

N° 53

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2002-2003

Annexe au procès-verbal de la séance du 7 novembre 2002

AVIS

PRÉSENTÉ

*au nom de la commission des Finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation (1) sur le projet de loi de **financement de la sécurité sociale pour 2003**, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE,*

Par M. Adrien GOUTEYRON,
Sénateur.

(1) Cette commission est composée de : M. Jean Arthuis, président ; MM. Jacques Oudin, Gérard Miquel, Claude Belot, Roland du Luart, Mme Marie-Claude Beaudeau, M. Aymeri de Montesquiou, vice-présidents ; MM. Yann Gaillard, Marc Massion, Michel Sergent, François Trucy, secrétaires ; M. Philippe Marini, rapporteur général ; MM. Philippe Adnot, Bernard Angels, Bertrand Auban, Denis Badré, Jacques Baudot, Roger Besse, Maurice Blin, Joël Bourdin, Gérard Braun, Auguste Cazalet, Michel Charasse, Jacques Chaumont, Jean Clouet, Yvon Collin, Jean-Pierre Demerliat, Eric Doligé, Thierry Foucaud, Yves Fréville, Paul Girod, Adrien Gouteyron, Hubert Haenel, Claude Haut, Roger Karoutchi, Jean-Philippe Lachenaud, Claude Lise, Paul Loridant, François Marc, Michel Mercier, Michel Moreigne, Joseph Ostermann, René Trégouët.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (12^{ème} législ.) : 250, 327, 330 et T.A. 35.

Sénat : 47 (2002-2003).

Sécurité sociale.

SOMMAIRE

Pages

AVANT-PROPOS	5
CHAPITRE PREMIER - LIMITER LA FORTE DÉGRADATION DES COMPTES SOCIAUX	8
I. UN PROJET DE LOI DE FINANCEMENT VOLONTAIRE QUI DOIT NÉANMOINS TENIR COMPTE D'UNE RÉALITÉ DIFFICILE	8
A. LE POIDS DE L'HÉRITAGE : DES COMPTES SOCIAUX DÉGRADÉS EN 2001 ET SURTOUT EN 2002	8
1. <i>Les ressources (article 9)</i>	8
2. <i>Les objectifs de dépenses (article 46)</i>	12
3. <i>Les soldes : les finances sociales ont fragilisé le solde des finances publiques</i>	15
4. <i>Les prélèvements sociaux</i>	18
B. L'OPPORTUNITÉ DES MESURES DE REDRESSEMENT PROPOSÉES : LES MESURES NOUVELLES DU PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2003	25
1. <i>Les ressources</i>	25
2. <i>Les objectifs de dépenses (article 45)</i>	29
3. <i>Une quasi-stabilisation du solde en 2003</i>	31
II. ASSURER L'INDISPENSABLE TRANSITION	36
A. VERS UNE PLUS GRANDE SINCÉRITÉ DES FINANCES SOCIALES	36
1. <i>La clarification du financement des exonérations de charges sociales</i>	38
2. <i>L'engagement de présenter des « collectifs sociaux »</i>	50
B. DES RELATIONS FINANCIÈRES NÉANMOINS TOUJOURS COMPLEXES	50
1. <i>Les engagements et charges nettes de l'Etat dans le domaine social</i>	50
2. <i>Des transferts financiers de moindre ampleur mais néanmoins persistants</i>	52
III. LES MESURES RELATIVES À LA TRÉSORERIE ET AU CONTRÔLE	55
A. LA FIXATION DES PLAFONDS DE TRÉSORERIE	55
1. <i>L'anticipation d'un important recours à l'emprunt en 2003 (article 48)</i>	55
2. <i>Rappel : la réforme des normes comptables de la sécurité sociale</i>	58
B. LA RATIONALISATION DES PROCÉDURES DE RECOUVREMENT PAR L'ACOSS	59
C. LES MESURES RELATIVES AU CONTRÔLE DE L'APPLICATION DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	60
1. <i>La création d'un Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (article 1^{er} bis)</i>	60
2. <i>Le renforcement des pouvoirs d'investigation de la Cour des comptes (article 1^{er} ter)</i>	61
3. <i>L'amélioration de l'information du Parlement et la nécessité de réformer la loi organique sur ce point (articles 1^{er} quater, 1^{er} quinquies, 2 et 2 bis)</i>	61

CHAPITRE DEUX - LA BRANCHE ASSURANCE MALADIE : PRIORITÉ DU PRÉSENT PROJET DE LOI DE FINANCEMENT	64
I. LES OBJECTIFS DE DÉPENSES : RATIONALISATION ET CRÉDIBILITÉ	64
A. UNE VOLONTÉ DE RATIONALISATION ET DE CLARIFICATION	64
1. <i>La réforme de l'objectif quantifié national des cliniques privées (OQN) (article 10)</i>	64
2. <i>La clarification des relations financières entre l'Etat et l'assurance maladie via le transfert de certaines charges (articles 22 et 23)</i>	65
B. DES OBJECTIFS DE DÉPENSES ENFIN CRÉDIBLES.....	68
1. <i>Une renaissance pour l'ONDAM (articles 32 et 34)</i>	68
2. <i>L'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès (articles 7 bis, 30, 33, 46 et 47 bis)</i>	88
C. DES COMPTES FORTEMENT DÉFICITAIRES ET RESPONSABLES DE LA DÉGRADATION DES COMPTES DU RÉGIME GÉNÉRAL	90
1. <i>Les résultats de la branche en 2001 : une légère amélioration avant le provisionnement de la créance FOREC 2000</i>	91
2. <i>Une situation fortement dégradée en 2002</i>	91
3. <i>Une nouvelle détérioration des comptes en 2003</i>	92
II. UNE NOUVELLE POLITIQUE DE RÉGULATION DES SOINS DE VILLE	93
A. DES MESURES NOVATRICES EN MATIÈRE DE CONTRÔLE DE L'ACTIVITÉ MÉDICALE.....	93
1. <i>La fin de la maîtrise comptable des dépenses de santé (article 15)</i>	93
2. <i>Les nouvelles missions du conseil de surveillance de la CNAMTS (article 16)</i>	95
3. <i>Les mesures et procédures applicables aux médecins en cas de pratiques abusives (article 19)</i>	95
4. <i>La définition des missions du nouveau « service médical de l'assurance maladie » (article 18)</i>	96
B. DES MESURES RELATIVES À LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE	97
1. <i>La fin du mécanisme de cessation anticipée d'activité (MICA) (article 28)</i>	97
2. <i>L'incitation à la reprise d'une activité à temps partiel pour les médecins et infirmiers en retraite (article 29)</i>	98
C. DES MESURES EN FAVEUR DE L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS DE VILLE	99
1. <i>Les dispositions relatives au Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) (articles 24 et 31)</i>	99
2. <i>La prorogation de l'agrément applicable aux réseaux de soins expérimentaux (article 19 ter)</i>	101
III. UNE POLITIQUE DU MÉDICAMENT PLUS AMBITIEUSE	103
A. LE CONTEXTE.....	103
1. <i>Les insuffisances de la politique du médicament au cours des dernières années</i>	103
2. <i>Une industrie pharmaceutique de plus en plus imposée</i>	107
3. <i>La croissance rapide des remboursements</i>	108
4. <i>Les médicaments génériques : un développement trop limité</i>	110

B. LES DISPOSITIONS DU PRÉSENT PROJET DE LOI DE FINANCEMENT	111
1. <i>Simplifier et alléger les contributions à la charge du secteur pharmaceutique (articles 6, 6 bis et 7)</i>	111
2. <i>Promouvoir le développement des médicaments génériques (articles 10, 17 et 27)</i>	115
3. <i>Favoriser les médicaments innovants (article 20)</i>	119
4. <i>Les mesures diverses (articles 19 bis, 21 et 26)</i>	120
IV. DES MESURES EN FAVEUR DE L'HÔPITAL	121
A. L'ÉVALUATION ET LA MODERNISATION DE LA GESTION HOSPITALIÈRE	121
1. <i>Une volonté affirmée de modernisation de la gestion hospitalière (article 12)</i>	121
2. <i>La création d'une mission d'audit et d'expertise hospitaliers (article 11)</i>	129
B. LA RELANCE DE L'INVESTISSEMENT HOSPITALIER	130
1. <i>La situation de l'investissement public hospitalier depuis 1997</i>	130
2. <i>La relance de l'investissement et la réforme des outils disponibles par le présent projet de loi de financement (article 13)</i>	133
C. LES MESURES RELATIVES AU PERSONNEL HOSPITALIER	137
1. <i>L'extension des missions du Fonds pour l'emploi hospitalier (article 14)</i>	137
2. <i>Les mesures annexes (articles 11 bis et 14 bis)</i>	140
CHAPITRE TROIS - LES AUTRES BRANCHES	142
I. LA BRANCHE VIEILLESSE	142
A. LES COMPTES DE LA BRANCHE VIEILLESSE	142
1. <i>Les objectifs de dépenses de la branche (article 44)</i>	142
2. <i>Les comptes de la CNAVTS (articles 25 et 43)</i>	144
B. LE FSV : UN « PILLAGE » SYSTÉMATIQUE AU COURS DES DERNIÈRES ANNÉES	146
C. LE FONDS DE RÉSERVE DES RETRAITES : L'ENGAGEMENT PRIS PAR LE PRÉCÉDENT GOUVERNEMENT N'A PAS ÉTÉ TENU	148
1. <i>Des retards dans la mise en place du FRR</i>	148
2. <i>La situation financière du FRR</i>	149
D. LES TRANSFERTS DE COMPENSATION	154
E. QUELLE RÉFORME POUR LES RETRAITES ?	155
1. <i>L'engagement du gouvernement : une réforme au cours du premier semestre 2003</i>	155
2. <i>La doctrine de la commission des finances pour une véritable réforme des retraites</i>	156
II. LA BRANCHE FAMILLE	157
A. LES COMPTES DE LA BRANCHE FAMILLE EN EXCÉDENT	157
1. <i>Le résultat des comptes de la branche famille en 2001 est lié au contexte économique</i>	160
2. <i>L'excédent de la branche famille s'est dégradé en 2002</i>	161
3. <i>Le niveau incertain de l'excédent de la CNAF en 2003 (articles 41, 42 et 46)</i>	162

B. DEUX MESURES NOUVELLES EN 2003.....	164
1. <i>Le versement d'une allocation forfaitaire aux familles perdant le bénéfice des allocations familiales (article 40).....</i>	164
2. <i>La poursuite du transfert à la branche famille de la prise en charge des dépenses liées à la majoration de pensions pour enfants (article 41)</i>	166
C. LES ORIENTATIONS GOUVERNEMENTALES EN FAVEUR DES FAMILLES	167
1. <i>L'accueil du jeune enfant</i>	168
2. <i>La finalisation de la réforme des aides au logement.....</i>	170
III. LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES	171
A. LES COMPTES DE LA BRANCHE : UN EXCÉDENT STRUCTUREL ?	172
1. <i>En 2001</i>	172
2. <i>En 2002 et 2003 : un excédent en hausse (articles 37 et 39)</i>	173
3. <i>Le caractère structurel des excédents de la branche AT-MP</i>	175
B. L'INDEMNISATION DES VICTIMES DE L'AMIANTE.....	176
1. <i>Le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) (article 36).....</i>	177
2. <i>Le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) (article 35).....</i>	179
C. VERS UNE PLUS GRANDE AUTONOMIE DE LA BRANCHE.....	181
1. <i>La branche AT-MP est gérée par une commission au sein de la CNAMTS (article 38)</i>	181
2. <i>Les modifications proposées</i>	182
EXAMEN EN COMMISSION.....	184
AMENDEMENTS ADOPTÉS PAR LA COMMISSION	193
ANNEXES	196

AVANT-PROPOS

Mesdames, Messieurs,

Le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale constitue un **texte de transition**, qui se veut réaliste et qui doit prendre en considération :

- la forte dégradation des comptes sociaux, très sensible cette année ;
- l'absence de véritables réformes structurelles au cours des dernières années, que ce soit dans le domaine des retraites, de la politique familiale ou de la maîtrise des dépenses de santé ;
- et l'extrême complexité des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale que le précédent gouvernement, trop empressé à mettre en place des « usines à gaz » pour financer des mesures technocratiques, dont les 35 heures représentent sans aucun doute l'archétype, n'a fait qu'accentuer.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 comporte notamment des dispositions qui concernent l'assurance maladie, en particulier l'hôpital et le médicament. **C'est en effet l'assurance maladie qui est à l'origine du retour du déficit du régime général en 2002 et de son aggravation en 2003**, qui sera toutefois limitée grâce aux mesures proposées par le gouvernement, engendrant des économies.

Votre rapporteur pour avis accueille très favorablement ces initiatives qui contribuent à rendre les objectifs fixés par le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale plus crédibles, s'agissant notamment de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), dans le respect des principes posés dans le rapport annexé au présent projet de loi de financement (**article 1^{er}**).

Il encourage le gouvernement à poursuivre dans cette voie, notamment en vue d'aboutir à des relations financières plus claires entre l'Etat et la sécurité sociale.

CHAPITRE PREMIER

LIMITER LA FORTE DÉGRADATION DES COMPTES SOCIAUX

I. UN PROJET DE LOI DE FINANCEMENT VOLONTAIRE QUI DOIT NÉANMOINS TENIR COMPTE D'UNE RÉALITÉ DIFFICILE

A. LE POIDS DE L'HÉRITAGE : DES COMPTES SOCIAUX DÉGRADÉS EN 2001 ET SURTOUT EN 2002

1. Les ressources (article 9)

Il convient en premier lieu de rappeler que la loi de financement de la sécurité sociale retient des agrégats de recettes qui distinguent les cotisations sociales, effectives et fictives, les impôts et taxes affectés, les transferts reçus, les contributions publiques, les revenus des capitaux et les autres ressources, selon le schéma ci-après.

Les prévisions de recettes portent sur l'ensemble des régimes obligatoires et des fonds concourant à leur financement. Les recettes sont consolidées afin d'éliminer les doubles comptes.

Agrégats de recettes

COTISATIONS EFFECTIVES

- Cotisations sociales effectives (actifs + inactifs+autres cotisations)
 - Cotisation des actifs
 - Cotisations des inactifs
 - Autres cotisations
 - Majorations et pénalités
- Reprises nettes de provisions (reprises-dotations aux provisions sur cotisations)
- Pertes sur créances irrécouvrables (ANV, abandons, annulations de créances)
- Cotisations prises en charge par l'État
- Cotisations prises en charge par la sécurité sociale

COTISATIONS FICTIVES

IMPÔTS ET TAXES AFFECTÉS

TRANSFERTS REÇUS

- Compensations (généralisée +bilatérale+spécifique)
- Compensations internes au sein d'un même régime
- Compensations intégrales (cultes, salariés agricoles)
- Compensations partielles
- Surcompensation
- Transferts : prises en charge de cotisations
 - Total des prises en charge de cotisations FOREC
 - Total des prises en charge de cotisations non assises sur un revenu spécifique
 - Total autres prises en charge de cotisations
- Prises en charge de prestations
- Transferts : contributions diverses (recettes des régimes intégrés)
- Transferts divers entre organismes de sécurité sociale
- Autres transferts

CONTRIBUTIONS PUBLIQUES

- Remboursement de prestations
- Subventions d'équilibre
- Autres contributions publiques

REVENUS DES CAPITAUX

AUTRES RESSOURCES

- Contributions diverses
- Recours contre tiers
- Remboursement de frais et remises
- Autres produits techniques (hors pertes sur créances irrécouvrables sur charges traitées en charges)
- Produits versés par une entité publique autre que l'État
- Autres produits techniques (hors reprises sur provisions sur charges traités en charges)
- Produits de gestion courante

Source : PLFSS 2003 - Annexe c.

a) En 2001

En 2001, les ressources des régimes de base se sont établies, en encaissements-décaissements, à un niveau plus élevé de 2 milliards d'euros que celui prévu par la loi de financement initiale, soit 302,7 milliards d'euros, au lieu de 300,7 milliards d'euros prévus :

Les ressources des régimes de base - Prévisions et réalisations
(en encaissements - décaissements)

(En milliards d'euros)

	LFSS 2001 initiale	LFSS 2001 révisée	Réalisations 2001	Ecart avec la LFSS initiale	Ecart avec la LFSS 2001 révisée
Cotisations effectives	165,4	165,6	166,9	1,5	1,3
Cotisations fictives	30,7	30,9	30,7	0,0	- 0,2
Impôts et taxes affectés	84,5	86,9	86,5	2,0	- 0,4
Transferts reçus	0,4	0,5	0,5	0,1	0,0
Contributions publiques	10,3	10,5	10,5	0,2	0,0
Revenus des capitaux	0,5	0,6	0,6	0,1	0,0
Autres ressources	8,9	7,1	7,0	- 1,9	- 0,1
Total des recettes	300,7	302,1	302,7	2,0	0,6

Champ : France entière - loi de financement de la sécurité sociale

Source : Cour des comptes

En droits constatés, ces ressources se sont élevées à 307,6 milliards d'euros, en hausse de 6,9 % par rapport à 2000 :

Les ressources des régimes de base - Réalisations
(en droits constatés)

(En milliards d'euros)

	2000	2001	%
Cotisations effectives (1)	159,1	168,4	+ 5,8
Cotisations fictives	29,2	30,2	+ 3,4
Contributions publiques	14,7	13,9	- 5,4
dont cotisations prises en charge par l'Etat	3,3	3,0	- 7,6
Impôts et taxes affectés	80,0	88,5	+ 10,7
dont FOREC	9,3	14,7	+ 58,1
Transferts reçus	- 0,1	0,2	ns
Revenus des capitaux	0,5	0,7	+ 40,0
Autres ressources	4,3	5,7	+ 32,6
Total des recettes	287,7	307,6	+ 6,9

(1) Hors cotisations prises en charge par l'Etat et le FOREC

Champ : France entière - Loi de financement de la sécurité sociale

Source : Cour des comptes

La vive progression des ressources en 2001 résulte essentiellement de la hausse de 5,8 % des cotisations effectives, du fait de la bonne tenue de la

conjoncture et de ses effets favorables sur la masse salariale¹, et de la progression de 10,7 % des impôts et taxes affectés, en particulier en raison des besoins de financement du fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC).

b) En 2002

Au contraire, en 2002, les recettes, qui devraient s'établir à 315,21 milliards d'euros, soit une progression de 2,4 % par rapport à 2001, seraient en recul de 1,26 milliard d'euros par rapport aux prévisions initiales.

La révision des recettes pour 2002 de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement est opérée par l'**article 9** du présent projet de loi de financement.

Les prévisions de recettes pour 2002

(en milliards d'euros)

Catégories de recettes	LFSS 2002 (1)	Agrégats 2002 PLFSS 2002 (2)	Ecart (2) - (1)
Cotisations effectives	176,18	175,59	-0,59
Cotisations fictives	31,95	31,78	-0,17
Contributions publiques	10,66	11,22	0,56
Impôts et taxes affectés	89,77	89,69	-0,08
Transferts recus	0,15	0,18	0,03
Revenus des capitaux	0,83	0,79	-0,04
Autres ressources	6,93	5,96	-0,97
Total des recettes	316,47	315,21	-1,26

Source : PLFSS 2003 - Annexe b1.

Cette évolution résulte de plusieurs facteurs jouant en sens contraire :

- seule catégorie de recettes en hausse par rapport aux prévisions, les contributions publiques progressent de 560 millions d'euros en raison de la révision à la hausse de la contribution d'équilibre versée au régime des exploitants agricoles, pour 400 millions d'euros, et de la révision, à hauteur de 100 millions d'euros supplémentaires, des contributions au titre des remboursements de prestations familiales que sont l'allocation adultes handicapés (AAH) et l'allocation parent isolé (API) ;

- les autres catégories de recettes sont en recul : il s'agit notamment d'une diminution de 970 millions d'euros des « autres ressources », résultant de moindres apports au fonds de réserve pour les retraites (FRR) et d'une modification du mode de comptabilisation des charges et produits de gestion

¹ La masse salariale a augmenté de 6,5 % en 2001, contre 5,9 % dans les prévisions.

courante de la caisse nationale des allocations familiales (CNAF) ; par ailleurs, les cotisations effectives diminuent de 590 millions d'euros, du fait de la révision à la baisse de 5 % à 3,7 % de l'évolution de la masse salariale.

Au total, la croissance des ressources des régimes de base de la sécurité sociale se ralentit, au moment même où leurs dépenses vont augmenter.

2. Les objectifs de dépenses (article 46)

Les objectifs de dépenses par branche de la loi de financement de la sécurité sociale sont définis à partir du total des dépenses de l'ensemble des régimes de base obligatoires de plus de 20.000 cotisants auxquelles sont retranchés les transferts entre régimes. La LFSS retient l'agrégat de dépenses suivant :

Agrégat de dépenses

Total des prestations
Prestations légales
Prestations extralégales
Autres prestations
Dotations nettes aux provisions
Pertes sur créances irrécouvrables
Transferts entre organismes de sécurité sociale
Compensations
Prises en charge de cotisations
Prises en charge de prestations
Contributions diverses (versements des régimes intégrés)
Transferts divers et autres transferts
Autres charges techniques (subventions à des fonds, contributions à des fonds)
Diverses charges techniques (hors pertes sur créances irrécouvrables sur produits traités en produits)
Charges financières
Autres charges techniques (hors dotations aux provisions sur produits traités en produits)
Charges de gestion courante

Source : PLFSS 2003 - Annexe c.

a) En 2001

Les objectifs de dépenses par branche 2001 se révèlent finalement très légèrement inférieurs, de 100 millions d'euros, à leur montant révisé. Ils s'établissent à 297,6 milliards d'euros.

Les objectifs de dépenses par branche pour 2001

(en milliards d'euros)

	LFSS 2001 révisée	Réalisation 2001	Ecart avec LFSS 2001 révisée
Maladie maternité	120,1	120,4	0,3
Accidents du travail	8,8	8,5	-0,3
Vieillesse	126,7	126,9	0,2
Famille	42,1	41,8	-0,3
Total dépenses	297,7	297,6	-0,1

Source : PLFSS 2003 - Annexe b1.

Les dépenses de deux branches ont été sous-évaluées : celles de la branche maladie, à hauteur de 300 millions d'euros, les prestations de la CNAMTS ainsi que les dépenses de gestion administrative du régime ayant été plus élevées que prévu, et celles de la branche vieillesse ont dû être majorées de 200 millions d'euros, en raison de dépenses supplémentaires sur les régimes autres que le régime général. Au contraire, les dépenses des branches accidents du travail et maladies professionnelles et famille étaient finalement sur-estimées, de 300 millions d'euros pour la première, les prestations versées étant moindres que prévu, et également de 300 millions d'euros pour la seconde, du fait d'allocations familiales et d'aides au logement moins élevées.

b) En 2002

La situation est complètement inversée en 2002, ce qui illustre le fort dynamisme des dépenses sociales en période de conjoncture économique incertaine.

Dans ce cas, en effet, les objectifs de dépenses sont revus à la hausse de 3,64 milliards d'euros par rapport aux prévisions de la loi de financement 2002 par l'**article 46** du présent projet de loi de financement :

Les objectifs de dépenses par branche pour 2002

(en milliards d'euros)

Branche	Objectifs LFSS pour 2002 (1)	Agrégats 2002 (2)	Ecart (2) - (1)
Maladie-Maternité-Invalidité-Décès	125,37	129,24	3,87
Vieillesse-Veuve	136,08	135,96	-0,12
Accidents du travail	8,53	8,95	0,42
Famille	42,01	41,48	-0,53
Total des dépenses	311,99	315,63	3,64

Source : PLFSS 2003 - Annexe b1.

Le « dérapage » des dépenses est presque entièrement imputable à la branche maladie, ce qui n'est guère surprenant eu égard au peu de crédibilité de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie fixé par la loi de financement pour 2002. Le dépassement de l'ONDAM atteint ainsi 3,87 milliards d'euros, soit un dérapage de 3,1 %. L'autre dépassement de l'objectif de dépenses, de bien moindre ampleur, puisqu'il ne porte « que » sur 420 millions d'euros, concerne la branche accidents du travail et maladies professionnelles.

En revanche, deux objectifs de dépenses sont revus à la baisse : celui de la branche vieillesse, pour 120 millions d'euros, en raison d'une modification du périmètre de l'agrégat, et surtout celui de la branche famille, à hauteur de 530 millions d'euros, essentiellement en raison du changement de présentation comptable des charges et des produits de gestion courante de la CNAF.

Il convient d'ajouter que le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale comporte également des mesures rectificatives pour 2002¹, qui alourdissent les dépenses sur l'exercice à hauteur de 274 millions d'euros, ainsi répartis :

Mesures rectificatives pour 2002

(en millions d'euros)

Dépenses 2002	RG
Branche AT	
Dotation FIVA	104
Dotation FCAATA	100
Branche maladie	
Dotation ONIAM	70
Total	274

Source : PLFSS 2003 - Annexe c.

Ces mesures nouvelles auraient ainsi pour résultat de faire passer le déficit 2002 du régime général d'un peu moins de 3 milliards d'euros à 3,27 milliards d'euros (+ 9,1 %) :

¹ Premier alinéa de l'article 35 pour la dotation au FIVA, 1^{er} alinéa de l'article 36 pour la dotation du FCAATA et article 30 pour la dotation de l'ONIAM.

Mesures nouvelles du projet de loi de financement de la sécurité sociale PLFSS 2003
Régime général PLFSS 2003

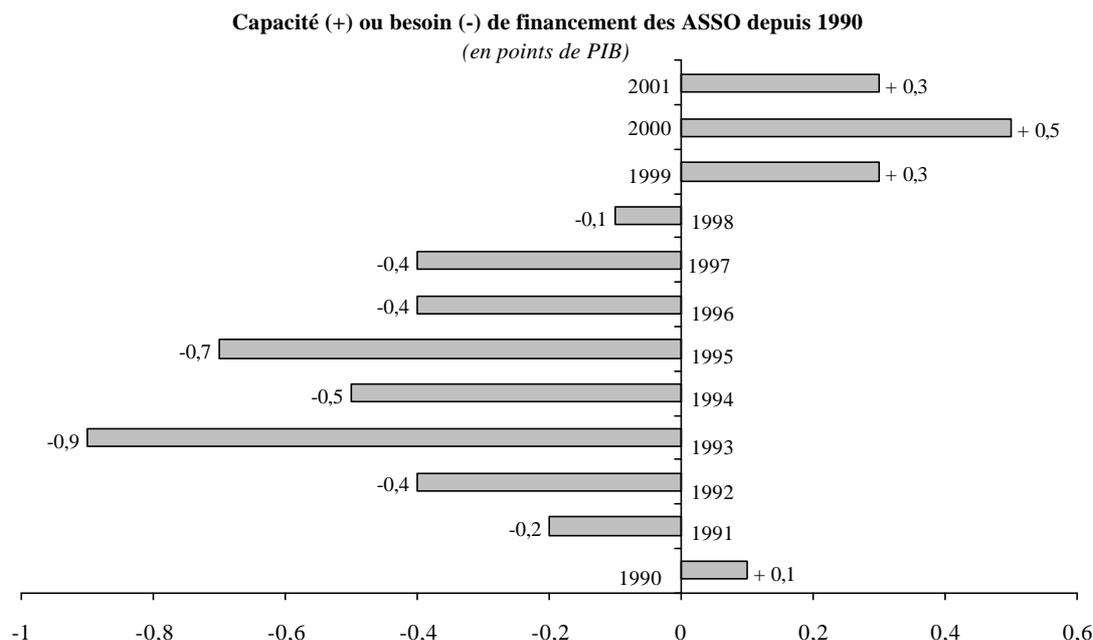
(en millions d'euros)

2002	CNAM Maladie	CNAM AT	CNAVTS	CNAF	RG
Résultat net 2002 avant mesures nouvelles	-6 011	274	1 653	1 088	-2 996
DÉPENSES 2002	CNAM Maladie	CNAM AT	CNAVTS	CNAF	RG
Dotation FIVA		104			104
Dotation FCAATA		100			100
Dotation ONIAM	70				70
TOTAL	70	204	0	0	274
Résultat net après mesures nouvelles	-6 081	70	1 653	1 088	-3 270

Source : PLFSS 2003 - Annexe b1.

3. Les soldes : les finances sociales ont fragilisé le solde des finances publiques

Les administrations de sécurité sociale (ASSO) présentent de manière quasi-constante un besoin de financement - c'est-à-dire un déficit -, comme le montre le graphique ci-après :



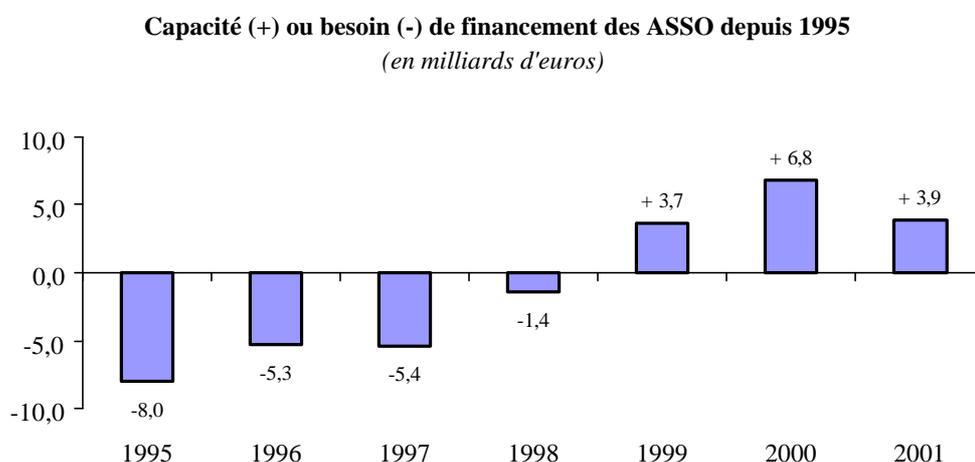
Source : PLF 2003. Rapport économique, social et financier (tome III).

Depuis 1990, les ASSO n'ont dégagé une capacité de financement que quatre années sur douze, le besoin de financement ayant varié entre - 0,1 % du PIB en 1998 et - 0,9 % en 1993, année de récession économique.

Une capacité de financement est apparue sur trois années consécutives, de 1999 à 2001, correspondant, pour l'essentiel, à la période de croissance économique soutenue.

Sur la période 1997 à 2001, les ASSO ont ainsi dégagé une capacité de financement globale de 0,4 % de PIB.

Exprimée en euros, le solde de financement des ASSO a évolué de la manière suivante depuis 1995 :



Source : INSEE. Comptes nationaux. Rapport sur les comptes de la Nation 2001.

C'est en 2000 que la capacité de financement des administrations de sécurité sociale a été la plus importante, avec 6,8 milliards d'euros. Sur la période, la capacité de financement totale s'est établie à 7,6 milliards d'euros. Il convient toutefois de noter l'**extrême fragilité de la situation financière de la sécurité sociale**, qui dépend de façon très étroite de la conjoncture.

Cette fragilité a été accentuée par le **refus du gouvernement précédent d'entreprendre des réformes structurelles** et par l'**absence de maîtrise des dépenses, en particulier dans le domaine de l'assurance maladie**, mais aussi par les **mesures mises en oeuvre au cours de la précédente législature**.

À cet égard, l'exemple de 2001 est éclairant, tant il démontre la façon dont l'évolution des prélèvements obligatoires peut peser sur la situation des finances publiques.

La réduction des excédents sociaux dès 2001

En 2000 et 2001, le solde de financement de la sécurité sociale s'est établi de la façon suivante :

Capacité (+) ou besoin (-) de financement des administrations de sécurité sociale

(milliards d'euros)

	2000	2001
Régime général	+ 2,1	+ 1,3
Régimes d'indemnisation du chômage	+ 1,2	- 1,4
Fonds spéciaux (1)	- 1,3	- 0,9
<i>dont FOREC</i>	- 1,7	- 0,7
Régimes complémentaires	+ 3,7	+ 4,7
Autres régimes (2)	+ 0,8	+ 0,6
Organismes dépendant des assurances sociales (hôpitaux)	+ 0,3	- 0,2
Total administrations de sécurité sociale	+ 6,8	+3,9

(1) Principalement le fonds de solidarité vieillesse (FSV), le fonds de compensation des organismes de sécurité sociale (FCOSS) et le fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC).

(2) Les autres régimes regroupent les régimes particuliers de salariés, les régimes de non-salariés et les régimes agricoles.

Source : comptes de la Nation 2001 - base 95, INSEE, direction de la prévision, direction générale de la comptabilité publique.

Entre 2000 et 2001, les impôts et cotisations sociales perçus par les administrations de sécurité sociale progressent de 5,1 %, les rentrées de CSG et de cotisations sociales étant favorisées par le dynamisme de la masse salariale.

Si les administrations de sécurité sociale sont excédentaires pour la troisième année consécutive en 2001, leur capacité de financement atteint 3,9 milliards d'euros, soit un excédent en baisse de 2,9 milliards d'euros par rapport à 2000 (- 2,9 %). Elle revient ainsi quasiment à son niveau de 1999 (3,7 milliards d'euros), après avoir atteint 6,8 milliards en 2000. Cette réduction résulte, pour l'essentiel, du solde des régimes d'assurance chômage qui devient négatif, du fait notamment de l'augmentation du nombre d'allocataires indemnisés en raison du ralentissement conjoncturel.

Il s'agit effectivement, comme le note la Cour des comptes dans son rapport relatif à l'exécution des lois de finances pour 2001, d'une « évolution défavorable ». Par ailleurs, « les bonnes rentrées de CSG et la nouvelle affectation d'impôts ont masqué la forte progression des dépenses d'assurance maladie et le déficit du fonds de financement de la réforme des cotisations de sécurité sociale, le FOREC ». En effet, les recettes des administrations de sécurité sociale demeurent très dynamiques, et sont principalement soutenues par la forte progression de la masse salariale privée, à l'origine de la forte augmentation de la CSG (+ 6,9 %). Les impôts et taxes affectés augmentent de 9 %, et les cotisations sociales de 3,9 %. Quant aux fonds spéciaux, dont

le FOREC, ainsi que les établissements hospitaliers, ils contribuent à réduire cet excédent, à hauteur respectivement de 900 millions et 200 millions d'euros.

La haute juridiction financière considère ainsi que cette « réduction de l'excédent des comptes des administrations de sécurité sociale » pourrait contribuer à « compromettre la réalisation de l'équilibre des comptes des administrations publiques en 2004/2005 ».

Dès lors, la conjoncture se détériorant les années suivantes, la situation financière des organismes de sécurité sociale ne pouvait que se dégrader, faute de réformes permettant de réduire les dépenses, de santé en particulier.

Ainsi, le régime général de la sécurité sociale, qui était excédentaire de 1,15 milliard d'euros en 2001, redeviendrait déficitaire, de 3,27 milliards d'euros en 2002 et de 4,62 milliard d'euros en 2003. Les administrations de sécurité sociale dans leur ensemble dégageraient un besoin de financement de 0,1 % du PIB en 2002 et de 0,2 % en 2003.

4. Les prélèvements sociaux

Votre rapporteur pour avis, compte tenu notamment de l'existence d'un débat consacré, en application de l'article 52 de la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances, aux prélèvements obligatoires et à leur évolution, souhaite développer la question des prélèvements obligatoires affectés à la sphère sociale, dans un souci de complémentarité avec le rapport établi par notre collègue Philippe Marini, rapporteur général¹.

a) 1997-2001 : une augmentation ininterrompue des prélèvements sociaux

En 2001, les administrations de sécurité sociale représentaient 48 % des prélèvements obligatoires.

Selon la définition retenue par l'INSEE², les cotisations sociales constituent, à côté des impôts, une part des prélèvements obligatoires. Sont exclues de cette définition les cotisations sociales « fictives » qui correspondent à des prestations fournies directement par les employeurs à leurs salariés³.

¹ Rapport n° 48 (2002-2003).

² Institut national des statistiques et des études économiques.

³ Les cotisations fictives, qui concernent essentiellement les fonctionnaires et agents de grandes entreprises publiques, représentent environ 15 % des cotisations sociales effectives en France.

La catégorie d'administration publique dite « administrations de sécurité sociale » (ASSO), qui constitue l'une des composantes des « administrations publiques » (APU) au sens du traité de Maastricht, bénéficie du produit de ces cotisations sociales mais également de l'affectation du produit d'un nombre grandissant d'impôts et taxes.

Or, les ASSO constituent le premier poste des prélèvements obligatoires en France. Ainsi, en 2001, elles ont représenté **48,2 % de l'ensemble des prélèvements obligatoires, soit 317,5 milliards d'euros.**

Les prélèvements sociaux sont constitués en 2001 de 232,6 milliards d'euros de cotisations sociales effectives¹ - soit 73,3 % du total - et de 84,9 milliards d'euros d'impôts et taxes affectés - soit 26,7 %, dont 5,6 milliards d'euros au titre des retenues et cotisations sociales au profit de l'Etat.

¹ *C'est-à-dire nettes des cotisations dues non recouvrables.*

**Liste des impôts et taxes constitutifs
des prélèvements obligatoires sociaux en 2001**

(en millions d'euros)

ADMINISTRATIONS DE SÉCURITÉ SOCIALE	
Taxe auto	876,0
Taxe alcools CNAMTS	376,0
Contribution des exploitants agricoles à la FCATAG	12,2
Participation des compagnies d'assurance à la CNNSS	4,0
Droits de plaidoirie	14,2
Cotisations aux Fonds de garantie des salaires (AGS et AGCC)	374,3
Contribution entreprises médicaments	319,1
Contribution des PAM conventionnés	1,8
FSV taxe/cotisation de prévoyance	430,0
Taxe grossiste répartiteurs	27,3
Taxes hydrocarbures	4,1
Contribution des laboratoires	468,3
Droits tabacs pour CMU	212,9
Droits tabacs pour Fonds amiante	31,8
Alimentent le fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC)	
- partie des droits sur les alcools et boissons	2 614,3
- partie des droits sur les tabacs	7 912,0
- contribution sociale sur les bénéfices des sociétés (CSB)	919,4
- taxe générale sur les activités polluantes (TGAP)	509,8
- taxe sur les véhicules de tourisme des sociétés (TVTS)	700,7
Partie de la taxe sur les conventions d'assurance (TCA)	1 050,2
PRÉLÈVEMENTS SOCIAUX	
CSG pour le fonds de solidarité vieillesse (FSV)	9 856,0
CSG pour la caisse nationale d'allocations familiales (CNAF)	9 421,5
CSG pour la caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS)	43 317,0
2 % social pour la CNAMTS	585,4
2 % social pour le FSV	390,2
TOTAL	80 428,5

Source : PLF 2003 - Annexe 5 du rapport du gouvernement sur les prélèvements obligatoires et leur évolution.

Cette situation est le résultat d'une évolution engagée il y a de nombreuses années.

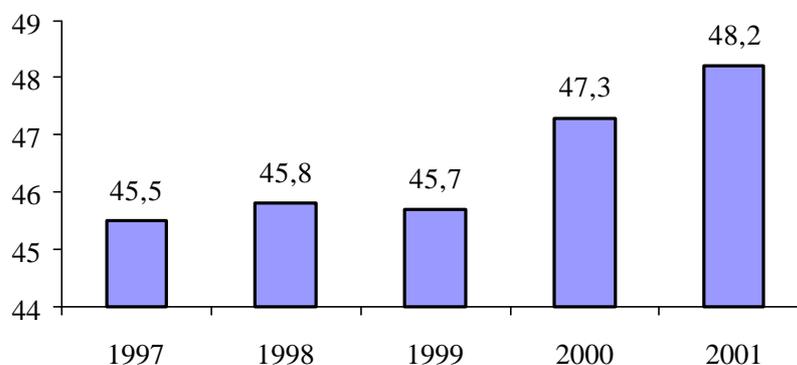
b) L'augmentation continue des prélèvements sociaux depuis 1997

Entre 1997 et 2001, le montant des prélèvements sociaux est passé de 256,3 milliards d'euros à 317,5 milliards d'euros, soit une **progression supérieure à 61 milliards d'euros, en hausse de 23,9 % sur cinq ans.**

En comparaison, sur la même période, les prélèvements obligatoires affectés aux administrations publiques centrales ont progressé d'environ 31 milliards d'euros, soit une hausse de 13,8 %.

En 1997, les prélèvements sociaux représentaient 45,5 % de l'ensemble des prélèvements obligatoires, contre 48,2 % en 2001. Ceux des administrations publiques centrales ont au contraire diminué, passant de 40,2 % du total en 1997 à 39,1 % en 2001.

Part des ASSO dans les prélèvements obligatoires de 1997 à 2001 (en %)



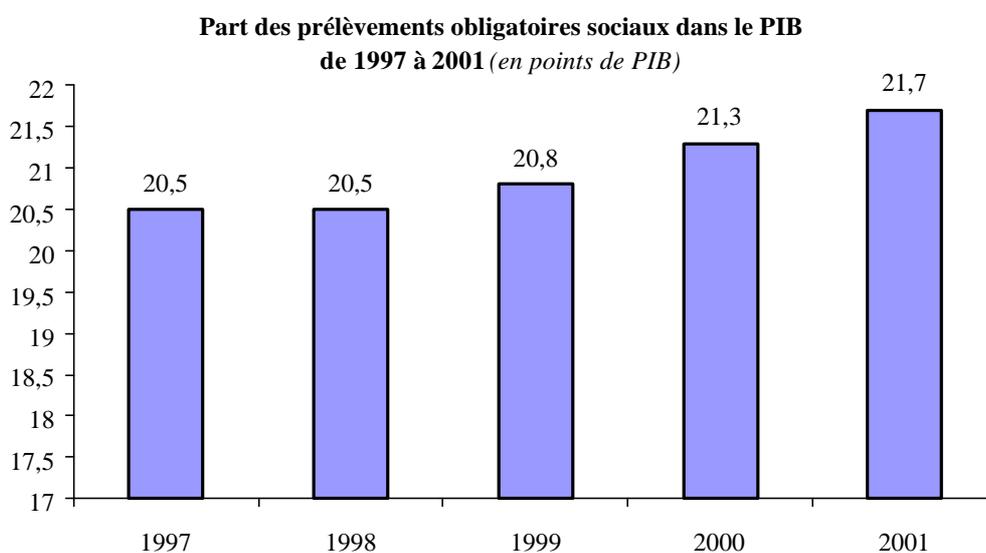
Source : INSEE. Rapport sur les comptes de la Nation 2001.

Au cours de la seule année 2000, les prélèvements obligatoires ont progressé de 20,7 milliards d'euros, dont 15,6 milliards pour les prélèvements sociaux. Ainsi, **entre 2000 et 2001, plus de 75 % de la croissance des prélèvements obligatoires est imputable aux ASSO.**

c) Les prélèvements sociaux : une part croissante du PIB

La part des prélèvements obligatoires alloués aux administrations de sécurité sociale est passée de 20,5 % du produit intérieur brut (PIB) en 1997 à **21,7 % en 2001**.

Cette hausse a été continue comme le montre le graphique ci-dessous :



Source : PLF 2003. Rapport économique, social et financier (tome III).

Comme le note le rapport du gouvernement sur les prélèvements obligatoires et leur évolution, « *la hausse du taux de prélèvements obligatoires provient pour l'essentiel des organismes sociaux [...]* ».

Le rapport souligne « *la hausse des dépenses sociales, en particulier l'augmentation des dépenses consacrées au risque vieillesse¹ [...] ainsi que l'augmentation des dépenses de santé² [...]* ».

