Dépistage et vaccination gratuits des hépatites virales en centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)*

Votre Commission a émis un avis favorable à l'adoption de l'article 47 sans modification.

Article 48 : *Fixation du montant de la dotation et du plafond de dépenses du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)*

Votre Commission a examiné un amendement de M. Jérôme Cahuzac, visant à attendre le rapport qui doit être rendu par la mission conjointe de l'Inspection générale des finances, l'Inspection générale des affaires sociales et le Conseil général des technologies de l'information, avant de financer la mise en œuvre du dossier médical personnel.

M. Daniel Garrigue a remarqué que si le Gouvernement avait prévu de suspendre les dotations, l'opposition le lui aurait reproché.

Après que la **Rapporteuse pour avis** a émis un avis défavorable à cet amendement, votre Commission l'a rejeté et a émis un avis favorable à l'adoption sans modification de cet article.

Article 49 : *Objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès*

Votre Commission a émis un avis favorable à l'adoption de l'article 49 sans modification.

Article 50 : *Fixation du montant et de la ventilation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)*

Votre Commission a rejeté un amendement de M. Jérôme Cahuzac, instaurant une péréquation interrégionale de l'ONDAM hospitalier, suivant l'avis défavorable de la Rapporteuse pour avis.

Votre Commission a ensuite émis un avis favorable à l'adoption sans modification de cet article.

Article 51 : *Dotation de financement de l'office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM)*

Votre Commission a émis un avis favorable à l'adoption de l'article 51 sans modification.

Article 52 : *Contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie à l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS)*

Votre Commission a émis un avis favorable à l'adoption de l'article 52 sans modification.

Article 53 : *Objectifs de dépenses de la branche vieillesse*

Votre Commission a émis un avis favorable à l'adoption de l'article 53 sans modification.

Article 54 : *Plafonnement de l'indemnisation des accidents du travail successifs*

Conformément à l'avis défavorable de la Rapporteuse pour avis, votre Commission a rejeté un amendement de M. Jérôme Cahuzac, supprimant cet article.

Votre Commission a ensuite émis un avis favorable à l'adoption sans modification de cet article.

Article 55 : *Clarification juridique du dispositif des rentes de certains ayants droit de victimes d'accident du travail*

Votre Commission a émis un avis favorable à l'adoption de l'article 55 sans modification.

Article 56 : *Contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) et au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)*

Votre Commission a émis un avis favorable à l'adoption de l'article 56 sans modification.

Article 57 : *Montant du versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche maladie au titre de la sous déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles*

Votre Commission a émis un avis favorable à l'adoption de l'article 57 sans modification.

Article 58 : *Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) pour 2008*

Votre Commission a émis un avis favorable à l'adoption de l'article 58 sans modification.

Article 59 : *Modulation de l'allocation de rentrée scolaire en fonction de l'âge de l'enfant*

Votre Commission a émis un avis favorable à l'adoption de l'article 59 sans modification.

Article 60 : *Droit d'option entre l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et la prestation de compensation du handicap (PCH)*

Votre Commission a émis un avis favorable à l'adoption de l'article 60 sans modification.

Article 61 : *Clarification du droit aux prestations familiales des ressortissants communautaires*

Votre Commission a émis un avis favorable à l'adoption de l'article 61 sans modification.

Article 62 : *Objectifs de dépenses de la branche famille*

Votre Commission a émis un avis favorable à l'adoption de l'article 62 sans modification.

Article 63 : *Mise en place d'une convention d'objectifs et de gestion État-UCANSS*

Votre Commission a émis un avis favorable à l'adoption de l'article 63 sans modification.

Article 64 : *Mesures d'amélioration de la performance des organismes de sécurité sociale*

Votre Commission a émis un avis favorable à l'adoption de l'article 64 sans modification.

Article 65 : *Pouvoirs de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA)*

Votre Commission a émis un avis favorable à l'adoption de l'article 65 sans modification.

Article 66 : *Opposabilité des contre-visites de contrôle des indemnités journalières*

Votre Commission a examiné un amendement de suppression de l'article de M. Jérôme Cahuzac.

M. Gérard Bapt a déploré que l'article 66 introduise la possibilité, pour le médecin de l'entreprise, de disposer d'un droit d'opposition à la décision du médecin du salarié.

Votre Rapporteuse pour avis a émis un avis défavorable à cet amendement, estimant que l'article 66 proposait une expérimentation intéressante visant le problème structurel des arrêts de courte durée.