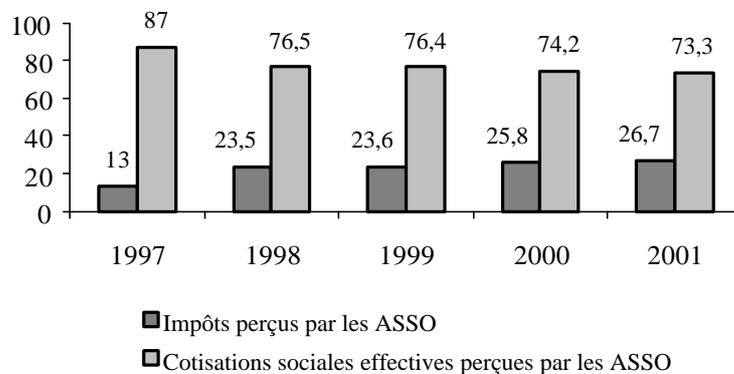
¹ Ces dépenses sont passées de 7,7 % du PIB en 1981 à environ 10 % en 2001.

² Les prestations sociales de santé, hors dotation globale hospitalière, sont passées de 4,8 % du PIB en 1981 à 5,3 % en 2000.

d) La part croissante de la fiscalité au sein des prélèvements sociaux

Le graphique ci-dessous illustre l'évolution de la structure du financement des administrations de sécurité sociale, qui se caractérise par la **part grandissante qu'y occupe la fiscalité** :

Evolution comparée de la part des impôts et des cotisations sociales au sein des prélèvements sociaux de 1997 à 2001 (en %)



La part des impôts et taxes affectés a plus que doublé en cinq ans, passant de 13 % des prélèvements sociaux en 1997 à 26,7 % en 2001.

Cette évolution tient à deux phénomènes qui ont pris une ampleur considérable au cours de la précédente législature :

- d'une part, la **création de nouvelles impositions**, à l'exemple de la taxe générale sur les activités polluantes (TGAP) et de la contribution sociale sur le bénéfice des entreprises (CSB), toutes deux instituées en 1999 pour financer les 35 heures ;

Notre collègue Jacques Oudin, dans son avis rendu au nom de votre commission des finances sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, avait récapitulé les mesures qui, depuis 1997, ont créé ou élargi des prélèvements obligatoires sociaux. Il convient, eu égard aux enseignements qu'elles permettent d'en tirer, de reproduire ces informations :

Nouveaux prélèvements obligatoires en matière sociale depuis 1997

17 mesures sont intervenues depuis 1997 pour augmenter ou élargir un prélèvement obligatoire social :

1. substitution de la CSG aux cotisations sociales maladie qui s'est traduite par une hausse des prélèvements sur les revenus du patrimoine (LFSS 1998) ;
2. passage de 6 à 8 % du taux de la taxe sur les contrats de prévoyance supplémentaire (LFSS 1998) ;
3. déplafonnement des cotisations d'allocations familiales des non salariés (LFSS 1998) ;
4. augmentation de la taxe sur la publicité pharmaceutique (LFSS 1998) ;
5. création de la taxe sur les ventes directes de médicaments (LFSS 1998) ;
6. création de la taxe de santé publique sur les tabacs (LFSS 1998) ;
7. extension de l'assiette des prélèvements sur les revenus du patrimoine et les produits de placement (LFSS 1998) ;
8. reversement sanction sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques n'ayant pas signé d'accord de limitation (LFSS 1999) ;
9. contribution assise sur le chiffre d'affaires santé des organismes de protection sociale complémentaire (loi CMU de mai 1999) ;
10. taxation des heures supplémentaires des entreprises n'ayant pas signé d'accords de réduction du temps de travail (seconde loi 35 heures), annulée par le Conseil constitutionnel ;
11. création d'une cotisation sociale sur les bénéfices des entreprises (LFSS 2000) ;
12. élargissement de la taxe générale sur les activités polluantes (LFSS 2000) ;
13. affectation des droits sur les tabacs détenus par l'Etat au FOREC (LFSS 2001) ;
14. affectation de la taxe sur les véhicules de société au FOREC (LFSS 2001) ;
15. affectation d'une partie de la taxe sur les conventions d'assurance (LFSS 2001) ;
16. réforme de la clause de sauvegarde (LFSS 2001) ;
17. augmentation de la contribution due par les laboratoires et les grossistes répartiteurs sur les ventes en gros aux officines pharmaceutiques (LFSS 2001).

- d'autre part, les **transferts croissants du produit de la fiscalité de l'Etat vers les organismes de sécurité sociale**, également dans le but, pour l'essentiel, de financer la réduction du temps de travail : droits de consommation sur les alcools et sur les tabacs, taxe sur les conventions d'assurance. Ces transferts ont été effectués à la fois en lois de finances et en

lois de financement de la sécurité sociale, les deux textes devant comporter des dispositions « miroir ».

Parallèlement, la part des cotisations sociales parmi les ressources des ASSO ne cesse de reculer. Ce phénomène a d'ailleurs été amplifié par le transfert de cotisations vers la contribution sociale généralisée (CSG), décidé en 1998, ainsi que par les exonérations de charges sociales, mouvement initié en 1993 et 1995 par la « ristourne Juppé » puis accentué par les allègements mis en place au titre des deux « lois Aubry ».

**B. L'OPPORTUNITÉ DES MESURES DE REDRESSEMENT PROPOSÉES :
LES MESURES NOUVELLES DU PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE
LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2003**

1. Les ressources

a) Le niveau des ressources en 2003

L'article 8 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale fixe à **327,50 milliards d'euros en 2003** les prévisions de recettes, par catégorie, de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement, **en hausse de 3,9 %** par rapport aux recettes révisées de 2002.

Depuis 2000, les ressources ont évolué de la manière suivante :

Agrégats de recettes							
<i>(en millions d'euros)</i>							
	2000	2001	%	2002	%	2003	%
Agrégat Cotisations effectives	162 378	171 458	5,6	175 589	2,4	184 153	4,9
Cotisations sociales effectives	160 768	170 639	6,1	175 120	2,6	182 378	4,1
Cotisations des actifs	159 069	168 793	6,1	173 152	2,6	180 335	4,1
Cotisations des inactifs	596	613	2,9	657	7,2	675	2,7
Autres cotisations	529	607	14,7	651	7,2	669	2,7
Majorations et pénalités	574	625	9	660	5,5	699	5,9
Reprises nettes de provisions	481	- 6		- 719		852	
Pertes sur créances irrécouvrables	- 2 121	- 2 180	2,8	- 1 599	- 26,7	- 1 409	- 11,8
Cotisations prises en charge par l'État	3 250	3 005	- 7,6	2 787	- 7,2	2 332	- 16,3
Cotisations prises en charges par la sécurité sociale	0	0	-	0	-	0	-
Agrégat Cotisations fictives d'employeur	29 163	30 148	3,4	31 776	5,4	32 480	2,2
Agrégat Impôts et taxes affectés	79 957	88 545	10,7	89 693	1,3	94 150	5
Agrégat Transferts reçus	- 129	140		177	26,5	209	18,3
Agrégat Contributions publiques	11 493	10 961	- 4,6	11 216	2,3	11 402	1,7
Agrégat Revenus des capitaux	544	743	36,7	785	5,6	1 036	31,9
Agrégat Autres recettes	4 332	5 717		5 960	4,2	4 075	- 31,6
Total des produits	287 738	307 712	6,9	315 196	2,4	327 504	3,9

Source : PLFSS 2003 - Annexe c.

Les mesures nouvelles proposées par le présent projet de loi de financement aboutissent à accroître les recettes des régimes de base et de différents fonds, notamment le FSV et le FOREC, de 2,94 milliards d'euros en 2003, au terme de plusieurs mouvements ainsi retracés :

(en millions d'euros)

Agrégats recettes 2003	Régime général	Autres régimes de base	FSV	FOREC	Recettes consolidées	Recettes supplémentaires
Recettes transfert AT	330				330	
CADES (FOREC 2000)	1 097					1 097
Retour salariés agricoles pour RG	28					28
CADES (FOREC 2000) autres régimes		155				155
Effet sur le solde Salariés agricoles Maladie		- 59			- 59	
Effet sur le solde Salariés agricoles Vieillesse		- 44			- 44	
Tabac maladie	700			300		1 000
TCA FOREC				660		660
Recettes FSV majoration enfant			945		945	
TOTAL	2 155	52	945	960	1 172	2 940

Source : PLFSS 2003 - Annexe c.

Ces recettes supplémentaires résultent du remboursement, proposé par l'**article 5** du présent projet de loi de financement, d'une partie de la dette du FOREC en 2000 par la CADES, au régime général à hauteur de 50 %, soit 1,097 milliard d'euros, et aux autres régimes à hauteur de 100 %, soit 183 millions d'euros, de l'augmentation des droits de consommation sur les tabacs manufacturés, réalisée par l'**article 4**, qui doit engendrer une recette supplémentaire de 1 milliard d'euros, et de l'affectation par l'**article 3** d'une part supplémentaire (44,07 %, au lieu de 30,56 %) du produit de la taxe sur les conventions d'assurance, soit 660 millions d'euros¹, au FOREC.

b) L'augmentation de la fiscalité sur les tabacs

L'**article 4** du présent projet de loi de financement propose notamment d'alourdir la fiscalité sur les tabacs manufacturés².

¹ L'article 28 du projet de loi de finances pour 2003 constitue le « dispositif miroir » traditionnel de cette disposition du PLFSS.

² L'article 4 prévoit également de transposer en droit interne les dispositions de la directive 2002/10/CE du 12 février 2002 : cette transposition n'aura pas d'incidence sur le niveau de taxation en France, les seuils nationaux étant déjà supérieurs aux minima communautaires. Le même article tire les conséquences de la décision de la Cour de justice des Communautés européennes du 27 février 2002 qui conduit à mettre un terme à l'application d'un double minimum de perception en fonction de la qualité brune ou blonde des tabacs utilisés pour fabriquer les cigarette. Enfin, il propose d'aligner la taxation des tabacs manufacturés importés des pays tiers sur celle applicable aux tabacs manufacturés vendus dans le réseau des débiteurs.

L'exposé des motifs dudit article insiste sur les effets attendus de cette augmentation des prix du tabac sur la consommation, le tabagisme constituant « *un problème majeur de santé publique* »¹. L'INSEE a montré que les hausses de prix contribuent à freiner la consommation de tabac : une augmentation de 1 % du prix des cigarettes se traduit par une baisse de 0,3 % des volumes consommés en moyenne sur l'année.

La fiscalité des tabacs, régie par les dispositions des articles 575 à 575 E *bis* du code général des impôts est relativement complexe :

- pour les cigarettes, le droit de consommation se décompose en deux parts, établies à partir de la cigarette de la classe de prix la plus demandée, soit actuellement la Marlboro : une part spécifique, qui correspond à un montant forfaitaire par cigarette, et une part proportionnelle, qui est fonction du prix de vente au détail ;

- pour les autres tabacs, le montant du droit est proportionnel au prix de vente.

Ces taux s'établissaient de la manière suivante au 1^{er} janvier 2002 :

Groupe de produits	Taux (au 1er janvier 2002)
Cigarettes	55,19 % + part spécifique (6,8391 €/mille cigarettes)
Cigares	20%
Tabacs à rouler	51,69%
Autres tabacs à fumer	47,43%
Tabacs à priser	40,89%
Tabacs à mâcher	28,16%

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2002)

De surcroît, s'applique, sur certains produits, un **minimum de perception** destiné à éviter la mise sur le marché de produits à bas prix qui serait propice à une « guerre des prix » telle qu'il y en a eu au milieu des années 1990. La réglementation communautaire tend à rapprocher graduellement les *minima* de perception.

Le produit du droit de consommation sur les tabacs manufacturés s'élevait à 8,8 milliards d'euros en 2001. Depuis 1991, il s'est accru de 250 %. Selon le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, réunie le 24 septembre 2002, « *cette forte progression n'est pas liée à une évolution à la hausse des volumes de consommation* », qui ont au contraire diminué au cours des dernières années. Cette évolution « *s'explique à titre essentiel par*

¹ La mortalité annuelle directe liée au tabagisme est estimée à 60.000 décès, soit environ 10 % de la mortalité globale. Or, la proportion des jeunes fumeurs reste trop importante : 38,2 % des jeunes âgés de 18 à 34 ans (mais 46,8 % en 1992).

les revalorisations successives du prix des cigarettes ». « À titre secondaire, le relèvement des minima de perception augmente le rendement de la taxe ».

Le produit du droit de consommation sur les tabacs, à partir de 2000, a fait l'objet d'affectations extrêmement évolutives, comme le montre le tableau ci-dessous :

Clefs de répartition des droits de consommation sur les tabacs manufacturés

	LFI 2000	LFSS 2001	LFSS 2002	PLFSS 2003	Montants en 2003 (en millions d'euros)
Droits tabacs					
CNAMTS	16%	2,61%	8,84%	15,20%	1.461
FOREC	79%	97%	90,77%	84,45%	8.115
Fonds amiante	0,39%	0,39%	0,39%	0,35%	34
État	5,90%	0%	0%	0%	0

La modification de cette affectation avait été décidée par le gouvernement précédent afin de financer les 35 heures. **Ainsi, la taxation du tabagisme ne bénéficiait quasiment plus à l'assurance maladie mais à un dispositif de la politique de l'emploi ! Le droit de consommation sur les tabacs devenait ainsi un impôt de rendement.**

Le présent projet de loi de financement propose d'augmenter les *minima* de perception sur les tabacs, selon le schéma suivant :

Minima de perception

Minimum de perception par catégorie de produit	LFSS 2002	PLFSS 2003	Augmentation
Cigarettes blondes	90 €	106 €	17,7%
Cigarettes brunes	87 €		21,8%
Tabacs à rouler	45 €	53 €	17,7%
Cigares	55 €	64 €	16,3%

Le rendement attendu de cette hausse du droit de consommation est estimé à 1 milliard d'euros en 2003.

Or, l'Assemblée nationale, sur la proposition de sa commission des affaires culturelles, familiales et sociales, a renforcé la hausse des taxes sur les tabacs prévue par le gouvernement, en portant l'accroissement des *minima* de perception sur les cigarettes de 17,7 % à 20 % (soit 108 euros) et sur le tabac à

rouler de 17,7 % à 24,4 % (soit 56 euros), « afin d'éviter un déport de consommation vers les produits moins chers, de moins bonne qualité et donc encore plus nocifs pour la santé »¹.

Le gouvernement a émis un avis défavorable à ces amendements, considérant qu'une augmentation trop brutale des prix pourrait engendrer des effets pervers, en particulier la contrebande.

c) L'augmentation du droit de consommation sur les bières fortes

L'Assemblée nationale, sur la proposition de sa commission des affaires culturelles, familiales et sociales, a adopté un amendement, devenu l'**article 4 bis**, qui surtaxe à 100 euros par degré alcoométrique les bières conditionnées en boîtes dont le titre alcoométrique excède 8% vol. c'est-à-dire les bières fortes. Par comparaison, les autres bières sont taxées à 2,60 euros par hectolitre.

2. Les objectifs de dépenses (article 45)

L'**article 45** du présent projet de loi de financement fixe à **329,70 milliards d'euros pour 2003**, en hausse de 4,4 % par rapport aux objectifs de dépenses révisés pour 2002, le total des objectifs de dépenses par branches de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de 20.000 cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres.

C'est la première fois qu'un tel article figure en loi de financement de la sécurité sociale : il réalise la totalisation des différents objectifs de dépenses assignés aux branches par les articles 33 (maladie), 39 (accidents du travail et maladies professionnelles), 42 (famille) et 44 (vieillesse). Il a toutefois été supprimé par l'Assemblée nationale, au motif qu'il n'avait pas de caractère prévisionnel.

¹ L'Assemblée nationale a également adopté un amendement du gouvernement visant à remplacer le message «Nuit gravement à la santé» inscrit sur les paquets de cigarettes par un message général de caractère sanitaire - le message «Le tabac tue» a ainsi été évoqué au cours des débats -, et à interdire les mentions indiquant qu'un produit du tabac particulier est moins nocif que les autres, ce qui reviendra à prohiber la mention «light» ou «légère».

Ces dépenses évoluent de la manière suivante depuis 2000 :

Régimes de base consolidés (plus de 20.000 cotisants)

(en millions d'euros)

	2000	2001	%	2002	%	2003	%
Total des prestations	271 591	283 085	4,2	297 633	5,1	309 931	4,1
Prestations légales	266 624	278 416	4,4	292 824	5,2	304 814	4,1
Prestations légales maladie	106 468	112 310	5,5	119 942	6,8	126 485	5,5
Prestations légales AT	6 940	7 210	3,9	7 516	4,2	7 765	3,3
Prestations légales vieillesse	122 982	127 659	3,8	132 911	4,1	137 254	3,3
Prestations légales famille	30 233	31 237	3,3	32 455	3,9	33 310	2,6
Prestations extralégales	3 072	3 202	4,2	3 490	9,0	3 743	7,2
Autres prestations	888	1 092	23,1	1 143	4,6	1 180	3,3
Dotations nettes aux provisions	944	325	- 65,5	138	- 57,7	156	13,2
Pertes sur créances irrécouvrables	63	50	- 21,3	38	- 24,3	38	1,1
Transferts entre organismes de sécurité sociale	405	1 473	263,7	2 295	55,9	3 251	41,6
Autres charges techniques	3 405	4 347	27,7	4 218	- 3,0	4 745	12,5
Diverses charges techniques	147	286	95,1	355	24,1	363	2,2
Charges financières	293	410	40,1	441	7,6	496	12,4
Autres charges techniques	46	191	314,0	95	- 50,2	174	82,4
Charges de gestion courante	10 709	10 229	- 4,5	10 651	4,1	10 738	0,8
Total des charges	286 596	300 022	4,7	315 690	5,2	329 697	4,4

Source : PLFSS 2003 - Annexe c.

Les mesures nouvelles inscrites au présent projet de loi de financement se traduisent par un accroissement des dépenses de 2,18 milliards d'euros en 2003 :

Mesures pour 2003

(en millions d'euros)

Agrégats dépenses 2003	Régime général	Autres régimes de base	Dépenses consolidées	Dépenses supplémentaires
Branche maladie	415	66	- 59	540
FMES	387	63		450
FAQSV	17	3		20
ONIAM	70			70
CADES (FOREC 2000) retour salariés agricoles pour RG	- 59		- 59	
Branche AT	970	0	330	640
Dépenses transfert AT	330		330	
FIVA	190			190
FICAATA	450			450
Branche vieillesse	- 44	0	- 44	0
CADES (FOREC 2000) retour salariés agricoles pour RG	- 44		- 44	
Branche famille	995	0	0	995
Dépenses CNAF majoration enfant	945			945
Mesures nouvelles sur prestations famille	50			50
TOTAL	2 336	66	227	2 175

Source : PLFSS 2003 - Annexe c.

Ces dépenses supplémentaires concernent les régimes de base : il s'agit des dotations versées à des fonds extérieurs au champ des régimes de base, comme le FSV, l'ONIAM¹, le FIVA² ou le FCAATA³...

D'autres dépenses correspondent à des transferts entre régimes de base. Leurs montants sont consolidés et n'ont donc pas d'impact sur l'agrégat des dépenses.

3. Une quasi-stabilisation du solde en 2003

a) La nécessaire maîtrise de l'évolution des prélèvements sociaux

La situation du financement des administrations de sécurité sociale s'est brutalement détériorée en 2002. Cette dégradation soudaine, qui souligne l'extrême fragilité des comptes sociaux, résulte :

- de l'augmentation des dépenses : très forte progression des dépenses d'assurance maladie, accentuée par la mise en place des 35 heures à l'hôpital,

¹ Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

² Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante.

³ Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante.

et retournement de la situation de l'emploi, provoquant le déficit de l'assurance chômage ;

- de la réduction des recettes, du fait du ralentissement sensible de la croissance de la masse salariale (+ 3,7 %, après + 6,3 % en 2000 et 2001) et de ses conséquences défavorables sur les rentrées de cotisations sociales.

Le solde des régimes sociaux passerait ainsi d'un excédent de 0,3 % du PIB en 2001 à un **déficit de 0,1 % en 2002**.

La progression spontanée des prélèvements obligatoires plus rapide que la croissance économique est en grande partie le fait des prélèvements sociaux. Ainsi, les prélèvements obligatoires dont bénéficient les ASSO devraient, selon le gouvernement, progresser de 4,1 % en 2002, à périmètre constant.

Les prélèvements sociaux continueraient néanmoins d'occuper une part croissante au sein de l'ensemble des prélèvements sociaux : 49,1 % en 2002, à **329,4 milliards d'euros**, après 48,2 % en 2001. Leur part dans le PIB passerait de 21,7 % en 2001 à 21,9 % en 2002.

Pour 2003, le gouvernement indique, dans son rapport susmentionné, que *« les prélèvements obligatoires des organismes de sécurité sociale devraient progresser spontanément à un rythme davantage en phase avec l'activité économique »*.

Le taux de prélèvements sociaux s'établirait à 21,9 % du PIB en 2003, soit un **niveau stabilisé par rapport à 2002**. Néanmoins, à **343,3 milliards d'euros**, leur part dans l'ensemble des prélèvements obligatoires progresserait encore, atteignant 45,9 % du total.

Le taux de prélèvements sociaux spontané devrait rester stable, tandis que les mesures nouvelles contribueraient également à cette stabilité du taux. Le gouvernement note, en effet, que *« les mesures nouvelles comprennent deux types de facteurs jouant en sens contraire sur l'évolution du taux de PO. D'un côté, les baisses de cotisations sociales se traduisent par une diminution brute de prélèvements obligatoires de l'ordre de 0,1 point de PIB en 2003. Mais d'un autre côté, les transferts de recettes fiscales de l'Etat vers les ASSO [...], ainsi que la mesure de hausse des droits tabacs aboutissent, in fine, à réduire l'incidence sur le taux de PO des ASSO des allègements de cotisations sociales »*.

L'incidence du PLF et du PLFSS pour 2003 : des prélèvements sociaux stabilisés

Les mesures nouvelles contenues dans le projet de loi de finances et dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 engendreront une diminution nette de 2,9 milliards d'euros sur l'ensemble des prélèvements obligatoires, alors que, en l'absence de ces mesures nouvelles, le taux de prélèvements obligatoires serait de 0,2 point de PIB supérieur à ce qu'il sera effectivement. De surcroît, les 250 millions d'euros au titre des allègements de charges décidés dans le cadre du dispositif «contrats jeunes», ne devraient pas être considérés par l'INSEE comme une diminution des prélèvements obligatoires.

À périmètre constant, le nouveau dispositif d'allègements de charges en faveur des bas salaires mis en oeuvre par le projet de loi sur les salaires, le temps de travail et le développement de l'emploi, actuellement en discussion, se traduira par une diminution des prélèvements obligatoires de 800 millions d'euros en 2003 et de 1,2 milliard d'euros en 2004 par rapport à 2003. En sens inverse, l'augmentation des droits de consommation sur les tabacs affectés à l'assurance maladie va entraîner une hausse des prélèvements obligatoires de 700 millions d'euros en 2003.

Cette **baisse de 100 millions d'euros des prélèvements sociaux** sera en apparence neutralisée par le transfert par l'Etat de la taxe sur les conventions d'assurance, à hauteur de 700 millions d'euros. À l'issue de cette modification de périmètre, les prélèvements sociaux se verront accrus de 600 millions d'euros.

Le solde de financement des ASSO s'établirait en 2003 à - 0,2 % du PIB, après - 0,1 % en 2002.

Le gouvernement indique que *« la quasi-stabilisation du solde entre 2002 et 2003 s'inscrit dans un contexte de décélération des dépenses, dont le rythme de progression avoisinerait celui des recettes »*.

Le tableau ci-dessous récapitule l'ensemble de ces données pour 2002 et 2003 :

Contributions à l'évolution du taux de prélèvements obligatoires des ASSO en 2002 et 2003

	2002	2003
Montant des PO des ASSO (en Md€)	329,7	343,7
Taux de PO des ASSO (en % du PIB)	21,9	21,9
Evolution du taux de PO (en point de PIB)	0,2	0,0
Contribution des mesures nouvelles (en point de PIB)	- 0,1	0,0
Contribution de l'évolution spontanée (en point de PIB)	0,3	0,0

Source : PLF 2003 - Rapport du gouvernement sur les prélèvements obligatoires et leur évolution.

b) Le solde du régime général continuerait néanmoins de se dégrader en 2003

En 2003, le déficit du régime général va encore se creuser, pour atteindre 3,94 milliards d'euros, soit 181 millions d'euros de plus par rapport au déficit avant mesures nouvelles.

Il convient surtout de souligner que ce déficit est dû exclusivement à l'assurance maladie, dont le déficit devrait atteindre 6,93 milliards d'euros, soit 848 millions d'euros de plus qu'en 2002. Toutes les autres branches du régime général au contraire dégageraient un excédent en 2003.

Mesures nouvelles du projet de loi de financement de la sécurité sociale PLFSS 2003
Régime général PLFSS 2003

(en millions d'euros)

2003	CNAM Maladie	CNAM AT	CNAVTS	CNAF	RG
Résultat net 2003 avant mesures nouvelles	-8 018	1 032	1 552	1 675	-3 759
RECETTES 2003	CNAM Maladie	CNAM AT	CNAVTS	CNAF	RG
Recettes transfert AT	330				330
CADES (Forec 2000)	474	90	329	204	1 097
CADES (Forec 2000). Retour salariés agricoles				28	28
Tabac maladie	700				700
TOTAL	1 504	90	329	232	2 155
DÉPENSES 2003	CNAM Maladie	CNAM AT	CNAVTS	CNAF	RG
Dépenses transfert AT		330			330
CADES (Forec 2000). Retour salariés agricoles	-59		-44		-103
Dépenses CNAF majoration enfant				945	945
Mesures nouvelles sur prestations famille				50	50
FIVA		190			190
FCAATA		450			450
FMES	387				387
FAQSV	17				17
ONIAM	70				70
TOTAL	415	970	-44	995	2 336
Résultat net après mesures nouvelles	-6 929	152	1 925	912	-3 940

Source : PLFSS 2003 - Annexe b1.

c) La programmation pluriannuelle des finances publiques 2004-2006 : le retour à l'équilibre du financement des administrations de sécurité sociale

Au cours des années 2004 à 2006, les dépenses sociales, d'après la programmation pluriannuelle des finances publiques présentée par le gouvernement, devraient progresser moins vite qu'au cours des dernières années, de telle sorte que le solde de financement des administrations de sécurité sociale parviendrait à l'équilibre.

Il est prévu que, sur la période, et grâce à la mise en place de réformes structurelles, notamment dans le domaine du médicament, la hausse des dépenses maladie soit de 4 % par an en valeur, soit 2,5 % en volume compte tenu de l'hypothèse d'inflation retenue. En outre, la réduction du temps de travail dans les établissements hospitaliers serait terminée en 2003.

Les ASSO devraient ainsi parvenir à l'équilibre à compter de 2004 : après un solde de financement de - 0,1 % du PIB en 2002 et de - 0,2 % en 2003, celui-ci serait en équilibre en 2004, 2005 et 2006.

Le régime général n'en verrait pas moins son déficit s'accroître de 8,8 % en 2004, passant de 3,94 milliards d'euros à 4,29 milliards d'euros, mais de nouveau se réduire en 2005, de 25,9 % par rapport à 2004 et 19,4 % par rapport à 2003, à 3,18 milliards d'euros :

Régime général

(en millions d'euros)

	2001	2002	%	2003	%	2004	%	2005	%
CNAMTS-Maladie									
Produits	108 960	111 661	2,5	117 079	4,9	121 561	3,8	126 859	4,4
Charges	111 208	117 742	6	124 008	5,3	128 886	3,9	134 050	4,0
Solde	-2 068	-6 081		-6 929		-7 325		-7 191	
CNAMTS-AT									
Produits	8 488	8 683	2,3	9 121	5,0	9 448	3,6	9 881	4,6
Charges	8 469	8 683	1,7	8 969	4,1	9 365	4,4	9 659	3,1
Solde	20	70		152		83		223	
CNAVTS									
Produits	68 574	70 283	2,5	73 647	4,8	75 892	3,0	78 640	3,6
Charges	67 055	68 630	2,3	71 722	4,5	74 076	3,3	76 553	3,3
Solde	1 518	1 653		1 925		1 816		2 107	
CNAF									
Produits	44 877	76 177	2,9	48 198	4,4	49 903	3,5	51 962	4,1
Charges	43 193	45 089	4,4	47 286	4,9	48 764	3,1	50 277	3,1
Solde	1 684	1 088		912		1 139		1 685	
Régime général									
Produits	230 898	236 804	2,6	248 046	4,7	256 804	3,5	267 342	4,1
Charges	229 745	240 074	4,5	251 985	5,0	261 090	3,6	270 518	3,6
Solde	1 154	-3 269		-3 940		-4 286		-3 176	

Source : PLFSS 2003 - Annexe c.

Sur la période, seule la branche maladie serait encore une fois en déficit, de 7,33 milliards d'euros en 2004 et de 7,19 milliards d'euros en 2005. Toutes les autres branches, au contraire, verraient leur excédent s'accroître.

II. ASSURER L'INDISPENSABLE TRANSITION

A. VERS UNE PLUS GRANDE SINCÉRITÉ DES FINANCES SOCIALES

Au cours de la précédente législature, les relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale sont devenues d'une complexité telle qu'elle avait fini par les rendre illisibles, du reste de façon probablement intentionnée. En la matière, un sommet avait été atteint avec « l'usine à gaz » mise en place pour financer la réduction du temps de travail.

Le Sénat a toujours condamné cette complexité croissante, qui ôte toute intelligibilité aux politiques publiques. La Cour des comptes a également émis de sévères critiques sur ce point.

Ainsi, comme elle l'indique dans son rapport relatif à l'exécution des lois de finances pour 2001, *« les relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale sont devenues d'une grande complexité »*.

Elle estime que *« la frontière entre les dépenses à la charge de l'Etat et celles financées par la sécurité sociale reste mouvante et parfois en contradiction avec l'objet de ces dépenses »*, appuyant son analyse sur deux exemples :

- la *« procédure [...] éminemment critiquable »* du non-financement par l'Etat de ses engagements liés au protocole hospitalier du 14 mars 2000, qui a consisté à faire supporter par la trésorerie des hôpitaux une charge de 304,9 millions d'euros ;

Des engagements financiers de l'Etat non respectés en matière hospitalière

« Afin de résoudre les difficultés de fonctionnement des hôpitaux liées à l'insuffisance des possibilités de remplacement des agents absents, l'Etat s'était engagé, par le protocole du 14 mars 2000, à ce qu'une enveloppe de 304,9 millions d'euros par an pendant trois ans (2000-2002) soit accordée aux établissements concernés. La loi de finances rectificative de juillet 2000 avait créé au fascicule santé-solidarité un nouveau chapitre 47-20 intitulé « Aide exceptionnelle pour le service public hospitalier », doté de 304,9 millions d'euros, au titre de la première tranche. La loi de finances initiale pour 2001 n'a pas pérennisé ce chapitre budgétaire et n'a ouvert aucun crédit à ce titre alors que la dépense était certaine.

Compte tenu des engagements pris dans le protocole hospitalier, les agences régionales de l'hospitalisation ont reçu instruction, par circulaire du 13 décembre 2000, de répartir entre les établissements, dès le début de la campagne, les crédits de remplacement pour l'année 2001. Or, ce n'est qu'en loi de finances rectificative pour 2001 que les crédits correspondants ont été ouverts au chapitre 47-19, article 23 « Aide exceptionnelle au service public hospitalier ». Ces crédits reportés par anticipation en tout début d'année 2002, ont été versés par une convention unique à la CNAMTS, solution qui a accéléré et simplifié le circuit de la dépense par rapport à l'année précédente.

Cette procédure est doublement critiquable :

- s'agissant d'une dépense prévisible quant à son objet et quant à son montant, elle aurait dû figurer en loi de finances initiale. L'argument selon lequel l'importance des crédits ouverts à cet effet et la part qu'ils représentent au sein du budget de la santé (135 % des crédits ouverts en LFI pour l'agrégat « Offre de soins » et plus de la moitié des deux agrégats « Politiques de santé publique » et « Offre de soins ») auraient bouleversé la présentation de la loi de finances initiale n'apparaît pas pertinent dès lors que le choix avait été fait de faire financer cette dépense par l'Etat et non par l'assurance maladie ;

- par ailleurs, le choix d'un financement en loi de finances rectificative a eu pour conséquence de reporter le versement de la contribution de l'Etat sur 2002, allégeant ainsi la dépense supportée par le budget général en 2001 de 304,9 millions d'euros, et donc de faire assurer l'avance de trésorerie par la dotation globale des établissements hospitaliers.

Enfin, il faut noter qu'aucun crédit n'a été ouvert à ce titre en loi de finances initiale pour 2002, le choix d'un financement « en gestion » étant encore une fois fait pour cet engagement exceptionnel de l'Etat ».

Source : rapport de la Cour des comptes sur l'exécution des lois de finances pour 2001

- le plan BIOTOX, présenté par le gouvernement le 5 octobre 2001 dans le cadre du plan Vigipirate, et destiné à faire face aux menaces de bio-terrorisme : la Cour déplore « un nouvel exemple de prise en charge par la sécurité sociale de dépenses de santé publique, le partage de la charge avec l'Etat n'obéissant à aucun critère préalablement défini ».

La Cour des comptes relève également le non apurement par l'Etat de sa dette concernant la réduction dégressive applicable au secteur textile, soit 319 millions d'euros à la fin 2001, ou encore l'absence de remboursement dans l'exercice courant de l'avance de la prime exceptionnelle de Noël pour les bénéficiaires du RMI, en 2000 et 2001, soit 457,3 millions d'euros supportés par la trésorerie de la CNAF.

Enfin, la Cour des comptes se montre une fois de plus très sévère sur la situation résultant du financement des 35 heures, « *la mise en place du FOREC [ayant] été particulièrement tardive* », tandis qu'aucune solution définitive n'avait encore été proposée pour régler le problème des créances de l'ACOSS sur l'Etat au titre du FOREC à la fin de l'année 2000, soit environ 2,4 milliards d'euros.

1. La clarification du financement des exonérations de charges sociales

a) Le FOREC, un fonds qui a opacifié et alourdi les finances publiques

Le fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC) a pour mission de compenser aux régimes de base de sécurité sociale les pertes de cotisations liées aux mesures générales d'allègements de charges portant sur les bas salaires et la réduction du temps de travail.

Créé par l'article 5 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, inséré aux articles L. 131-8 à 11 du code de la sécurité sociale, le FOREC est un établissement public de l'Etat à caractère administratif. Il est doté d'un conseil de surveillance comprenant, notamment, les représentants du Parlement et des partenaires sociaux.

En l'absence de mise en place du fonds en 2000, les recettes du FOREC ont été enregistrées et suivies par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) pour le compte de l'établissement public, ce qui a permis d'assurer la trésorerie du régime général de sécurité sociale.

Le décret n° 2001-968 du 25 octobre 2001 a fixé les conditions d'organisation, de fonctionnement et de gestion du FOREC. Il prévoit notamment que le fonds est placé sous la tutelle conjointe du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de l'emploi et du ministre chargé du budget.

Le FOREC est géré par le fonds de solidarité vieillesse (mêmes président du conseil d'administration, directeur et agent comptable)¹.

(1) La progression des dépenses du FOREC jusqu'en 2002

La progression des dépenses du FOREC résulte principalement d'une **stratification des dispositifs d'exonération pris en charge**, et surtout de transferts d'effectifs vers les plus coûteux de ces dispositifs, en raison de la réduction du temps de travail.

- Depuis sa création, le 1^{er} janvier 2000, le FOREC prend en charge :

- la réduction dégressive sur les bas salaires, dite « ristourne Juppé ». Ce dispositif accorde à l'employeur une réduction sur les cotisations patronales de sécurité sociale en fonction de la rémunération mensuelle du salarié, jusqu'à 1,3 SMIC² ;

- l'aide incitative à la réduction du temps de travail créée par la loi dite « loi Aubry I ». Cette aide consiste en un allègement forfaitaire dégressif des cotisations patronales selon l'année d'application du dispositif dans l'entreprise³ ;

- les allègements dans le cadre de la réduction négociée du temps de travail à 35 heures, dite « loi Aubry II », dont le volume croît avec le nombre d'entreprises ayant réduit leurs horaires collectifs.

- Depuis le 1^{er} janvier 2001, sont pris en charge par le FOREC :

- l'allègement en faveur de l'incitation à la réduction collective du temps de travail institué par la loi du 11 juin 1996 dite « loi de Robien » ;

- les exonérations de cotisations d'allocations familiales en faveur de certains régimes spéciaux (depuis le 1^{er} janvier 1994) et des salariés agricoles (depuis le 1^{er} janvier 1996).

- En 2002, les dépenses du FOREC devaient enregistrer l'incidence des mesures suivantes :

¹ Notre collègue Joseph Ostermann, rapporteur spécial des crédits du travail, avait effectué un contrôle de la mise en place du FOREC. À cette occasion, il avait adressé un courrier au président du conseil d'administration du fonds : ce courrier et la réponse du président du conseil d'administration sont annexés au présent rapport.

² Il n'est pas cumulable avec les allègements Aubry II, et le volume d'allègements pris en charge au titre de la « ristourne Juppé » a donc tendance à diminuer.

³ Le droit à cette aide n'étant plus ouvert depuis le 1^{er} janvier 2002, le volume d'allègements pris en charge à ce titre a donc désormais tendance à diminuer.

- mise en place d'une majoration de l'allégement lié aux 35 heures pour les entreprises situées en zone de redynamisation urbaine (ZRU) ;

- mise en place d'une majoration de l'allégement lié aux 35 heures pour les entreprises de transport routier de marchandises ;

- ouverture du bénéfice de l'allégement 35 heures lors de l'embauche d'un premier salarié ;

- élargissement du champ de l'allégement 35 heures et de la ristourne dégressive aux bénéficiaires des primes des contrats initiative-emploi (CIE) et des contrats de qualification-adultes ;

- élargissement du champ des bénéficiaires de la majoration zone franche de Corse, instituée dans le cadre des 35 heures.

(2) Le projet de loi Fillon : « convergence des SMIC » et unification des allégements à l'horizon 2005

Le gouvernement actuel, bien que conscient des multiples défauts du FOREC, est néanmoins contraint d'utiliser ce fonds pour assurer le financement de la réforme de fond qu'il a engagée en matière d'exonérations de charge.

L'article 32-V de la loi relative à la réduction négociée du temps de travail du 19 janvier 2000 (« loi Aubry II ») dispose que le gouvernement présente au Parlement, avant le 31 décembre 2002, après consultation des partenaires sociaux de la commission nationale de la négociation collective, un rapport retraçant la situation des salariés concernés par la garantie minimale de rémunération associée au passage à 35 heures, et précisant les mesures propres à la rendre sans objet au 1^{er} juillet 2005.

Le scénario finalement retenu par le gouvernement s'intègre dans une réforme plus large visant à assouplir les lois relatives à la réduction du temps de travail et à simplifier les dispositifs d'allégements de cotisations sociales.

Concernant la méthode de sortie du système des garanties minimales de rémunération (GMR), le dispositif retenu s'appuie sur les analyses figurant dans l'avis du Conseil économique et social en date du 10 juillet 2002, à la suite de sa saisine par le Premier ministre.

La convergence des SMIC

La mise en place du système des garanties avait pour objectif de garantir le niveau de la rémunération mensuelle des salariés payés au niveau du SMIC lors du passage aux 35 heures et de leur assurer ensuite la progression de leur pouvoir d'achat. Le système d'indexation des GMR étant moins favorable que celui du SMIC, chaque nouvelle GMR créée au 1^{er} juillet était plus favorable que la précédente après indexation.

Ce système, qui s'est complexifié à chaque revalorisation des *minima* légaux, n'était pas équitable, puisque la rémunération minimale n'était plus la même selon la date de passage aux 35 heures et pour ceux des travailleurs à temps partiel ou des nouveaux embauchés à 35 heures dont la rémunération reste déterminée par le SMIC horaire.

Pour une durée de 35 heures, le minimum salarial mensuel évolue ainsi de 1.035,90 euros pour les salariés recrutés sur la base du SMIC horaire jusqu'à 1.147,62 euros pour les salariés les plus récemment passés aux 35 heures (soit une différence de 11,4 %), cette dernière rémunération étant par construction identique à celle des salariés qui continuent à travailler sur la base de 39 heures.

Au vu des raisons qui ont motivé la mise en place du système de garantie mais également des inconvénients qu'aurait impliqué sa poursuite en l'état, trois objectifs ont été dégagés pour une sortie du système :

- 1) rétablir l'unité de traitement des salariés ;
- 2) préserver le pouvoir d'achat des salariés les moins rémunérés ;
- 3) préserver la compétitivité des entreprises.

La concomitance de la réforme des allègements de cotisations sociales a facilité l'arbitrage.

Le schéma retenu par le projet de loi Fillon repose sur trois principes :

1. l'arrêt de la création de nouvelles garanties après le 1^{er} juillet 2002

Mettre fin à la création de nouvelles GMR permet de ne pas accentuer la complexité existante et les disparités entre salariés. Cette disposition ne devrait pas pour autant se révéler défavorable aux salariés - probablement peu nombreux - qui passeraient à 35 heures après le 1^{er} juillet 2003, en raison de la probable introduction de garanties dans les accords salariaux.

2. une convergence graduelle de juillet 2003 à juillet 2005 des rémunérations minimales au niveau de celle de la dernière garantie créée (GMR 5)

La convergence s'effectuera par des « coups de pouce » sur le SMIC de telle sorte qu'en juillet 2005, 151,7 fois le SMIC horaire (l'horaire mensuel sur la base de 35 heures est de 151,7 heures) correspondent au niveau de la GMR 5 (dernière GMR, créée en juillet 2002). Les autres garanties seront également revalorisées par des « coups de pouce » différentiels pour assurer leur convergence vers la GMR 5.

Reculer le terme de la convergence entre le SMIC et les GMR aurait présenté l'avantage d'étaler les hausses du SMIC dans le temps. Comme le report de l'échéance n'aurait pas contribué à réduire l'ampleur des hausses de SMIC nécessaires à la convergence, compte tenu du mode d'indexation des garanties et du SMIC retenu, et comme il existait un certain consensus pour demander la sortie rapide du système des GMR, le schéma retenu ne repousse pas l'échéance finale de 2005. Il étale sur 3 ans la progression du SMIC nécessaire à la convergence, ce qui amortit tout de même le choc sur le niveau du SMIC horaire. Pour les entreprises à 39 heures, cette progression du SMIC horaire sera compensée par une augmentation parallèle du nouvel allègement.

3. une revalorisation légale hors « coups de pouce » du SMIC et des GMR transitoirement limitées à la garantie du pouvoir d'achat

La hausse du SMIC nécessaire à la convergence finale serait d'autant plus faible que la GMR augmenterait moins vite que celui-ci et que la date de convergence est lointaine. Ainsi, la poursuite du mode d'indexation actuel du SMIC lui assurerait spontanément une croissance supérieure à celle des GMR et aurait permis d'assurer une partie de la convergence, à condition de ne pas créer de nouvelles GMR. Le choix finalement retenu d'indexer le SMIC horaire et les GMR sur le taux d'inflation a permis une programmation définitive des « coups de pouce » :

- à apporter au SMIC, la hausse du SMIC horaire nécessaire à la convergence ressortant à 11,4 % en trois ans ;

- à apporter aux GMR 1, 2, 3 et 4, les hausses nécessaires à la convergence ressortant respectivement à 4,9 %, 3,6 %, 1,8 % et 0,6 % en trois ans.

La GMR 5 ne bénéficiera naturellement pas de « coup de pouce », puisqu'elle constitue la « cible » vers laquelle tendent le SMIC pour 35 heures et les autres GMR au 1^{er} juillet 2005.

Le projet de loi actuellement en discussion engage simultanément un processus au terme duquel la ristourne sur les bas salaires et le dispositif Aubry II seront remplacés par un allègement de cotisations sociales patronales unique, concernant toutes les entreprises indépendamment de leur durée de travail.

Au 1^{er} juillet 2005, l'allègement sera linéairement dégressif jusqu'à 1,7 fois le salaire minimum. Le taux d'exonération sera égal à 26 % des cotisations patronales de sécurité sociale au niveau du salaire minimum. Ce taux sera fonction du salaire horaire, à la différence des allègements précédents qui étaient fonction du salaire mensuel. Cette dernière disposition devrait ainsi garantir la neutralité du taux d'exonération au regard de la durée collective du travail : à salaire horaire donné, le taux d'exonération sera indépendant du nombre d'heures rémunérées.

La transition entre les allégements actuels et le nouveau dispositif s'effectuera progressivement sur trois ans, de juillet 2003 à juillet 2005, en parallèle avec la revalorisation du SMIC horaire.

Dès le 1^{er} juillet 2003, les entreprises à 35 heures bénéficieront de l'allégement prévu à terme. En revanche, le projet de loi prévoit une montée en charge progressive du nouvel allégement pour les entreprises à 39 heures, selon le calendrier suivant :

	A compter du 1er juillet 2003	A compter du 1er juillet 2004	A compter du 1er juillet 2005
Niveau maximal d'exonération	20,8%	23,4%	26,0%
Seuil d'éligibilité	1,5 SMIC	1,6 SMIC	1,7 SMIC

(3) Le projet de loi Fillon implique la poursuite de la progression des dépenses du FOREC

Actuellement, la réduction dégressive sur les bas salaires permet une prise en charge de 18,2 % du coût du travail au niveau du SMIC et s'annule pour les rémunérations supérieures ou égales à 1,3 SMIC. L'allégement 35 heures permet, quant à lui, une prise en charge de 26 % du coût du travail au niveau de la garantie mensuelle de rémunération que perçoit un salarié dont la durée du travail a été réduite au 1^{er} janvier 2000 (GMR 2) et devient constant (636,32 euros par an au 1^{er} janvier 2002) pour les rémunérations supérieures ou égales à cette garantie de 70 %.

À terme, le nouvel allégement permettrait une prise en charge de 26 % du coût du travail au niveau du SMIC et serait ensuite dégressif, pour s'annuler à un niveau de salaire égal à 1,7 SMIC.

À compter du 1^{er} juillet 2003, les implications du projet de loi sont les suivantes :

1. pour les entreprises organisées sur une base supérieure à 35 heures, le dispositif monte en charge progressivement selon le calendrier préétabli (cf. *supra*). Le nouveau dispositif procure un montant d'exonération plus important que la ristourne sur les bas salaires quel que soit le niveau de rémunération ;

2. le régime définitif s'applique aux entreprises qui, au 30 juin 2003, ont réduit leur durée collective de travail à au plus 35 heures par semaine en application des articles 19 ou 20 de la loi du 19 janvier 2000 relative à la réduction du temps de travail et qui bénéficient, à ce titre, de l'allégement 35 heures. Dans ce cas, le taux maximal d'exonération de 26 % est obtenu pour un salaire égal à la GMR 2 et le nouvel allégement s'annule pour cette GMR majorée de 70 %.

Le niveau d'allègement est alors légèrement supérieur à celui du dispositif Aubry II pour des rémunérations inférieures à environ 1,4 fois la rémunération minimale ; il est d'un montant moindre au-delà.

Par ailleurs, les dépenses du FOREC continueront d'enregistrer en 2003 les effets de certaines mesures prises en 2002, dont l'effet est de diminuer progressivement le volume d'exonérations spécifiques au profit d'exonérations générales prises en charge par le fonds (zones de redynamisation urbaine, CIE et contrats de qualification-adultes notamment). De plus, comme les exercices précédents, quoiqu'à un moindre niveau, s'imputera l'effet en année pleine des passages aux 35 heures (transférant ainsi des effectifs vers des dispositifs plus onéreux pour le FOREC) qui auront eu lieu en 2002.

Le tableau suivant permet de suivre l'augmentation des dépenses du FOREC consécutives à ces dernières évolutions.

EVOLUTION DES DEPENSES DU FOREC en millions d'euros	2002 Droits constatés	2003 Droits constatés
Dépenses		
. Ristourne bas salaires 1,3 SMIC (jusqu'au 1er juillet 2003)	4 615	2022
. Aubry I	2 218	2008
. Aubry II (jusqu'au 1er juillet 2003)	8 249	5017
. ARTT de Robien	478	426
. Allègement unique (à compter du 1er juillet 2003)		7087
TOTAL	15 560	16560
Résultat net	110	0

Source : PLFSS - Annexe f

Ainsi, les dépenses du FOREC passent de 15,56 milliards d'euros en 2002 à 16,56 milliards d'euros en 2003, en progression de 6,4 %.

Le tableau suivant illustre les modifications qu'apporte la réforme Fillon à la structure des dépenses du FOREC dès 2003 :

Structure présentée sur champ régime général

	2000	2001	2002	2003
Ristourne "bas salaires"	52,0%	35,5%	29,7%	12,2%
Aide incitative ("Aubry I")	20,0%	16,8%	14,3%	12,1%
Allègement "Aubry II"	29,0%	43,9%	53,0%	30,3%
Allègement "de Robien"		3,3%	3,0%	2,6%
Exonération de cotisations d'AF en faveur de certains régimes spéciaux et des salariés agricoles		0,4%	0,0%	0,0%
Nouvel allègement				
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

L'année 2000 est présentée pour information, le FOREC n'étant pas constitué à cette date.

2000 et 2001 : en encaissements/décaissements/sourceACOSS

2002 et 2003 : données en droits constatés

Source : ministères des affaires sociales et de la santé

b) Un début de clarification en 2003, qui n'en reste pas moins perfectible

(1) De nouvelles ressources qui pèseront sur le budget de l'État

L'article L.131-10 du code de la sécurité sociale dresse la liste des recettes du fonds. Le FOREC est financé par huit impôts qui lui sont affectés, pour partie ou intégralement :

- recettes affectées depuis l'exercice 2000 :

- . droits de consommation sur les tabacs : 97 % en 2001 puis 90,7 % en 2002 ;
- . droits de consommation sur les alcools et boissons : 55 % en 2002 ;
- . contribution sociale sur les bénéfices des sociétés (CSB) : intégralité ;
- . taxe générale sur les activités polluantes (TGAP) : intégralité.

- recettes affectées depuis l'exercice 2001 :

- . taxe sur les véhicules des sociétés (TVS) : intégralité ;
- . taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TCA) : 24,7 % en 2001, puis 30,56 % en 2002 .

- recettes affectées depuis l'exercice 2002 :

- . prélèvements sur les véhicules terrestres à moteur (TVM) : intégralité ;
- . taxe sur les contributions des employeurs au bénéfice des salariés pour le financement des prestations sociales de prévoyance (taxe prévoyance) : intégralité.

Les recettes du fonds peuvent être majorées des produits non consommés de l'exercice antérieur et d'une contribution de l'Etat (recettes prévues expressément aux 6^e et 7^e de l'article L.131-10 du code de la sécurité sociale).

Les mesures suivantes devraient engendrer un supplément de recettes de 960 millions d'euros pour 2003 permettant d'équilibrer cet exercice :

- **La taxe spéciale sur les conventions d'assurance**

Il est prévu à l'article 28 du projet de loi de finances pour 2003 une nouvelle augmentation de la fraction de cette taxe affectée au FOREC. Elle progresserait de 30,56 % à 44,07 % à compter du 1^{er} janvier 2003, conduisant à un transfert supplémentaire de recettes en provenance du budget de l'Etat estimé à 660 millions d'euros.

- **Les droits de consommation sur les tabacs manufacturés**

L'article 3 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit de faire passer la part des droits de consommation sur les tabacs manufacturés affectés au FOREC de 90,77 % à 84,4 % à compter du 1^{er} janvier 2003, la part affectée à la CNAMTS étant augmentée à due concurrence.

Compte tenu de l'augmentation parallèle des droits de consommation sur les tabacs prévue à l'article 4 du présent projet de loi de financement, le surcroît de recettes devrait s'élever à 300 millions d'euros pour le FOREC (et 700 millions d'euros pour la CNAMTS).

(2) Une structure des recettes peu évolutive en 2003

Il n'y a pas d'impôts nouveaux, seuls les produits et la proportion de ces produits affectés au FOREC connaissent des évolutions.

L'augmentation des montants perçus au titre des droits de consommation sur le tabac (+ 3,8 %) est plus faible que celle de l'ensemble des recettes du FOREC (+ 5,7 %), ce qui explique la légère baisse de la part de ces droits dans le financement du FOREC. Seule la part de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance augmente fortement (de 9 à 13 %), la contrepartie résidant dans une baisse rampante de la part de chacun des autres impôts.

Au total, la comparaison de la structure des recettes entre 2002 et 2003 permet de conclure à une relative stabilité, en tout cas plus grande que par le passé.

Evolution de la structure des recettes du FOREC

	2000	2001	2002	2003
Droits de la consommation sur le tabac	65%	58%	50%	49%
Droits de la consommations sur les alcools et les boissons	19%	19%	17%	16%
CSB	5%	7%	6%	5%
TGAP	4%	4%	4%	3%
Taxe sur les véhicules des sociétés		5%	5%	5%
Taxe spéciale sur les conventions d'assurance		7%	9%	13%
Taxe sur les véhicules terrestres à moteur			6%	6%
Taxe prévoyance			4%	3%
Contributions publiques	7%			
Total	100%	100%	100%	100%

L'année 2000 est présentée pour information, le FOREC n'étant pas constitué à cette date.

Sources : Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2002) et annexe f du PLFSS 2003

c) L'apurement d'une partie de la dette du FOREC au titre de l'année 2000 est assuré par la CADES

Le FOREC a accusé en 2000 un déficit de près de 2,4 milliards d'euros. Ce déficit a été intégralement supporté par les différents organismes de sécurité sociale concernés, en proportion des parts de compensation qu'ils auraient dû recevoir du FOREC au titre des exonérations qui en relèvent.

Or, l'article L. 131-9 du code de la sécurité sociale a pour objet de rendre l'Etat garant de l'équilibre financier du FOREC.

Si l'on s'attache au fait que le FOREC n'était pas juridiquement constitué en 2000, année au cours de laquelle les recettes du FOREC ont été enregistrées et suivies par l'ACOSS pour le compte de l'établissement public, l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, résultant de l'article 5 de la loi du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale, dite « loi Veil », pose un principe beaucoup plus général : « *Toute mesure d'exonération, totale ou partielle, de cotisations de sécurité sociale, instituée à compter de la date d'entrée en vigueur de la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale, donne lieu à compensation intégrale aux régimes concernés par le budget de l'Etat pendant toute la durée de son application* ».

La tentative du précédent gouvernement d'annuler la créance de la sécurité sociale, à laquelle le Conseil constitutionnel avait fait échec, considérant que le caractère rétroactif de cette annulation n'était pas justifié par un motif d'intérêt général suffisant, doit à présent céder au respect du droit.

L'article 5 du présent projet de loi de financement n'a pour objet que d'apurer un peu plus de la moitié de la créance des différents organismes de sécurité sociale : la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) verserait 1,281 milliard d'euros, dont 1,097 milliard d'euros à l'ACOSS au titre du régime général, soit la moitié de sa créance, le solde étant consacré aux régimes spéciaux, qui sont intégralement rétablis dans leurs droits.

C'est à la CADES que revient la charge de rembourser la moitié de la créance du régime général, et l'intégralité de celle des autres régimes. **Il convient de rappeler que c'est la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) qui permet l'amortissement de la dette des organismes sociaux qu'avait reprise la CADES, et il faut bien constater que cette mesure constitue indirectement un nouveau transfert de dette sur les générations futures appelées à payer la CRDS.** Si la fin de l'amortissement de la dette gérée par la CADES, programmée en janvier 2014, ne devrait pas être différée du fait du dynamisme de la CRDS, la date effective du remboursement intégral n'en sera pas moins reculée.

Il faut voir dans ce dispositif un compromis entre la nécessité de soulager les finances des organismes de sécurité sociale concernés dans un contexte de dégradation de leurs résultats, et celle de ne pas peser davantage sur les finances publiques, le recours à un endettement débudgétisé constituant la variable d'ajustement.

Il est permis de constater que le droit n'a que peu à faire avec tout cela, et que cette opération amène à faire masse d'une dette sociale et d'une dette de l'Etat, ce qui ne fait qu'ajouter à la confusion des liens financiers entre l'Etat et la sécurité sociale.

d) La suppression du FOREC constitue un objectif à atteindre

Le Sénat a vivement critiqué le système de compensation d'exonérations de charges sociales que représentait le FOREC, qui entraînait, d'une part, une débudgétisation massive de ces compensations qui incombent normalement à l'Etat, et, d'autre part, une illisibilité tant de leur coût global que de leurs financements¹.

Votre rapporteur pour avis considère que le FOREC doit disparaître, car son mode de financement est à l'origine d'une dilution des

¹Rapport n° 61 (2001-2002).

responsabilités. L'Etat doit normalement assumer le coût de sa politique de soutien à l'emploi, et bénéficiaire, d'une façon générale, de recettes distinctes de celles de la sécurité sociale. Une telle évolution permettrait de clarifier les situations financières respectives de l'Etat et de la sécurité sociale.

De plus, la Cour des comptes a pu noter, dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2002, que le FOREC était structurellement confronté à des difficultés pour équilibrer ses dépenses et ses ressources.

« Les comptes du FOREC affichent, en 2001, un solde positif de 264.5 millions d'euros. Toutefois, ce résultat en droits constatés n'est obtenu que parce que, en 2001, ont été comptabilisés treize mois de recettes. Sur la base des douze mois de recettes de l'année 2001, le FOREC serait déficitaire de 0,7 milliard d'euros, chiffre retenu par l'INSEE pour l'établissement des comptes nationaux.

Comme l'an dernier, la couverture par des ressources fiscales des dépenses occasionnées par les exonérations de cotisations sociales dont le financement a été transféré au FOREC s'est révélée être un exercice difficile. La forte croissance des aides a nécessité l'apport en cours d'année au FOREC de ressources complémentaires de façon à mettre en place l'établissement public dans le respect de la contrainte de strict équilibre posée par la loi. Cet apport n'a pas été suffisant et le FOREC n'a pu couvrir l'intégralité de ses dépenses qu'en inscrivant dans les comptes 2001 les recettes de décembre 2000 encaissées en janvier 2001.

Ces difficultés liées à la nécessité pour le FOREC d'être équilibré risquent de se reproduire à l'avenir. La différence entre les dynamiques qui gouvernent les dépenses et les ressources, a de fortes chances de perdurer. L'équilibre annuel du FOREC nécessitera de ce fait des ajustements permanents des ressources affectées qui risquent de rendre l'évolution d'une année sur l'autre peu lisible ».

Source : rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale (septembre 2002)

Comme l'État est appelé à combler tout déficit éventuel, et qu'une telle occurrence a toute chance de se produire, l'autonomisation du dispositif de compensation d'exonérations sociales qui résulte du FOREC a donc un caractère largement fictif.

Pour autant, au moment où il lui faut se prononcer sur le présent projet de loi de financement, votre rapporteur pour avis comprend qu'une telle décision puisse être reportée compte tenu de l'importance de la réflexion qui doit la précéder. **Cette réflexion doit toutefois aboutir rapidement, et ses résultats et implications être exposés devant la représentation nationale.**

2. L'engagement de présenter des « collectifs sociaux »

Le gouvernement a annoncé, tant au cours de la réunion de la commission des comptes de la sécurité sociale du 24 septembre 2002 que lors de l'examen du présent projet de loi de financement à l'Assemblée nationale, son intention de présenter, au printemps chaque année à partir de 2003, un projet de loi de financement de la sécurité sociale rectificatif, c'est-à-dire un « collectif social », si « *les données économiques et financières s'écartent sensiblement du projet initial* ».

Cet engagement, qui permet de rendre sa crédibilité au PLFSS, fortement amoindrie au cours de la législature précédente, est d'autant plus important que le précédent gouvernement avait toujours refusé de se soumettre à cette « opération vérité » des comptes sociaux, en dépit de demandes en ce sens maintes fois réitérées, notamment de la part du Sénat.

B. DES RELATIONS FINANCIÈRES NÉANMOINS TOUJOURS COMPLEXES

1. Les engagements et charges nettes de l'Etat dans le domaine social

L'Etat supporte le coût de ses engagements sociaux qui, en 2003, s'élèveront à 154,41 milliards d'euros, dont 141,06 milliards, soit 91,4 %, entrent dans le champ de la sécurité sociale, c'est-à-dire dans le périmètre correspondant au champ de la commission des comptes de la sécurité sociale. Les engagements sociaux de l'Etat devraient progresser de 1,8 % par rapport à 2002, et ceux entrant dans le champ de la sécurité sociale de 2,7 %.

Par ailleurs, 45,87 milliards d'euros seront inscrits en 2003 sur le budget de l'Etat, en hausse de 0,3 % par rapport à l'année précédente, au titre de ses charges sociales nettes, dont 36,36 milliards d'euros (+ 1,9 %) en tant qu'Etat-employeur, et 9,51 milliards d'euros (- 5,2 %) en tant qu'Etat-puissance publique.

Ces engagements et charges de l'Etat se répartissent comme suit :

Engagements et charges nettes de l'Etat

(en millions d'euros)

	2001	Prévision 2002	2003
A.- Engagements sociaux de l'Etat			
Champ de la sécurité sociale (1)	132 529	137 404	141 061
Etat-employeur (2)	33 597	35 685	36 362
Charges nettes de pensions	22 189	23 528	24 656
dont charges brutes de pensions	28 688	30 136	31 383
dont cotisations des assurés	- 4 641	- 4 737	- 4 811
dont recettes atténuatives	- 1 858	- 1 870	- 1 916
Charges de compensation vieillesse	2 540	2 817	2 287
Autres charges	8 868	9 340	9 419
Etat-puissance publique	98 932	101 718	104 699
Impôts et taxes affectés	83 454	86 114	90 257
Recettes non fiscales	1 956	8 471	340
dont versement ORGANIC à l'Etat	0	- 105	- 377
Cotisations prises en charge	2 615	2 472	2 472
Prestations prises en charge	6 526	6 808	7 319
Subventions aux régimes	4 356	3 853	4 312
Hors champs de la sécurité sociale (3)	14 832	14 216	13 348
Etat-puissance publique	14 832	14 216	13 348
Impôts et taxes affectés	5 657	5 914	6 037
Recettes non fiscales	- 2 919	- 3 000	- 4 220
dont versement CADES à l'Etat	- 1 852	- 3 000	- 3 000
dont versement UNEDIC à l'Etat	- 1 067	0	- 1 220
Prestations prises en charge	12 094	11 302	11 531
dont RMI	4 513	4 418	4 460
TOTAL	147 361	151 620	154 409
B.- Charges nettes du budget de l'Etat			
Etat-employeur	33 597	35 685	36 362
Engagements sociaux	40 096	42 293	43 089
Cotisations des assurés	- 4 641	- 4 737	- 4 811
Recettes atténuatives diverses	- 1 858	- 1 870	- 1 916
Etat-puissance publique	10 579	10 028	9 505
Cotisations prises en charge	2 615	2 472	2 472
Prestations prises en charge	6 526	6 808	7 319
Subventions aux régimes	4 356	3 853	4 312
Reversements des organismes sociaux	- 2 919	- 3 105	- 4 597
TOTAL	44 176	45 714	45 867

(1) Périmètre correspondant au champ de la commission des comptes de la sécurité sociale.

(2) Cet agrégat reflète les charges sociales obligatoires de l'État : il intègre les charges de pensions des fonctionnaires de France Télécom. En revanche, sont écartées les charges de pensions de La Poste qui relèvent des obligations de l'exploitant.

(3) Hors champ de la commission des comptes, soit les régimes d'assurance chômage, la CADES et les aides au logement et le RMI.

Source: PLF 2003 - "jaune" Bilan des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale.

Il convient également de souligner **l'importance de la fiscalité affectée** aux régimes sociaux, qui s'élèvera à 60,57 milliards d'euros en 2003, en hausse de 4,4 % par rapport à 2002, et celle affectée aux organismes participant au financement des organismes de protection sociale et à divers autres organismes, soit 35,70 milliards d'euros en 2003, en progression de près de 5 % par rapport à l'année précédente. **Au total, le montant des impôts et taxes affectés s'établirait à 96,27 milliards d'euros en 2003, soit + 4,6 %.**

Fiscalité affectée

Impôts et taxes affectés par destination	Versements 2001	LFI 2002	PLF 2003
Fiscalité affectée aux régimes sociaux	56 649	57 990	60 570
Régimes obligatoires d'assurance maladie (y compris part BAPSA)	44 907	46 540	49 028
Caisse nationale des allocations familiales	9 132	9 268	9 605
Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés	578	288	295
Divers régimes de sécurité sociale (tous risques)	2 032	1 894	1 642
Fiscalité affectée aux organismes participant au financement des organismes de protection sociale et à divers organismes	32 463	34 018	35 704
FOREC	14 511	15 593	16 542
FSV	11 096	10 192	10 728
FRR	964	1 249	1 277
Fonds de solidarité	1 113	1 126	1 155
FCAATA	34	34	34
FCATA	13	3	0
Fonds CMU	188	191	213
CADES	4 544	4 788	4 882
Fonds APA	0	843	873
Total	89 112	92 008	96 274

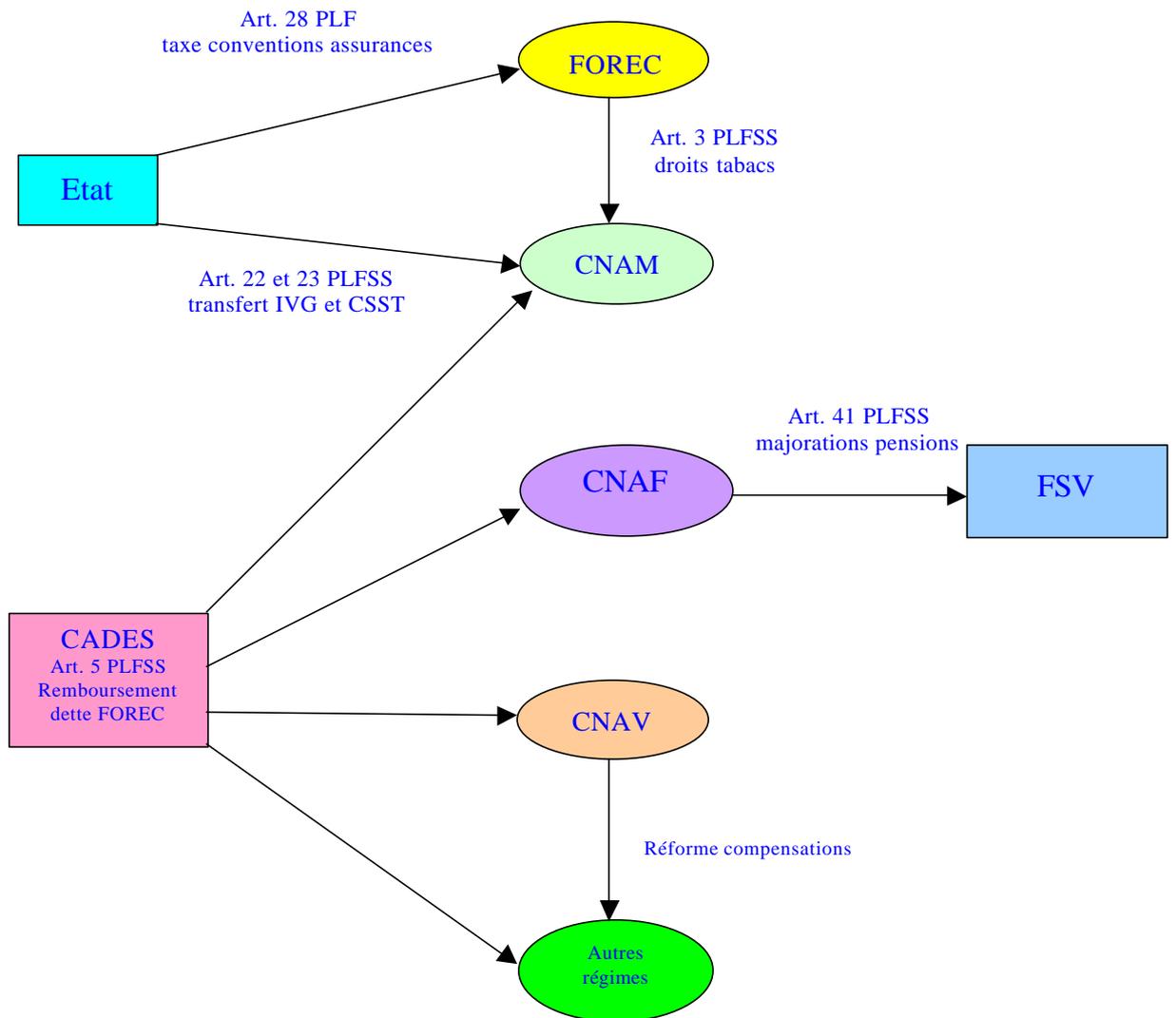
Source : PLF 2003 - "jaune" Bilan des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale.

2. Des transferts financiers de moindre ampleur mais néanmoins persistants

Le schéma ci-après, extrait du rapport de notre collègue député Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003, au nom de la commission des

affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, illustre les transferts financiers réalisés par le présent projet de loi de financement :

Transferts financiers du projet de loi de financement de la sécurité sociale 2003



Si ces transferts sont de moindre ampleur qu'au cours des années précédentes, ils n'en restent pas moins importants. Votre rapporteur pour avis considère insuffisant l'effort entrepris pour les réduire et, par conséquent, pour rendre plus simples et donc plus lisibles les relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale.

Le poids des prélèvements sociaux résulte avant tout de dépenses non maîtrisées et de mécanismes de financement extrêmement complexes

Dans l'audit qu'ont réalisé MM. Jacques Bonnet et Philippe Nasse sur les finances publiques, en juillet 2002, à la demande du gouvernement, les deux magistrats de la Cour des comptes attirent l'attention sur la situation des finances de la sécurité sociale et de leur suivi :

« En premier lieu, le dérapage constant des dépenses de santé par rapport aux orientations de la loi de financement de la sécurité sociale pose un problème resté sans solution. Nous suggérons que les difficultés que rencontre l'exécution de la loi de financement ne devraient pas être portées au débit de cette loi, mais susciter au contraire une ferme volonté de la compléter par les dispositions qui, à l'évidence, lui font défaut : l'exécution de la loi de financement dépend des millions d'actes médicaux que l'ensemble des professions concernées réalise chaque semaine. Or rien ne permet à ces professionnels de savoir si leur comportement quotidien est, ou n'est pas, conforme aux enveloppes prévues par la loi car un immense vide sépare la contrainte globale de la loi et sa réalisation concrète sur le terrain. Comblé ce vide est un problème, lui aussi, immense. Dans le monde entier, de multiples expérimentations sont en cours sur ce thème ; il est anormal que la France y participe si peu alors même que la possibilité d'expérimenter est justement prévue par les ordonnances de 1996.

En second lieu, nous croyons devoir exprimer une crainte. Le foisonnement des entités constitutives des administrations de sécurité sociale, l'extraordinaire complexité des imbrications que ces entités présentent entre elles, enfin la complication des règles de financement de l'ensemble opposent un sérieux obstacle à l'efficacité de notre système social.

Sans doute serait-il futile et un peu naïf de croire que l'organisation de la sécurité sociale pourrait être simple. Mais il y a des limites au-delà desquelles l'excès de complexité de l'outil nuit aux fins qu'il sert : il nous faut à tout le moins une pause dans la course folle à la complexité croissante».

III. LES MESURES RELATIVES À LA TRÉSORERIE ET AU CONTRÔLE

A. LA FIXATION DES PLAFONDS DE TRÉSORERIE

1. L'anticipation d'un important recours à l'emprunt en 2003 (article 48)

L'article 48 du présent projet de loi de financement propose de fixer, en application des dispositions du 5° du I de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, selon lesquelles la loi de financement de la sécurité sociale doit fixer les autorisations de recours à l'emprunt pour financer les besoins de trésorerie des régimes obligatoires de base comptant plus de 20.000 cotisants, les plafonds de trésorerie pour 2003.

Cinq régimes obligatoires de base ou organismes ayant pour mission de concourir à leur financement peuvent être couverts par des ressources non permanentes :

- le régime général ;
- le régime des exploitants agricoles ;
- la caisse nationale des retraites des agents des collectivités locales (CNRACL) ;
- la caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM) ;
- le fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat.

Les autres régimes ne sont pas autorisés à recourir à l'emprunt dans la mesure où ils disposent d'une trésorerie autonome.

L'article 48 propose de reconduire en 2003 les plafonds de trésorerie retenus en 2002 pour le régime des exploitants agricoles (2,21 milliards d'euros), la CNRACL (500 millions d'euros), la CANSSM (350 millions d'euros)¹ et le FSPOEIE (80 millions d'euros).

¹ L'Assemblée nationale a néanmoins adopté un amendement réduisant de 350 à 200 millions d'euros le plafond de trésorerie de la CANSSM, au motif que le profil de trésorerie de cette caisse, qui devrait être seulement légèrement négatif en fin d'année 2003, ne nécessite pas de prévoir une telle autorisation d'emprunt.

En revanche, il propose d'accroître considérablement le montant du plafond de trésorerie du régime général, et le porte à 12,5 milliards d'euros¹, contre 4,42 milliards d'euros l'année précédente, en hausse de 182,8 % !

Les soldes de trésorerie des branches, tels que retracés dans les comptes de l'ACOSS - l'ACOSS a un compte courant avec chacune des branches -, s'élèvent pour l'année 2001 à :

- 4,68 milliards d'euros pour la branche maladie ;

+ 1,62 milliard d'euros pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles ;

+ 1,55 milliard d'euros pour la branche vieillesse ;

+ 2,6 milliards d'euros pour la branche famille.

Soit un solde cumulé des quatre branches, au 31 décembre 2001, de + 1,09 milliard d'euros.

Pour 2002 et 2003, les comptes de gestion de trésorerie des branches seront établis par l'ACOSS au mois de décembre de chacune de ces années.

Cette évolution constitue à elle seule un signal des difficultés de trésorerie que risque de rencontrer le régime général en 2003, en raison de la probable dégradation à venir des comptes sociaux, dont les effets sont du reste d'ores et déjà perceptibles.

En 2002, la trésorerie du régime général devrait enregistrer un solde moyen estimé à + 2,2 milliards d'euros. Elle connaîtra toutefois sur l'exercice une variation négative de - 4,9 milliards d'euros, atteignant en fin d'année un solde de - 2,7 milliards d'euros, contre + 2,3 milliards d'euros au 31 décembre 2001. Ce solde se situe 3,5 milliards d'euros en-deçà de l'estimation réalisée au moment de la préparation du PLFSS 2002.

Le profil de trésorerie sur l'exercice présente une situation dégradée par rapport à celui de 2001. Il se caractérise en particulier par une augmentation sensible du nombre de jours négatifs, soit 108 jours contre 28 en 2001. Les six premiers mois de l'exercice ont pu afficher un solde positif grâce au niveau élevé atteint au 31 décembre 2001, soit 2,3 milliards d'euros. Depuis lors, la tendance à la baisse est très perceptible. Le point le plus bas de la trésorerie devrait être atteint au 11 décembre 2002, avec - 3,5 milliards

¹ Il convient d'indiquer que l'avant-projet de loi de financement de la sécurité sociale avait retenu un plafond de trésorerie de 11,5 milliards d'euros pour le régime général en 2003.

d'euros, en raison de la progression de la masse salariale moins vive que prévu et d'un « dérapage » de l'ONDAM.

Pour 2003, la trésorerie partirait d'un niveau de - 2,7 milliards d'euros, mais atteindrait - 9,8 milliards d'euros au 31 décembre 2003. Le solde moyen sur l'exercice est estimé à - 3,16 milliards d'euros.

Comme l'indique le gouvernement, « *l'ensemble de ces éléments crée une incertitude importante et oblige à être extrêmement prudent sur le montant du plafond d'autorisation de recours à l'emprunt proposé* » par l'article 48.

Les relations de trésorerie entre l'ACOSS et la Caisse des dépôts et consignations

Les avances de trésorerie consenties au régime général de sécurité sociale sont régies par une convention liant l'ACOSS et la Caisse des dépôts et consignations, signée le 16 octobre 2001. Cette convention, qui remplace celle de 1980, a un champ beaucoup plus large. Elle vise à la fois à améliorer les conditions de rémunération des excédents de trésorerie et à diminuer le coût des avances par rapport à ce qui était défini jusqu'à présent, ainsi qu'à organiser un véritable partenariat bancaire entre l'ACOSS et la Caisse. Ainsi, la rémunération des disponibilités inférieures à 3 milliards d'euros s'effectuera à des conditions plus avantageuses pour l'ACOSS que celles fixées dans la convention de 1980 (EONIA¹ - 0,0652 contre EONIA - 0,125 jusqu'à présent), la rémunération des excédents supérieurs à 3 milliards d'euros restant au niveau inchangé de l'EONIA.

Par ailleurs, les conditions de taux appliquées aux avances consenties par la Caisse des dépôts sont modifiées. Dans le cadre de la convention de 1980, les avances étaient consenties sur la base d'un calendrier trimestriel élaboré par l'ACOSS et soumis à l'approbation expresse des ministres de tutelle, en distinguant les avances normales jusqu'au 21^{ème} jour facturées à EONIA + 0,5 et au-delà, les avances exceptionnelles facturées à EONIA + 1. Dans la nouvelle convention, la notion d'avances normales et exceptionnelles disparaît. L'ACOSS informe chaque mois la Caisse des dépôts du montant prévisionnel des avances qu'elle entend solliciter pour le mois en cours et le mois suivant. Le coût des avances s'établit à EONIA + 0,20 lorsque leur montant est inférieur à 3 milliards d'euros et à EONIA + 0,25 au-delà. Dans le cas où le montant de l'avance dont l'ACOSS a besoin excède sa prévision, l'avance est facturée au taux EONIA + 0,70 pour la part de dépassement supérieure à 500 millions d'euros.

Au total, les avances consenties, au jour le jour, par la Caisse des dépôts et consignations selon ces différentes modalités ont représenté, en valeur cumulée, 35,9 milliards d'euros en 2001 et 41,9 milliards d'euros en 2002 (jusqu'au 19 août inclus).

¹ Euro Overnight Index Average : taux effectif moyen pondéré du marché monétaire au jour le jour en euros.

2. Rappel: la réforme des normes comptables de la sécurité sociale

À la demande récurrente de la Cour des comptes et de la commission des comptes de la sécurité sociale, Madame Simone Veil, alors ministre chargé des affaires sociales, avait décidé, en juin 1994, de modifier les normes comptables appliquées par les organismes de sécurité sociale pour rendre leurs comptes conformes aux principes comptables adoptés dans le secteur privé.

Le principe comptable des droits constatés permet de retracer tous les événements nés au cours d'un exercice quelle que soit la date de dénouement de l'opération en trésorerie. Il rend les exercices comptables indépendants des aléas dus aux flux de trésorerie, en particulier les paiements tardifs des prestations et des cotisations. Il traduit la réalité économique de l'activité de la sécurité sociale, même si les calculs des opérations de fin d'exercice (charges à payer, produits à recevoir et provisions) sont soumis aux aléas de calculs statistiques qui devraient se réduire avec le temps.

Enfin, ces normes comptables permettent de retracer les droits des assurés sociaux au regard de la sécurité sociale, mais également les droits de la sécurité sociale au regard des cotisants, des tiers ou de l'Etat, sans être influencés par les mouvements de trésorerie.

Le décret du 19 septembre 2001 réforme l'organisation comptable de la sécurité sociale

Le décret n° 2001-859 du 19 septembre 2001 relatif à l'organisation comptable des régimes et organismes de sécurité sociale prévoit les dispositions suivantes, codifiées dans le code de la sécurité sociale :

- l'article D. 114-4-1 du code de la sécurité sociale précise que le plan comptable unique des organismes de sécurité sociale est approuvé par arrêté interministériel : cet arrêté a été pris le 30 novembre 2001. Il a été publié au Journal Officiel du 15 décembre 2001 ; en annexe était joint le plan comptable unique des organismes de sécurité sociale applicable à compter du 1^{er} janvier 2002 à l'ensemble des régimes et organismes de sécurité sociale ;

- l'article D. 114-4-2 fixe les dates de transmission des comptes annuels des organismes de base aux organismes nationaux (31 janvier) et la transmission par les organismes nationaux des comptes annuels à la mission comptable permanente (28 février) ; par exception, les comptes 2002 à 2004 seront transmis au plus tard le 31 mars. Les travaux sont en cours avec les organismes de sécurité sociale pour mettre en œuvre ces transmissions ainsi que celles relatives aux données infra-annuelles ;

- l'article D. 114-4-3 crée un Haut conseil de la comptabilité des organismes de sécurité sociale et en précise la composition. Le Haut conseil devrait se réunir avant la fin 2002, l'arrêté nommant son président étant en cours de signature. Ce même article crée une mission comptable permanente des organismes de sécurité sociale dont la secrétaire générale a été nommée par arrêté interministériel en date du 4 décembre 2001.

La mission comptable permanente des organismes de sécurité sociale, composée de quatre personnes dont un secrétariat, a pour mission notamment de préparer avec les organismes

de sécurité sociale les arrêtés de comptes annuels, de vérifier la bonne application du plan comptable unique, de centraliser toutes les données annuelles et infra-annuelles. Elle assurera en outre le secrétariat du Haut conseil de la comptabilité.

B. LA RATIONALISATION DES PROCÉDURES DE RECOUVREMENT PAR L'ACOSS

L'article 47 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit d'ajouter au titre III du livre 1^{er} du code de la sécurité sociale un chapitre 8 *bis* intitulé « Dispositions communes aux contributions recouvrées directement par l'ACOSS ».

L'ACOSS, « banque » de la sécurité sociale, est chargée notamment de contrôler le réseau des URSSAF, organismes assurant le recouvrement des cotisations sociales, c'est-à-dire des ressources du régime général.

Elle a également été, au fil du temps, amenée à assurer directement le recouvrement et le contrôle de cinq contributions différentes :

- la contribution à la charge des établissements de vente en gros des spécialités pharmaceutiques et des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques ;

- la contribution à la charge des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques ;

- la contribution des entreprises de préparation de médicaments ;

- la contribution à la charge des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques ;

- la contribution assise sur les contrats d'assurance en matière de circulation de véhicules terrestres à moteur.

Dans un souci de simplification et de cohérence de la législation, l'article 47 propose de poser un cadre commun à l'ensemble de ces contributions s'agissant de la compétence des organismes de recouvrement, de procédure gracieuse et contentieuse et de représentation des entreprises étrangères en France.

C. LES MESURES RELATIVES AU CONTRÔLE DE L'APPLICATION DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

L'Assemblée nationale a adopté un certain nombre de dispositions relatives au contrôle de l'application des lois de financement de la sécurité sociale, regroupées sous une division nouvelle, le titre 1^{er} *bis*.

1. La création d'un Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (article 1^{er} bis)

L'article 1^{er} *bis* (nouveau) tend à créer un Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, dont les règles de fonctionnement sont fortement inspirées de celles de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques.

L'existence d'un tel Office paraît inopportune à votre rapporteur pour avis. Il convient en effet de rappeler que l'Assemblée nationale avait supprimé, lors de l'examen de la loi de finances pour 2001, l'Office parlementaire d'évaluation des politiques publiques, dont le champ de compétences était pourtant plus large. Par ailleurs, le président de la commission des finances de l'Assemblée nationale, M. Pierre Méhaignerie, a fait part de son intention de poursuivre les travaux de la mission d'évaluation et de contrôle (MEC) mise en place au cours de la précédente législature, précisément pour tirer les conséquences de l'échec de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques publiques, qui n'avait jamais fonctionné dans de bonnes conditions.

Du reste, l'existence d'un tel Office viendrait inutilement concurrencer les travaux, dont la grande qualité est reconnue, de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, qui a d'ailleurs effectué de nombreux travaux sur les questions de santé¹. Cette situation a ainsi suscité l'émoi de plusieurs de nos collègues députés, dont M. Claude Birraux, président de l'Office.

Enfin, la création de structures nouvelles de ce type est en flagrante contradiction avec les conclusions de notre collègue Daniel Hoeffel, dans son rapport sur l'institution sénatoriale, qui préconise d'effectuer les travaux de contrôle de l'action gouvernementale et d'évaluation des politiques publiques, qui sont plus que jamais indispensables, notamment à l'heure où la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances se met en place, au sein des commissions permanentes.

¹ Il est ainsi possible de citer plusieurs de ces études : l'impact éventuel de la consommation de drogues sur la santé mentale de leurs consommateurs ; les effets des métaux lourds sur la santé et l'environnement ; l'utilisation des OGM dans l'agriculture et l'alimentation ; les conséquences de l'amiante etc.

D'ailleurs, notre ancien collègue Charles Descours et notre commission des affaires sociales, n'ont pas eu besoin d'un tel Office pour contrôler à plusieurs reprises l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

2. Le renforcement des pouvoirs d'investigation de la Cour des comptes (article 1^{er} ter)

L'**article 1^{er} ter (nouveau)** renforce les pouvoirs d'investigation de la Cour des comptes, qui pourra désormais contrôler la gestion des centres hospitaliers régionaux (CHR).

Cette extension des compétences de la Cour vise à « *assurer un meilleur suivi de l'enveloppe hospitalière [...] dans la perspective de la régionalisation de la santé* ». Votre rapporteur pour avis considère toutefois la rédaction de cet article douteuse car source de conflits de compétence entre la Cour et les chambres régionales des comptes, normalement chargées de contrôler la gestion de ces établissements.

3. L'amélioration de l'information du Parlement et la nécessité de réformer la loi organique sur ce point (articles 1^{er} quater, 1^{er} quinquies, 2 et 2 bis)

• L'**article 1^{er} quater (nouveau)** rend obligatoire la transmission au Parlement du rapport d'activité de la commission de transparence chargée de donner un avis sur le service médical rendu et l'amélioration de ce dernier, ainsi que celui de la commission chargée d'établir la liste des dispositifs médicaux remboursables.

Votre rapporteur pour avis s'interroge sur l'opportunité de donner un fondement législatif à une telle disposition. En effet, il est normal que le Parlement ait accès aux rapports d'activité existants de commissions administratives, les textes, en particulier l'article L. 111-9 du code de la sécurité sociale¹, donnant des pouvoirs de contrôle aux parlementaires chargés de présenter le rapport sur les PLFSS : ils sont ainsi « *habilités à se faire communiquer tout document de quelque nature que ce soit* ». Il paraît donc préférable de s'en tenir à cette disposition générale.

• L'**article 1^{er} quinquies (nouveau)** tend à demander au gouvernement le dépôt d'un rapport, d'ici au 15 octobre 2003, présentant l'impact financier de l'indemnisation des victimes de l'amiante pour l'année

¹ Issu de l'article 3 de la loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 portant loi de financement de la sécurité sociale pour 2002.

en cours et les vingt années suivantes, compte tenu de l'enjeu financier majeur de cette question sur le long terme.

- L'**article 2**, dont la rédaction a dû être modifiée par amendement à l'Assemblée nationale, pour tenir compte de la jurisprudence du Conseil constitutionnel qui, dans sa décision n° 98-404 DC du 18 décembre 1998, a estimé que « *seule la loi organique peut déterminer les rapports qui doivent être annexés aux projets de loi de financement de la sécurité sociale* », ce qui risquait d'entraîner la censure de cet article dans sa rédaction initiale, prévoit le dépôt annuel d'un rapport analysant l'évolution, au regard des besoins de santé, des soins financés au titre de l'ONDAM. Cet article doit permettre d'analyser l'évolution de l'ONDAM dans le cadre de sa « médicalisation ».

- L'**article 2 bis (nouveau)** prévoit la transmission au Parlement, avant le 1^{er} septembre 2003, d'un rapport présentant un état des coûts de gestion des relations entre l'Etat et la sécurité sociale et proposant des réformes en la matière. La complexité de ces relations financières engendre en effet un coût de gestion dont il convient que la représentation nationale soit informée.