Votre Commission a alors *rejeté* cet amendement et a émis un avis favorable à l'adoption sans modification de cet article.

Article 67 : *Simplification du mode de renseignement des ressources*

Votre Commission a émis un avis favorable à l'adoption de l'article 67 sans modification.

Article 68 : *Dispositions relatives à la lutte contre le travail dissimulé*

Votre Commission a émis un avis favorable à l'adoption de l'article 68 sans modification.

Article 69 : *Droit de communication*

Votre Commission a émis un avis favorable à l'adoption de l'article 69 sans modification.

Article 70 : *Extension du contrôle médical aux bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat (AME) et des soins urgents*

Enfin, votre Commission a examiné un amendement de M. Jérôme Cahuzac, supprimant cet article.

M. Pascal Terrasse a souligné que, s'il est nécessaire de lutter contre les abus aux dépens de la sécurité sociale, cet amendement stigmatise néanmoins une catégorie, celle des bénéficiaires de l'aide médicale de l'État (AME). Il faudra interroger le Haut commissaire aux solidarités actives contre la pauvreté pour savoir ce qu'il pense de cette mesure.

Votre Rapporteur pour avis a rétorqué que ce qui serait stigmatisant, ce serait au contraire d'exclure les bénéficiaires de l'aide médicale de l'État des contrôles auxquels tous les assurés sociaux sont soumis. Elle a souligné que, pour la première fois, les crédits budgétaires consacrés à l'AME sont suffisants pour 2008 : ils s'élèvent à 413 millions d'euros, soit 51 millions d'euros de plus qu'en 2007.

Suivant l'avis défavorable de la Rapporteur pour avis, votre Commission a *rejeté* cet amendement. Elle a ensuite *émis un avis favorable* à l'adoption sans modification de cet article.

Article 71 : *Harmonisation du contrôle des arrêts de travail AT-MP avec les dispositions applicables en assurance maladie*

Votre Commission a émis un avis favorable à l'adoption de l'article 71 sans modification.

Article 72 : *Prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale*

Votre Commission a émis un avis favorable à l'adoption de l'article 72 sans modification.

Puis elle a émis un avis favorable à l'adoption du projet de loi ainsi modifié.

AMENDEMENTS ADOPTÉS PAR LA COMMISSION

Article 28

Amendement n° 7 présenté par Mme Marie-Anne Montchamp, Rapporteur pour avis, et M. Jérôme Cahuzac :

Après l'alinéa 2, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Pour tous les actes dont le tarif est inférieur à celui mentionné à l'alinéa précédent, le praticien autorisé à pratiquer des dépassements communique à la caisse primaire d'assurance maladie dont il relève, par catégorie d'actes, un état semestriel des dépassements moyens et des dépassements maxima qu'il pratique. »

Article additionnel après l'article 29

Amendement n° 8 présenté par Mme Marie-Anne Montchamp, Rapporteur pour avis, et M. Jérôme Cahuzac :

Insérer l'article suivant :

Compléter le sixième alinéa de l'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale par les mots : « , ainsi que les sanctions encourues en cas de non-réalisation ou de retard dans la réalisation de ces études qui pourront aboutir à une baisse de prix du médicament concerné. »

AUDITIONS RÉALISÉES PAR VOTRE RAPPORTEURE POUR AVIS

– 19 septembre 2007

M. Denis Piveteau, directeur de la CNSA

– 20 septembre 2007

M. Patrick Hermange, directeur de la CNAV

M. Philippe Sauvage, conseiller au cabinet, ministère de la Santé

– 26 septembre 2007

Mme Rolande Ruellan, présidente de la sixième chambre de la Cour des comptes

M. Frédéric Van Roekeghem, directeur général de l'UNCAM

Mme Mathilde Lignot-Leloup, conseiller au cabinet, ministère du Budget

– 1^{er} octobre 2007

M. Philippe Georges, directeur de la CNAF

– 2 octobre 2007

M. Jean-Loup Dourousset, Président de la Fédération de l'hospitalisation privée

– 3 octobre 2007

Mme Chantereine, praticien conseil de la CNAM, membre du syndicat CGC

M. Pierre Ricordeau, directeur de l'ACOSS

– 4 octobre 2007

M. Pierre-Alain de Malleray, conseiller au cabinet, ministère du Travail

M. Dominique Libault, directeur de la Sécurité sociale