La sécurité sociale supporte les frais d'assiette et de recouvrement perçus par les services fiscaux en matière de fiscalité affectée à la sécurité sociale, la CSG en particulier, alors que l'Etat ne compense pas le coût pour la sécurité sociale, notamment les caisses d'allocations familiales, de la gestion pour son compte du RMI et de l'AAH, dont elle supporte également la charge de trésorerie. Or, Etat comme sécurité sociale doivent être rémunérés pour les services réciproques qu'ils sont amenés à se rendre.

Pourtant, cet article constitue une version « allégée » de l'amendement, qualifié de « *fermier général* », qui était adopté chaque année par l'Assemblée nationale et qui visait à supprimer les frais d'assiette et de recouvrement perçus par les services fiscaux en matière de fiscalité affectée à la sécurité sociale. Du reste, comme l'avait noté le prédécesseur de votre rapporteur pour avis, notre ancien collègue Alain Joyandet, cet amendement donnait lieu à « *une comédie ridicule* ». Depuis 1998, en effet, il était systématiquement voté conforme par les deux assemblées en loi de financement de la sécurité sociale, puis... supprimé en loi de finances rectificative à l'Assemblée nationale qui n'hésitait pas, ainsi, à se déjuger en l'espace de quelques jours.

D'une manière générale, votre rapporteur pour avis considère que les dispositions visant à renforcer l'information et le contrôle du Parlement sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale sont pertinentes et nécessaires. Mais il estime que l'impossibilité d'enrichir par la loi ordinaire les annexes aux PLFSS, dont le contenu, fixé par l'article LO. 111-4 du code de la sécurité sociale est, en quelque sorte, « rigidifié » par la jurisprudence du

Conseil constitutionnel, et l'obligation qui en découle de recourir à une loi organique, pose un **véritable problème qu'il conviendrait de régler en modifiant la loi organique sur ce point**. En effet, les annexes aux PLFSS sont nombreuses et volumineuses, mais les informations qu'elles contiennent sont d'un intérêt très inégal, tandis que certaines données qui devraient y figurer ne le peuvent pas, ce qui oblige le législateur à multiplier les demandes de rapports, en complément desdites annexes, sans que l'ensemble fasse l'objet d'une présentation cohérente.

CHAPITRE DEUX

LA BRANCHE ASSURANCE MALADIE : PRIORITÉ DU PRÉSENT PROJET DE LOI DE FINANCEMENT

I. LES OBJECTIFS DE DÉPENSES : RATIONALISATION ET CRÉDIBILITÉ

A. UNE VOLONTÉ DE RATIONALISATION ET DE CLARIFICATION

1. La réforme de l'objectif quantifié national des cliniques privées (OQN) (article 10)

L'article 10 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale comporte des dispositions de nature à clarifier la fixation de l'objectif quantifié national des cliniques privées (OQN).

D'une part, il est précisé que l'objectif quantifié national de établissements mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique, à savoir les cliniques privées non financées par la dotation globale, est constitué par le montant annuel des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés dans ces établissements **au cours de l'année** et supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Ainsi, l'objectif quantifié national sera désormais défini et suivi en droits constatés et non plus en encaissements/décaissements. Cette disposition s'inscrit dans le droit fil des réformes comptables des régimes d'assurance maladie intervenues ces dernières années avec le passage progressif d'une comptabilité de caisse à une comptabilité en droits constatés.

D'autre part, il est précisé que le montant de l'objectif quantifié national prend également en compte les évolutions à l'issue desquelles des établissements auparavant régis par l'article L. 6114-3 du code de la santé publique précité se trouvent placés, compte tenu de leur activité réelle, sous le régime de financement prévu à l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles, à savoir le régime de financement des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux publics et privés qui sont à la charge des organismes de sécurité sociale. Ainsi l'article 10 tient compte de la reconversion d'établissements de santé privés sous OQN en établissements médico-sociaux dans la détermination des objectifs de dépenses

propres à chaque secteur. Il s'agit de mettre en œuvre la fongibilité entre l'OQN et l'enveloppe médico-sociale dans un souci de garantie de la neutralité financière pour l'assurance maladie.

Enfin, il est précisé, dans un souci de simplification, que le nombre de rendez-vous de suivi des dépenses est réduit à un unique rendez-vous semestriel. Ce rendez-vous, entre les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et les représentants des établissements, a lieu au moins une fois dans l'année, au vu des résultats des quatre premiers mois de l'année, alors qu'auparavant ce rendez-vous avait lieu au moins deux fois dans l'année.

2. La clarification des relations financières entre l'Etat et l'assurance maladie via le transfert de certaines charges (articles 22 et 23)

Le présent projet de loi de financement entreprend de clarifier les relations financières entre l'Etat et l'assurance maladie par le biais du transfert total de certaines dépenses de l'Etat à l'assurance maladie.

a) Le transfert du financement des dépenses médico-sociales des centres spécialisés de soins aux toxicomanes

L'**article 22** du présent projet de loi de financement prévoit le transfert de l'Etat à la branche maladie du financement des dépenses médico-sociales des centres spécialisés dans la prise en charge des toxicomanes.

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 a créé une nouvelle catégorie d'établissements entrant dans le champ des établissements et services sociaux et médico-sociaux : il s'agit des établissements ou services qui assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques en vue de favoriser l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion sociale et professionnelle ou d'assurer des prestations de soins et de suivi médical. Figurent dans cette nouvelle catégorie les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Les CSAPA ont pour vocation de concentrer et de rationaliser l'activité à la fois des centres de cure ambulatoires en alcoologie (CCAA) et les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST). Il s'agit donc d'une catégorie d'établissement unique et cohérente.

Le financement des CCAA, qui concentrent leur activité sur la prise en charge médico-sociale, a été transféré à l'assurance maladie, à hauteur de 18,4 millions d'euros par la loi d'orientation n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions et par le décret n° 98-1229 du 29 décembre 1998.

Le transfert du financement des CSST à l'assurance maladie n'avait quant à lui pas encore été effectué malgré les critiques formulées par la Cour des comptes dans son rapport particulier sur le dispositif de lutte contre la toxicomanie datant de juillet 1998, qui mettait notamment l'accent sur la nécessaire clarification des rôles respectifs de l'Etat, des collectivités territoriales et des organismes de sécurité sociale dans la mise en œuvre et le financement des actions de lutte contre la toxicomanie, et malgré les objectifs assignés au plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2001) parmi lesquels figurait celui de faire évoluer les dispositifs de soins spécialisés en étudiant la possibilité de créer un cadre juridique et financier unique pour l'accueil de personnes ayant des comportements addictifs.

Le financement des CSST par l'Etat dans des conditions dérogatoires au droit commun a entraîné un certain isolement de ces structures et une difficulté évidente à se coordonner avec les autres dispositifs de soins. Cette procédure de financement, qui résultait directement de la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 exigeant la gratuité des soins, la protection du volontariat et la garantie de l'anonymat, doit pouvoir être revue dès lors que la couverture sociale des usagers de drogues, même les plus désinsérés, s'est améliorée grâce notamment à la mise en place de la couverture maladie universelle (CMU).

L'article 22 du présent projet de loi de financement tire les conséquences de ces évolutions en transférant de l'Etat à l'assurance maladie les charges résultant du financement des CSST. Il permet, en outre, de respecter les principes d'anonymat et de gratuité inhérents au fonctionnement des CSST. Le montant total des sommes transférées de l'Etat à l'assurance maladie est évalué à 107,5 millions d'euros.

L'article 22 précise également que les CSAPA sont financés sous la forme d'une dotation globale annuelle. La répartition des sommes versées, à ce titre, aux CSAPA est effectuée chaque année suivant la répartition des charges des dotations globales hospitalières pour l'année considérée, c'est-à-dire selon les règles de droit commun.

Enfin, un dispositif transitoire est prévu afin que le financement des activités de prise en charge des toxicomanes dans des anciens CSST par les organismes de sécurité sociale puisse être assuré entre la publication de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 et la délivrance de l'autorisation de droit commun à laquelle sont soumis tous les établissements et services sociaux ou médico-sociaux. Ce régime transitoire consistera dans le versement par les caisses d'assurance maladie aux CSST d'acomptes mensuels sur la dotation globale de financement.

b) Le transfert du financement de l'interruption volontaire de grossesse

L'article 23 du présent projet de loi de financement prévoit, dans un souci de clarification des relations financières entre l'Etat et l'assurance maladie, le transfert des dépenses afférentes aux interruptions volontaires de grossesse, de l'Etat à l'assurance maladie.

En effet, si l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale dispose que l'assurance maladie comporte, entre autres, la couverture des frais de soins et d'hospitalisation afférent à l'interruption volontaire de grossesse, l'article L. 132-1 du même code prévoit quant à lui une prise en charge par l'Etat des dépenses exposées au titre de l'IVG, en disposant que, dans les limites fixées chaque année en loi de finances, l'Etat rembourse aux organismes gérant un régime légal de sécurité sociale les dépenses qu'ils supportent au titre de la part garantie des frais exposés par les assurés sociaux à l'occasion d'IVG non thérapeutiques.

L'article 23 du présent projet de loi de financement prévoit l'abrogation du premier alinéa de l'article L. 132-1 du code de la sécurité sociale (remboursement par l'Etat à l'assurance maladie des frais afférents à une IVG) et pose donc le principe de la prise en charge totale par l'assurance maladie des dépenses afférentes aux interruptions volontaires de grossesse. En outre, l'article prévoit le même transfert de financement pour le mécanisme applicable aux femmes mineures non émancipées dépourvues d'autorisation parentale mis en place par la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.

Jusqu'en 2002, les frais afférents à l'IVG étaient donc à la charge du budget de l'Etat : les organismes de sécurité sociale remboursaient les femmes des frais engagés à hauteur de 80 %, avant de demander à l'Etat la prise en charge des sommes ainsi facturées.

Les crédits alloués à ce titre par l'Etat dans la loi de finances pour 2002 s'élevaient à 24,7 millions d'euros. L'engagement des organismes d'assurance maladie réalisé pour 2001 avait été chiffré à 25,13 millions d'euros incluant un coût supplémentaire de 0,76 million d'euros lié à l'allongement du délai limite de l'IVG (jusqu'à la douzième semaine de grossesse) prévu par la loi du 4 juillet 2001 précitée. L'insuffisance de crédits s'élèverait donc à 430.000 euros pour 2002, ce qui a pour effet d'accroître le reliquat de la dette accumulée par l'Etat jusqu'en 1997, après ces cinq précédentes années où les crédits alloués avaient été supérieurs aux dépenses engagées. **D'après les informations fournies à votre rapporteur pour avis, le montant actuel de cette dette s'élèverait fin 2002 à 12,25 millions d'euros.**

L'article 23 du présent projet de loi de financement ne précise pas dans quelles conditions cette dette de l'Etat contractée auprès des organismes d'assurance maladie sera honorée. Votre rapporteur pour avis souhaiterait voir clarifier cette situation.

B. DES OBJECTIFS DE DÉPENSES ENFIN CRÉDIBLES

1. Une renaissance pour l'ONDAM (articles 32 et 34)

a) Le concept d'ONDAM

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), créé par la première loi de financement de la sécurité sociale en 1996, a été appliqué pour la première fois en 1997. Il s'agissait à l'origine de créer un outil de suivi et de régulation des dépenses d'assurance maladie en fixant un taux d'évolution annuel des dépenses pour l'ensemble de la France. Cet objectif est ensuite décliné en plusieurs sous-objectifs (soins de ville, établissements sanitaires publics, établissements médico-sociaux, cliniques privées, ressortissants français de l'étranger et DOM). Jusqu'en 2001, il a été fixé et suivi à partir des données statistiques en dates de remboursement qui sont sensibles aux rythmes de liquidation des feuilles de santé dans les caisses d'assurance maladie.

La question de la fiabilité de cet outil de suivi de l'évolution des dépenses d'assurance maladie s'est posée en raison, d'une part, de la complexité inhérente à la méthode de construction de l'ONDAM, d'autre part, de multiples effets de champ au sein de l'ONDAM qui ont pu rendre son analyse peu lisible.

Méthode de constitution de l'ONDAM

1- Les enveloppes de l'ONDAM

L'ONDAM permet un suivi des dépenses d'assurance maladie sur les postes suivants :

- les soins de ville, pour lesquels on distingue deux sous-postes principaux :

* les « dépenses déléguées » sont constituées de l'ensemble des remboursements d'honoraires de professionnels de santé : honoraires privés (de médecins et dentistes), auxiliaires médicaux, laboratoires d'analyses médicales et transporteurs sanitaires ;

* les « autres dépenses de soins de ville » se composent principalement des dépenses de médicaments (dont les consommations intermédiaires des cliniques), des dispositifs médicaux et des indemnités journalières (hors maternité).

- **les établissements sanitaires**, pour lesquels on distingue trois enveloppes principales, elles-mêmes détaillées :

* les établissements sanitaires publics comprennent les dépenses d'établissements sous dotation globale (y compris les établissements anciennement à prix de journée préfectoral qui sont entrés dans ce champ en 1998), les honoraires du secteur public (correspondant aux consultations externes) et les autres établissements sanitaires publics (qui regroupent le reste : les conventions internationales, les hôpitaux militaires et les facturations d'exercice antérieur) ;

* les établissements médico-sociaux qui se répartissent entre les établissements pour enfance inadaptée et adultes handicapés (EI-AH) et les établissements de personnes âgées ;

* les cliniques privées (hors consommations intermédiaires et hors DOM) incluent les établissements anciennement à prix de journée préfectoral (qui ne sont pas passés sous dotation globale) et se décomposent en deux sous-enveloppes : celle des prestations sous OQN et celles des prestations hors OQN. Les établissements hors OQN sont essentiellement les associations d'hospitalisation à domicile et les établissements exerçant, sous statut d'association, des activités de dialyse. Sont également exclus de l'OQN les soins de long séjour, les forfaits de séances et de soins pour personnes âgées ainsi que ceux pour le traitement de l'insuffisance respiratoire, les forfaits d'IRMN et de scannographie, les dépenses relatives à la réadaptation fonctionnelle ou professionnelle, les prestations relatives à l'IVG.

- **les soins aux ressortissants français qui sont à l'étranger ;**

- **les soins pris en charge dans les DOM.**

Les opérations de rebasage consistent à tenir compte des dépassements d'objectif observés en fin d'année pour fixer l'objectif de l'année suivante. En 1999, le rebasage a concerné majoritairement les soins de ville et, dans une moindre mesure, le secteur médico-social et les dépenses des DOM et des ressortissants français à l'étranger. En 2000, le rebasage s'est également traduit par une hausse sur les soins de ville, et par une légère augmentation de l'enveloppe des établissements sous dotation globale.

2- Rappel des principes de construction de l'ONDAM

L'ONDAM est voté par le Parlement en montant et en comptabilité d'encaissement. A partir de l'année 2002, il est voté en montant en droits constatés. Le Parlement vote un montant total, la décomposition en 4 sous-enveloppes principales relevant d'actes réglementaires ou conventionnels.

Le débat au Parlement s'articule autour d'un taux de croissance total et des taux de croissance par sous-enveloppes qui sont communiqués par les ministres au moment du débat. Le taux de croissance rapporte le montant d'ONDAM voté à une base de l'année précédente dont le mode de calcul a été modifié au cours du temps :

- dans les LFSS 1997 à 1999, la base de l'année précédente est calée sur l'objectif de l'année précédente, quelles que soient les réalisations effectives de dépenses ;

- dans les LFSS suivantes, la base est différente de l'objectif de l'année précédente et se rapproche des réalisations effectives de dépenses (opération de rebasage du dépassement ¹) ; la base retenue peut être un peu supérieure aux réalisations effectives lorsque le rebasage est total sur les lignes en dépassement et nul sur les lignes en économie ;

- enfin l'ONDAM étant présenté en octobre, le calcul des bases se fait à partir des prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale qui peuvent se révéler supérieures ou inférieures à la réalisation finale de l'année

Ainsi, le taux de croissance de l'ONDAM 1999 a été présenté à 2,6 %, alors que la marge de croissance disponible par rapport aux dépenses 1998 réelles n'est que de 1%. En revanche, le taux de croissance de l'ONDAM 2000 tel que présenté dans la LFSS est très proche de la marge réelle de croissance.

La répartition définitive de l'ONDAM en sous-objectifs prend en compte des opérations de transferts entre ces sous-objectifs au titre de diverses opérations (transformation d'un établissement de santé en établissement médico-social, fin de la prise en charge par le budget hospitalier du coût des médicaments antirétroviraux etc....). Ces transferts sont opérés « en base », c'est-à-dire que la base retenue pour le calcul de l'objectif voté par le Parlement est abaissée sur une ligne et augmentée à due concurrence sur une autre ligne. Le montant de l'objectif d'un secteur est ensuite obtenu en appliquant le taux de croissance affiché au Parlement à cette nouvelle base corrigée des transferts ².

Les dépassements systématiques de l'ONDAM depuis sa création, à l'exception de sa première année d'existence, en 1997, ont participé de cette complexité dans la méthode de construction de l'objectif. Les écarts entre l'ONDAM voté, l'ONDAM réalisé, l'ONDAM rebasé et, enfin, innovation de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, l'ONDAM révisé, n'ont fait qu'accroître le manque de lisibilité de cet outil de suivi et de régulation des dépenses d'assurance maladie.

À ces dépassements de l'enveloppe globale, s'ajoute une multitude de transferts au sein de l'ONDAM qui résultent de l'évolution de la réglementation ou des pratiques, pouvant conduire certaines dépenses à passer d'une enveloppe à l'autre au sein de l'ONDAM. Ces mouvements, qui entraînent des effets de champ, compliquent la compréhension des évolutions décrites.

¹ Sans toutefois que le rebasage soit toujours complet et s'applique à toutes les lignes (pas de rebasage du dépassement 1999 des cliniques dans l'objectif 2000 par exemple).

² Le taux de croissance de l'objectif étant différent suivant les secteurs, la somme des objectifs calculés à partir des bases corrigées des transferts peut être légèrement inférieure ou supérieure à l'ONDAM voté. C'est pourquoi l'ONDAM voté intègre une petite marge de manœuvre non préaffectée à un sous-objectif.

Les principaux transferts au sein de l'ONDAM depuis 1997

- **En 1997** : les médicaments anti-rétroviraux, à destination des malades non hospitalisés, sont sortis du financement dérogatoire par dotation globale. Les dépenses correspondantes viennent donc s'imputer sur la ligne «soins de ville» de l'ONDAM, pour un montant de 152 millions d'euros. Par ailleurs, dès le 1^{er} janvier 1997, une enveloppe de 366 millions d'euros est transférée du poste «autres établissements sanitaires» vers le poste «cliniques privées» au titre du changement de régime de financement des établissements à prix de journée préfectoral.

- **En 1998** : le transfert des soins de ville vers le secteur médico-social (les CAMSP ou Centres d'action médico-sociale précoce) s'élève à 50 millions d'euros.

- **En 1999** : **trois transferts de champ majeurs** sont observés à l'intérieur de l'ONDAM : le premier transfert, de 91 millions d'euros, est lié aux dépenses d'oxygénothérapie de l'Association Nationale des Traitements de l'Insuffisance Respiratoire (ANTADIR) qui quittent le champ des cliniques privées pour être comptabilisées dans les dépenses de soins de ville (passage au droit commun des prestations liées à l'insuffisance respiratoire, par inscription au TIPS) ; le second transfert de 91 millions d'euros, est lié aux médicaments qui ne sont plus financés de manière dérogatoire par la dotation globale hospitalière et réintègrent le droit commun pour être comptabilisés dans le poste «autres dépenses de ville». Le troisième transfert, d'un montant de 660 millions d'euros est interne aux établissements : il s'agit du changement de champ des établissements anciennement à prix de journée préfectoral (ex-PJP) : ils quittent le poste des autres établissements sanitaires, à destination de la dotation globale.

- **En 2000** : l'achèvement de l'intégration dans la dotation globale hospitalière de l'ensemble des dépenses de soins de ville facturés à l'acte par les établissements ex-PJP entraîne un transfert de 91,5 millions d'euros des soins de ville vers les établissements sous dotation globale hospitalière.

- **En 2001** : 76 millions d'euros sont transférés de l'enveloppe soins de ville vers l'enveloppe médico-social «personnes âgées» au titre de la mise en œuvre de la réforme de la tarification des établissements pour personnes âgées qui met à la charge des budgets des établissements certaines dépenses de soins remboursées auparavant à l'acte. Pour 2002, le montant lié à la réforme des EHPAD est de 107 millions d'euros, soit 76 millions d'euros en provenance du poste des dépenses déléguées et 30 millions d'euros issus des autres dépenses de ville.

- **En 2002** : les établissements SSA-INI (Service de Soins de Armées et Institut National des Invalides) quittent le poste des autres établissements sanitaires pour être comptabilisés dans le poste de la dotation globale. Ce transfert est de 352 millions d'euros.

Par ailleurs, chaque année, sont enregistrés des transferts d'enveloppe, dits de fongibilité, qui correspondent au changement de statut des établissements, notamment du secteur sanitaire vers le secteur médico-social.

Par ailleurs, en 2001, l'amélioration de l'information statistique a permis le reclassement d'un certain nombre de dépenses à l'intérieur de l'ONDAM.

En ce qui concerne la remise de l'industrie pharmaceutique, elle s'élève à 183 millions d'euros en 1999, à 139 millions d'euros en 2000, à 274 millions d'euros en 2001 et à 198 millions d'euros en 2002.

Le tableau suivant permet de récapituler les modifications du champ de l'ONDAM intervenues entre 1997 et 2002 et d'en apprécier l'effet sur l'objectif.

Tableau récapitulatif des modifications de champ entre 1997 et 2002

(En millions d'euros)

	Total des effets de champ 1997	Total des effets de champ 1998	Total des effets de champ 1999	Total des effets de champ 2000	Total des effets de champ 2001	Total des effets de champ 2002
Soins de ville	259,2	-59,3	170,4	-91,5	-31,4	-110,5
Objectif délégué	0	-8,9	-4,3	-91,5	24,4	-76,2
Autres dépenses de ville	259,2	-50,5	174,8	0,0	-55,8	-34,3
Versements aux établissements	-223,8	58,2	-169,9	88,2	30,4	112,1
Etablissements sanitaires	-514,7	-9,2	-67,6	96,3	-109,0	-33,1
Médico-social	23,3	88,5	16,9	34,3	90,2	158,2
<i>dont personnes handicapées (EI-AH)</i>	22,4	87,9	16,9	23,1	12,2	57,8
<i>dont personnes âgées (EHPA)</i>	0,9	0,6	0,0	11,2	78,0	100,4
Cliniques privées	267,5	-21,0	-119,2	-42,3	49,2	-12,9
Marge de manœuvre résiduelle	-65,9	1,2	-0,5	3,3	0,7	-1,2
ONDAM	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4

Source : Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

Votre rapporteur pour avis souhaite à cet égard introduire dans le présent projet de loi de financement une disposition nouvelle visant à la transmission par le gouvernement au Parlement d'un rapport faisant une présentation détaillée des méthodes d'élaboration et de suivi de l'ONDAM, permettant notamment d'en apprécier l'évolution ainsi que celle des enveloppes qui le composent et des objectifs quantifiés nationaux qui en découlent.

Cette critique relative à la méthode de fixation de l'ONDAM est ancienne puisque la Cour des comptes, dans son rapport sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998, avait souligné « *le caractère parfois arbitraire du champ de l'ONDAM, le degré différent d'encadrement des postes de dépenses qui le composent, les faiblesses dans les méthodes de préparation et enfin les insuffisances rencontrées dans les modalités de suivi des objectifs* ».

De même, dans son rapport sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, la Cour des comptes, portant son attention sur les méthodes de préparation et de suivi de l'ONDAM, indiquait que « *l'existence de l'ONDAM constitue [...] un indéniable progrès dans l'amélioration de la connaissance par la représentation nationale des choix effectués en la matière. Il n'en demeure pas moins que les insuffisances relevées dans les méthodes de préparation et le fait que la traduction chiffrée*

des objectifs de santé publique soit très grossière font que l'information présentée n'est pas encore totalement pertinente ». À cet égard, la Cour des comptes mettait plus particulièrement en cause les « opérations de rebasage » qui faussent la signification de certaines informations fournies au Parlement.

Dès lors, la Cour des comptes concluait que « *si le contour de l'ONDAM est plus stable, son équilibre n'est pas pérenne. De plus, les transferts de dépenses entre enveloppes et l'absence de procédure de rétopolation ne permettent pas de disposer d'un suivi des objectifs et de leur réalisation sur plusieurs années, ce qui réduit la capacité à dépasser une logique de préparation annuelle pour mesurer les évolutions passées aussi bien que pour établir des prévisions sur le plus long terme en relation avec les objectifs de santé publique* ».

b) L'évolution de l'ONDAM

L'objectif voté par le Parlement n'a été respecté qu'une seule fois, en 1997. Les dépenses entrant dans le champ de cet objectif ont augmenté en moyenne de 3,9 % par an, soit 1,8 point d'évolution par an de plus que les objectifs votés dans les lois de financement de la sécurité sociale, puisque ces derniers étaient en augmentation moyenne de 2,1 % par an sur la période. Le dépassement s'est accéléré en fin de période, essentiellement sous l'effet d'une croissance des dépenses de soins de ville très supérieure aux objectifs fixés.

Ecart entre réalisations et objectifs votés

(en milliards d'euros)

	Ecart aux objectifs en 1997	Ecart aux objectifs en 1998	Ecart aux objectifs en 1999	Ecart aux objectifs en 2000	Ecart
ONDAM métropole	- 0,13	1,46	1,66	2,67	2,84
I. Soins de ville	- 0,07	1,29	1,77	2,59	2,79
II Etablissements	- 0,06	0,17	- 0,10	0,08	0,05
II. 1 Etablissements sanitaires publics	0,11	- 0,08	- 0,11	0,13	0,23
Dont établissements sous dotation globale	0,02	- 0,14	- 0,11	0,09	0,25
II. 2 Etablissements médico-sociaux	0,03	0,23	0,03	- 0,08	- 0,15
Dont EI-AH	0,03	0,23	- 0,02	- 0,09	- 0,01
Dont EHPA	0	0	0,05	0,01	- 0,14
II. 3 Cliniques privées	- 0,20	0,01	- 0,03	0,03	- 0,03
III. Autres	0,02	0,02	- 0,11	- 0,02	0,23
ONDAM France entière	- 0,11	1,49	1,55	2,65	3,07

Source : Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

Les dépenses de soins de ville ont crû le plus vite en cinq ans (+ 29%). L'évolution des dépenses en établissement est soutenue mais plus faible (+ 13,6 %), notamment celle de la dotation globale hospitalière. Alors que les soins de ville et les établissements sanitaires publics avaient un poids équivalent dans l'ONDAM en 1990, autour de 40 %, le premier secteur explique 40 % de la croissance des dépenses d'assurance maladie sur cinq ans, alors que le second n'en explique qu'un quart.

Entre 1996 et 2001, les dépenses de soins de ville ont augmenté en moyenne de 5,3 % par an, alors que l'objectif d'évolution annuelle moyenne était de 1,5 %.

Ces taux de croissance élevés sont dus pour l'essentiel à une forte augmentation (+ 38,4 % en cinq ans) du poste « autres soins de ville » (médicaments, indemnités journalières, TIPS). On observe donc une déformation de la structure des soins de ville au profit de ces autres dépenses.

Au sein des établissements, la croissance est rapide pour le secteur médico-social (+ 22,4 %), reflet de la priorité accordée à ce secteur depuis 1999-2000. Elle est ralentie pour les cliniques (+ 10 %) et modérée pour les établissements publics (+ 12,7 %).

Évolutions annuelles en valeur des réalisations de dépenses à champ comparable

	Evolution entre 1996 et 1997	Evolution entre 1997 et 1998	Evolution entre 1998 et 1999	Evolution entre 1999 et 2000	Evolution entre 2000 et 2001
ONDAM Métropole	1,5%	3,8%	2,7%	5,5%	5,5%
I. Soins de ville	1,8%	5,8%	3,3%	8,0%	7,5%
Dont Objectif délégué hors centres santé	1,5%	4,3%	0,9%	5,9%	5,7%
Dont Autres dépenses de ville	2,2%	7,3%	5,7%	10,0%	9,0%
II Établissements	1,2%	2,3%	2,2%	3,4%	3,7%
II.1 Établissements sanitaires publics	1,3%	1,8%	2,4%	3,0%	3,7%
Dont Établissements sous dotation globale	1,1%	1,8%	2,6%	2,9%	4,2%
II.2 Établissements médico-sociaux	2,4%	4,9%	2,3%	5,2%	4,9%
Dont EI-AH	1,4%	5,0%	0,5%	4,2%	6,2%
Dont EHPA	4,5%	4,7%	6,3%	7,1%	2,5%
II.3 Cliniques privées	-0,4%	2,3%	1,1%	3,6%	2,6%
III Autres¹	3,4%	12,0%	0,7%	8,4%	11,2%
ONDAM France entière	1,5%	4,0%	2,6%	5,6%	5,6%

Source : Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

¹ DOM, ressortissants français à l'étranger et marge de manœuvre.

Les comparaisons qui peuvent être faites sont multiples et révèlent, s'il en était besoin, le dérapage des dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM, depuis 1997, seule année où l'objectif a été respecté.

On peut exprimer les objectifs votés en évolution par rapport aux objectifs votés de l'année précédente.

Évolutions annuelles (en valeur) des objectifs votés de l'année N par rapport aux objectifs votés de l'année (N-1)

	1996-1997 (Champ 1997)	1997-1998 (Champ 1998)	1998-1999 (Champ 1999)	1999-2000 (Champ 2000)	2000-2001 (Champ 2001)
ONDAM Métropole	1,6%	2,0%	2,5%	4,5%	5,4%
I. Soins de ville	2,0%	2,3%	2,2%	6,4%	7,4%
II Établissements	1,3%	1,8%	2,7%	3,0%	3,7%
II.1 Établissements sanitaires publics	1,0%	2,3%	2,4%	2,4%	3,4%
Dont Établissements sous dotation globale	1,0%	2,2%	2,6%	2,4%	3,8%
II.2 Établissements médico-sociaux	1,9%	1,7%	5,5%	6,9%	5,7%
Dont EI-AH	0,7%	0,3%	6,4%	5,7%	4,3%
Dont EHPA	4,3%	4,7%	3,8%	9,4%	8,6%
II.3 Cliniques privées	2,7%	-1,0%	1,7%	2,6%	3,7%
III Autres	2,3%	12,0%	6,7%	4,1%	1,6%
ONDAM France entière	1,7%	2,3%	2,6%	4,5%	5,3%

Source : Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

On peut également exprimer les objectifs votés en évolution par rapport aux bases retenues lors de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale au Parlement, ce qui permet d'identifier les taux d'évolution donnés lors de cette discussion.

Évolutions annuelles (en valeur) des objectifs votés de l'année N par rapport à la base définitive de l'année (N-1)

	1996-1997 (Champ 1997)	1997-1998 (Champ 1998)	1998-1999 (Champ 1999)	1999-2000 (Champ 2000)	2000-2001 (Champ 2001)
ONDAM Métropole	1,6%	2,2%	2,5%	2,4%	3,5%
I. Soins de ville	2,0%	2,6%	2,0%	2,0%	3,5%
II Établissements	1,3%	1,9%	3,0%	2,8%	3,5%
II.1 Établissements sanitaires publics	1,0%	1,9%	2,7%	2,4%	3,0%
Dont Établissements sous dotation globale	1,0%	2,1%	2,7%	2,4%	3,4%
II.2 Établissements médico-sociaux	1,9%	3,8%	3,4%	4,9%	5,8%
Dont EI-AH	0,7%	3,3%	3,3%	3,8%	4,3%
Dont EHPA	4,3%	4,7%	3,7%	7,4%	8,9%
II.3 Cliniques privées	2,7%	-0,2%	3,9%	2,6%	3,7%
III Autres	2,3%	4,3%	6,9%	6,7%	4,2%
ONDAM France entière	1,7%	2,3%	2,6%	2,5%	3,5%

Source : Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

Enfin, on peut comparer l'évolution des objectifs votés en loi de financement de la sécurité sociale par rapport aux réalisations de l'année précédente.

Évolutions annuelles, en valeur, des objectifs votés de l'année n par rapport aux réalisations de l'année (n-1)

	1996-1997 (Champ 1997)	1997-1998 (Champ 1998)	1998-1999 (Champ 1999)	1999-2000 (Champ 2000)	2000-2001 (Champ 2001)
ONDAM Métropole	1,6%	2,2%	0,9%	2,7%	2,6%
I. Soins de ville	2,0%	2,8%	-0,9%	2,1%	1,5%
II Établissements	1,3%	1,7%	2,4%	3,2%	3,6%
II.1 Établissements sanitaires publics	1,0%	1,8%	2,7%	2,7%	3,1%
Dont Établissements sous dotation globale	1,0%	2,0%	2,9%	2,7%	3,5%
II.2 Établissements médico-sociaux	1,9%	3,3%	1,8%	6,4%	7,1%
Dont EI-AH	0,7%	2,7%	1,0%	6,3%	6,4%
Dont EHPA	4,3%	4,6%	3,6%	6,7%	8,4%
II.3 Cliniques privées	2,7%	0,0%	1,5%	3,0%	3,1%
III Autres	2,3%	10,6%	5,6%	9,1%	1,2%
ONDAM France entière	1,7%	2,4%	1,0%	2,9%	2,6%

Source : Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

Enfin, pour conclure, les deux tableaux suivants exposent la répartition de l'ONDAM en milliards d'euros, entre 1997 et 2001, d'une part, au stade des objectifs votés en loi de financement, d'autre part, au stade de la réalisation des objectifs.

Répartition de l'ONDAM entre 1997 et 2001: objectifs en encaissement – décaissement.

(en milliards d'euros)

	1997	1998	1999	2000	2001
I. Soins de ville	39,91	40,78	41,87	44,45	47,63
Objectif délégué	20,05	20,22	20,49	21,40	22,85
Autres dépenses de ville	19,86	20,56	21,38	23,05	24,78
II. Versements aux établissements	49,54	50,50	51,71	53,36	55,51
Etablissements sanitaires	37,02	37,87	38,72	39,75	41,13
Médico-social	6,13	6,33	6,70	7,19	7,70
<i>dont établissements pour personnes handicapées</i>	4,16	4,26	4,55	4,84	5,06
<i>dont établissements de personnes âgées</i>	1,97	2,06	2,14	2,36	2,64
Cliniques privées	6,39	6,30	6,29	6,41	6,67
III. Ressortissants français à l'étranger	0,12	0,14	0,14	0,19	0,19
IV. Prestations DOM	1,90	2,02	2,12	2,27	2,38
Marge de manœuvre résiduelle	0,03	0,14	0,19	0,09	0,00
ONDAM	91,50	93,57	96,03	100,36	105,70

Source : Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

**Répartition de l'ONDAM entre 1997 et 2001 : réalisations en encaissement – décaissement
(Champ non constant)**

(en milliards d'euros)

	1997	1998	1999	2000	2001
I. Soins de ville	39,84	42,07	43,64	47,04	50,42
Objectif délégué	20,01	20,86	21,04	22,18	23,45
Autres dépenses de ville	19,83	21,21	22,60	24,86	26,97
II. Versements aux établissements	49,48	50,67	51,61	53,44	55,56
Etablissements sanitaires	37,12	37,79	38,62	39,88	41,37
Médico-social	6,16	6,56	6,73	7,11	7,56
<i>dont établissements pour personnes handicapées</i>	4,19	4,49	4,53	4,74	5,05
<i>dont établissements de personnes âgées</i>	1,98	2,07	2,20	2,37	2,50
Cliniques privées	6,20	6,32	6,27	6,45	6,64
III. Ressortissants français à l'étranger	0,13	0,18	0,17	0,16	0,21
IV. Prestations DOM	1,93	2,06	2,16	2,37	2,57
Marge de manœuvre résiduelle	0,00	0,07	0,00	0,00	0,00
ONDAM	91,39	95,06	97,58	103,01	108,77

Source : Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

(1) L'ONDAM en 2001

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 avait fixé l'objectif national de dépenses d'assurance maladie à 105,7 milliards d'euros en comptabilité d'encaissements/décaissements. Ce montant est net de la remise pharmaceutique versée en 2001 au titre de l'année 2000 pour 275 millions d'euros. En outre, l'ONDAM 2001 a été modifié lors du vote de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, par l'augmentation de 152,4 millions d'euros de la dotation globale hospitalière.

Les dépenses effectives entrant dans le champ de l'ONDAM se sont élevées à 108,77 milliards d'euros en 2001, soit un dépassement de 3,07 milliards d'euros par rapport à l'objectif fixé en loi de financement.

Dès lors, les dépenses d'assurance maladie du champ de l'ONDAM ont progressé en 2001 de 5,6 % par rapport aux réalisations de l'année 2000, alors même que le taux de progression de l'ONDAM 2001 initialement fixé devait être de 2,6 % par rapport aux réalisations de l'année 2000.

ONDAM 2001 Réalisations définitives
(net de la remise de l'industrie pharmaceutique)

(en milliards d'euros)

	Réalisations tous régimes 2000	Objectif 2001	Réalisations tous régimes	Dépassement	Evolution des réalisations
Total Soins de ville	47,04	47,63	50,42	2,79	7,2 %
Dont ODD	22,18	22,85	23,45	0,60	5,7 %
Dont autres soins de ville	24,86	24,78	26,97	2,19	8,5 %
Total Etablissement	53,4	55,51	55,56	0,05	4,0 %
Etablissements sanitaires publics	39,88	41,13	41,37	0,23	3,7 %
Médico-social	7,11	7,70	7,56	- 0,15	6,3 %
Enfance inadaptée, adultes handicapés	4,74	5,05	5,05	0,00	6,8 %
Personnes âgées	2,37	2,65	2,50	- 0,15	5,8 %
Cliniques privées	6,45	6,67	6,64	- 0,03	3,0 %
ONDAM Métropole	100,48	103,14	105,98	2,84	5,5 %
Prestations DOM	2,37	2,38	2,57	0,19	8,7 %
Ressortissants français à l'étranger	0,16	0,19	0,21	0,02	31,8 %
Objectif Total	103,01	105,70	108,77	3,07	5,6 %

Source : Direction de la sécurité sociale

(a) Les secteurs responsables du dépassement de l'ONDAM en 2001

Mesures nouvelles ayant un impact sur les dépenses d'assurance maladie en 2001

La principale mesure affectant l'évolution des dépenses d'assurance maladie en 2001 a été l'alignement des taux de remboursement de la Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes (CANAM) sur ceux, plus favorables, du régime général. Le coût de cet alignement de 180 millions d'euros a été financé par une augmentation des cotisations.

L'année 2001 a également été marquée par un certain nombre d'améliorations de nomenclature (masseurs-kinésithérapeutes, dentistes) ou de revalorisations tarifaires (transporteurs ambulanciers) et par l'effet report de mesures de régulation tarifaire prises au deuxième trimestre de l'année 2000 sur plusieurs professions de santé. S'agissant des médicaments, un plan comprenant des baisses de prix ou du taux de remboursement de certains produits est entré en vigueur au cours de l'année. Enfin, l'accord tarifaire annuel concernant les cliniques a prévu une revalorisation de 3,48 % de leurs tarifs au 1^{er} mai 2001.

Les dépenses de soins de ville excèdent fortement l'objectif fixé en loi de financement, de 5,9 %, puisqu'elles progressent de 7,2 % en 2001 par rapport à 2000, pour s'établir à 50,4 milliards d'euros, induisant un dépassement de l'objectif de 2,8 milliards d'euros.

Même après déduction de l'impact de l'alignement des taux de remboursement de la CANAM, l'évolution des remboursements des soins de ville est très soutenue en 2001. Elle prolonge la tendance dynamique de l'année 2000 (+ 7,8 %), alors que l'année 1999 avait été marquée par une croissance plus modérée des remboursements.

Les dépenses au titre de l'objectif des dépenses déléguées (ODD) s'élèvent à 23,5 milliards d'euros, en hausse de 5,7 % par rapport à 2000, ce qui constitue un dépassement de 2,6 % par rapport à l'objectif fixé pour 2001. Les dépenses relevant des autres soins de ville s'élèvent à 27 milliards d'euros, en progression de 9,5 % par rapport à 2000, soit un dépassement de 8,9 % par rapport à l'objectif fixé pour 2001.

Les dépenses des autres soins de ville sont donc plus dynamiques que celles de l'ODD. Les dépenses déléguées augmentent fortement sur l'ensemble des postes, et particulièrement pour trois professions qui bénéficient de mesures positives : les masseurs-kinésithérapeutes, les transports et les dentistes.

Evolution des soins de ville des trois principaux régimes d'assurance maladies (CNAMTS, CANAM, MSA)

(montants bruts de la remise de l'industrie pharmaceutique)

	Taux d'évolution 2001/2000	Contribution à la croissance en point
Total ODD	5,7 %	2,7 %
<i>Dont :</i>		
Médecins libéraux	3,2 %	0,8 %
Dentistes libéraux	10,1 %	0,5 %
Infirmiers libéraux	4,8 %	0,2 %
Masseurs libéraux	11,0 %	0,4 %
Laboratoires	6,9 %	0,3 %
Frais de transport des malades	10,1 %	0,4 %
Total des autres soins de ville	9,5 %	5,0 %
<i>Dont :</i>		
Médicaments	9,2 %	2,9 %
TIPS	12,5 %	0,7 %
Prestations en espèces	9,5 %	1,3 %
Total soins de ville	7,7 %	7,7 %

Source : Statistiques décembre 2001 – CNAMTS, CANAM, MSA

Les objectifs de dépenses de l'ensemble des établissements ont été dépassés de 50 millions d'euros.

Les dépenses sont inférieures aux objectifs pour deux composantes : les établissements médico-sociaux (de 1,8 %) et les cliniques privées (de 0,3 %). La moindre dépense du secteur médico-social provient du secteur des personnes âgées. La réforme du financement des EHPAD s'est mise en place plus lentement que prévu. L'enveloppe attribuée pour 2001 n'a donc pas été consommé en totalité.

Un dépassement est constaté pour les dépenses des établissements sanitaires publics, de 0,6 %, soit 230 millions d'euros. Il résulte notamment de l'augmentation de la dotation globale pour 2001 décidée lors du vote de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002.

En outre, il convient de souligner que les dépenses financées sur l'enveloppe des établissements sanitaires publics ne reflètent pas totalement la croissance des dépenses hospitalières puisqu'une partie de ces établissements a pratiqué des reports de charges de 2001 sur 2002. Les données disponibles tendent à montrer que ces reports auraient augmenté de 14 % entre fin 1999 et fin 2000 et de 41 % entre fin 2000 et fin 2001, soit de 134 millions d'euros en deux ans.

(b) La révision de l'ONDAM 2001 en loi de financement de la sécurité sociale pour 2002

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 comportait une disposition révisant l'ONDAM pour 2001 en le fixant à 108,3 milliards d'euros. C'était la première fois que le Parlement était amené à approuver formellement un «ONDAM révisé», conformément d'ailleurs à la décision n° 2000-437 du 19 décembre 2000 du Conseil constitutionnel sur la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, selon laquelle la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 peut tenir lieu de loi de financement de la sécurité sociale rectificative pour l'année en cours.

Comme le précise la Cour des comptes dans son rapport sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, cette innovation *« ouvre la voie à ce que l'objectif soit révisé en cours d'année, lorsque l'évolution des dépenses, de la conjoncture économique ou de la politique des pouvoirs publics le rend nécessaire »*.

Les dépenses effectives du champ de l'ONDAM en 2001 se sont cependant élevées en définitive à 108,77 milliards d'euros, soit 470 millions d'euros de plus que l'objectif révisé. L'ONDAM 2001 initial a été dépassé de 3,07 milliards d'euros.

(2) L'ONDAM 2002

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie pour 2002 a été fixée à 112,8 milliards d'euros en augmentation de 4 % par rapport à la base 2001. Cet objectif a été voté, pour la première fois, en droits constatés.

L'ONDAM en droits constatés se distingue de l'ONDAM calculé en comptabilité de caisse par l'existence d'un provisionnement des dépenses correspondant aux soins effectués au cours de l'année considérée et qui seront liquidées les années suivantes. Ainsi, en droits constatés, les dépenses d'une année doivent refléter les consommations de soins de cette même année.

Dans son rapport de septembre 2001, la commission des comptes de la sécurité sociale avait souligné le caractère irréaliste de cet objectif : *« l'hypothèse retenue en matière de dépenses d'assurance maladie est particulièrement ambitieuse. L'objectif de 3,8 % fixé pour 2002, qui inclut le financement de la réduction du temps de travail dans les hôpitaux, correspond à un objectif inférieur pour les autres dépenses. Sa réalisation supposerait un freinage considérable par rapport à la tendance moyenne des deux dernières années, supérieure à 5 % »*.

Or, début 2002, prenaient effet diverses revalorisations tarifaires, décidées antérieurement, tandis qu'étaient décidées différentes mesures nouvelles en faveur des généralistes.

Les prévisions de la CCSS dans son rapport de septembre 2002 font apparaître un ONDAM 2002 à 116,7 milliards d'euros, soit un dépassement prévisionnel de 3,91 milliards d'euros par rapport à l'objectif fixé en LFSS (+ 3,46 %) et une progression de 7,2 % par rapport aux réalisations définitives de l'année 2001.

Mesures nouvelles ayant un impact sur les dépenses d'assurance maladie en 2002

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a prévu la mise en place d'un régime couvrant les accidents du travail et maladies professionnelles des exploitants agricoles. Les dépenses de soins de santé et les indemnités journalières de ce nouveau régime s'ajoutent aux dépenses de l'ONDAM.

Des mesures de revalorisations tarifaires visant les professionnels de santé ont été prises à la fin de l'année 2001 et en 2002, et contribuent à la progression des dépenses en 2002. Dans le sens inverse, le plan de baisse sur les prix des médicaments intervenu au cours de l'année 2001 produit son plein effet en 2002, et de nouvelles baisses de prix, décidées à l'été 2002, auront un impact sur les derniers mois de l'année.

Enfin, dans les établissements, l'année 2002 est marquée par la mise en place de l'aménagement et la réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière, la signature d'un accord de revalorisation tarifaire des cliniques de 3,93 %, l'achèvement des plans de création de places dans les établissements pour handicapés et la montée en charge de la réforme de la tarification des établissements pour personnes âgées dépendantes.

Les prévisions de réalisation de l'ONDAM 2002 du rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2001 confirment la tendance de fond : l'accélération des dépenses de soins de ville.

Les soins de ville connaissent l'augmentation la plus vive et expliquent les deux tiers de l'évolution de l'ONDAM, dont ils représentent environ la moitié.

Après un ralentissement de la croissance au dernier trimestre de l'année 2001, les premiers mois de l'année 2002 montrent une reprise de la croissance de la consommation de soins de ville tendant d'abord à rattraper le ralentissement de la fin de l'année 2001 puis à se maintenir sur le rythme de moyen terme.

L'effet sur les volumes des importantes mesures tarifaires sur les honoraires de professionnels de santé libéraux est toutefois incertain. Les prévisions retenues par la commission des comptes de la sécurité sociale reposent sur une hypothèse intermédiaire entre un scénario de poursuite de la tendance et un scénario de croissance plus modérée des volumes induite par les revalorisations tarifaires.

Toutefois, les revalorisations tarifaires négociées en 2002 avec les professionnels de santé libéraux devraient peser sur les dépenses de 2002 à hauteur de 1,5 point de croissance des soins de ville. Une partie de ces mesures pourrait être financée par les économies induites par les mesures prises dans le domaine du médicament, notamment les engagements de prescription de génériques pris par les professionnels de santé ou encore l'effet report du plan médicament 2001 (baisses de prix et de taux de remboursement) et les baisses de prix décidées au cours de l'été 2002.

Le coût pour l'assurance maladie des mesures nouvelles (accord infirmières, accord généralistes de février 2002 et revalorisations de juin 2002) est estimé à 780 millions d'euros en 2002. Ces mesures contribuent pour 1,5 point à l'augmentation des soins de ville et pour 0,7 point à celle de l'ONDAM. En outre, l'effet en année pleine de ces mesures tarifaires est estimé à 1,3 milliard d'euros, et l'effet de report en 2003 est, au total, de 480 millions d'euros.

Mesures nouvelles incluses dans la prévision 2002 des soins de ville

(M€)

TOTAL DES MESURES NOUVELLES	780
<i>En % des soins de ville</i>	<i>1,5 %</i>
<i>En % de l'ONDAM</i>	<i>0,7 %</i>
Dont :	
1 ^{er} accord généraliste (avenant n° 8 dont revalorisation du C à 18,5 euros)	220
2 ^{ème} accord généraliste (revalorisation du C à 20 euros et du V 30 euros pour les visites médicalement justifiées)	190
Accord infirmières	140
Accord masseurs-kinésithérapeutes	50

Source : commission des comptes de la sécurité sociale

Les dépenses de soins de ville devraient ainsi s'élever à 54,7 milliards d'euros en 2002, en augmentation de 8,3 % par rapport aux réalisations définitives de 2001, correspondant à un dépassement de 3 milliards d'euros.

Les dépenses réalisées au titre des établissements progressent plus rapidement que les années précédentes et l'écart d'évolution avec les soins de ville se réduit nettement.

L'objectif de dépenses des établissements sanitaires publics devrait être dépassé de 700 millions d'euros, dont 300 millions d'euros correspondant à une enveloppe accordée en juillet pour faire face aux insuffisances de financement constatées dans les hôpitaux et 400 millions d'euros supplémentaires correspondant à la provision du financement de la réduction du temps de travail dans les hôpitaux, notamment le compte épargne temps.

S'agissant des établissements médico-sociaux, une économie de 5 millions d'euros par rapport à l'objectif est retenue, grâce notamment à la lenteur de la montée en charge de la réforme de la tarification des EHPAD.

Dans les cliniques, les dépenses continuent de progresser à un rythme soutenu, en particulier sous l'effet d'une croissance des volumes et devraient augmenter de 5,9 % en 2002.

L'article 34 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale fixe le montant de l'ONDAM révisé pour 2002 à 116,7 milliards d'euros, ce qui correspond aux prévisions de réalisation de l'ONDAM 2002 établies par la commission des comptes de la sécurité sociale dans son rapport de septembre 2002.

Prévisions de dépenses ONDAM pour 2002

(en milliards d'euros)

	Objectif 2002	Prévisions tous régimes	Dépassement prévisionnel	Evolution
TOTAL SOINS DE VILLE	51,68	54,68	3,00	8,3 %
Dont ODD	23,92	25,20	1,28	7,6 %
Dont autres soins de ville	27,76	29,49	1,72	8,8 %
TOTAL ETABLISSEMENT	58,46	59,17	0,72	6,1 %
Etablissements sanitaires publics	43,16	43,87	0,70	5,7 %
Médico-social	8,29	8,29	0,00	8,8 %
Cliniques privées	7,00	7,02	0,02	5,9 %
ONDAM METROPOLE	110,14	113,86	3,72	7,2 %
Prestations DOM	2,47	2,64	0,17	8,0 %
Ressortissants français à l'étranger	0,15	0,21	0,06	0,0 %
Marge de manœuvre	0,03	0,00	- 0,03	-
OBJECTIF NATIONAL	112,79	116,70	3,91	7,2 %

Source : commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2002)

c) Un nouveau départ pour l'ONDAM : l'ONDAM 2003, crédible et « médicalisé »

L'analyse récurrente de l'évolution de l'ONDAM par la Cour des comptes dans ses rapports annuels sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale repose sur le postulat suivant : « *une régulation ne peut être crédible et donc efficace que si elle s'appuie sur des objectifs réalistes* ».

Votre rapporteur pour avis partage entièrement cette analyse et constate que, jusqu'à présent, les dérapages systématiques de l'ONDAM et l'accélération des dépassements constatés sont, en grande partie, le résultat de prévisions irréalistes au moment de la fixation de l'objectif.

Votre rapporteur pour avis estime que l'absence de crédibilité et de réalisme au moment de la fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie a entraîné, au cours des dernières années, un véritable découragement des professionnels de santé, résultant à la fois d'un phénomène inconscient de culpabilisation vis-à-vis du personnel médical et d'un sentiment d'échec inéluctable, au sein de ce personnel, à atteindre un objectif irréaliste.

Ainsi, s'agissant de l'ONDAM pour 2001, la Cour des comptes affirme, dans son rapport de septembre 2002, que « *dès le départ, le respect de l'objectif 2001 était peu vraisemblable* ».

Malgré le recours à la technique du « rebasage », telle que préconisée par la Cour des comptes, c'est-à-dire du calcul de l'objectif pour 2001 sur la base d'une prévision des dépenses réelles de 2000, la prévision, effectuée au moment de l'adoption par le gouvernement du projet de loi de financement pour 2001, a été trop faible. L'ONDAM fixé pour 2001 n'était supérieur que de 2,6 % aux dépenses effectives de 2000, alors qu'elles avaient crû de 5,6 % en 2000. Le respect de l'objectif supposait donc que le rythme de croissance des dépenses fléchisse de plus de la moitié. Le problème était particulièrement manifeste pour les soins de ville puisque le respect de l'objectif soins de ville fixé pour 2001 supposait une régression de 1,25 % des dépenses par rapport au niveau atteint à la fin de l'année 2000 et celui de l'objectif délégué supposait que les remboursements entrant dans ce champ n'augmentent que de 0,8 %, contre 5,5 % en 2000. En outre, à cet acquis de croissance des dépenses à la fin de l'année 2000 s'ajoutait l'effet d'autres facteurs de hausse évaluées globalement à 2,3 % par la CNAMTS : l'effet démographique ou encore l'achèvement de la montée en puissance de la CMU.

Ces différents éléments montrent, d'après l'analyse de la Cour des comptes, « *la nécessité d'un plus grand réalisme des prévisions et d'une information plus complète du Parlement sur les tendances d'évolution des dépenses lorsqu'il se prononce sur le montant de l'ONDAM et que lui est communiqué le projet de répartition de l'objectif entre ses composantes* ».

L'**article 32** du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale fixe l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base pour 2003 à **123,5 milliards d'euros**, soit une augmentation de 5,3 % à périmètre constant par rapport à l'ONDAM 2002 révisé.

La fixation de l'ONDAM 2003 à 123,5 milliards d'euros correspond à une progression de 5,3 % par rapport à la base de l'ONDAM 2002 intégrant les transferts à partir de 2003, qui s'élève à 117,3 milliards d'euros,

Le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale se veut constituer une première étape importante de la « médicalisation » de l'ONDAM en évaluant les dépenses d'assurance maladie sur la base de l'évolution de l'activité des soins et la réalité des besoins. Ainsi, la hausse tendancielle de la consommation des soins, les besoins hospitaliers ainsi que les revalorisations d'honoraires intervenues en 2002 sont pris en compte. De même, l'ONDAM proposé intègre des mesures d'économie et de responsabilisation financière prises par le gouvernement, telles que le déremboursement des médicaments à service médical rendu insuffisant et les forfaits de remboursement des médicaments génériques.

Un groupe de travail, créé au sein de la commission des comptes de la sécurité sociale et consacré à une réflexion sur la médicalisation des dépenses de santé, devrait rendre ses conclusions au cours du premier trimestre de l'année 2003.

En outre, lors de la présentation du présent projet de loi de financement, le ministre a annoncé le recours systématique à un projet de loi de financement rectificative si les données économiques et financières s'écartent sensiblement du projet de loi initial.

Si votre rapporteur pour avis accueille très favorablement cette nouvelle conception de l'ONDAM, il ne peut que regretter le manque d'information fournie en amont au Parlement quant à la clef de répartition des dépenses au sein de l'ONDAM.

Aucune précision n'avait en effet été donnée s'agissant de l'évolution des quatre sous-enveloppes constituant l'ONDAM avant la discussion du présent projet de loi de financement à l'Assemblée nationale, ce qui constitue une situation inédite. Or, il s'agit d'une information essentielle pour juger du réalisme du taux d'évolution fixé.

La répartition de l'évolution de l'ONDAM finalement exposée par le ministre au moment de la discussion du présent PLFSS à l'Assemblée nationale est la suivante :

- + 5 % pour la dotation globale hospitalière ;
- + 5,6 % pour les soins de ville ;
- + 6 % pour les établissements médico-sociaux ;
- + 4 % pour les cliniques privées.

2. L'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès (articles 7 bis, 30, 33, 46 et 47 bis)

L'article 33 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale fixait initialement à **136,31 milliards d'euros pour 2003** l'objectif de la branche maladie, maternité, invalidité et décès de l'ensemble des régimes obligatoires de base de plus de 20.000 cotisants ou retraités titulaires de droits propres, soit 38,6 % du total des dépenses entrant dans le champ du PLFSS.

L'Assemblée nationale a modifié cet objectif de dépenses, le portant à 136,33 milliards d'euros, soit une augmentation de 20 millions d'euros afin de tenir compte de l'adoption d'un nouvel **article 7 bis** permettant l'affiliation à la sécurité sociale des frontaliers travaillant en Suisse, ainsi que d'une modification relative à la réforme du contentieux technique de la sécurité sociale (**article 47 bis**).

Possibilité d'affiliation au régime d'assurance maladie des frontaliers travaillant en Suisse

L'article 7 bis adopté au cours de la discussion du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale vise à laisser aux travailleurs frontaliers occupés en Suisse et exempté d'affiliation obligatoire au régime suisse obligatoire d'assurance maladie la possibilité d'être affiliés au régime général d'assurance maladie en France en contrepartie d'une contribution à la solidarité nationale.

Cet objectif de dépenses progresse de 5,48 % par rapport à **l'objectif 2002 révisé**, qui s'établit à **129,24 milliards d'euros** d'après les dispositions de l'**article 46** du présent projet de loi de financement.

Il convient de rappeler que l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès s'établissait à 125,27 milliards d'euros

en loi de financement de la sécurité sociale pour 2002. Cet objectif a donc été révisé à la hausse de 3,97 milliards d'euros, soit + 3,17 %.

Au total, l'évolution entre l'objectif de dépenses voté en LFSS 2002 et l'objectif de dépenses en PLFSS 2003 correspond à une hausse de + 8,8 %, soit 11,06 milliards d'euros.

La dotation de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) pour 2002 et 2003

Créé par l'article 98 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, l'ONIAM est un établissement public administratif de l'Etat qui intervient lorsque le dommage résultant d'un aléa thérapeutique, lorsqu'un assureur refuse l'indemnisation ou encore en cas de défaut d'assurance du responsable. Le dispositif est complété par l'existence de commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, créées afin de statuer sur les circonstances, les causes, la nature et l'étendue des dommages résultant d'accidents médicaux graves ainsi que sur l'existence d'une faute ou d'un aléa. Si la commission régionale estime qu'il s'agit d'un aléa thérapeutique, l'ONIAM doit faire une offre d'indemnisation visant à la réparation intégrale des préjudices subis par la victime. Après acceptation de l'offre, l'office verse à la victime ou à ses ayants droit les indemnités correspondantes, lesquelles peuvent prendre la forme d'une rente.

Les ressources de l'ONIAM étant constituées par une dotation globale de financement, versée par les régimes d'assurance maladie dans les mêmes conditions que la dotation globale hospitalière, il revient à la loi de financement de la sécurité sociale de fixer chaque année le montant de cette dotation.

Pour 2002, par anticipation sur le vote de la loi du 4 mars 2002, la loi de financement de la sécurité sociale n'avait provisionné que 40 millions d'euros.

L'**article 30** du présent projet de loi de financement porte la dotation de financement de l'ONIAM pour l'année 2002 à 70 millions d'euros et fixe la dotation pour 2003 à 70 millions d'euros également. Ces sommes figurent dans les objectifs de dépenses de la branche maladie fixés par les articles 33 et 46 du présent projet de loi de financement mais elles ne sont pas intégrées dans le calcul de l'ONDAM.

C. DES COMPTES FORTEMENT DÉFICITAIRES ET RESPONSABLES DE LA DÉGRADATION DES COMPTES DU RÉGIME GÉNÉRAL

Résultats de la branche maladie du régime général

En milliards d'euros	2000	2001	2002 (p)	2003 (p) ¹
Maladie	- 1,6	- 2,1	- 6,1	- 8,2

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2002)

Depuis l'année 2000, l'accélération du déficit de la branche maladie du régime général est manifeste. La branche maladie demeure la seule branche déficitaire du régime général et ce déficit ne fait que s'aggraver, dégradant d'autant les comptes d'ensemble du régime général.

À partir de 2002, l'augmentation du déficit de la branche maladie revêt un caractère exceptionnel puisque ce déficit passe de 2,1 milliards d'euros en 2001 à 6,1 milliards d'euros en 2002, soit un **quasi triplement du déficit en un an**. Le creusement du déficit se ralentit entre 2002 et 2003 puisque les prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale pour 2003 affichent un déficit de 8,2 milliards d'euros, soit une hausse de 34,4 % entre 2002 et 2003.

Cette accélération du déficit de la branche maladie en 2002 est responsable du retour du déficit global du régime général. Ainsi, d'après la CCSS, dans son rapport de septembre 2002, «*le retournement conjoncturel ainsi que le dynamisme des dépenses d'assurance maladie sont à l'origine du déficit du régime général qui s'établirait à 3,3 milliards d'euros en 2002*».

¹ Le compte établi pour 2003 n'intègre pas les mesures qui seront prises dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003. C'est un compte « tendanciel » destiné à servir de base au projet de loi de financement, et qui reflète la situation dans laquelle se trouveraient les organismes de sécurité sociale avant toute mesure inscrite dans cette loi.

1. Les résultats de la branche en 2001 : une légère amélioration avant le provisionnement de la créance FOREC 2000

La branche maladie présente en 2001 un résultat net négatif de 2,1 milliards d'euros enregistrant une aggravation significative par rapport au solde de l'année 2000 (- 1,6 milliard d'euros).

L'évolution des dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM reste très rapide. Ainsi, les prestations légales maladie atteignent un montant de 94,2 milliards d'euros, en progression de 5,2 % par rapport à 2000.

L'évolution des produits, quant à elle, reste exceptionnelle. La forte croissance de la masse salariale conduit à une augmentation très importante des recettes. Celle-ci est gonflée par la sous-estimation des produits à recevoir en 2000. En sens inverse cependant, la baisse de la fraction des droits tabacs et la perte des droits sur les alcools conduisent à une perte de recettes de près de 2 milliards d'euros, perte très partiellement compensée par la hausse du taux de CSG (1,3 milliard d'euros).

Le solde de la branche maladie se dégrade principalement sous l'effet du provisionnement de la créance FOREC. La provision exceptionnelle de 948 millions d'euros destinée à couvrir l'annulation de la créance 2000 sur le FOREC contribue à alourdir les charges de la CNAMTS en 2001. Sans cette opération, le solde du régime se serait amélioré en 2001.

2. Une situation fortement dégradée en 2002

Le déficit devrait presque tripler entre 2001 et 2002, pour s'établir à 6,1 milliards d'euros.

Cette dégradation s'explique par l'effet de ciseau entre les dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM, qui s'accroissent en 2002, et les recettes qui ralentissent fortement sous l'effet du retournement conjoncturel. L'écart entre la croissance des dépenses et celle des recettes est d'environ 3,5 %.

La dégradation s'explique également par un double mouvement d'accroissement du champ d'intervention de la CNAMTS (mise en place de l'ONIAM, doté de 70 millions d'euros en 2002) et de perte de recettes dans le cadre du plan de financement du FOREC en 2002. Au total, le solde net de la perte de la taxe automobile et du gain sur les droits tabac se traduit par une perte de 410 millions d'euros.

3. Une nouvelle détérioration des comptes en 2003

S'agissant des ressources, l'analyse diffère peu de celle prévalant en 2002 avec toutefois une masse salariale légèrement plus dynamique en moyenne annuelle.

La principale amélioration résulte, du côté des dépenses, de la fixation de l'ONDAM, en augmentation, à périmètre constant, de 5,3 % par rapport à l'objectif fixé pour 2002, avec un impact sur les comptes équivalent à 5,6 % compte tenu des transferts de charges du budget de l'Etat sur celui de l'assurance maladie, soit un ralentissement d'environ 1,5 % par rapport à l'année 2002.

La réduction de l'écart d'évolution entre les produits et les charges est cependant insuffisante pour stopper la dégradation du solde. Celui-ci se détériorait encore de 2,1 milliards d'euros en 2003, pour atteindre - 8,2 milliards d'euros.

Evolution des charges et produits de la CNAMTS Maladie (1999-2003)

(en millions d'euros)

	1999	2000	%	2001	%	2002	%	2003	%
Charges	98.374	103.876	5,6 %	111.028	6,9 %	117.742	6,0 %	123.750	5,1 %
Produits	97.643	102.241	4,7 %	108.960	6,6 %	111.661	2,5 %	115.516	3,5 %
Résultat net	- 731	- 1.634		- 2.068		- 6.081		- 8.234	

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale

II. UNE NOUVELLE POLITIQUE DE RÉGULATION DES SOINS DE VILLE

A. DES MESURES NOVATRICES EN MATIÈRE DE CONTRÔLE DE L'ACTIVITÉ MÉDICALE

1. La fin de la maîtrise comptable des dépenses de santé (article 15)

L'article 15 du présent projet de loi de financement propose de mettre fin au système dit des « lettres-clés flottantes », introduit par l'article 24 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, ainsi que de supprimer les comités médicaux régionaux créés par l'ordonnance n° 96-345 de 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.

Le mécanisme dit des « lettres-clés flottantes » a été profondément modifié par la loi n° 2002-322 du 6 mars 2002 portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions libérales de santé et les organismes d'assurance maladie.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 effectuait une délégation aux caisses d'assurance maladie pour la gestion des dépenses d'honoraires des professionnels de santé libéraux et de transport sanitaire.

Ainsi, pour chacune des professions sous convention, une annexe à la convention fixe un objectif de dépenses remboursables ainsi que des tarifs et honoraires. Cet objectif est fixé, le cas échéant, de manière unilatérale par les caisses. Les caisses d'assurance maladie sont chargées du suivi infra-annuel des dépenses considérées. Si l'évolution des dépenses ne correspond pas à l'objectif initial, les caisses et les professionnels ou, en cas de désaccord, les caisses de manière unilatérale, peuvent prendre des mesures de toute nature afin de rétablir l'équilibre initialement prévu : actions visant à réduire le nombre des actes non justifiés au plan médical ou modifications, dans la limite de 20 %, de la cotation des actes inscrits à la nomenclature établie pour les actes pris en charge par l'assurance maladie. En cas de carence ou de mesures insuffisantes, l'Etat peut prendre les mesures nécessaires.

La loi précitée du 6 mars 2002 a supprimé le dispositif de « lettres-clés flottantes » sauf dans le cas où les professions concernées ne sont pas sous convention. Elle inscrit dans la loi la conclusion d'un accord-cadre interprofessionnel (article L. 162-1-11 du code de la sécurité sociale). En outre, elle précise que les conventions conclues entre les professions de santé et les caisses doivent prévoir pour cinq ans :

- les tarifs fixés dans le cadre d'avenants à chaque convention ;

- les engagements des signataires portant sur l'évolution de l'activité des professions concernées qui prennent la forme d'accords de bon usage, de contrats de bonne pratique ou d'autres instruments créés par la négociation conventionnelle. Ces conventions fixent les dispositions applicables en cas de non-respect des engagements.

En l'absence de convention, un arrêté interministériel peut fixer les tarifs et les engagements d'activité. Dans ce cas, la loi du 6 mars 2002 confie aux caisses des compétences élargies. Elles fixent alors l'objectif des dépenses de la profession, les tarifs des honoraires et, le cas échéant, les mesures de toute nature propres à garantir le respect de l'objectif fixé.

La suppression de ce dispositif par l'article 15 suppose la définition d'un nouveau mode de détermination des tarifs applicables aux professions de santé sous règlement conventionnel minimal. Il est donc proposé de revenir au système de fixation des tarifs dans le cadre du règlement conventionnel minimal par arrêté interministériel après avis du conseil d'administration de la CNAMTS et des organisations syndicales représentatives.

Outre la suppression définitive du système de « lettres-clés flottantes », l'article 15 propose également la suppression des comités médicaux régionaux (CMR).

Les CMR sont des instances paritaires composées de représentants de médecins libéraux et du service médical de l'assurance maladie. Ils devaient permettre aux caisses de contester le volume de certaines prescriptions lorsqu'il apparaissait qu'elles n'étaient pas médicalement justifiées et jouer ainsi le rôle d'instances pré-contentieuses. Les CMR émettaient un avis en proposant une sanction et les caisses appliquaient la sanction. Compte tenu de l'état des relations entre les caisses et les syndicats de médecins, le système n'a jamais vraiment fonctionné.

Ainsi, par exemple, la Cour des comptes, dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2000, indiquait : « *l'activité des comités régionaux médicaux a encore fléchi fortement début 2000, à la suite de l'arrêt du Conseil d'Etat remettant en cause le caractère obligatoire des références médicales opposables résultant de la convention médicale* ». Plus encore, dans son rapport de septembre 2002, la Cour des comptes relevait que « *les comités régionaux [...] n'ont plus été réunis par les médecins généraux de la santé depuis la manifestation organisée par certains syndicats de médecins et la contestation juridique de leur composition. Dix-huit mois après l'entrée en vigueur théorique de l'obligation, il n'existe donc ni mécanisme de sanction ni dispositif de suivi* ».

La suppression des CMR se justifie donc pleinement, compte tenu du fléchissement progressif de leur activité et des dysfonctionnements y afférant.

2. Les nouvelles missions du conseil de surveillance de la CNAMTS (article 16)

L'**article 16** du présent projet de loi de financement propose d'élargir les missions du conseil de surveillance de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), afin qu' « *il veille à la cohérence des conventions passées entre les caisses d'assurance maladie et les professionnels de santé* » avec l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM).

Il convient de rappeler que le conseil de surveillance, qui comprend notamment des parlementaires, a pour mission principale d'étudier la convention d'objectifs et de gestion qui régit les relations entre l'Etat et la CNAMTS.

Cet article s'inscrit dans le cadre de la « nouvelle gouvernance » de la sécurité sociale : au cours des débats à l'Assemblée nationale, le ministre a fait part de son souhait de renforcer le rôle du conseil de surveillance, et d'impliquer davantage les professionnels et les usagers.

Dans un souci de précision et pour éviter des divergences d'interprétation, l'Assemblée nationale a adopté un amendement de sa commission des affaires culturelles, familiales et sociales, qui prévoit que le conseil de surveillance, au titre de sa nouvelle mission, pourra donner son avis, sur la saisine du conseil d'administration de la caisse, sur chacune des conventions. S'il estime qu'une ou plusieurs dispositions de ces conventions ne sont pas cohérentes avec le respect de l'ONDAM, il en informe le conseil d'administration en lui communiquant un avis. Le conseil d'administration transmet alors cet avis au Parlement et au gouvernement.

Par ailleurs, le conseil de surveillance élabore un rapport annuel sur la politique conventionnelle de la CNAMTS, qui est lui aussi transmis au Parlement et au gouvernement.

3. Les mesures et procédures applicables aux médecins en cas de pratiques abusives (article 19)

La suppression des dispositifs de maîtrise comptable ne peut avoir pour conséquence de priver les caisses d'assurance maladie des moyens de lutter contre les pratiques abusives.

L'**article 19** du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale dispose que le champ d'application de la convention nationale régissant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins libéraux inclut désormais la détermination des mesures et procédures applicables aux médecins dont les pratiques abusives sont contraires aux objectifs de bonnes pratiques et bons usages fixés par la convention.

L'objectif de cet article est notamment d'éviter que des contentieux relatifs aux pratiques abusives des médecins ressortissent systématiquement de la compétence des instances ordinaires.

4. La définition des missions du nouveau « service médical de l'assurance maladie » (article 18)

L'**article 18** du présent projet de loi de financement vise à revaloriser le rôle des praticiens-conseils en réformant le service du contrôle médical de l'assurance maladie, *via* une modification de sa dénomination et de ses missions.

La nouvelle dénomination de ce service sera « service médical de l'assurance maladie » et ses prérogatives relèveront non plus du contrôle médical mais du bon usage des prestations et relations avec les professionnels de santé.

Actuellement, les quatre missions dévolues au service médical de l'assurance maladie sont : l'expertise médicale, l'analyse de l'activité des prestataires de soins, le conseil aux établissements de santé et aux professionnels et, enfin, le contrôle médical.

L'article 18 prévoit de renforcer l'expertise médicale délivrée par ce service et de lui confier trois nouvelles missions :

- la réalisation d'actions de bon usage des soins auprès des assurés sociaux et des professionnels de santé, en coopération avec les unions régionales de médecins libéraux (URML) s'agissant des médecins ;

- la participation aux actions menées par les organismes d'assurance maladie afin de porter à la connaissance des professionnels de santé l'évolution de la législation et de la réglementation de la sécurité sociale ;

- la mise à disposition des professionnels concernés des documents de toute nature leur permettant d'analyser leur activité individuelle et d'améliorer leur exercice.

B. DES MESURES RELATIVES À LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

1. La fin du mécanisme de cessation anticipée d'activité (MICA) (article 28)

L'article 28 du présent projet de loi de financement vise à modifier l'article 4 de la loi du 5 janvier 1988 afin de mettre fin au dispositif de cessation anticipée d'activité (MICA) destiné aux médecins libéraux conventionnés.

Le MICA consiste dans l'octroi d'une allocation de remplacement de revenu aux médecins libéraux conventionnés choisissant de cesser leur activité avant l'âge de 65 ans. L'objectif initial de ce dispositif était de réduire l'offre de soins ambulatoires et de contribuer à maîtriser les dépenses d'assurance maladie. Cette allocation est financée par des cotisations des praticiens conventionnés et par les caisses d'assurance maladie. Elle est gérée par la caisse autonome de retraite des médecins français.

L'ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins a rendu plus favorables les conditions d'accès à ce mécanisme en abaissant l'âge d'accès, en relevant le montant du plafond de l'allocation de remplacement pour les adhérents et en assouplissant les conditions de cumul.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a prorogé le dispositif du MICA jusqu'au 31 décembre 2004, mais à des conditions moins favorables. Le mécanisme ouvre à la négociation conventionnelle la possibilité de fixer certaines modalités du dispositif, notamment la modulation de ses conditions d'attribution en fonction de la situation de la démographie médicale appréciée régionalement. Le montant du plafond annuel de l'allocation a été réduit par le décret du 24 juillet 2000.

Depuis sa création, le MICA a bénéficié à environ 9.000 médecins, dont seulement 264 en 2001 (contre 775 en 2000 et 868 en 1999).

La situation actuelle de la démographie médicale est très différente de celle qui prévalait en 1988 au moment de la création du MICA, et même depuis 1996, année où ses conditions d'accès ont été rendues plus attractives. Le maintien du MICA apparaît contradictoire avec la politique menée par le gouvernement qui a décidé d'augmenter le *numerus clausus* (+ 8,5 % en 2003).

L'article 28 propose donc la suppression de ce mécanisme. Le gouvernement proposait, dans la version initiale de cet article, de mettre fin à l'entrée dans le MICA d'ici au 1^{er} juillet 2003. L'Assemblée nationale a

estimé que ce délai était trop court pour permettre aux médecins libéraux ayant décidé d'opter pour ce dispositif d'organiser convenablement leur cessation d'activité. Le délai a donc été repoussé au 1^{er} octobre 2003, ce qui semble en effet plus convenable à votre rapporteur pour avis.

Ainsi, à partir du 1^{er} octobre 2003, aucune entrée dans le dispositif du MICA ne sera désormais possible. Les médecins qui perçoivent actuellement l'allocation la percevront jusqu'à leur retraite.

L'article 28 tend également à préciser que le solde annuel des cotisations encaissées et des prestations versées au titre du MICA est affecté au financement des prestations complémentaires de vieillesse servies aux médecins ayant exercé en libéral.

2. L'incitation à la reprise d'une activité à temps partiel pour les médecins et infirmiers en retraite (article 29)

Parallèlement à la fin du mécanisme de cessation anticipée d'activité des médecins libéraux, l'**article 29** du présent projet de loi de financement vise à inciter les médecins et infirmiers, qui le souhaitent, à poursuivre ou à reprendre leur activité une fois en retraite. Cette possibilité vise notamment les zones à faible densité démographique.

L'article 29 s'adresse à la fois aux médecins et infirmières des établissements de santé, ou des établissements ou services sociaux et médicaux-sociaux suite aux modifications adoptées par l'Assemblée nationale, et les médecins et infirmières exerçant à titre libéral.

L'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale précise que le service d'une pension de vieillesse est subordonné à la rupture définitive de tout lien professionnel avec l'employeur ou, pour les assurés exerçant une activité non salariée, à la cessation définitive de cette activité. Ces dispositions ne font cependant pas obstacle à l'exercice de certaines activités définies comme dérogatoires.

L'article 29, tel qu'adopté par l'Assemblée nationale, propose d'ajouter à cette liste d'activités dérogatoires, celles correspondant à des vacations accomplies dans des établissements de santé ou dans des établissements sociaux et médico-sociaux et à leur demande par des médecins ou infirmiers en retraite, dans la limite d'une durée et d'un plafond prévus par décret en Conseil d'Etat. Le dépassement du plafond entraîne une réduction à due concurrence de la pension de retraite. Cette possibilité de cumul n'est ouverte qu'à compter de l'âge légal ou réglementaire de départ à la retraite.

S'agissant des professionnels exerçant leur activité en libéral, l'article 29 du présent projet de loi de financement vise à modifier l'article

L. 643-2 du code de la sécurité sociale relatif à l'ouverture des droits et à la liquidation des allocations vieillesse des professions libérales. Il s'agit de réglementer le cumul des revenus tirés de l'activité libérale et de ceux correspondant à l'allocation de vieillesse.

Ainsi, il est précisé que l'attribution de l'allocation de vieillesse est subordonnée à la cessation de l'activité libérale. Toutefois, pour des activités professionnelles déterminées et après avis de la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales, des décrets peuvent prévoir, compte tenu du nombre et de la répartition des médecins et des infirmiers dans le secteur sanitaire et médico-social considéré, la possibilité de cumuler l'allocation avec les revenus tirés de l'activité libérale, dans la limite d'un plafond et à la condition que cette activité présente un caractère accessoire à partir de la date à laquelle l'allocation de vieillesse est liquidée. Le dépassement de ce plafond entraîne une réduction à due concurrence de l'allocation de vieillesse.

La rédaction de cette nouvelle disposition, telle qu'adoptée par l'Assemblée nationale, semble pour le moins confuse puisqu'elle ouvre un droit général à cumul de l'allocation de vieillesse avec les revenus tirés d'une activité libérale, pour certaines activités professionnelles libérales définies par décret, tout en précisant la nécessité de tenir compte du nombre et de la répartition des médecins et des infirmiers dans le secteur sanitaire et médico-social considéré. La rédaction initiale proposée par le gouvernement était plus satisfaisante puisqu'elle faisait allusion à des « *raisons d'intérêt général* » et ne mentionnait pas le cas particulier des médecins et infirmiers.

L'article 29 dans son ensemble a pour objectif de remédier aux problèmes de disponibilité de l'offre de soins recensés récemment au regard de l'évolution de la démographie médicale.

Votre rapporteur pour avis est très sensible à l'évolution inquiétante de la démographie médicale et approuve les moyens mis en œuvre par le gouvernement pour remédier aux difficultés en découlant.

C. DES MESURES EN FAVEUR DE L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS DE VILLE

1. Les dispositions relatives au Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) (articles 24 et 31)

L'article 31 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit d'élargir les missions du FAQSV et détermine son mode de financement pour l'année 2003.

a) L'élargissement des missions du FAQSV

Le fonds d'aide à la qualité des soins de ville a été créé, pour une durée de huit ans à compter du 1^{er} janvier 1999, au sein de la CNAMTS, par l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999. Les modalités d'organisation et de fonctionnement de ce fonds ont fait l'objet du décret n° 99-940 du 12 novembre 1999.

Ses ressources proviennent de l'assurance maladie et sont fixées, en tant que de besoin, annuellement dans le cadre de la LFSS.

Le fonds finance des actions concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville, par l'octroi d'aides à des professionnels de santé exerçant en ville ou à des regroupements de ces mêmes professionnels, et, le cas échéant, d'aides au développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de soins liant des professionnels de santé exerçant en ville à des établissements de santé. En outre, par l'octroi d'aides aux organismes concernés, il finance des actions concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville dans le cadre de centres de santé.

Le fonds peut également contribuer au financement des aides aux professionnels de santé, autres que des médecins, en vue de faciliter leur installation dans des zones rurales ou urbaines où est constaté un déficit en matière d'offres de soins.

L'article 31 propose d'étendre les missions du FAQSV au financement des actions d'évaluation des pratiques professionnelles des médecins libéraux organisées par les unions régionales de médecine libérale (URML).

Cette mission supplémentaire s'inscrit dans le cadre du développement de l'évaluation du système de santé que souhaite promouvoir le gouvernement. Le développement de l'évaluation des médecins repose actuellement sur une action de l'ANAES en collaboration avec le corps médical dans quatre régions pilotes.

b) Le financement du FAQSV pour 2003

Pour 1999, la loi de financement de la sécurité sociale avait fixé un niveau de dépenses à hauteur de 106,7 millions d'euros et des ressources pour un montant de 76,2 millions d'euros. Le fonds n'étant pas entré en fonction cette année-là, aucune dépense n'a été enregistrée au titre de cet exercice.

Pour 2000, la LFSS a fixé le montant de ses ressources à 76,2 millions d'euros. La mise en place des instances de décision du FAQSV s'étant achevée au quatrième trimestre de l'exercice 2000, peu de dossiers ont

fait l'objet d'un financement effectif. Le FAQSV a enregistré 4,8 millions d'euros de dépenses en 2000. Le résultat cumulé au 31 décembre 2000 s'est élevé à + 147,6 millions d'euros.

Pour 2001, la LFSS a fixé un seuil de dépenses de 106,7 millions d'euros. Compte tenu du résultat cumulé enregistré, le fonds n'a été doté d'aucune ressource. Le résultat cumulé au 31 décembre 2001 a été de 116,6 millions d'euros. Sur le montant des dépenses autorisées, seuls 31 millions d'euros ont été engagés.

Pour 2002, la LFSS a fixé le montant maximal des dépenses du fonds à 106,72 millions d'euros. En outre, il a été doté de 76,23 millions d'euros au titre de l'exercice 2002.

L'**article 31** du présent PLFSS fixe le montant maximal des dépenses du fonds à 106 millions d'euros et le dote, au titre de l'exercice 2003, de 20 millions d'euros.

La question de l'utilisation effective, et efficace, des ressources de ce fonds se pose, au regard des résultats des exercices précédents. Votre rapporteur pour avis espère que les nouvelles missions confiées à ce fonds lui permettront de mettre à profit efficacement les ressources ainsi accumulées.

Le financement du forfait de garde pour les entreprises de transports sanitaires

L'**article 24** du présent projet de loi de financement permet aux entreprises de transports sanitaires (ambulanciers) d'être rémunérées par un forfait pour les gardes qu'elles doivent effectuer au titre de la continuité et de la permanence des soins. Le problème du financement des gardes effectuées par les ambulanciers s'est en effet trouvé accru par la mise en œuvre des 35 heures, qui ont augmenté le coût des astreintes à payer comme temps de travail effectif.

Les entreprises de transports sanitaires n'étant pas en mesure d'assumer seules la charge financière de ces astreintes, une expérimentation de financement de ces gardes par l'assurance maladie, dans le cadre du FAQSV, a été menée dans huit départements en 2002. Elle s'est révélée satisfaisante, justifiant sa généralisation à l'ensemble du secteur du transport sanitaire.

2. La prorogation de l'agrément applicable aux réseaux de soins expérimentaux (article 19 *ter*)

L'**article 19 *ter*** du présent projet de loi de financement résulte d'un amendement du rapporteur de la commission des affaires culturelles,

familiales et sociales pour les recettes et l'équilibre général, adopté par l'Assemblée nationale. Il vise à proroger, jusqu'au 31 décembre 2004 au plus tard, l'agrément applicable aux réseaux de soins créés en application de l'article 6 de l'ordonnance du 24 avril 1996. Cette prorogation doit permettre de disposer du temps nécessaire à l'élaboration concertée de la nouvelle réglementation applicable aux réseaux de santé.

L'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a en effet créé au sein de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie une dotation nationale de développement des réseaux, dont le montant global ainsi que, pour chaque région, le montant limitatif de la dotation régionale de développement, sont fixés par un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. Cet arrêté précise également la constitution de la dotation nationale en parts qui s'imputent respectivement sur le montant total annuel des dépenses hospitalières, sur l'objectif quantifié national, sur l'objectif de dépenses des établissements de santé privés et sur l'objectif prévisionnel des dépenses de soins de ville.

Une procédure unique d'octroi de financements dérogatoires est mise en place. Dans le cadre des priorités pluriannuelles de santé, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et le directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie décident conjointement, dans la limite de la dotation régionale de développement des réseaux, des financements supportés par les régimes d'assurance maladie et qui sont accordés aux actions réalisées dans le cadre des réseaux de santé. Cette décision peut notamment prévoir la prise en charge par l'assurance maladie sous la forme d'un règlement forfaitaire de tout ou partie des dépenses du réseau.

Ces dispositions ont pour but de rationaliser le dispositif de financement des réseaux de santé qui repose sur des dispositions à la fois du code de la santé publique et du code de la sécurité sociale, cette dualité de bases juridiques ayant engendré pour les professionnels de terrain, un manque de lisibilité entre les différents dispositifs et les différents financeurs.

S'agissant des réseaux relevant du code de la santé publique, leur mise en place a été accompagnée par les ARH au travers des dotations globales des établissements, en finançant la coordination des réseaux. Environ 120 réseaux avaient été agréés ou étaient en cours d'agrément au moment du vote de la LFSS.

S'agissant des réseaux relevant du code de la sécurité sociale, leur financement reposait majoritairement sur un financement « assurance maladie » au travers du financement de la dotation globale des établissements pour les réseaux associant l'hôpital et la ville et qui ont fait l'objet d'agrément par les ARH, par des dérogations tarifaires dans le cadre des expérimentations validées par la « commission Soubie » (une douzaine d'actions expérimentales

visant à promouvoir des formes nouvelles de prise en charge des patients), par des financements ponctuels dans le cadre du FAQSV.

S'agissant des réseaux organisés en dehors des cadres juridiques, l'Etat accompagnait par des crédits d'intervention au titre de la santé publique ces initiatives et continuait à assurer le financement des réseaux spécifiques ville-hôpital.

Les obstacles rencontrés au développement des réseaux étaient essentiellement dus à la diversité des financeurs, aux cadres juridiques variés et au manque de pérennité des financements, d'où la réforme du financement introduite par l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002.

En outre, le III de l'article 36 précité précise que les agréments pris sous l'empire de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la LFSS pour 2002 continuent de produire leurs effets, pour la durée fixée par l'agrément, en tant qu'ils concernent certaines dérogations tarifaires citées par le code de la sécurité sociale.

L'article 19 *ter* adopté à l'Assemblée nationale vise à préciser que ces agréments continuent de produire leurs effets, un an après la durée fixée par l'agrément et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2004. Cette prolongation du délai doit permettre de ne pas isoler, au sein de l'ONDAM, ces réseaux disposant de dérogations tarifaires sous le vocable « dotation nationale de développement des réseaux », comme prévu par l'article 36 de la LFSS pour 2002 et de disposer du temps nécessaire à l'élaboration et à la mise en place de la nouvelle réglementation.

III. UNE POLITIQUE DU MÉDICAMENT PLUS AMBITIEUSE

A. LE CONTEXTE

1. Les insuffisances de la politique du médicament au cours des dernières années

La Cour des comptes, dans son rapport sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale de septembre 2001, notait que « *la forte croissance des remboursements par l'assurance maladie des médicaments achetés en ville, et leur accélération en 2000, posent une double question : celle du financement de cette dépense qui augmente et qui probablement*

continuera à augmenter dans les prochaines années, et celle du choix des dépenses prises en charge par la collectivité ».

En outre, la Cour estime que la politique du médicament depuis 1998 a eu une efficacité limitée.

Malgré une réflexion globale sur la politique du médicament et des objectifs ambitieux, les mesures prises depuis 1998 n'ont eu à ce jour qu'un faible impact sur les dépenses. La réforme annoncée le 18 février 1998 comprenait deux grands axes : garantir le bon usage du médicament, ce qui d'après la Cour des comptes « *n'a pas été appliqué* », et maîtriser la dépense pharmaceutique, ce qui a donné lieu à deux séries de mesures (génériques et réévaluation) annoncées en février 1998, complétées par une régulation financière, annoncée en juillet 1998.

Le constat que dresse la Cour des comptes de la politique du médicament menée par le précédent gouvernement est, à cet égard, particulièrement négatif :

- incapacité de la régulation financière conventionnelle à freiner les dépenses ;
- faible développement du marché des médicaments génériques ;
- effets encore limités de la réévaluation du service médical rendu.

En définitive, la Cour faisait les trois remarques suivantes : « *tandis que la régulation financière a atteint en 2000 son plafond de 3 % sans avoir atteint son objectif de maîtrise de la croissance des médicaments, les deux autres mesures - promotion des génériques et réévaluation de l'intérêt des médicaments - n'ont reçu qu'un début d'exécution ; les délais de mise en œuvre [des réformes] ont été longs ; les mesures prises ont porté sur les producteurs et les distributeurs de médicaments mais pas sur les utilisateurs que sont les prescripteurs et les patients* ».

En outre, la Cour analyse les obstacles de fond à la régulation du médicament. Deux obstacles majeurs sont ainsi mis en évidence :

- le système d'information reste presque entièrement dépendant de l'industrie ; une information indépendante sur le « bon usage du médicament » tarde à être développée ;
- il manque une réévaluation fréquente : pour devenir plus sélective, la procédure d'admission au remboursement nécessite l'octroi de plus de moyens à la commission de la transparence, ainsi que de réviser régulièrement les conditions de remboursement et les prix, et de cibler en priorité les produits les plus coûteux.

Premier bilan du « plan médicament » du 7 juin 2001

Le plan de maîtrise des dépenses pharmaceutiques annoncé en juin 2001 comportait trois axes majeurs, ainsi qu'une action spécifique sur l'hôpital :

1) La promotion du bon usage des médicaments : elle repose sur l'information des patients, l'information et le dialogue avec les praticiens et l'évaluation des produits et des pratiques.

Dans ce cadre :

1° l'information des praticiens par les pouvoirs publics repose largement sur le fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique. Les avis de la commission de la transparence sont désormais disponibles sur le site de l'AFSSAPS¹. Cette diffusion a lieu dès leur approbation définitive par la commission, ce qui permet aux médecins d'être informés rapidement sur les médicaments en cours d'admission au remboursement. Les résultats de la réévaluation ont été mis en ligne sur le site de l'AFSSAPS dès le mois de juin 2001 ;

2° un groupe de travail a été mis en place en vue d'aboutir à une charte de qualité des logiciels d'aide à la prescription ;

3° les accords de bon usage négociés par la CNAMTS avec les prescripteurs ont concerné la limitation des prescriptions d'antibiotiques (AcBUS sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge des angines) ainsi que les prescriptions aux personnes âgées et les interactions médicamenteuses (AcBUS sur le bon usage des soins à domicile) ;

4° l'observatoire des prescriptions a repris ses activités sur la base d'une lettre de mission de juin 2001 ;

5° un comité de coordination mène un travail de relance de la production et de la diffusion de recommandations de bonnes pratiques cliniques ;

6° l'évaluation des conditions de prescription des nouveaux médicaments et la place qu'ils prennent dans les stratégies thérapeutiques sera développée dans un cadre conventionnel avec les entreprises, afin de renforcer les exigences de suivi de la prescription et de mieux définir les cas dans lesquels l'innovation constitue un progrès en termes de meilleure efficacité ou de limitation des effets indésirables.

Le développement des bonnes pratiques médicales est à la fois un instrument d'amélioration de la santé publique en permettant de bannir des pratiques médicalement contestables et une source d'économies pour la sécurité sociale.

2) La promotion des médicaments génériques

Afin de soutenir la progression du marché des génériques, diverses mesures ont été prises ou sont en cours :

¹ Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

- la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a introduit la possibilité pour les médecins de prescrire en dénomination commune. Le décret d'application vient d'être publié, l'arrêté fixant l'écart de prix maximal entre la spécialité délivrée et la spécialité la moins chère du groupe générique le suivant le sera prochainement. Des outils vont être mis à disposition des médecins pour les aider à prescrire en dénomination commune ;

- l'avenant n° 10 à la convention nationale des médecins généralistes prévoit l'engagement des médecins à prescrire 25 % des lignes de prescriptions en médicaments génériques ou en spécialités libellées en dénomination commune d'ici juin 2003 ;

- le décret simplifiant les procédures d'inscription sur le répertoire des groupes génériques permet désormais une publication régulière par l'AFSSAPS des actualisations du répertoire.

3) Les baisses de prix de certains médicaments

Le Comité économique des produits de santé a procédé, en 2001, à des baisses de prix des médicaments à service médical rendu (SMR) insuffisant ainsi que de certains médicaments de volume de ventes important, et donc coûteux pour l'assurance maladie.

Suite à la réévaluation du service médical rendu des médicaments menée par la commission de la transparence de 1999 à 2001, le mouvement de baisse de prix des médicaments à service médical rendu insuffisant initié en 2000 a été poursuivi. Le Comité économique des produits de santé a accepté que soient substitués aux baisses de prix demandées des déremboursements, lorsqu'il lui a semblé que les risques de reports de prescriptions sur des médicaments demeurés remboursables étaient faibles. Les baisses négociées ont concerné 232 produits et 374 présentations. Rapporté aux quantités vendues en 2000, l'impact des baisses aurait représenté 83 millions d'euros. Le choix du déremboursement a été fait pour 96 présentations correspondant à 69 produits et représentant un chiffre d'affaires de 55 millions d'euros.

Les baisses de prix ciblées sur les médicaments de volume de ventes important ont représenté 202 millions d'euros sur la base des volumes de ventes 2000.

4) Des mesures destinées à améliorer l'usage du médicament à l'hôpital et notamment les procédures d'achat sont également engagées

Il s'agit notamment de renforcer au sein des établissements de santé les procédures de qualité, notamment à travers les commissions du médicament et des dispositifs médicaux stériles. La DHOS¹ a lancé en novembre 2001 une enquête pour un recensement exhaustif des comités, dont les résultats ne sont pas encore disponibles. En mars 2002 a été lancée une seconde enquête plus qualitative, auprès d'une cinquantaine d'établissements (résultats en automne 2002).

La mise en place d'un suivi des actions au niveau régional est en cours. Actuellement ce suivi est encore peu développé, hormis quelques régions, comme le Centre, où il existe une commission régionale des anti-infectieux, constituée sous l'égide de l'ARH.

Un travail sur l'amélioration des systèmes d'information et de suivi sur le médicament à l'hôpital tant sur le plan qualitatif qu'économique est en cours. Une enquête sur la consommation des médicaments à l'hôpital auprès d'un échantillon représentatif d'établissements de santé a été préparée par la DHOS au cours du premier semestre 2001.

¹ Direction des hôpitaux et de l'offre de soins.

La mise en place de groupements d'achat, utilisant les opportunités offertes par le nouveau code des marchés publics, est envisagée par plusieurs établissements importants.

Le décret relatif aux procédures de rétrocession hospitalière sera prochainement soumis à la consultation du Conseil d'Etat.

La Cour des comptes, dans son rapport sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, qui comporte une analyse du médicament à l'hôpital, a pointé toutes les difficultés rencontrées par les hôpitaux dans ce secteur. L'ensemble de ces mesures permet d'avancer dans la bonne direction, mais un long chemin reste à parcourir. De ce point de vue, la mise en place d'une tarification à l'activité sera l'occasion de mieux identifier la place du médicament à l'hôpital, en particulier de mieux encadrer la pratique de la rétrocession.

Source : réponse au questionnaire de votre rapporteur pour avis

2. Une industrie pharmaceutique de plus en plus imposée

Le secteur pharmaceutique acquitte cinq impôts et taxes :

1°) la contribution, prévue par les articles L. 138-1 et suivants du code de la sécurité sociale, est assise sur les **ventes en gros** de spécialités pharmaceutiques et payées par les grossistes-répartiteurs et les laboratoires qui réalisent des ventes directes aux officines ;

2°) la contribution additionnelle, créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998 et prévue par les articles L. 245-6-1 et suivants du même code, est assise sur les **ventes directes** des laboratoires pharmaceutiques aux officines ;

3°) la contribution, instituée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 et prévue par les articles L. 138-10 et suivants, est la « **clause de sauvegarde** » (le « **taux K** ») payée par les laboratoires pharmaceutiques en fonction de la progression de leur chiffre d'affaires ; les entreprises qui ont passé convention avec le Comité économique des produits de santé sont exonérées du paiement de cette contribution ;

4°) la contribution, prévue par les articles L. 245-1 et suivants, est assise sur les **dépenses de promotion et d'information** des laboratoires pharmaceutiques ;

5°) la contribution, prévue par les articles L. 5121-17 et suivants du code de la santé publique, assise sur le chiffre d'affaires des spécialités remboursables ou inscrites sur la liste des médicaments agréés aux collectivités, abonde le budget de l'AFSSAPS.

Le produit de ces différentes contributions a évolué de la manière suivante depuis 1997 :

Rendement des différentes taxes et contributions acquittées par l'industrie pharmaceutique

(en millions d'euros)

	Contributions sur les ventes en gros de spécialités pharmaceutiques	Contributions sur les ventes directes des laboratoires pharmaceutiques aux officines	"Clause de sauvegarde" payée par les laboratoires pharmaceutiques en fonction de la progression de leur chiffre d'affaires	Contribution assise sur le chiffre d'affaires des spécialités remboursables ou inscrites sur la liste des médicaments agréés aux collectivités	Contribution sur les dépenses de promotion et d'information des laboratoires pharmaceutiques	Total
1997	145	non perçue	non perçue	7,9	153	305.900
1998	202	24,8	non perçue	8,2	186	421.000
1999	222	25,6	non perçue	8,4	198	454.000
2000	270	29,8	11.201	8,7	203	522.701
2001	342	28,4	0,034	9,3	213	592.734
2002	351	22,3			233,8	
2003	386	22,3			246	

Les impôts et taxes acquittés par le secteur pharmaceutique constituent un montant important, et qui, surtout, a beaucoup progressé au cours des dernières années. Il est ainsi passé de 305,90 millions d'euros en 1997 à 592,73 millions d'euros en 2001, soit une **progression de 93,8 % sur cinq ans**.

Eu égard au poids croissant des impôts pesant sur l'industrie pharmaceutique, votre rapporteur pour avis ne peut que se féliciter de la suppression par l'Assemblée nationale, en accord avec le gouvernement, de la contribution additionnelle assise sur les ventes directes des laboratoires pharmaceutiques aux officines (**article 6 bis** : cf. *infra*).

3. La croissance rapide des remboursements

L'enquête MEDICAM publiée par la CNAMTS depuis 1999 permet de connaître les remboursements de médicaments, avec le détail par produits, et de mesurer l'impact sur la croissance des remboursements des médicaments admis au remboursement en cours d'année et la progression des remboursements de médicaments génériques.

Sur le champ de cette enquête¹, les remboursements de médicaments ont augmenté de 8,6 % en 2001, après + 10,7 % en 2000. La progression des dix premières classes de médicaments représente 6,2 points de croissance, pour une croissance totale de 8,6 %².

**Evolution des remboursements de médicaments
par le régime général**

1997	1998	1999	2000	2001
5,5 %	8,1 %	6,3 %	10,7 %	8,6 %

Source : statistique mensuelle du régime général.

Le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2002 donne des informations détaillées de l'évolution des remboursements par classes de médicaments.

La première de ces classes est celle des anti-inflammatoires non stéroïdiens. Elle a connu une progression exceptionnelle de ses remboursements, d'environ 140 millions d'euros, en raison de la montée en charge très rapide de nouveaux produits.

Trois classes ont eu une croissance proche de 90 millions d'euros en 2001. Il s'agit des inhibiteurs de la pompe à protons, c'est-à-dire des antiulcéreux, des statines, soit des hypocholestérolémiants, dont certains produits sont en forte croissance, et des traitements de l'asthme en association. La croissance de cette dernière classe doit cependant être relativisée dans la mesure où les produits qu'elle regroupe se substituent à d'autres produits.

Parmi les autres classes en progression rapide, on trouve des médicaments du système cardio-vasculaire, les antidépresseurs et les analgésiques non narcotiques antipyrétiques.

La croissance du marché semble retrouver un rythme soutenu en 2002, après le ralentissement de la fin de l'année 2001 : en particulier, la classe des statines a retrouvé une tendance croissante. L'année 2002 bénéficie néanmoins de l'effet plein des mesures de baisses de prix mises en oeuvre à partir de la fin 2001.

¹ La CNAMTS a publié en juin 2002 un nouveau numéro de l'étude MEDICAM, présentant les remboursements de médicaments en 2000 et 2001. Le champ de cette étude, qui correspond au régime général en métropole hors sections locales mutualistes, couvre un peu plus de 70 % des remboursements de médicaments de l'assurance maladie.

² À l'inverse, certaines classes de médicaments sont en baisse : c'est le cas des vasodilatateurs, une classe de produits à service médical rendu insuffisant, en baisse régulière depuis plusieurs années.

La croissance des remboursements des génériques résulte à la fois de l'augmentation de la part des génériques dans les groupes génériques, et de l'extension du répertoire des médicaments génériques. L'enquête MEDICAM permet de mesurer l'évolution depuis 1999 des remboursements de médicaments génériques.

Les médicaments génériques se substituent à d'autres médicaments, à un prix inférieur. La croissance des remboursements de génériques n'est donc pas un facteur de croissance des remboursements de médicaments : au contraire, elle permet de réaliser des économies.

Impact des médicaments génériques sur la croissance des remboursements

	2000	2001
Croissance des remboursements	10,7%	8,6%
Impact des médicaments génériques	1,1%	0,8%

Source : MEDICAM - Champ : répertoire 10 (janvier 2002)

Le marché du médicament présente un renouvellement rapide des produits. L'analyse de l'évolution du chiffre d'affaires des laboratoires fait ainsi apparaître un effet très important de la déformation de la structure des ventes, entre classes et surtout à l'intérieur des classes, tandis que l'évolution des prix et celle du nombre de boîtes se compensent.

En ce qui concerne les médicaments génériques, le marché a progressé en 2001, mais reste encore faible. La part des génériques dans l'ensemble des groupes génériques a elle aussi augmenté, d'autant que le chiffre d'affaires des *princeps* a diminué.

4. Les médicaments génériques : un développement trop limité

Le développement de l'utilisation des médicaments génériques est un des enjeux majeurs de la politique du médicament aujourd'hui.

Rappel des définitions

Un **médicament princeps** est une molécule originale, qui a fait l'objet d'une recherche, qui a une propriété industrielle et qui a reçu une autorisation de mise sur le marché pour des indications précises.

Un **générique** est une copie de cette molécule, lorsqu'elle est tombée dans le domaine public. Il présente les mêmes caractéristiques mais, n'ayant pas fait l'objet de recherches, il est moins onéreux.

La Cour des comptes, dans son rapport sur la sécurité sociale de 2001, fait le même constat : « *les génériques progressent lentement* ».

De multiples obstacles au développement des médicaments génériques

La Cour des comptes, dans son rapport sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale de septembre 2001, avait analysé les raisons du développement insuffisant des médicaments génériques. Parmi les obstacles identifiés, elle mentionne notamment la réticence des patients au changement d'habitudes, la stratégie financière des laboratoires pharmaceutiques non spécialisés dans le générique et, à plus long terme, la concurrence financière entre les laboratoires fabriquant des *princeps* et des génériques, jouant sur les remises accordés aux pharmaciens, et ceux spécialisés dans les génériques purs.

Dans le but de développer davantage les génériques, la Cour des comptes recommandait deux mesures :

- la publication mensuelle et sans délai du répertoire des génériques ;
- l'autorisation de prescrire les médicaments en dénomination commune internationale (DCI), qui a trouvé une première application avec l'article 19 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, qui reporte donc le choix de la marque du médicament des médecins vers les pharmaciens.

B. LES DISPOSITIONS DU PRÉSENT PROJET DE LOI DE FINANCEMENT

1. Simplifier et alléger les contributions à la charge du secteur pharmaceutique (articles 6, 6 bis et 7)

- L'article 6 du présent projet de loi de financement prévoit de modifier l'assiette et le taux de la contribution sur les dépenses de promotion des laboratoires pharmaceutiques, dans le but d'en clarifier les règles d'assujettissement, cette contribution ayant « *donné lieu au cours des dernières années à de nombreux contentieux, notamment sur les éléments constitutifs de l'assiette définis par voie réglementaire* ».

Ces dépenses promotionnelles sont constituées par les frais de prospection et d'information des praticiens, c'est-à-dire les frais de visite médicale, les dépenses d'échantillonnage, de publicité, au sein de la presse médicale notamment, et d'organisation de congrès médicaux. Un abattement de 40 % de l'assiette intervient pour les médicaments génériques (article L. 245-2 du code de la sécurité sociale).

La modification de l'assiette de cette contribution proposée consiste en l'exclusion des frais de colloques scientifiques et médicaux. Elle aboutirait à une réduction de l'assiette de 25 %. Les seuils des tranches, le montant des abattements et les taux sont ajustés afin de maintenir le rendement de cette contribution à son niveau actuel, soit 246 millions d'euros.

Depuis la loi de financement pour la sécurité sociale pour 1998, pour le calcul de cette contribution, un barème de quatre taux s'applique par tranche de part de l'assiette correspondant au rapport entre les charges de prospection et d'information et le chiffre d'affaires hors taxes des laboratoires¹.

Quatre tranches ont été définies :

- pour un rapport inférieur à 10 %, le taux de la contribution s'élève à 9,5 % de l'assiette ;

- pour un rapport égal ou supérieur à 10 % et inférieur à 12 %, le taux de la contribution qui s'applique est de 17 % ;

- pour un rapport égal ou supérieur à 12 % et inférieur à 14 %, le taux s'élève à 25 % ;

- pour un rapport égal ou supérieur à 14 %, le taux qui s'applique est de 31 %.

L'article 6 du présent projet de loi de financement propose d'augmenter ces différents taux, pour chaque tranche, respectivement à 13,5 %, 19 %, 27 % et 32 %.

L'Assemblée nationale, considérant que les modifications proposées par le gouvernement aboutissent à une réduction de l'assiette de 13 % et non de 25 % comme annoncé, a adopté un amendement qui :

- augmente l'abattement forfaitaire général à 500.000 euros, afin notamment de favoriser les petits laboratoires ;

- étend l'abattement sur les génériques à toutes les spécialités pharmaceutiques sous tarif de responsabilité ;

- reprend les tranches actuelles du barème ;

- diminue le taux de taxation applicable à la première tranche de 13,5 % à 13 %.

Le relèvement du barème de taxation des dépenses promotionnelles des laboratoires pharmaceutiques est souvent présenté comme un moyen

¹ L'article 20 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a procédé au relèvement du barème de cette contribution.

d'infléchir l'activité promotionnelle de ces laboratoires et donc de freiner la progression des dépenses de médicaments remboursables induite par la forte croissance du chiffre d'affaires hors taxes de l'industrie pharmaceutique.

Toutefois, votre rapporteur pour avis s'interroge sur la nécessité de freiner par la taxation les dépenses promotionnelles des laboratoires pharmaceutiques. Il estime réelle l'utilité de l'information médicale délivrée par les laboratoires et rappelle que le véritable problème se situe au niveau du bon usage du médicament. En outre, il estime que la multiplication des taxes pesant sur l'industrie pharmaceutique risque de pénaliser l'innovation mais également de fragiliser la presse médicale qui vit de la publicité de cette industrie.

- L'Assemblée nationale, en adoptant l'**article 6 bis**, a supprimé la taxation sur la vente directe des médicaments délivrés sur ordonnances.

La suppression de cette contribution, dont le produit s'élève à 22,3 millions d'euros, vise à rétablir la concurrence dans le secteur de la distribution des médicaments pour faire pression à la baisse sur les prix et, par conséquent, promouvoir la vente des spécialités génériques.

L'article L. 245-6-1 de la sécurité sociale, introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998, avait institué une contribution, due par les entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques, assise sur leur chiffre d'affaires réalisé auprès des pharmacies au titre des ventes en gros de spécialités remboursables, à l'exception des spécialités génériques et des médicaments orphelins. Le taux de cette contribution est fixé à 2,5 %. La taxe instituée en 1998 visait à rétablir l'égalité des conditions de concurrence entre deux circuits de distribution, les ventes directes et les ventes par grossistes, en compensant l'avantage dont bénéficie le circuit des ventes directes, où laboratoires et officines se partagent une rémunération égale à celle des grossistes répartiteurs, lesquels sont soumis à des obligations de service public.

L'article 21 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a modifié l'article L. 245-6-1 précité en diminuant le taux de la taxe instituée sur la vente directe aux pharmacies des médicaments pouvant être délivrés sans prescription médicale (de 2,5 % à 1,5 %), le taux de la taxe instituée sur la vente directe des autres médicaments, délivrés sur ordonnance, restant fixé à 2,5 %. Cette disposition avait été critiquée par votre commission des finances car constituant une inégalité de traitement qui risque de favoriser une automédication aux conséquences pas toujours maîtrisées.

- L'**article 7** du présent projet de loi de financement fixe le taux K à 4 %.

Le taux K

L'article 31 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a institué une clause permanente de sauvegarde applicable aux entreprises exploitant des médicaments remboursables sauf à celles ayant passé une convention avec le Comité économique des produits de santé (article L. 138-10 du code de la sécurité sociale). Cette clause de sauvegarde consiste dans le versement d'une contribution par ces entreprises lorsque leur chiffre d'affaires hors taxe réalisé en France au titre des spécialités remboursables et agréées à l'usage des collectivités s'est accru, par rapport au chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, d'un pourcentage excédant le taux de progression de l'ONDAM tel qu'il résulte du rapprochement des lois de financement de l'année en cours et des années précédentes. **Ce taux est appelé « taux K »**. Les entreprises ayant passé une convention avec le Comité économique des produits de santé, qui s'acquittent du paiement de remises conventionnelles, sont exonérées du paiement de cette contribution.

À l'origine, le taux de la contribution variait en fonction du dépassement du taux de progression de l'ONDAM. Le montant global calculé était ensuite réparti entre les entreprises redevables selon trois critères :

- le niveau brut du chiffre d'affaires, pour 30 % ;
- la progression du chiffre d'affaires, pour 40 % ;
- les frais de publicité, pour 30 %.

Au titre de l'année 2000, pour la contribution versée en 2001, l'article 29 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 a fixé un seuil de déclenchement de la contribution à 2 %, déconnecté de tout lien avec l'ONDAM. Cet article tirait donc les conséquences du nouveau mode de calcul de l'ONDAM. Retenir l'évolution entre l'objectif de 1999 et l'objectif de 2000 aurait élevé le seuil de déclenchement à 4,5 % au lieu de 2,5 %. Mais le gouvernement de l'époque avait ainsi accentué le caractère arbitraire de cette contribution en retenant le taux de 2 % qui n'avait plus aucun lien avec l'ONDAM.

L'article 49 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a remplacé le mécanisme existant par un mécanisme de récupération linéaire en fixant un barème de taxation dont chaque taux (50, 60 et 70 %) s'applique successivement à une tranche déterminée de supplément de chiffre d'affaires par rapport au taux de l'objectif K. En outre, pour le seuil de déclenchement de la contribution, il a substitué au taux de progression de l'ONDAM un taux de progression fixé à 3 % pour 2001.

L'article 23 de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a défini un taux K spécifique fixé à 3 % pour le calcul de la contribution due au titre de l'année 2002, soit le même taux que celui fixé l'année précédente par la loi de financement de la sécurité sociale.

Pour 2003, comme pour 2001 et 2002, la valeur du taux K est déconnectée de la progression de l'ONDAM (+ 5,3 %). Votre rapporteur pour avis s'interroge, comme le faisait son prédécesseur, sur les raisons de cette déconnexion, la fixation du taux K apparaissant dès lors relativement arbitraire.

Il convient de surcroît de souligner l'extrême faiblesse du produit de cette contribution, qui s'établissait à 34.000 euros en 2001, même s'il devrait

atteindre 500.000 euros en 2002 et 2003. Seules 14 entreprises ont acquitté cette contribution en 2001, les autres étant conventionnées avec le Comité économique des produits de santé.

2. Promouvoir le développement des médicaments génériques (articles 10, 17 et 27)

Les mesures de soutien aux médicaments génériques prises par l'Etat sont les suivantes :

- les laboratoires et les grossistes sont autorisés à faire des remises aux pharmaciens d'officine à hauteur de 10,74 % du prix fabricant hors taxe (ces remises sont plafonnées à 2,5 % pour les autres médicaments) ;

- la marge sur les médicaments génériques perçue par les pharmaciens d'officine est alignée sur celle des *princeps*, plus favorable ;

- les laboratoires pharmaceutiques bénéficient d'abattements spécifiques en faveur des médicaments génériques pour la taxe sur les dépenses de promotion et la taxe sur les ventes directes ;

- l'article 29 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 conférait aux pharmaciens un droit de substitution et le protocole du 28 avril 1999 prévoyait l'engagement de respecter un objectif de substitution de 35 % ;

- la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a modifié les règles applicables en matière de prescription et de dispensation de médicaments de façon à introduire la possibilité de prescrire en dénomination commune.

En dépit des efforts des pharmaciens, **la progression des ventes de médicaments génériques est restée modérée**. Ainsi, le protocole du 28 avril 1999 fixait un objectif de substitution de 35 %, ce qui revient à une baisse du coût moyen de 10,5 % pour l'ensemble des groupes génériques, qui n'a pas été atteint puisque, au terme de la période contractuelle du 1^{er} juillet 1999 au 30 juin 2000, la substitution n'a permis qu'une baisse de 6,7 % du coût moyen. En février 2002, la baisse obtenue restait largement inférieure (7,8 %) à l'objectif.

Par ailleurs, les médecins se sont engagés, dans l'accord avec la CNAMTS du 5 juin dernier, à faire un important effort en faveur de la prescription en DCI : 25 % des lignes d'ordonnances devront être libellées en dénomination commune, dont 12,5 % dans des groupes génériques.

De fait, on constate que les ventes de médicaments génériques ont connu une forte accélération depuis la signature de l'avenant du 5 juin

dernier. Elles ont crû de 19,6 % au cours des 12 derniers mois connus (août 2001 à juillet 2002) par rapport aux 12 mois de l'année précédente (août 2000 à juillet 2001). La part de marché en unités des médicaments génériques au sein des groupes génériques est, sur la même période, de 33,9 %, contre 29,1 % au cours de la même période un an plus tôt.

Si l'objectif de 12,5 % de prescriptions de médicaments génériques devait être respecté, alors les économies pour la sécurité sociale pourraient s'établir entre 230 et 280 millions d'euros en année pleine.

L'article 29 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 avait institué un droit de substitution pour le pharmacien, c'est-à-dire la possibilité pour lui de substituer à un médicament prescrit en nom de spécialité un médicament générique.

L'article 19 de la loi de financement pour 2002 a ouvert la possibilité aux médecins de prescrire en dénomination commune internationale (DCI), tout en précisant, dans le code de la santé publique, les modalités de délivrance d'un médicament par le pharmacien lorsqu'il se trouve face à une prescription médicale ne comportant pas de dénomination de spécialité mais une dénomination commune internationale.

La prescription en dénomination commune

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a modifié les règles applicables en matière de prescription et de dispensation de médicaments de façon à introduire la possibilité de prescrire en **dénomination commune, c'est-à-dire en indiquant la dénomination des substances actives et non le nom de marque d'un médicament.**

Les modalités de prescription en dénomination commune ont été précisées dans un décret d'application, de façon notamment à garantir une bonne compréhension par les pharmaciens des ordonnances ainsi libellées. Ce décret a été examiné par la section sociale du Conseil d'Etat dans sa séance du 25 juin 2002. Il est en cours de signature et sa publication est imminente.

L'arrêté fixant l'écart de prix maximal, lorsque la prescription en dénomination commune porte sur un principe actif du répertoire des génériques, entre la spécialité délivrée et la spécialité la moins chère du groupe générique concerné, est en cours de finalisation.

Parallèlement, des outils sont progressivement mis à la disposition des prescripteurs afin de favoriser la rédaction d'ordonnances libellées en dénomination commune. Ainsi la base de données administratives et scientifiques sur les médicaments et les dispositifs médicaux, instituée par l'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, est accessible depuis juin 2002 sur le site Internet de l'AFSSAPS : cette base permet notamment de trouver pour chaque médicament la dénomination commune de son principe actif. Par ailleurs, la présentation du répertoire des génériques géré par l'AFSSAPS fait actuellement l'objet d'une révision en vue de faciliter son utilisation dans le cadre d'une prescription en dénomination commune.

La prescription en dénomination commune permet aux prescripteurs de jouer un rôle actif dans le développement des médicaments génériques en France. Ce rôle a été confirmé par l'avenant à la convention nationale des médecins généralistes, signé le 5 juin 2002, qui prévoit que les médecins s'engagent à rédiger leurs prescriptions médicamenteuses en dénomination commune ou à prescrire des médicaments génériques.

L'objectif fixé dans cet avenant est de parvenir à ce que la moyenne nationale des lignes de prescriptions médicamenteuses établies par les médecins adhérant à la convention soit rédigée à hauteur de 25 % en dénomination commune (dont au moins 12,5 % dans des groupes génériques).

Les caisses d'assurance maladie et les syndicats de médecins signataires de l'accord du 5 juin 2002 ont prévu la mise en place d'un comité de suivi ayant pour mission de vérifier l'application de l'accord. Ce comité permettra de suivre l'évolution de la prescription en dénomination commune et de son impact sur les dépenses d'assurance maladie.

Au vu des expériences menées localement en faveur du développement de la prescription en dénomination commune, il apparaît d'ores et déjà que ce mode de prescription est de nature à accroître significativement la part des médicaments génériques au sein des médicaments remboursés. Ainsi, à titre d'illustration, les actions menées dans le département de la Marne depuis 1997 en faveur de la prescription en dénomination commune ont permis une économie évaluée à 3,7 millions d'euros par an.

Source : réponse au questionnaire de votre rapporteur pour avis.

Il s'agit d'une mesure qui était recommandée par la Cour des comptes dans son rapport sur la sécurité sociale de 2001 dans le but de favoriser le développement des médicaments génériques.

Cet article modifie l'article L. 5125-23 du code de la santé publique. Il s'agit de permettre, d'une part, au médecin de prescrire un médicament en DCI, d'autre part, au pharmacien, lorsqu'il se trouve face à une prescription libellée en dénomination commune, de délivrer une spécialité appartenant à un groupe générique, lorsque la DCI prescrite est incluse dans le répertoire des génériques, et conforme à la prescription. Le pharmacien indique sur la prescription le nom de la spécialité délivrée. En outre, le pharmacien ne peut délivrer un médicament ou produit autre que celui qui a été prescrit, ou ayant une dénomination commune différente de la dénomination commune prescrite, qu'avec l'accord exprès et préalable du prescripteur, sauf en cas d'urgence et dans l'intérêt du patient.

De plus, lorsque le pharmacien délivre une spécialité sur présentation d'une prescription libellée en dénomination commune, l'écart de prix entre la spécialité délivrée et la spécialité la moins chère conforme à la prescription ne peut être supérieur à un montant déterminé par voie conventionnelle, conformément aux dispositions de l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale, ou, à défaut, par arrêté ministériel. Il s'agit d'obliger le pharmacien,

qui se trouve face à une prescription en DCI, à choisir parmi les médicaments les moins chers.

- L'**article 17** du présent projet de loi de financement vise à apporter une solution à la rédaction trop restrictive de l'article 19 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, qui limitait le champ d'application de cette disposition aux spécialités figurant dans un groupe générique. Il prévoyait par conséquent d'élargir le droit du pharmacien de substitution du générique à la spécialité délivrée, en ne limitant plus cette substitution au seul groupe générique auquel appartient cette spécialité. En effet, comme le note l'exposé des motifs de cet article, « *de nombreuses autres molécules peuvent couramment être prescrites en dénomination commune, et la spécialité délivrée pourrait s'avérer particulièrement coûteuse alors que d'autres sont conformes à la prescription et commercialisées à des prix sensiblement inférieurs* ». Ainsi, pour éviter l'effet paradoxal de la prescription de la dénomination commune, c'est-à-dire un coût plus important l'assurance maladie, l'article 17 proposait une rédaction plus générale ne limitant pas l'obligation du pharmacien aux seuls groupes génériques.

Néanmoins, l'Assemblée nationale, tirant les conséquences des modifications qu'elle a apportées à l'article 27, a supprimé l'article 17.

- L'**article 27** du présent projet de loi de financement vise à faire participer le patient au développement des médicaments génériques, grâce à un « **forfait de remboursement** » consistant à autoriser le remboursement du *princeps* sur la base du générique correspondant si celui-ci existe.

Cet article crée également des « groupes d'équivalence » auxquels peut aussi s'appliquer le forfait de remboursement. Ce sont des produits appartenant à une même classe pharmacologique, ayant une même visée thérapeutique et rendant un service médical équivalent.

L'Assemblée nationale a profondément modifié cet article 27 :

- **elle a supprimé la notion de « groupe d'équivalence »**, estimant que la coexistence de deux types de groupes de médicaments, les médicaments génériques et les médicaments équivalents - ces derniers sont des médicaments qui ne sont pas généricables pour des raisons liées à la propriété industrielle de leur molécule - serait source de confusion pour les professionnels de santé et pour les patients ;

- **elle a étendu la possibilité de créer des groupes génériques** de façon à permettre l'application du forfait de remboursement à des groupes de médicaments qui ne peuvent être constitués en groupe générique dans le cadre de la législation actuelle mais qui sont strictement équivalents ; cette disposition permet ainsi de satisfaire l'objectif visé par l'article 17 précité.

3. Favoriser les médicaments innovants (article 20)

L'article 20 du présent projet de loi de financement prévoit une procédure d'inscription accélérée sur la liste des médicaments remboursables pour les plus innovants d'entre eux ou ceux qui possèdent un service médical rendu (SMR) important.

Les économies dégagées par l'analyse du SMR

La commission de la transparence a réévalué de fin 1998 à mars 2001 le service médical rendu des 4.490 spécialités pharmaceutiques remboursables vendues en France. Dans 18,6 % des cas, soit pour 835 médicaments, elle a été amenée à le déclarer « insuffisant ».

Le précédent gouvernement a partiellement tiré les conséquences de ces avis :

- en décidant d'harmoniser à 35 % les taux de remboursement de ces spécialités. Un premier arrêté concernant les vasodilatateurs et nosotropes a été pris en août 2000 et un second concernant les autres spécialités en décembre 2001. **Au total, les baisses de taux de remboursement devraient engendrer une économie d'environ 93 millions d'euros en année pleine pour la sécurité sociale ;**

- en demandant au Comité économique des produits de santé de rechercher, par la voie conventionnelle, des baisses de prix qui devraient se terminer à l'été 2002, ou le déremboursement des produits. Conformément au plan annoncé en 2000, trois baisses de prix sont intervenues sur les SMR insuffisants : en 2000, - 7 % en moyenne, pour un rendement de 106 millions euros ; en 2001, - 8 % en moyenne, pour un rendement de 80 millions d'euros ; en 2002, - 7 % en moyenne, pour un rendement 90 millions d'euros.

Source : réponse au questionnaire de votre rapporteur pour avis

L'exposé des motifs de cet article précise que « *le nouveau dispositif prévoit, sauf opposition des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, de commercialiser à un prix provisoire fixé par l'entreprise, les produits dans les six semaines suivant l'avis de la commission de la transparence, dans l'attente du résultat de la négociation conventionnelle portant sur le prix* »¹.

L'Assemblée nationale a amendé cet article, considérant que la procédure proposée ne constitue pas une dérogation aux critères actuels de détermination des prix, mais une modalité particulière des procédures et des délais de détermination de ces prix. Elle a également introduit la mention de l'amélioration du SMR afin de rendre le dispositif plus clair. Par ailleurs, elle a apporté une précision consistant à indiquer que les modalités de mise en

¹ Soit 42 jours, au lieu de 138 jours en moyenne actuellement.

oeuvre et les contreparties demandées aux entreprises concernées sont définies par l'accord-cadre sectoriel conclu entre l'Etat et les organisations représentatives de l'industrie pharmaceutique.

4. Les mesures diverses (articles 19 bis, 21 et 26)

L'**article 19 bis** a été introduit par l'Assemblée nationale. Il tend à donner une valeur législative au principe de l'accord-cadre sectoriel, conclu avec un ou plusieurs syndicats représentatifs des entreprises exploitant des médicaments, qui régit les relations entre chacune de ces entreprises et le Comité économique du médicament, institué par l'article L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale.

L'**article 21** du présent projet de loi de financement prévoit des pénalités pécuniaires, et non plus sous forme de baisse de prix, à l'encontre des fabricants qui n'auraient pas fourni toutes les informations requises sur leurs produits, notamment en termes de SMR. Une telle sanction intervient notamment lorsque l'AFSSAPS prononce une mesure d'interdiction de publicité : cette pénalité ne peut être supérieure à 10 % du chiffre d'affaires hors taxe réalisé en France par l'entreprise au titre des spécialités ayant fait l'objet de la publicité interdite durant les six mois précédant et les six mois suivant la date d'interdiction.

L'**article 26** propose de réintégrer les médicaments remboursables dans les tarifs de soins des établissements assurant l'hébergement des personnes âgées et ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur. Ce faisant, il revient à supprimer l'article 96 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, devenu le dernier alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles, qui avait sorti les médicaments remboursables du forfait de soins des établissements assurant l'hébergement des personnes âgées ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur. Ces médicaments seraient donc réintégrés dans les tarifs des établissements et, à ce titre, ne seraient plus pris en charge directement par l'assurance maladie. L'exposé des motifs de cet article indique en effet que *« l'intérêt de tarifs de soins comprenant les médicaments et le matériel médical est de permettre au médecin coordonnateur de jouer pleinement son rôle, notamment en rationalisant les prescriptions »*.

L'Assemblée nationale a supprimé cet article, estimant qu'il présentait de nombreux risques pour la qualité de la prise en charge des personnes hébergées et conduirait à instaurer une différence de traitement de ces personnes selon qu'elles sont accueillies en établissement ou maintenues à domicile, ayant accès, dans ce dernier cas, à l'ensemble des médicaments remboursables par l'assurance maladie. Une discrimination pourrait également

apparaître à l'encontre des personnes accueillies, en fonction de la gravité et du coût des pathologies qui les affectent.

Votre rapporteur pour avis, partageant entièrement cette analyse, par ailleurs conforme aux souhaits exprimés à maintes reprises par le Sénat, se félicite de la suppression de cet article.

IV. DES MESURES EN FAVEUR DE L'HÔPITAL

A. L'ÉVALUATION ET LA MODERNISATION DE LA GESTION HOSPITALIÈRE

1. Une volonté affirmée de modernisation de la gestion hospitalière (article 12)

a) La possibilité d'une expérimentation de la « tarification à la pathologie » aujourd'hui insuffisamment exploitée

La loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (CMU) a rendu possible l'expérimentation par le gouvernement, à compter du 1^{er} janvier 2000, et pour une période n'excédant pas cinq ans, de nouveaux modes de financement des établissements de santé publics ou privés, fondés sur une tarification à la pathologie. Cette possibilité fait l'objet des dispositions de l'article L. 6122-19 du code de la santé publique introduit par la loi du 27 juillet précitée.

• Principes et objectifs d'une tarification à la pathologie

La possibilité de l'expérimentation d'une tarification à la pathologie a pour objectif de tester un nouveau mode d'allocation des moyens aux établissements de santé, publics ou privés, fondé sur une meilleure connaissance des coûts des pathologies.

Le système de tarification et de financement de droit commun présente de multiples défauts, analysés notamment par la Cour des comptes dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2002.

Ces faiblesses consistent notamment dans :

- la relative déconnexion entre l'évolution de la dotation globale de fonctionnement et l'évolution de l'activité réelle des établissements qu'elle finance : d'après l'analyse de la Cour des comptes, « *les rentes de situation,*

qui existaient au profit de certains établissements avant sa mise en œuvre en 1983, n'ont sans doute pas été apurées, malgré l'apport du PMSI¹. Les établissements dont l'activité décroît peuvent connaître une relative aisance financière ; à l'inverse, les établissements dont l'activité croît, souvent en raison de meilleures pratiques, peuvent être pénalisés financièrement » ;

- la complexité et les effets pervers de la tarification des établissements privés à but lucratif : les établissements privés sous OQN reçoivent des forfaits par journée et prestation délivrée, ce qui assure un financement en fonction des actes réalisés mais les données issues de leur comptabilité analytique ne permettent pas aux agences régionales d'hospitalisation (ARH) de déterminer précisément le coût de chacun de ces actes. En outre, les tarifs pratiqués ne reflètent qu'imparfaitement la réalité des coûts des établissements et peuvent conduire les établissements à se spécialiser dans les domaines les plus rémunérateurs, ce qui peut induire des choix de spécialisation inadaptés aux besoins ;

- la coexistence de deux tarifications distinctes pour les secteurs publics et privés : il est aujourd'hui difficile de justifier l'existence de deux modes de tarification différents entre les établissements publics et privés à but non lucratif d'une part, et les établissements privés à but lucratif d'autre part, cette double tarification engendrant en effet de fortes inégalités dans les moyens de fonctionnement des établissements ainsi que dans l'offre de soins proposée aux patients.

L'existence de ces nombreux effets pervers liés au mode de tarification actuel des établissements de santé a abouti à une réflexion sur la réforme du système de tarification ayant pour objet de tenir compte de l'activité réelle des établissements au moment de l'allocation des ressources et d'inciter à une optimisation des coûts.

Ce mode de financement, déjà appliqué dans plusieurs pays européens (Allemagne, Espagne, Suède, Grande-Bretagne) consiste à rémunérer les soins dispensés par les établissements par application d'un prix forfaitaire, fixé à l'avance, pour chaque pathologie traitée, en principe égal pour tous les établissements.

Les objectifs que l'on peut fixer à un tel système sont multiples :

- fonder les financements des établissements sur leur activité de soin ;
- rapprocher les modes de financement et de régulation des deux secteurs de l'hospitalisation ;

¹ Programme de médicalisation des systèmes d'information.

- permettre l'application de nouveaux modes de régulation, plus efficaces que ceux de la dotation globale ou de l'OQN, car mieux acceptés par les médecins.

L'expérimentation et la mise en œuvre d'une telle réforme supposent toutefois de réunir de nombreux préalables techniques et, en premier lieu, de disposer d'un dispositif de description de l'activité de soins suffisamment précis et détaillé pour refléter la diversité de l'activité médicale tout en permettant un traitement statistique et financier de l'information recueillie. En France, le PMSI - et la classification de l'activité de soins de courts séjours en groupes homogènes de malades (GHM) à laquelle il aboutit - constitue l'instrument essentiel sur lequel peut être bâti un tel système de financement. Les GHM ne formant pas réellement une classification des « pathologies » mais plutôt des séjours hospitaliers (peuvent être regroupés dans une même classe des séjours relevant de pathologies différentes), le terme de « tarification à l'activité » doit être préféré à celui de « tarification à la pathologie ».

Par ailleurs, le système à élaborer ne peut se limiter au financement de l'activité de soins de court séjour mais doit également couvrir les autres activités de soins (moyen séjour, psychiatrie) et aussi les autres missions d'intérêt général (accueil des urgences, formation, recherche, accueil social, permanence des soins, activités de support, etc.) non ou mal prises en compte par le PMSI. Il doit en outre comporter des dispositifs propres à éviter tout effet non désiré, telle l'éviction des patients les plus lourdement atteints ou l'externalisation d'une partie des coûts.

L'objet de l'expérimentation est, précisément, d'étudier les préalables techniques et les conditions d'application d'un système de tarification à la pathologie *via* :

- l'amélioration du modèle de description de l'activité médicale : avant d'utiliser le PMSI à des fins de tarification, il est nécessaire de perfectionner le modèle des GHM pour mieux prendre en compte les séjours s'écartant de la moyenne (poly-pathologies, prises en charges non programmées, etc.) ou certaines activités médicales telles les activités de pointe ;

- l'élaboration des principes de tarification des séjours : la détermination d'un tarif par séjour - notamment dans l'hypothèse d'une tarification commune aux établissements publics et privés - suppose de traiter les différences structurelles entre les deux secteurs (écarts de rémunération liés aux différences de statut des personnels, rémunération à l'acte des professionnels de santé exerçant en clinique) ;

- le financement des activités d'intérêt général : des modalités de financement particulières doivent être trouvées pour les activités liées aux exigences de service public ou à des missions d'intérêt général.

Les bénéfices attendus de la tarification à la pathologie sont nombreux et résident notamment dans :

- une plus grande équité entre les établissements, rémunérés en fonction de leur activité réelle et des prestations qu'ils fournissent sur la base d'un tarif fixé au plan national ;

- une incitation à la bonne gestion ;

- la suppression des disparités tarifaires actuelles non justifiées entre l'hospitalisation publique et privée.

- **Les outils de la tarification à la pathologie**

L'article L. 6122-19 du code de la santé publique précité dispose que le gouvernement peut expérimenter, à compter du 1^{er} janvier 2000, et pour une période n'excédant pas cinq ans, de nouveaux modes de financement des établissements publics ou privés, fondés sur une tarification à la pathologie. Les expériences pourront être menées dans une zone géographique déterminée, pour tous les établissements de santé de la zone ou pour une partie d'entre eux, selon les modalités définies par voie réglementaire.

Pour conduire ces travaux d'expérimentation, une mission a été confiée à deux inspecteurs généraux des affaires sociales. Des instances de pilotage et de concertation permettant d'associer aux travaux l'ensemble des acteurs de l'hospitalisation publique et privée ont également été mises en place. Ainsi, un « comité de pilotage d'une tarification à la pathologie » a été installé en janvier 2000.

Dès les premières réunions du comité de pilotage, de nombreuses difficultés sont apparues, notamment concernant la détermination du coût des missions de service public pour les hôpitaux. Toutefois, les débats tenus au sein de ces instances ont permis de faire apparaître des points d'accord déterminants pour la poursuite de l'expérimentation :

- le système de tarification à la pathologie doit reposer principalement sur le seul outil existant : le PMSI et les GHM ;

- le modèle des GHM doit être amélioré pour mieux prendre en compte les séjours s'écartant de la moyenne (poly-pathologies) ou certaines activités de pointe ;

- ce système combinerait une tarification au GHM de l'activité de soins et des financements spécifiques pour les activités de service public et d'intérêt général ;

- le tarif au GHM sera établi selon le principe de la concurrence par comparaison (à une prise en charge médicale donnée correspond un prix identique quel que soit l'établissement ou le secteur, calculé par référence aux coûts moyens observés) et sera prospectif (connu à l'avance) ;

- l'objectif final d'une grille tarifaire unique des séjours est affirmé. Toutefois, les différences de structures entre les deux secteurs (écarts de rémunération, rémunération à l'acte des professionnels de santé exerçant en clinique) peuvent imposer une période intermédiaire où pourront s'appliquer des tarifs propres à chaque secteur ;

- la forte dispersion des coûts entre établissements, mise en évidence par le PMSI, rend nécessaire une phase de transition permettant de rapprocher progressivement ces coûts des tarifs par pathologie afin de minimiser l'impact du changement de système sur les ressources des établissements ;

- enfin, le passage au nouveau système suppose de nombreuses évolutions : adaptation des règles budgétaires et comptables des établissements publics de santé, adaptation des instruments de régulation, modification des dispositifs de facturation et de liquidation et des systèmes d'information des établissements et des caisses d'assurance maladie.

Pour mettre en œuvre ces principes, de nombreux travaux ont été engagés sur la base d'un programme adopté en décembre 2000, dans le but de parvenir à une expérimentation « en grandeur nature » dès 2004 : travaux d'amélioration du PMSI, élaboration des paramètres de calcul et de répartition de certaines enveloppes spécifiques pour les activités de service public et d'intérêt général (urgences, accueil social, recherche et innovation thérapeutique).

Une première simulation financière d'une application de la réforme a été effectuée en 2002, sur la base d'un barème de coûts par GHM commun aux secteurs public et privé (formée de la moyenne des coûts des secteurs public et privé - frais de structure inclus - pondérée par leurs parts de marché respectives) et avec une estimation forfaitaire des coûts des missions d'intérêt général et des charges liées au service public et une neutralisation du différentiel de charges salariales entre les secteurs public et privé.

Cette simulation a conduit à un accroissement de 20 % de la part globale de l'hospitalisation privée et à une diminution de 11 % de la part globale de l'hospitalisation publique dans les financements par l'assurance maladie des activités de soins MCO¹. Toutefois, si l'on réintègre l'ensemble

¹ Médecine, chirurgie, obstétrique.

des budgets sous dotation globale (notamment psychiatrie et soins de suite mais hors budget annexe et hors soins de longue durée), l'hospitalisation publique ne perd plus que 6 % à 7 % des ressources actuellement reçues de l'assurance maladie. Il faut cependant souligner que ces chiffres moyens s'accompagnent de très grandes variations entre établissements. Ils soulignent donc la nécessité d'accompagner l'application de la réforme tarifaire par un dispositif financier assurant une progressivité dans le temps des effets de revenus.

La création du PMSI a permis d'améliorer la description de l'activité des établissements de santé et de préciser la nature des prises en charge réalisées par établissement, afin de moduler l'allocation des ressources.

Le PMSI : principes de base

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information consiste en un recueil d'informations administratives (âge, durée de séjour...) et médicales (diagnostic, actes pratiqués...) sur chaque séjour de patient réalisé dans un établissement de santé de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique). Ces informations sont codées à partir de deux classifications : l'une pour les diagnostics, l'autre pour les actes pratiqués. Les résumés de sortie anonymisés (RSA) transmis aux ARH sont répartis par un logiciel entre des groupes homogènes de malades (GHM) comportant des caractéristiques économiques (coût et durée de séjour) et médicales (motif médical du séjour, actes pratiqués...) proches. Grâce à la comptabilité analytique détaillée d'une quarantaine d'établissements, un coût moyen, exprimé en points ISA (indice synthétique d'activité), est calculé pour chaque GHM. Pour chaque région et pour chaque établissement, sont ensuite calculés le nombre de points ISA produits (nombre de séjour par GHM multiplié par le nombre de points ISA affecté au GHM), et la valeur moyenne en euros du point ISA (budget de court séjour divisé par le nombre de points ISA produits par l'activité court séjour). La valeur du point ISA est un indicateur global de productivité des établissements de santé.

Pour les cliniques privées, la valeur du point ISA n'est pas calculée à partir du budget (et donc des coûts) des établissements, mais à partir des dépenses remboursées par l'assurance maladie aux établissements : la valeur du point ISA des établissements sous dotation globale et des autres établissements n'est donc pas comparable.

Source : Rapport de la Cour des comptes (septembre 2002)

La mise en œuvre du PMSI dans les établissements de santé privés et publics a suscité certaines critiques portant notamment sur sa capacité à décrire l'activité médicale des établissements et à définir des références de coûts utilisables pour une allocation équitable des ressources.

L'analyse par la Cour des comptes du dispositif PMSI, dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2002, a souligné que des améliorations lui avaient été apportées au fil du temps mais que sa qualité

dépendait largement de l'implication, encore insuffisante, des personnels médico-administratifs.

L'utilisation la plus fréquente du PMSI est l'analyse de l'activité de l'établissement, déclinée par service, que le département d'information médicale établit chaque année, permettant de dégager des points forts et des points faibles. Cette utilisation du PMSI a une visée stratégique : elle est de plus en plus fréquente pour l'élaboration du projet médical, puis du contrat d'objectifs et de moyens signé avec l'ARH.

Toutefois, d'après la Cour des comptes, *« les données médico-économiques du PMSI pourraient être davantage utilisées dans une perspective gestionnaire [...]. Dans un contexte où les progrès en matière de gestion interne sont lents à intervenir, les données issues du PMSI restent sous-exploitées, alors qu'elles peuvent s'avérer très utiles en matière de pilotage »*.

b) Une nouvelle étape vers la mise en place d'une « tarification à l'activité »

Les débats et travaux conduits au sein des instances de pilotage de cette expérimentation ont permis d'identifier les conditions et les contraintes techniques de mise en œuvre d'une tarification à l'activité, de mieux appréhender l'ensemble des questions devant être prises en compte et de leur apporter les premiers éléments de réponse. Ils ont surtout montré une adhésion forte de l'ensemble des acteurs à l'application rapide d'un tel système même si celui-ci est susceptible de connaître plusieurs phases de développement et de perfectionnement, afin de tenir compte des différences structurelles entre secteurs et d'intégrer progressivement la description de l'ensemble des activités hospitalières.

Ce constat a conduit le gouvernement à décider d'engager une nouvelle étape en vue d'aboutir à la généralisation d'un système de financement à l'activité à partir de 2004, dans une démarche à la fois progressive et pragmatique.

Pour y parvenir, il convient bien entendu, de poursuivre, en les accélérant, les travaux entrepris depuis 2000, mais aussi d'impliquer plus fortement les établissements de santé publics et privés dans l'expérimentation.

À cette fin, l'**article 12** du présent projet de loi de financement modifie l'article L. 6122-19 du code de la santé publique précité afin de préciser que le gouvernement peut expérimenter de nouveaux modes de financement des établissements de santé publics ou privés, fondés sur leurs activités et établis en fonction des informations qu'ils recueillent et transmettent en application des articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique et du 7° de l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale.

Ces informations sont relatives :

- aux pathologies et modes de prise en charge dont la connaissance permet d'améliorer l'évaluation de l'activité et des coûts et de favoriser l'optimisation de l'offre de soins ;
- aux moyens de fonctionnement des établissements de santé et à leur activité, informations nécessaires à l'élaboration et à la révision de la carte sanitaire et du schéma d'organisation sanitaire, à la détermination de leurs ressources et à l'évaluation de la qualité des soins ;
- aux frais d'hospitalisation et aux honoraires des professionnels de santé exerçant une activité au sein de ces établissements.

Le but de cette nouvelle expérimentation fondée sur la tarification à l'activité est d'aboutir à l'unification des modes de rémunérations des deux secteurs public et privé en les soumettant à un système commun d'évaluation des coûts de leur activité et de parvenir à une généralisation de la tarification à l'activité dès l'année 2004. L'article 12 du présent projet de loi de financement organise donc le passage de l'expérimentation à la phase de préparation de la mise en œuvre du nouveau système commun de financement.

A ce titre, il sera fait appel - dès 2003 - à des établissements volontaires pour tester les dispositifs techniques et les modalités pratiques d'une tarification à l'activité. Ces établissements seront au nombre de vingt pour le secteur public et de vingt pour le secteur privé.

La simulation du nouveau dispositif s'effectuera, dans cette phase expérimentale, sans modification des ressources de ces établissements mais leur permettra notamment de tester l'organisation interne à mettre en place pour produire et analyser l'information sur leur activité dans des délais compatibles avec le fonctionnement du nouveau système de financement.

Par ailleurs, une mission d'expertise et d'évaluation placée sous la responsabilité du ministre de la santé sera chargée de suivre ces expérimentations de terrain, de poursuivre les travaux engagés visant à définir les options techniques du système pouvant être généralisé en 2004 et de coordonner les études et développements techniques menées par les différents acteurs, en particulier par les organismes d'assurance maladie, nécessaires à l'application du nouveau dispositif. Elle remettra notamment au gouvernement à l'été 2003 un rapport proposant le contenu du système à mettre en place et s'appuyant sur l'ensemble des études, simulations et expérimentations de terrain réalisées.

En outre, l'article 12 précise, après modification apportée à l'Assemblée nationale, que le gouvernement transmet chaque année au

Parlement, au plus tard le 15 octobre, un rapport d'étude sur la mise en œuvre de la tarification à l'activité des établissements de soins.

2. La création d'une mission d'audit et d'expertise hospitaliers (article 11)

L'article 11 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale vise au financement, par le fonds pour la modernisation des établissements de santé (FMES), créé par l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001, d'une mission d'expertise et d'audit hospitaliers placée auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, chargée de procéder ou de faire procéder à des audits de la gestion et de l'organisation de l'ensemble des activités des établissements de santé et de diffuser auprès de ces établissements les références et recommandations de gestion hospitalière qu'elle élabore à partir des résultats des audits.

D'après l'exposé des motifs accompagnant les dispositions de l'article 11, l'objectif consiste à analyser chaque année, sur des thèmes prédéfinis - par exemple, les achats ou les journées inappropriées - la pratique d'un nombre significatif d'établissements. Ces audits seront conduits en vue, d'une part, d'établir un diagnostic et de définir des actions d'amélioration de la gestion et de l'organisation interne en concertation avec les responsables des établissements visités, d'autre part, des référentiels de bonnes pratiques applicables pour les autres établissements de santé. Il s'agit donc de parvenir à l'élaboration de bonnes pratiques de gestion dans différentes composantes : économique, logistique et de ressources humaines.

En outre, cet article précise que les rapports d'audit ainsi rédigés ne seront pas rendus communicables, à l'instar des rapports d'expertise préalable à l'accréditation des établissements réalisés par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES).

Votre rapporteur pour avis estime que cette initiative novatrice devrait permettre d'aboutir à une réelle amélioration de la gestion hospitalière. Il s'interroge toutefois sur la pertinence du mode de financement de cette mission d'expertise et d'audit hospitaliers placée auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

D'après les dispositions de l'article 11, cette mission sera en effet financée par le FMES, dont les ressources sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie. **Votre rapporteur pour avis considère que faire assurer le financement d'une mission placée auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale par un fonds financé par l'assurance maladie ne participe pas de la nécessaire clarification des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale.**

Le coût escompté de cette mission d'audit pour le FMES est de 5 millions d'euros.

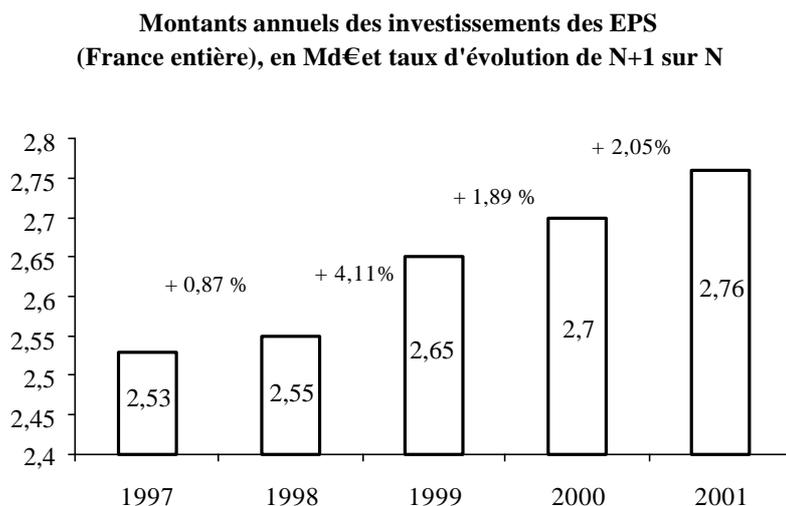
B. LA RELANCE DE L'INVESTISSEMENT HOSPITALIER

1. La situation de l'investissement public hospitalier depuis 1997

Le montant annuel des investissements des établissements de santé peut être approché au travers des données d'exécution budgétaire transmises à la direction générale de la comptabilité publique (DGCP) par le réseau des comptables du Trésor. Cependant, ce réseau intervient pour les seuls établissements publics de santé.

À partir de 2002, le volume annuel des investissements réalisés par les établissements privés sous dotation globale, essentiellement constitués par les établissements participant au service public hospitalier, sera transmis par les agences régionales de l'hospitalisation aux services du ministère de la santé. Les premières données concernant l'exercice 2001 seront disponibles courant octobre 2002. Les données suivantes concernent les seuls établissements publics de santé (EPS).

a) La progression des investissements hospitaliers annuels masque le ralentissement de l'effort annuel d'investissement rapporté au patrimoine



Les investissements hospitaliers réalisés par les EPS de la France entière se sont élevés globalement à 13,19 milliards d'euros entre 1997 et

2001, se traduisant par un accroissement du patrimoine hospitalier public de 7,96 milliards d'euros en cinq ans.

Pour la seule France métropolitaine, les investissements hospitaliers se sont élevés à 12,89 milliards d'euros entre 1997 et 2001. Le montant annuel des investissements réalisés est passé de 2,48 milliards d'euros en 1997 à 2,7 milliards d'euros en 2001, soit une progression globale des investissements annuels de 8,63 % en cinq ans. Le rythme annuel de progression est irrégulier d'une année sur l'autre mais le rythme annuel moyen se situe en-dessous de 2 %.

Cette progression en volume masque cependant un ralentissement de l'effort annuel d'investissement des hôpitaux, défini comme le rapport entre les investissements annuels et le patrimoine hospitalier, qui passe de 6,8 % en 1997 à 6,07 % en 2001.

Les investissements hospitaliers sont par ailleurs concentrés sur quelques régions. Ainsi, les investissements annuels en Ile de France représentent 20 % du total des investissements annuels métropolitains.

b) La priorité donnée aux équipements et aux autres investissements mobiliers se fait au détriment des investissements immobiliers

En 1997, les investissements hospitaliers étaient consacrés majoritairement à l'investissement immobilier (53 %), puis aux équipements techniques et médicaux (30 %) et enfin aux équipements hôteliers et informatiques (16 %).

Evolution des investissements annuels par nature

(En millions d'euros)

	1997	1998	1999	2000	2001	Ecart 2001- 1997	Evolution 2001- 1997
Investissements immobiliers	1.331	1.343	1.373	1.358	1.415	84	6
Investissements mobiliers	1.165	1.174	1.244	1.315	1.312	147	13
<i>Dont équipements techniques et médicaux</i>	747	751	766	825	822	75	10
<i>Dont équipements hôteliers et informatique</i>	414	423	478	467	483	69	17
<i>Dont mobiliers divers</i>	4	0	0	23	20	- 3	
Investissements Autres	30	31	37	30	32	2	9
<i>Dont frais de recherche et de développement</i>	23	24	26	23	20	- 3	
<i>Dont investissements divers</i>	7	7	9	7	12	5	
Total des investissements	2.526	2.548	2.653	2.703	2.759	233	9

Sur la période 1997-2000, cette répartition a été modifiée. La forte priorité donnée aux équipements sur cette période s'est traduite par une croissance de ces investissements supérieure à 13 %, à rapprocher du taux global d'évolution des investissements sur la même période (+ 7 %). À l'inverse, la progression des investissements immobiliers est inférieure de 5 points au taux global (+ 2%). Cette tendance est plus marquée en métropole où le taux global d'évolution des investissements immobiliers sur la période

n'a été que de 1 %. Fin 2000, l'investissement annuel était consacré pour moitié à l'immobilier et pour l'autre aux équipements (31 % pour les équipements techniques et médicaux, 17 % pour les équipements hôteliers et informatiques).

Il est cependant à noter que la tendance a commencé de s'infléchir en 2001 : alors que le niveau des investissements mobiliers est quasi stable par rapport à l'année précédente (- 3 millions d'euros), le montant des investissements immobiliers augmente fortement (+ 57 millions d'euros).

Ces variations traduisent la prise en compte par les EPS de la problématique «an 2000 », qui a accéléré, notamment en 1999 et 2000, les renouvellements de matériels techniques, médicaux et informatiques. En 2001, l'augmentation de l'informatique a été prolongée par le passage à l'euro, le montant consacré aux équipements techniques et médicaux s'est stabilisé, tandis que l'effort supplémentaire d'investissement des établissements se reportait sur l'immobilier.

2. La relance de l'investissement et la réforme des outils disponibles par le présent projet de loi de financement (article 13)

Les outils d'aide à l'investissement hospitalier et à la restructuration du tissu hospitalier existent et sont multiples.

Entre 1998 et 2000, trois fonds spécifiques ont été créés pour financer les recompositions hospitalières et encourager l'investissement. Deux concernent les hôpitaux publics et privés participant au service public hospitalier : le fonds d'investissement pour la modernisation des hôpitaux (FIMHO) et le fonds d'accompagnement social pour la modernisation des hôpitaux (FASMO) devenu, en 2002, le fonds de modernisation des établissements de santé (FMES). Le troisième est le fonds pour la modernisation des cliniques privées (FMCP). Le FIMHO est financé par le budget de l'Etat, les deux autres par l'assurance maladie.

Dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2002, la Cour des comptes estime que *« le développement de leurs missions a fait perdre aux fonds une grande partie de leur justification initiale, dès lors que leurs interventions ne sont plus centrées sur la participation aux surcoûts induits par les recompositions et qu'elles portent sur des dépenses d'investissement courant, de fonctionnement ou de remises à niveau salariales. Les fonds servent ainsi, dans la pratique à compléter les enveloppes hospitalières de l'ONDAM au profit de certains établissements publics ou privés sélectionnés selon des critères incertains »*.

L'**article 13** du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale vise, et, d'une part, à rationaliser les outils destinés à financer l'investissement hospitalier, d'autre part, à relancer cet investissement en mettant en œuvre le premier volet du plan «Hôpital 2007 » annoncé par le Premier ministre.

a) La fusion du FMCP et du FMES

Dans un premier temps, l'article 13 du présent projet de loi de financement dispose que les obligations et créances du Fonds de modernisation des cliniques privées (FMCP), créé par l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, sont transférées, à compter du 1^{er} janvier 2003, au Fonds pour la modernisation des établissements de santé créé par l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001.

Il est précisé que le solde du FMCP disponible au 31 décembre 2002 est versé au FMES.

Enfin, toutes les dispositions relatives à l'existence du FMCP sont abrogées.

Désormais, l'aide à l'investissement hospitalier sera gérée par le seul FMES, la fusion entre le FMCP et le FMES visant à simplifier le dispositif de financement complémentaire que constituent les fonds et à recentrer leur mission sur l'accompagnement financier de la modernisation sociale et technique des établissements de santé.

Votre rapporteur pour avis accueille favorablement cette initiative qui devrait contribuer à rationaliser le dispositif d'aide à l'investissement hospitalier en créant un fonds unique à destination de l'ensemble des établissements de santé, publics et privés.

b) La dotation du nouveau FMES pour l'année 2003

L'article 13 du présent projet de loi de financement précise que le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du FMES est fixé pour l'année 2003 à 450 millions d'euros.

Afin d'évaluer quel sera réellement l'effort supplémentaire consenti en faveur de l'investissement en 2003, il convient d'analyser l'évolution des dotations respectives du FMCP et du FMES au cours des dernières années.

- **Les dotations du FMCP depuis 2000**

L'article 33-VIII de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 a institué, pour une période de cinq ans à compter du 1^{er} janvier 2000, un fonds pour la modernisation des cliniques privées, destiné à financer des

opérations concourant à l'adaptation de l'offre de soins hospitaliers, au niveau régional, dans le respect du schéma d'organisation sanitaire, réalisées par les cliniques privées.

Au titre de l'année 2000, ce fonds était doté de 15,24 millions d'euros.

Dans le cadre de l'article 42 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, le fonds a été doté de 22,8 millions d'euros pour l'année 2001.

Il est à noter cependant que, dans le protocole d'accord signé le 7 novembre 2001 entre l'Etat et les représentants de l'hospitalisation privée, l'Etat a réaffirmé son engagement d'accompagner les revalorisations salariales réalisées par les établissements dans le cadre de l'harmonisation des rémunérations entre les personnels salariés des secteurs hospitaliers publics et privés. A cet effet, il a été prévu, d'une part, l'élargissement des missions du fonds aux actions menées en matière sociale et salariale, d'autre part, une majoration des ressources du fonds à hauteur de 91,47 millions d'euros pour 2001, le montant du fonds pour 2002 étant lui-même fixé à 91,5 millions d'euros.

L'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a donc modifié l'article 33 de la LFSS pour 2000 et l'article 42 de la LFSS pour 2001 pour tenir compte de cet engagement. Il est donc désormais précisé que le montant du fonds pour l'année 2001 est fixé à 114,34 millions d'euros et que celui du fonds pour 2002 est fixé à 91,5 millions d'euros.

Le décret n° 2002-960 du 4 juillet 2002 a précisé les modalités d'application de l'article 33-VIII de la LFSS pour 2000, notamment la nature des opérations et actions éligibles à un financement par le fonds et les modalités d'attribution et de versement des subventions aux établissements. Fin 2002, seuls les crédits initialement affectés au fonds en 2001 (22,8 millions d'euros) avaient fait l'objet d'un engagement par les agences régionales d'hospitalisation.

La procédure d'attribution des crédits supplémentaires du fonds 2001 et des crédits du fonds 2002 aux établissements est en cours au sein des ARH. Un bilan de la répartition des crédits n'est pas disponible à ce jour. Pour autant, compte tenu des engagements pris dans le cadre du protocole du 7 novembre 2001, il semble que l'ensemble des ressources (hors crédits destinés au financement du développement des systèmes d'information) sera consacré au financement des revalorisations salariales.

- **Les dotations du FMES depuis 2000**

Un fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé (FASMO) a été créé au 1^{er} janvier 1998, pour cinq ans, par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998, pour financer la mobilité et l'adaptation des personnels des établissements sous dotation globale concernés par des recompositions. Il est financé par une contribution de l'assurance maladie répartie entre les différents régimes au *pro rata* de leur part dans la dotation globale hospitalière.

À partir de l'estimation d'un besoin annuel de 45,73 millions d'euros, le fonds a été doté par décret entre 1998 et 2001, d'un montant total de ressources de 91,46 millions d'euros auxquels se sont ajoutés, en 2000, 60,98 millions d'euros pour tenir compte de l'élargissement de ses missions. La dotation du FMES pour l'année 2000 s'est donc élevée à 106,7 millions d'euros.

Le FMES, créé à titre pérenne, par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, s'est substitué au FASMO. L'article 26 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 précise que le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du FMES est fixé, pour 2002, à 152,45 millions d'euros.

- **L'effort consenti en 2003**

Au titre de l'année 2002, les montants cumulés de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au FMES et au FMCP se sont élevés à 243,95 millions d'euros.

L'article 13 du présent projet de loi de financement dispose que la dotation du nouveau FMES pour 2003 s'élèvera à 450 millions d'euros, soit un effort supplémentaire consenti de 206,05 millions d'euros et non de 300 millions d'euros comme indiqué dans l'exposé des motifs de cet article.

Si votre rapporteur pour avis apprécie à sa juste valeur l'effort consenti afin de relancer l'investissement hospitalier, il souhaite qu'à l'avenir le gouvernement fournisse un chiffrage exact du volume d'aide à l'investissement ainsi dégagé.

Votre rapporteur n'omet toutefois pas de souligner, comme le précise l'exposé des motifs de l'article 13, que cet effort d'investissement supplémentaire consenti au titre du FMES, devrait se conjuguer à des emprunts contractés par les établissements, au développement de partenariats entre les établissements et les entreprises privées et à des aides d'autres secteurs publics. Au total, le gouvernement estime que cette première tranche

du plan « Hôpital 2007 » devrait permettre un effort d'investissement d'environ 1 milliard d'euros.

Les dotations du FMCP et du FMES / FASMO votées en loi de financement de la sécurité sociale

(en millions d'euros)

Dotations pour l'année n	2000	2001	2002	2003
FMCP (1)	15,2	114,34	91,5	
FMES / FASMO (2)	106,7	91,5	152,45	
(1) + (2)	121,9	205,84	243,95	
FMES (après fusion avec le FMCP – article 13 du PLFSS pour 2003) (3)				450
(3) – [(1) + (2) en 2002]				206,05

C. LES MESURES RELATIVES AU PERSONNEL HOSPITALIER

1. L'extension des missions du Fonds pour l'emploi hospitalier (article 14)

L'article 14 du présent projet de loi de financement étend les missions du Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) au financement des droits acquis au titre de la réduction du temps de travail non pris ou portés dans un compte épargne temps en raison de la réalisation progressive des recrutements.

a) L'application de la réduction du temps de travail à l'hôpital

Les modalités de mise en œuvre des 35 heures ont été définies par le protocole d'accord du 27 septembre 2001 puis transcrites dans les textes réglementaires pris sur la base de l'article 31 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, modifiant l'ordonnance du 26 novembre 1982 relative à la fonction publique hospitalière. Ce dispositif s'applique aux fonctionnaires stagiaires, titulaires et aux agents contractuels.

Toutefois, la complexité de la mise en œuvre de la RTT dans la fonction publique hospitalière a résulté notamment de son calendrier de

montée en charge. En effet, alors que les droits à RTT sont ouverts depuis le 1^{er} janvier 2002, les recrutements ont été échelonnés sur trois ans afin de tenir compte des capacités de formation et de financement nécessaires.

Les agents, en 2002, n'ont pu bénéficier de l'intégralité de leurs droits à RTT, les différés ou difficultés de recrutement devant être compensés par le recours au compte épargne temps et, à un moindre degré, aux heures supplémentaires :

- un compte épargne temps a été mis en place, alimenté au choix de l'agent par des jours de congé annuels ou de RTT non pris et des heures supplémentaires non récupérées et non indemnisées. Celui-ci est devenu opérationnel au 1^{er} janvier 2002. Son financement est spécifique et indépendant du financement des 45.000 emplois prévus au titre de la RTT ; il ne commencera à intervenir qu'en 2003. Les agents épargnant du temps ne pourront l'utiliser qu'à partir de 2004 compte tenu des modalités d'alimentation du compte épargne. Pour ce qui concerne le financement de la montée en charge des comptes épargne temps, les droits à congé correspondant doivent être financés afin de remplacer les agents lorsqu'ils feront usage de ces droits ;

- le contingent d'heures supplémentaires mensuelles est de 20 heures jusqu'à 2004 compris, puis passera à 15 heures en 2005 et à 10 heures en 2006.

Le gouvernement précédent avait prévu de créer 45.000 emplois spécifiques pour la mise en œuvre de la RTT dans la fonction publique hospitalière. En 2002, il était prévu de pourvoir 12.300 emplois, soit 27,5 % du total des créations. Plus précisément, les recrutements devaient être pourvus tout au long de l'année et devaient atteindre 40 % des créations d'emplois à la fin de l'année 2002, puis 80 % fin 2003. L'année 2004 devait concerner la réduction du travail de nuit et le solde des emplois, soit 9.000.

Pour ce qui concerne les personnels médicaux, un protocole relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail des praticiens exerçant en établissements publics de santé a été signé le 22 octobre 2001.

Afin de compenser la diminution du temps de travail, il a été décidé de créer 3.500 postes de praticiens hospitaliers sur quatre ans, dont une première tranche de 2.000 emplois sur les années 2002/2003 puis une seconde tranche de 1.000 postes sur les années 2004/2005.

En outre, pendant la montée en charge des créations de postes et des recrutements destinés à compenser les jours de congé supplémentaires des praticiens au titre de la RTT, les droits à congé acquis et affectés au compte épargne temps ont été financés au même titre que ceux de la fonction publique hospitalière.

b) L'extension des missions du FEH

Le fonds pour l'emploi hospitalier a été créé, à compter du 1^{er} janvier 1995, par l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique.

Il prend en charge :

- les deux tiers des surcoûts des rémunérations des agents à temps partiel à 80 % (rémunérés à 86 %) et à 90 % (rémunérés à 91 %) ;

- les deux tiers de l'indemnité exceptionnelle de 30 % des agents en cessation progressive d'activité ;

- le remboursement des engagements de servir des agents contraints d'effectuer une mobilité professionnelle à la suite d'une réorganisation ou pour suivre un conjoint ;

- le complément de traitement (0,15 %) des agents de catégorie C en congé de formation professionnelle dans le cadre du protocole du 14 mars 2000.

Ces prestations représentent plus de 70 % des dépenses du FEH.

Depuis la loi du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999, le FEH finance également le remboursement aux établissements de santé du revenu de remplacement que ceux-ci versent aux bénéficiaires de congé de fin d'activité.

Le fonds, dont la gestion est assurée par la Caisse des dépôts et consignations, est financé par une contribution des établissements publics de santé dont le taux plafond a été fixé à 1,8 % des rémunérations soumises à retenues pour la pension depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002.

L'**article 14** du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale vise à étendre les missions du FEH au financement des droits à congé acquis au titre de la réduction du temps de travail non pris ou portés sur un compte épargne temps en raison de la réalisation progressive des recrutements. Ne peuvent être financés à ce titre que les droits acquis en 2002, 2003 et 2004 par les médecins, pharmaciens et odontologistes (praticiens concernés par le protocole du 22 octobre 2001) et, en 2002 et 2003, par les agents concernés par le protocole du 27 septembre 2001. En outre, cette prise en charge ne concerne que les rémunérations prises en compte pour le calcul des ressources allouées par l'assurance maladie à l'établissement employeur des personnes concernées.

Il est précisé également que cette nouvelle mission du FEH est financée par les régimes obligatoires d'assurance maladie à la hauteur du montant des crédits ouverts chaque année à ce titre par un arrêté interministériel.

D'après l'exposé des motifs, le fonds remboursera les établissements sur une base forfaitaire selon une répartition fixée par les ARH pour les établissements de santé, par le représentant de l'Etat dans le département pour les établissements sociaux et médico-sociaux. En outre, la constitution d'enveloppes régionales, dont les conditions de détermination et de gestion seront définies par décret, permettra aux agences régionales de l'hospitalisation de gérer de manière souple avec les établissements les financements disponibles au titre des comptes épargne temps.

Enfin, l'exposé des motifs de l'article 14 précise que le FEH sera doté de 400 millions d'euros en 2002 et de 321 millions d'euros en 2003.

A cet égard, il faut rappeler qu'un rebasage exceptionnel de l'ONDAM hospitalier de 700 millions d'euros avait été annoncé lors de la réunion de la commission des comptes de la sécurité sociale de juillet 2002 dont :

- 300 millions d'euros destinés au règlement des problèmes budgétaires rencontrés par les établissements sous dotation globale ;

- 400 millions d'euros dégagés pour financer les surcoûts du compte épargne temps dans le cadre de la réduction du temps de travail de la fonction publique.

2. Les mesures annexes (articles 11 bis et 14 bis)

Deux articles additionnels ayant trait au personnel hospitalier ont été adoptés à l'Assemblée nationale lors de la discussion du présent projet de loi de financement.

L'article 11 bis précise que, sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, les mandats globaux relatifs aux indemnisations des gardes effectuées par les internes ou faisant fonction d'interne en médecine dans les établissements publics de santé au titre des exercices 1998 à 2001 sont validés, en tant que leur régularité est mise en cause sur le fondement de la prise en compte d'un taux d'indemnisation correspondant à celui des praticiens hospitaliers.

Cet amendement vise à prévenir un risque de contentieux relatif à la rémunération des gardes effectuées par les internes en médecine au même taux

que celui des praticiens hospitaliers, gardes effectuées pour pallier l'insuffisance du personnel hospitalier disponible.

Prenant prétexte que ces gardes n'avaient pas été rémunérées au taux réglementaire, certaines chambres régionales des comptes ont remis en cause les montants perçus par ces internes au titre d'un service effectif et en plein accord avec l'administration hospitalière. Il s'agit donc, par ce nouvel article, d'assurer à ces internes qu'ils n'auront pas à rembourser des sommes régulièrement perçues.

L'**article 14 bis** vise à simplifier les conditions d'exercice d'une activité libérale à l'hôpital en permettant au praticien exerçant une activité libérale à l'hôpital de choisir de percevoir ses honoraires directement ou par l'intermédiaire de l'administration de l'hôpital.

En outre, il est précisé, dans un souci de transparence, que les organismes gestionnaires d'un régime de base d'assurance maladie communiquent au président de la commission d'activité libérale de l'établissement public de santé dans lequel le praticien exerce, les informations sur ces recettes, le nombre de ses consultations ainsi que le volume des actes qu'il effectue.

CHAPITRE TROIS

LES AUTRES BRANCHES

I. LA BRANCHE VIEILLESSE

A. LES COMPTES DE LA BRANCHE VIEILLESSE

Les dépenses de la branche vieillesse qui entrent dans le champ de la loi de financement correspondent à l'ensemble des régimes de retraites comptant plus de 20.000 cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres, à l'exception des régimes complémentaires obligatoires¹.

1. Les objectifs de dépenses de la branche (article 44)

L'objectif de dépenses de la branche vieillesse-veuvage est fixé par l'article 44 du présent projet de loi de financement à **140,35 milliards d'euros pour 2003**, en droits constatés. Ainsi, la branche vieillesse-veuvage représentera en 2003 42,6 % du total des objectifs de dépenses par branche, fixé par l'article 45 du présent projet de loi de financement.

Cet objectif de dépenses progresse de 3,2 % par rapport à celui de 2002 : cette augmentation devrait donc être plus modérée que celle constatée au cours des deux dernières années, soit + 3,9 % en 2001 et 2002. Depuis 2000, l'objectif de dépenses de la branche a crû de 11,5 %, soit 14,5 milliards d'euros supplémentaires.

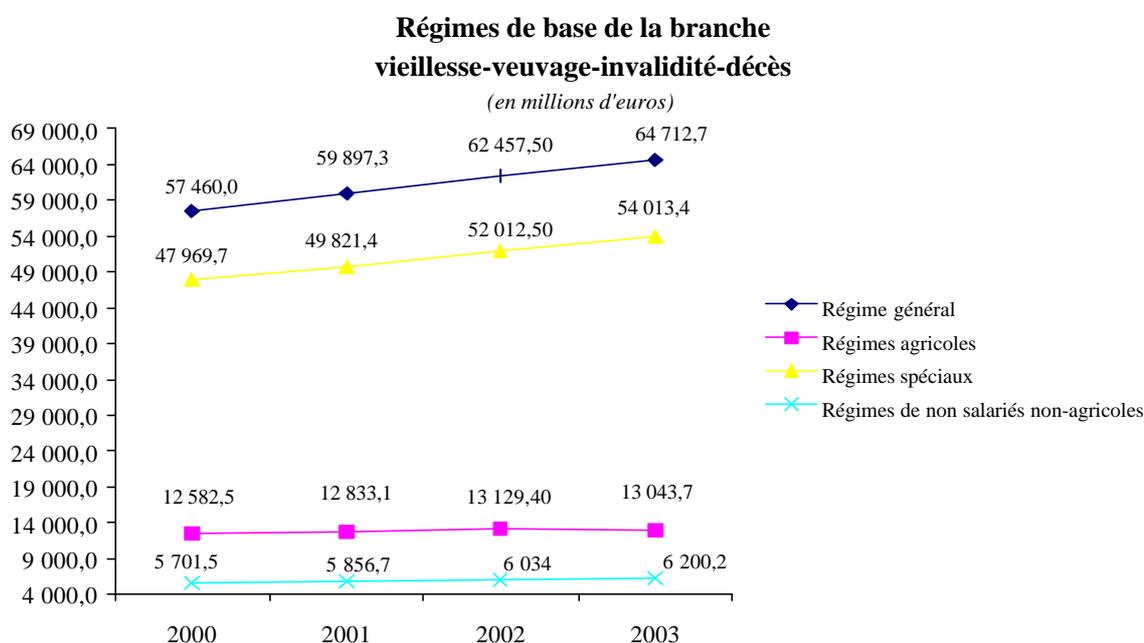
Cet objectif global doit toutefois être analysé au regard de l'évolution très contrastée des différents régimes de retraite². Le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2002 note ainsi que « *les pensions versées aux fonctionnaires connaissent également des*

¹ Comme le note le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2002, « l'assurance vieillesse de base est la branche qui laisse subsister l'organisation par régimes professionnels la plus morcelée ».

² Les régimes de retraite de base sont par convention classés en quatre grandes catégories : le régime général (CNAVTS), les régimes agricoles, les régimes spéciaux et les régimes de non salariés non agricoles.

évolutions rapides», soulignant la progression des effectifs de pensionnés civils. Ainsi, en 2003, la plus forte progression de charges de la branche vieillesse-veuvage-invalidité-décès est celle du régime de la CNRACL¹ (+ 5,6 %, à 8,35 milliards d'euros) suivie par celle du régime des fonctionnaires (+ 4,3 %, à 31,91 milliards d'euros).

Le graphique ci-dessous retrace, depuis 2000, l'évolution des charges de différents régimes constituant les régimes de base de la branche vieillesse-veuvage-invalidité-décès :



Source : Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2002)

Ce graphique illustre le dynamisme des charges du régime général et des régimes spéciaux (fonctionnaires et agents des entreprises publiques). Les charges du régime général ont ainsi progressé, entre 2000 et 2003, de 12,6 %, soit au même rythme que celles des régimes spéciaux. En revanche, les charges des autres régimes évoluent moins rapidement, soit + 8,7 % pour les régimes des non salariés non agricoles et +3,7 % pour les régimes agricoles.

¹ Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales.

2. Les comptes de la CNAVTS (articles 25 et 43)

L'évolution tendancielle des prestations vieillesse versées par la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) en 2003 devrait être plus faible qu'en 2002, soit +3,3 % : les années 2001 et 2002 avaient en effet été marquées par des revalorisations du niveau des pensions de 2,2 %, alors que la revalorisation retenue pour 2003 par l'**article 43** du présent projet de loi de financement est de 1,5 %. Cette revalorisation correspond à l'inflation prévue pour l'année prochaine, et **permet de garantir le pouvoir d'achat des retraités.**

Comme le souligne le gouvernement, « tout effort supplémentaire présumerait de l'équilibre actuel et futur de la branche ». Votre rapporteur pour avis partage tout à fait ce point de vue. Il convient de garder à l'esprit que **l'excédent actuel de la CNAVTS présente un caractère paradoxal.** Toute sorte d'investigations et des rapports multiples ont démontré l'urgence à régler le problème des retraites en raison de l'impasse financière où il va rapidement conduire les comptes sociaux. **Si la période actuelle demeure relativement favorable aux régimes de retraite du fait d'une croissance du nombre des pensionnés encore modérée, la situation devrait se dégrader à partir de 2005/2006, suite à l'arrivée à l'âge de la retraite des générations issues du « baby boom ».**

Les prestations vieillesse versées par le régime général en 2001

La valeur des prestations légales vieillesse et veuvage versées par le régime général s'est élevée à 59,5 milliards d'euros en 2001. 96 % de ce montant a été constitué de pensions vieillesse en droit direct, dont 70 % de pensions de retraites, 12 % de pensions d'inaptitude, 7 % de pensions ex-invalides et 7 % de majorations (pour enfants notamment).

Le montant de ces prestations a augmenté de 4,2 % par rapport à 2000, où elle avait augmenté de 3 %.

La progression de la valeur globale de ces prestations résulte de trois effets :

- un effet prix, c'est-à-dire la revalorisation des pensions, qui a été de 2,2 % en 2001 ;
- un effet quantité, c'est-à-dire la variation du nombre de bénéficiaires : en 2001, le nombre de retraités affiliés au régime général a augmenté de 1,7 %. D'ici 2006, le taux de croissance annuel devrait se stabiliser entre 1,5 et 2 %, puis, à partir de cette date, le nombre de retraités devrait croître de 3 % par an, conséquence démographique du « baby boom » ;
- un effet structure, c'est-à-dire la conséquence sur le niveau des pensions servies de la modification de leur structure et des évolutions socio-économiques.

Les ressources de la branche ont atteint 68,57 milliards d'euros, en hausse de 6,8 % par rapport à 2000. Quant aux dépenses, elles se sont établies à 67,06 milliards d'euros, en progression de 5,3 %. Ainsi, le solde de la branche s'est accru entre 2000 et 2001, passant de 507,7 millions d'euros à 1,52 milliard d'euros.

Il convient de rappeler que, conformément à l'article L. 135-7 du code de la sécurité sociale, l'excédent n-1 de la CNAVTS est versé au fonds de réserve pour les retraites (FRR).

Source : Rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale, septembre 2002

Ainsi, l'ensemble des prestations légales de la CNAVTS devrait s'élever à 64,3 milliards d'euros en 2003, en hausse de 3,7 % par rapport à 2002, année où elles avaient progressé plus vivement, de 4,3 %.

Au total, le solde excédentaire de la CNAVTS s'établirait en 2003 à 1,55 milliard d'euros, en diminution de 6,1 % par rapport à 2002, en raison d'une progression moins rapide de ses produits recalculés (+ 4,4 %) que celle de ses charges recalculées (+ 4,7 %), soit un phénomène inverse de celui constaté l'année dernière. Cette diminution de 100 millions de l'excédent de la CNAVTS est le premier mouvement en ce sens depuis 2000 :

CNAVTS - Vieillesse

(En millions d'euros)

	2000	%	2001	%	2002	%	2003	%
Charges recalculées	63 050,20	2,5	65 669,20	4,2	68 037,50	3,6	71 215,40	4,7
Produits recalculés	63 557,90	2,1	67 187,60	5,7	69 690,50	3,7	72 767,90	4,4
Résultat net	507,7		1 518,30		1 652,90		1 552,50	

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2002)

Article 25 : la prolongation du délai pour la signature des conventions tripartites par les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées dépendantes

L'article 25 du présent projet de loi de financement prévoit de reporter de trois ans, soit jusqu'au 31 décembre 2006, la date limite pour la signature des conventions pluriannuelles tripartites entre les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD), les départements et l'Etat, cette signature constituant la condition du droit pour ces établissements d'accueillir ces personnes. Cette condition est posée par l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 avait fixé le délai de signature de ces conventions au 31 décembre 2003. Mais, au 30 juin 2002, seules 763 conventions sur les 8.000 prévues avaient été conclues, et pas plus de 1.400 n'étaient attendues pour la fin de l'année, ce retard résultant de la concomitance de l'application de la loi relative à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la mise en œuvre de la réduction du temps de travail dans les établissements médico-sociaux. Il était donc nécessaire de reporter cette échéance, sauf à démobiliser les acteurs ou à privilégier le quantitatif sur le qualitatif.

Or, la signature de ces conventions détermine la mise en oeuvre de la réforme de la tarification des établissements concernés, qui leur permet notamment de s'orienter vers une plus grande médicalisation.

C'est pourquoi l'Assemblée nationale a souhaité accélérer le processus de signature des conventions, et a avancé l'échéance d'un an, fixant le délai de signature au 31 décembre 2005 pour les établissements mais le maintenant au 31 décembre 2006 pour les seuls foyers-logements.

B. LE FSV : UN « PILLAGE » SYSTÉMATIQUE AU COURS DES DERNIÈRES ANNÉES

Le fonds de solidarité vieillesse (FSV) a été institué par la loi du 22 juillet 1993. Cet établissement public de l'Etat à caractère administratif assure le financement d'avantages vieillesse non contributifs relevant de la solidarité nationale servis par les régimes de vieillesse de base de la sécurité sociale : le minimum vieillesse, les majorations de pension pour enfant et conjoint à charge, les cotisations prises en charge au titre de périodes validées gratuitement par les régimes de base (service national, chômage, préretraite...).

Les ressources du FSV

Les produits du FSV sont constitués de :

- une fraction du produit de la CSG ;
- jusqu'en 2001, la taxe sur les contributions des employeurs et des organismes de représentation collective du personnel au bénéfice des salariés pour financer le versement de prestations complémentaires de prévoyance ;
- depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, une fraction de la contribution sociale de solidarité des sociétés (CSSS) ;
- depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, 20 % du produit du prélèvement social de 2 % ;
- depuis le même texte, un transfert de la CNAF ;
- les produits provenant des opérations de placement.

Il convient de rappeler que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a supprimé les produits des droits sur les alcools et boissons non alcoolisées versés jusque-là au FSV, au profit d'un versement au FOREC.

Au cours de la précédente législature, le FSV a servi de « vache à lait » pour financer les promesses électorales du gouvernement de l'époque, en particulier les 35 heures.

Ses recettes ont ainsi subi de très nombreuses modifications de périmètre, tandis que ses charges ont été accrues.

Le tableau ci-dessous retrace le bilan des transferts ayant affecté le FSV entre 2000 et 2002, qui ont porté au total sur 4 milliards d'euros :

Bilan des transferts touchant le FSV de 2000 à 2002

(En milliards d'euros)

	Impact sur le solde
En 2000	
Droits perçus sur les boissons transférés au FOREC	-1,7
Sous-total 2000	-1,7
En 2001	
Baisse du taux de CSG de 0,15 point pour financer l'APA	- 1,3
Prise en charge CNAF	0,5
ARRCO et AGIRC	- 0,4
Sous-total 2001	- 1,2
En 2002	
Baisse du taux de CSG de 0,1 point	-0,9
Taxe de prévoyance	- 0,5
Prise en charge CNAF	0,5
CSS (art. 12 de la LFR pour 2001 - BAPSA)	- 0,2
Sous-total 2002	- 1,1
TOTAL	- 4,0

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2002)

Le résultat de ces mises à contribution répétées, qui peuvent s'assimiler ni plus ni moins qu'à un véritable « pillage », aboutit logiquement à placer le fonds dans une situation financière préoccupante :

Variation des réserves du FSV de 2000 à 2003

(En millions d'euros)

	2000	2001	2002	2003
Solde du FSV	287	- 86	- 1 422	- 923
Solde cumulé - FSV (avant versement FRR)	1 603	1 517	- 192	- 1 115
Versement au FRR	0	287	0	0
Solde cumulé après versement au FRR	1 603	1 230	- 192	- 1 115

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2002)

À partir de 2001, le solde du FSV devient négatif, de 86 millions d'euros. À législation constante 2000, le fonds aurait été excédentaire de 1,1 milliard d'euros.

En 2002 et 2003, la situation du FSV est très dégradée : son résultat net atteindrait un déficit de 1,42 milliard d'euros en 2002 et de 923 millions d'euros en 2003.

Son solde cumulé s'est lui aussi fortement dégradé, à partir de 2002, devenant déficitaire de 192 millions d'euros en 2002 et de 1,12 milliard d'euros en 2003.

Le paradoxe de cette situation, c'est que, à force de « siphonner » le FSV, son excédent, dont il convient de rappeler qu'il est doit être versé au fonds de réserve pour les retraites (FRR), est devenu un déficit et que, dès lors, le versement au FRR n'a été possible qu'une seule fois, en 2001, à hauteur de 287 millions d'euros. Le précédent gouvernement avait donc fait le choix de financer les 35 heures plutôt que les retraites !

C. LE FONDS DE RÉSERVE DES RETRAITES : L'ENGAGEMENT PRIS PAR LE PRÉCÉDENT GOUVERNEMENT N'A PAS ÉTÉ TENU

1. Des retards dans la mise en place du FRR

Seule mesure concrète du précédent gouvernement en matière de retraites, le fonds de réserve pour les retraites (FRR) a été institué par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999.

Il a été géré jusqu'au 31 décembre 2001 par le FSV, au sein d'une section comptable spécifique. L'article 6 de la loi du 17 juillet 2001 portant diverses dispositions d'ordre social, éducatif et culturel a rendu autonome le FRR à compter du 1^{er} janvier 2002.

La gestion administrative du fonds est assurée par la Caisse des dépôts et consignations, sous l'autorité d'un directoire composé de trois membres, présidé par le directeur général de la Caisse.

La mise en place effective de l'établissement public était prévue à la fin de la période transitoire, c'est-à-dire dans un délai de trois à quatre mois. Or, la période transitoire a pris fin le 30 juin 2002, sans que les instances dirigeantes de l'établissement public aient été nommées.

Toutefois, le gouvernement précédent, en s'abstenant de procéder à la nomination des instances dirigeantes du fonds (conseil de surveillance, membres du directoire), a rendu impossible le respect de l'échéance (30 juin 2002) qu'il avait pourtant lui-même fixée.

Le FRR a maintenant été doté d'un agent comptable. Toutefois, dans l'attente de la mise en place de la délégation de gestion financière aux établissements financiers, les sommes continuent d'être collectées sur un compte de dépôt au Trésor, rémunéré dans les mêmes conditions que précédemment.

Compte tenu des délais nécessaires pour la passation des appels d'offres, la délégation financière ne devrait être effective que dans le courant du 1^{er} semestre 2003. Dans le cadre de cette gestion financière déléguée, les ressources du fonds pourront alors être placées, conformément à l'article L. 135-10 du code de la sécurité sociale, en actions, titres de créances, parts ou actions d'organismes de placement collectifs et instruments financiers à terme.

2. La situation financière du FRR

Au 30 juin 2002, le FSV a transféré :

- la trésorerie détenue sur le compte ouvert à l'Agence comptable centrale du Trésor (ACCT), soit 7,89 milliards d'euros ;
- un portefeuille de BTAN d'une valeur nominale de 499 millions d'euros à échéance du 12 juillet 2002.

Depuis le 1^{er} juillet 2002, les fonds sont détenus sur un compte ouvert au titre du nouvel établissement public à l'ACCT. Ce compte est rémunéré en application d'une décision du ministre de l'économie, des finances et de l'industrie en date du 28 juin 2002. L'ensemble des recettes de l'établissement public est désormais directement versé sur ce compte.

Dans ce cadre, ont été encaissés par le FRR, entre le 1^{er} juillet et le 31 août 2002 :

- 46,82 millions d'euros au titre du prélèvement social de 2 % pour la part assise sur les produits de placement ;
- 19,31 millions d'euros au titre du prélèvement social de 2 % pour la part assise sur les produits du patrimoine ;
- 22,46 millions d'euros au titre des intérêts sur le BTAN échu le 12 juillet 2002 ;

- 44,99 millions d'euros au titre de la rémunération du compte ACCT (intérêts échus des mois de juin et juillet).

Le montant en trésorerie cumulé au 31 août 2002 s'élève donc à 8,53 milliards d'euros.

Les versements au profit du fonds de réserve pour les retraites devant intervenir à compter du mois de septembre 2002 jusqu'à la fin de l'année 2002 s'établissent comme suit :

- versement au titre des caisses d'épargne : mi-décembre pour un montant de 718 millions d'euros ;

- versement de l'excédent 2001 de la CNAVTS pour 1,52 milliard d'euros : la date précise de ce versement n'a pas encore été fixée ;

- versement au titre des licences UMTS pour 619,2 millions d'euros : la date précise de ce versement n'a pas encore été fixée ;

- solde du versement au titre des privatisations : sur les 1,24 milliard d'euros prévus, un versement de 1,1 milliard a déjà été effectué mais la date précise de versement du solde n'a pas encore été fixée ;

- versement au titre du prélèvement social de 2 % pour la part assise sur les revenus du patrimoine : une part importante de ce prélèvement est attendue aux alentours de la mi-décembre, soit environ 640 millions d'euros, le reste étant versé « au fil de l'eau » ;

- versement au titre du prélèvement social de 2 % pour la part assise sur les produits de placement : un versement d'environ 168 millions d'euros est attendu vers le 10 octobre, environ 48 millions d'euros sont attendus aux alentours du 10 décembre, le reste étant versé « au fil de l'eau » ;

- versements au titre de la rémunération du compte ACCT (intérêts mensuels versés au début du mois suivant).

Compte tenu de ces ressources, le montant cumulé des réserves du FRR devrait s'élever à 12,6 milliards d'euros fin 2002. Le montant prévu par le précédent gouvernement, soit 13,2 milliards d'euros, ne sera pas atteint, compte tenu de la souscription d'un seul opérateur - contre deux prévus - aux licences de téléphonie mobile de 3^{ème} génération (UMTS).

Les recettes du FRR

Les différentes catégories de ressources du fonds de réserve, mentionnées à l'article L. 135-7 du code de la sécurité sociale, sont les suivantes :

1°) une fraction du solde du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés (C3S)

Ce solde dépend de la situation financière des régimes de «non-non» (ORGANIC, CANCAVA, CANAM), puisque, en priorité, la CSSS doit équilibrer les comptes de ces régimes, ainsi que de la part de C3S qui est affectée chaque année depuis 1999 au financement du BAPSA, et éventuellement au FSV.

2°) le versement de tout ou partie des excédents du FSV

La situation du FSV en 2001, 2002 et 2003 devrait interdire tout reversement au titre de ces exercices. A terme, le FSV devrait toutefois fournir une part importante des ressources du FRR puisqu'il doit devenir structurellement excédentaire (diminution des sommes consacrées au minimum vieillesse ou encore à la validation des périodes de service national, et dynamique de la CSG, sa principale recette).

3°) le versement de l'excédent de la CNAVTS au titre du dernier exercice clos, une partie de ce versement pouvant être anticipée en cours d'exercice

Ce versement dépend directement de la situation financière de la CNAVTS, actuellement excédentaire.

4°) une fraction égale à 65 % du prélèvement social de 2 % portant sur les revenus du patrimoine et les produits de placement

5°) le versement du produit des licences UMTS (téléphonie mobile de 3^{ème} génération) affecté au fonds ;

Les rendements attendus pour cette recette ont été révisés à la baisse compte-tenu du changement des conditions d'attribution des licences UMTS décidé par le précédent gouvernement fin 2001.

6°) toute autre ressource affectée au FRR, soit, actuellement, les recettes suivantes :

- une partie des recettes liées à l'ouverture du capital des autoroutes du sud de la France (ASF), ainsi qu'à d'autres opérations de privatisation ;

Cette recette, prévue par l'article 34 de la loi de finances pour 2002, vise à compenser, à hauteur de 1,24 milliards d'euros, la diminution du montant des recettes UMTS en 2002.

- l'affectation du produit de la vente des actifs des caisses d'épargne ;

Cette affectation est prévue à l'article 26 de la loi du 25 juin 1999 relative à l'épargne et à la sécurité financière. Le paiement doit avoir lieu en quatre fois, de 2000 à 2003.

- des ressources secondaires, créées par la loi du 19 février 2001 sur l'épargne salariale ;

Leur rendement devrait être relativement faible : il s'agit, d'une part, de la contribution de 8,2 % sur la part de l'abondement de l'employeur supérieur à 2.300 euros au plan partenarial d'épargne salariale volontaire, et, d'autre part, des montants d'intéressement et de participation non réclamés par les salariés et reçus par la Caisse des dépôts et consignations au terme du délai de prescription trentenaire.

7°) les produits des placements financiers effectués jusqu'en 2020

Ils devraient contribuer pour une large part (plus de 25 %) à atteindre l'objectif financier attendu à cette échéance.

Le gouvernement considère que l'objectif initial de 152 milliards d'euros sera quasiment atteint à l'horizon 2020, «en raison d'une forte augmentation des excédents du FSV».

Par ailleurs, le fonds de réserve pour les retraites devrait recevoir en 2003 une **nouvelle ressource** puisque l'ordonnance relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte du 27 mars 2002 a prévu le versement des réserves de la caisse de prévoyance sociale de Mayotte constituées avec les excédents des exercices antérieurs au 1^{er} janvier 2003. Ces sommes, d'un montant de 71,5 millions d'euros au 31 décembre 2001, ne devraient pas dépasser **75 millions d'euros** à la fin de l'année 2002.

Le respect de règles prudentielles

Les placements effectués dans le cadre du FRR devront respecter un certain nombre de règles prudentielles :

- le fonds ne doit pas placer plus de 5 % de son actif en instruments financiers d'un même émetteur sauf s'il s'agit d'effets publics d'un Etat membre de l'UE/EEE ou de la CADES ou des parts d'organismes de placement dont le portefeuille est composé exclusivement de tels actifs ;

- il ne doit pas placer plus de 25 % de l'actif en actions ou titres de propriété d'une entreprise ayant son siège hors de l'UE/EEE ou non négociés sur un marché membre de l'UE/EEE ou de l'OCDE ;

- il ne doit pas employer plus de 3 % des actions ou titres participatifs d'un même émetteur.

En outre, le fonds a accès aux marchés à terme à condition de ne pas engager plus d'une fois son actif sur ces marchés et l'exposition au risque de change ne peut excéder 20 % du total de l'actif du fonds.

Enfin, il est expressément prévu par la loi que les orientations de la politique de placement du FRR prennent en compte des considérations sociales, environnementales et éthiques, ce dont le directoire devra rendre régulièrement compte au conseil de surveillance.

La situation financière du FRR a évolué de la façon suivante depuis 1999 :

Récapitulatif de la situation financière du Fonds de réserve des retraites

(en millions d'euros)

	1999	2000	2001	2002	2003	Evolution 2003/2002 en %
RECETTES						
Contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés	304,9					
Excédent FSV (N-1)			286,6	0	0	-
Excédent CNAVTS (N-1)		767,4	483,5	1 518,3	1 652,9	+ 8,9
Prélèvement de 2% sur les revenus du capital		890	971,9	1 248,7	1 277,3	+ 2,3
Caisses d'épargne		718,2	718,2	718	492,5	- 31,4
Versement Caisse des dépôts et consignations (CDC)		457,3				-
UMTS				1 238,50	619,2	-
Recettes des privatisations					1 240,0	-
Contribution de 8,2% sur la part de l'abondement de l'employeur au PPESV, supérieure à 2 300 euros						
Sommes issues de l'application du titre IV du livre IV du code du travail et reçues par la CDC au terme du délai de prescription						
Réserves de la Caisse de prévoyance sociale de Mayotte					75	n.s.
Intérêts des placements	1,5	33,1	163,3	230	503,3	+ 118,8
Produits sur cessions de titres				5,0		-
Total recettes	306,4	2 866	3 862	5 579,30	4 000,90	- 28,3
DÉPENSES						
Frais de gestion administrative				2,0	5,0	+ 150
Fiscalité	0,1	3,4	15,7	-		-
Charges sur cessions de titres			6,2	3,7		-
Total dépenses	0,1	3,4	21,9	5,7	5,0	- 12,3
Résultat année N	306,2	2 862,70	3 840,10	5 573,60	4 995,90	- 10,4
Cumul au 31/12/N	306,2	3 168,90	7 009,00	12 582,70	16 578,60	+ 31,8

Source : PLFSS 2003 - Annexe f

Entre la fin de l'année 2002 et la fin de l'année 2003, les réserves accumulées par le FRR devraient augmenter de 31,8 %. Il convient du reste de constater la forte diminution des recettes du fonds prévue l'année prochaine, soit - 28,3 %, ainsi que l'importance des intérêts des placements dans l'abondement du fonds, en hausse de près de 120 %, à plus de 500 millions d'euros.

Votre rapporteur pour avis ne peut toutefois qu'exprimer son inquiétude quant à la régularité de l'alimentation du FRR et à la capacité à tenir l'engagement initial d'une mise en réserve de 152 milliards d'euros en 2020.

En effet, le fonds est alimenté par de **nombreuses « recettes de poche »**, dont le produit, eu égard à l'objectif final, est relativement modique. En fait, l'essentiel de ses recettes est constitué des excédents de la CNAVTS (41,3 % du total des recettes en 2003), qui va disparaître dans les années à

venir pour des raisons démographiques, et de **recettes**, d'un montant certes important, mais **qui revêtent un caractère exceptionnel plutôt que pérenne**, à l'exemple des recettes issues de la vente des licences UMTS (22,2 % en 2002 mais 15,5 % en 2003) ou même de celles engendrées par les privatisations (31 % en 2003 mais rien les années précédentes).

D. LES TRANSFERTS DE COMPENSATION

L'annexe e au projet de loi de financement de la sécurité sociale est relative aux compensations financières entre régimes de base de sécurité sociale.

Elle précise qu'il existe, en matière de risque vieillesse, deux types de compensation¹ :

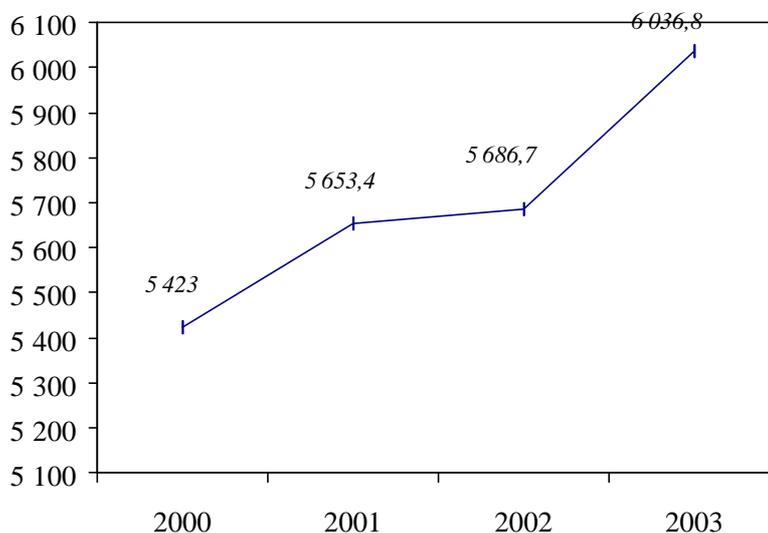
- une compensation généralisée, qui comporte deux étapes : une compensation entre régimes de salariés, et une compensation entre les régimes de salariés et les régimes de non salariés ;

- une compensation spécifique, instituée par la loi de finances pour 1986, qui ne s'applique qu'aux régimes spéciaux de salariés : les principaux contributeurs sont la CNRACL et le régime des fonctionnaires, tandis que les principaux créditeurs sont la CANSSM et la SNCF.

En ce qui concerne les seuls régimes des salariés, le montant de l'ensemble des transferts de compensations ne cesse de s'accroître. Ces transferts ont progressé de 11,3 % depuis 2000, passant de 5,42 milliards d'euros en 2000 à 6,04 milliards d'euros en 2003 :

¹ Il existe également des compensations bilatérales du risque maladie et une compensation généralisée du risque maladie.

Les transferts de compensation par exercice
(en millions d'euros)



Source : PLFSS 2003 - Annexe e.

E. QUELLE RÉFORME POUR LES RETRAITES ?

1. L'engagement du gouvernement : une réforme au cours du premier semestre 2003

Aucune disposition du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale n'engage l'indispensable réforme des retraites.

Il est vrai que le gouvernement n'est installé que depuis quelques mois et qu'il faut lui donner le temps d'arrêter sa position en la matière. Rappelons d'ailleurs que le gouvernement précédent n'avait pas eu assez de cinq ans pour y parvenir...

Toutefois, en réponse à une question de votre rapporteur pour avis, le gouvernement a pris l'engagement d'entreprendre une réforme de notre système de retraite au cours du premier semestre 2003, et à l'issue d'une large concertation sociale.

« La sauvegarde des retraites des régimes obligatoires par répartition, fragilisés par les évolutions démographiques, constitue un axe fort de la politique du gouvernement.

Cette orientation repose sur le principe de solidarité entre les générations et la volonté d'assurer un bon revenu à tous les retraités. Le gouvernement prendra soin de dégager des solutions dans le cadre de chaque régime en tenant compte de leurs spécificités, tout en recherchant une plus grande équité.

Elle s'accompagne du souci de laisser une plus grande marge de choix individuel à ceux qui souhaitent améliorer leur future pension en prolongeant leur activité.

*La concertation organisée avant la prise de décision permettra de définir les voies et moyens de la **préservation du système de retraite par répartition avant la fin du premier semestre 2003**. Le gouvernement souhaite en effet placer au cœur de son action le dialogue social.*

Chaque régime, privé ou public, fera l'objet d'un traitement distinct selon un calendrier approprié et des modalités à négocier au cas par cas ».

2. La doctrine de la commission des finances pour une véritable réforme des retraites

Notre commission des finances a, à de nombreuses reprises, exprimé les idées qu'elle défend en matière de politique des retraites pour notre pays. Votre rapporteur pour avis se contentera donc d'en esquisser les grandes lignes.

Le premier axe concerne le contexte de la réforme. Les projections financières et démographiques disponibles, même celles fondées sur des hypothèses optimistes, montrent que le besoin de financement des régimes de retraite sera d'environ 4 à 4,5 points de PIB dans vingt ans. La situation financière équilibrée de la CNAVTS aujourd'hui, fruit des réformes de 1993 et de l'arrivée à la retraite d'une classe d'âge peu nombreuse, ne doivent pas tromper. A partir de 2005/2006, les régimes retrouveront des déficits qui, en l'absence de réformes, iront croissant.

Parallèlement, toute action doit prendre en compte l'environnement communautaire. L'Union européenne s'empare peu à peu du dossier des retraites, du point de vue normatif, dans la limite de ses compétences, notamment en matière de liberté de circulation et de réglementation des marchés de capitaux, mais aussi du point de vue déclaratif, les recommandations sur les retraites ou la population active étant nombreuses. L'autre élément de contexte européen est livré par nos voisins immédiats chez qui les réformes se multiplient : Allemagne, Suède et Italie pour les systèmes de retraite par exemple ; Finlande et Pays-Bas pour la promotion de l'activité

des salariés âgés. Ces exemples doivent nous inspirer, qu'il s'agisse de l'antériorité de la réforme (ce qui aura des répercussions financières lourdes dans quelques années), de la méthode choisie (le plus souvent une lente concertation) et des leviers utilisés. Dernier élément de contexte, toute réforme en France sera fortement influencée par l'attachement au pacte social que constitue la répartition, par les échecs passés, par l'idée de justice, par la nécessité du dialogue.

Le second axe a trait aux réformes des régimes proprement-dits. Les pistes complémentaires ne manquent pas : durée de cotisation, réforme des régimes particuliers, liberté de choix, ressources supplémentaires, promotion de l'épargne, égalité des actifs, prise en compte des changements sociaux, garantie de taux de remplacement, etc. Sur la plupart de ces points, le Sénat a pu prendre des positions sous la forme, notamment, de propositions de loi.

Le dernier axe concerne toute la réflexion connexe. Il n'apparaît pas possible de dissocier une réforme des régimes de retraite d'un ensemble d'éléments allant de la place des salariés âgés, de la durée des études à la répartition du temps (semaine, année, existence) entre travail et loisirs, à la perception de la vieillesse, à l'encouragement des naissances, etc.

Au total, la question des retraites est trop importante, trop lourde en termes d'enjeux sociaux, personnels, financiers, trop porteuse de sens du point de vue des rapports humains dans notre société, pour être traitée à la légère. Cependant, la poursuite indéfinie de l'attentisme, sous la précédente législature, apparaît destructrice car elle ne fait que rendre plus saillantes des sources de conflits à l'intérieur de notre société, entre générations, entre actifs et inactifs, entre actifs du privé, actifs du public et professions indépendantes, entre professions difficiles et professions moins éprouvantes, etc. C'est pour cette raison que, tous les sondages le montrent, 80 à 90 % des Français réclament une réforme des retraites. Votre rapporteur pour avis et votre commission des finances, qui en proposent des pistes depuis des années, ne peuvent qu'espérer que les Français seront enfin écoutés.

II. LA BRANCHE FAMILLE

A. LES COMPTES DE LA BRANCHE FAMILLE EN EXCÉDENT

Depuis 1999, les comptes de la branche famille du régime général présentés par la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) sont en excédent.

Résultats de la branche famille du régime général

En milliards d'euros	2000	2001	2002 (p)	2003 (p)¹
Famille	1,4	1,7	1,1	1,7

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2002)

L'excédent prévu pour l'année 2002 dans le rapport de la CCSS de septembre 2002 est toutefois moindre que celui de l'année 2001 : respectivement 1,1 milliard d'euros et 1,7 milliard d'euros.

En 2003, la CCSS prévoit que la branche famille du régime général renoue avec le niveau des excédents de 2001, soit 1,7 milliard d'euros. Toutefois, la commission des comptes précise que « *hors ONDAM, les résultats présentés sont à analyser comme « avant toute mesure nouvelle ».* Ainsi, [...] *le transfert de la CNAF au FSV au titre des majorations de pension est maintenu au taux de 2002 (30 %)* ».

Or, l'**article 41** du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit que la part prise en charge par la caisse nationale des allocations familiales des dépenses relatives à la majoration de pension pour enfants est fixée à 60 % pour 2003, contre 30 % en 2002, ce qui représentera, d'après l'annexe c au présent projet de loi de financement, une **dépense supplémentaire de 945 millions d'euros en 2003 à la charge de la CNAF**.

¹ Le compte établi pour 2003 n'intègre pas les mesures qui seront prises dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003. C'est un compte « tendanciel » destiné à servir de base au projet de loi de financement, et qui reflète la situation dans laquelle se trouveraient les organismes de sécurité sociale avant toute mesure inscrite dans cette loi.

**De nombreuses mesures ont une incidence sur les comptes
de la branche famille entre 2000 et 2003**

Il s'agit :

- du versement des allocations familiales jusqu'à 19 ans pour toutes les familles et du recul des majorations pour âge (LFSS 1999) ;
- du recul d'un an de l'âge limite d'ouverture du droit au complément familial à 21 ans (LFSS 2000), qui conduit à prendre en compte le coût des jeunes adultes qui vivent encore chez leurs parents ;
- de la création de l'allocation de présence parentale (LFSS 2001) qui a pour objectif d'aider les parents d'un enfant gravement malade, handicapé ou accidenté, et dont l'état de santé nécessite des soins continus de la part des parents, qui réduit donc son activité professionnelle ;
- de l'autorisation de cumul de l'APE avec un revenu d'activité (LFSS 2001), qui vise à inciter à des sorties anticipées de la prestation ;
- de la réforme de l'AFEAMA¹ (LFSS 2001) qui vise à ouvrir aux familles modestes l'accès au mode de garde concerné dans des conditions financières proches de celles existantes dans les crèches ;
- des mesures d'amélioration de la solvabilisation des aides au logement (LFSS 1999 et suivantes) : rapprochement des loyers plafond de l'ALF et de l'APL (LFSS 1999), passage de 20 à 21 ans de l'âge limite de prise en compte des enfants dans le calcul des aides (LFSS 2000), mise en place d'un barème unique pour tous les locataires bénéficiaires d'aides au logement (LFSS 2001) ;
- de la réforme du système des compléments d'AES (LFSS 2002) afin d'éliminer les disparités locales constatées jusqu'à ce jour ;
- de la création du congé de paternité (LFSS 2002), prestation assimilée à une indemnité journalière maladie, mais prise en charge par la CNAF et qui n'est donc pas comptabilisée parmi les prestations légales ;
- du développement des actions du fonds national d'action sociale dans le cadre des conventions d'objectifs et de gestion successives.

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2002)

¹ Prestation affectée à la garde des enfants par des assistantes maternelles.

Le coût estimé de ces différentes mesures nouvelles mises en place entre 2000 et 2003 est retranscrit dans le tableau suivant :

Coût estimé des mesures nouvelles mises en place entre 2000 et 2003

(en millions d'euros)

	2000	2001	2002	2003
Allocations familiales	- 49			
Complément familial	46	46		
Allocation de présence parentale		6	12	18
Allocation parentale d'éducation		- 17		
AFEAMA		76	91	
Allocation de logement	67	160	297	
Allocation d'éducation spéciale			38	61
Total des mesures sur prestations légales	64	271	438	79
FNAS	38	150	221	
Congé de paternité			107	

Source : Direction de la sécurité sociale

1. Le résultat des comptes de la branche famille en 2001 est lié au contexte économique

En 2001, le résultat net de la branche famille (1,7 milliard d'euros) s'est amélioré de 218 millions d'euros par rapport à 2000, grâce notamment au dynamisme exceptionnel des recettes :

- + 6,7 % pour les cotisations sociales entre 2000 et 2001 ;
- + 3,3 % pour les impôts, taxes et CSG affectés.

S'agissant des charges de la branche, les dépenses de prestations légales ont peu évolué en volume et la CNAF a supporté, pour la première année, une charge de 437,4 millions d'euros au profit du FSV pour les majorations de pension de retraite au titre des enfants à charge. Le montant total des prestations légales versées s'est élevé à 31,2 milliards d'euros en 2001, en progression de 3,3 % par rapport à l'année précédente.

2. L'excédent de la branche famille s'est dégradé en 2002

En 2002, le résultat de la branche famille devrait s'établir à 1,1 milliard d'euros d'après les prévisions de la CCSS.

La dégradation par rapport à l'exercice 2001 s'explique d'une part par la moindre progression des cotisations sociales (3 % en 2002 contre 6,7 % en 2001) et des impôts et taxes affectés (2,4 % contre 3,3 %). Cette faible évolution s'explique notamment par le caractère exceptionnel de l'exercice 2001.

D'autre part, les charges recalculées progresseraient d'un point plus rapidement qu'en 2001. Cette accélération est essentiellement due :

- à la poursuite de la prise en charge par la CNAF des majorations pour enfant au profit du FSV (la CNAF assurait 30 % du financement de ces majorations en 2002, pour un coût de 958 millions d'euros) ;

- à la mise en place du congé de paternité : + 180 millions d'euros en 2002 ;

- à la mise en place du fonds d'investissement pour le développement des structures d'accueil de la petite enfance (FIPE) : + 31 millions d'euros en 2002 ;

- au dynamisme des dépenses d'action sanitaire et sociale et plus particulièrement la politique en faveur des crèches ;

- à la seconde étape de l'alignement des barèmes des aides au logement : 447 millions d'euros.

En outre, en 2002, la progression des prestations légales pour la branche famille garderait un rythme soutenu de + 3,9 %. La revalorisation de la base mensuelle des allocations familiales (BMAF : + 2,1 %) et les dispositions des dernières loi de financement expliquent cette progression. Les seuls effets volumes sont en effet peu élevés pour l'exercice 2002 (+ 1 %).

Ainsi, d'après l'analyse fournie par la CCSS dans son rapport de septembre 2002, *« l'évolution tendancielle (hors mesures nouvelles) des prestations familiales est moins rapide que par le passé, mais la branche famille finance de nombreuses mesures nouvelles qui, associées à une moins bonne conjoncture économique, dégrade son résultat »*.

Evolution des charges et produits de la CNAF (1999-2003)

(en millions d'euros)

	1999	2000	%	2001	%	2002	%	2003	%
Charges	40.861	40.920	0,1 %	43.193	5,6 %	45.089	4,4 %	46.290	2,7 %
Produits	41.107	42.386	3,1 %	44.877	5,9 %	46.177	2,9 %	47.965	3,9 %
Résultat net	246	1.466		1.684		1.088		1.675	

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2002)

3. Le niveau incertain de l'excédent de la CNAF en 2003 (articles 41, 42 et 46)

D'après la CCSS, dans son rapport de septembre 2002, « en 2003, les hypothèses retenues conduisent la CNAF à retrouver son résultat net de l'exercice 2001 (1,7 milliard d'euros) ».

S'agissant des produits de la branche, les cotisations progresseraient de 4,2 % et les impôts et taxes affectés de 3,7 %, soit nettement plus que lors de l'exercice précédent.

S'agissant des charges, l'incidence des mesures déjà prises au cours des années antérieures serait de 79 millions d'euros. Les effets volumes restant faibles, la masse des prestations progresserait de 2,5 % pour atteindre 33,3 milliards d'euros.

Toutefois, la CCSS précise que ses prévisions ont été élaborées en tenant compte d'une prise en charge par la CNAF des dépenses de majoration de pensions pour enfants à hauteur de 30 %, soit un niveau identique à celui de l'année 2002. Or l'article 41 du présent projet de loi de financement fixe cette fraction à 60 %, soit un doublement du taux de prise en charge par la CNAF.

L'annexe c au présent projet de loi de financement précise que les dépenses supplémentaires de la CNAF au titre de cette prise en charge s'élèveront en 2003 à 945 millions d'euros, alors même que ces dépenses étaient de 958 millions d'euros en 2002. Les prévisions de la CCSS, hors mesures nouvelles, établissent le montant de ces dépenses à 946,6 millions d'euros en 2003. On peut donc estimer que, au total, les dépenses de la CNAF au titre de la prise en charge de la majoration de pensions pour enfants s'élèveront en 2003 à 1.891,6 millions d'euros.

En outre, les prestations familiales légales évolueraient de 2,5 % en 2003. En prenant en compte le rattrapage de l'inflation sur 2001 de 0,2 %, ces

prestations seront revalorisées de 1,7 % en 2003, assurant ainsi le maintien du pouvoir d'achat des prestations familiales.

Enfin, la CCSS indique que, « à la différence de 2002, les mesures nouvelles des deux dernières années ont un impact financier limité. Seules les mesures de financement des crèches, inscrites dans une programmation pluriannuelle, restent très rapides. Les dépenses de prestations extra-légales progressent ainsi de plus de 10 % et le FIPE coûte à la branche 107 millions d'euros ».

Cette affirmation doit cependant être relativisée au regard des dispositions contenues dans le présent projet de loi de financement et notamment celles de l'article 41 précité.

L'objectif de la branche famille dans le PLFSS 2003 (articles 42 et 46)

L'article 42 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale fixe à **43,62 milliards d'euros pour 2003** l'objectif de la branche famille de l'ensemble des régimes obligatoires de base de plus de 20.000 cotisants, soit 13,2 % du total des dépenses entrant dans le champ du PLFSS. Cet objectif de dépenses progresse de 5,2 % par rapport à l'objectif 2002 révisé, qui s'établit à 41,48 milliards d'euros d'après les dispositions de l'article 46 du présent projet de loi de financement.

Il convient de rappeler que l'objectif de dépenses de la branche famille s'établissait à 42,01 milliards d'euros en loi de financement de la sécurité sociale pour 2002. Cet objectif a donc été révisé à la baisse de 530 millions d'euros, soit - 1,26 %.

Le niveau et l'évolution des prestations familiales entre 2000 et 2003 sont retranscrits dans le tableau suivant :

Masses financières des prestations et évolution

(en millions d'euros)

	2000	2001	%	2002	%	2003	%
Total des prestations légales	30 242	31 237	3,3	32 455	3,9	33 260	2,5
Prestations d'entretien	16 863	17 148	1,7	17 474	1,9	17 763	1,6
allocations familiales	10 957	11 097	1,3	11 274	1,6	11 442	1,5
complément familial	1 534	1 565	2,0	1 563	-0,1	1 551	-0,7
allocation pour jeune enfant	2 754	2 799	1,6	2 870	2,5	2 938	2,4
allocation d'adoption	4	3	-8,5	3	2,2	3	1,8
allocation de soutien familial	892	924	3,6	966	4,6	1 007	4,2
allocation de parent isolé	722	754	4,3	789	4,7	806	2,2
allocation de présence parentale	0	6	-	10	80,8	15	50,0
Prestations pour la garde des enfants	4 630	4 904	5,9	5 281	7,7	5 528	4,7
allocation parentale d'éducation	2 800	2 904	3,7	3 008	3,6	3 090	2,7
AFEAMA	1 695	1 871	10,4	2 143	14,5	2 305	7,5
AGED	133	129	-2,9	129	0,1	133	3,0
Prestations en faveur de l'éducation (ARS)	1 372	1 349	-1,6	1 385	2,7	1 406	1,5
Prestations en faveur du logement (ALF)	2 819	3 043	7,9	3 252	6,9	3 318	2,0
Prestations en faveur des handicapés	4 356	4 587	5,3	4 852	5,8	5 032	3,7
AAH	4 028	4 238	5,2	4 448	5,0	4 551	2,3
AES	328	350	6,7	405	15,7	481	18,8
Autres prestations	202	206	2,0	210	2,0	214	1,9
Prestations extra-légales	2000	2 110	5,5	2 331	10,5	2 556	10,1
Contributions de la CNAF Au FNH et au FNAL	3027	3 105	2,6	3 146	1,3	3 174	0,9

Source : Direction de la sécurité sociale

B. DEUX MESURES NOUVELLES EN 2003

1. Le versement d'une allocation forfaitaire aux familles perdant le bénéfice des allocations familiales (article 40)

L'article L. 521-1 du code de la sécurité sociale dispose que les allocations familiales sont dues à partir du deuxième enfant à charge. En outre, l'article L. 512-3 du même code précise que, sous réserve de règles particulières à chaque prestation, ouvre droit aux prestations familiales tout enfant jusqu'à la fin de l'obligation scolaire et, après la fin de l'obligation scolaire, et jusqu'à un âge limite, tout enfant dont la rémunération éventuelle n'excède pas un plafond. L'âge limite mentionné est fixé au vingtième anniversaire.

L'**article 40** du présent projet de loi de financement se propose de compléter cet article afin de permettre le versement d'une allocation forfaitaire, dont le montant est fixé par décret, aux familles ayant plusieurs enfants à charge et qui perdent le bénéfice des allocations familiales lorsque l'aîné atteint son vingtième anniversaire, soit l'âge limite de versement des allocations familiales. Cette allocation est versée à la condition que le ou les enfants concernés (en cas d'enfants issus de naissances multiples) répondent aux conditions autres que celle de l'âge pour l'ouverture du droit aux allocations familiales. Ces dispositions seront applicables à compter du 1^{er} juillet 2003 pour les enfants qui atteignent l'âge limite à compter de cette date.

En effet, lorsque les enfants atteignent leur vingtième anniversaire, les familles perdent le bénéfice des allocations familiales, alors qu'elles continuent très souvent à assumer la charge des enfants.

Dans son rapport de septembre 2002, la commission des comptes de la sécurité sociale a étudié l'impact sur le revenu des ménages de la sortie des prestations familiales en se basant sur six cas-types de couples avec respectivement deux, trois et quatre enfants à charge et deux niveaux de salaire et en établissant une courte chronique de leur revenu disponible entre le 20^{ème} et le 23^{ème} anniversaire de l'aîné.

D'après les conclusions de cette étude, «le 20^{ème} anniversaire d'un enfant entraîne toujours une diminution significative du revenu disponible dans un ménage avec deux enfants ou plus, du fait de la baisse des allocations familiales. Cette baisse varie de 109 euros à 248 euros mensuels. Elle est la plus importante pour une famille de trois enfants car cumulant : la perte de la part d'allocations familiales liée au passage de trois à deux enfants, soit 140 euros ; la perte de la majoration d'âge de l'aîné, soit 54 euros ; la perte de la majoration d'âge du cadet, soit 54 euros ».

D'après les estimations du gouvernement incluses dans l'exposé des motifs de l'article 40, une famille de trois enfants, dont l'aîné atteint son vingtième anniversaire, peut perdre jusqu'à 249,57 euros d'allocations familiales, majorations pour âge comprises.

Le versement d'une allocation forfaitaire par enfant et par mois, qui sera fixé par décret à 70 euros (soit 840 euros par an), aux familles ayant au moins trois enfants à charge et qui perdent le bénéfice des allocations familiales du fait de l'arrivée à l'âge limite de versement d'un ou plusieurs enfants, devrait ainsi permettre de limiter l'impact sur le revenu de ces familles de la sortie du dispositif des allocations familiales et lisser un peu plus l'effet de seuil lié à l'arrivée au vingtième anniversaire de l'aîné.

Le nombre de familles concernées par cette mesure nouvelle devrait être de 143.700 pour un coût en année pleine de 130 millions

d'euros et de 32,5 millions d'euros la première année, d'après l'exposé des motifs de cet article. L'annexe c au présent projet de loi de financement mentionne toutefois des dépenses supplémentaires de 50 millions d'euros au titre des « mesures nouvelles sur prestations familles ».

Votre rapporteur pour avis accueille favorablement cette mesure à destination plus spécifique des familles nombreuses.

2. La poursuite du transfert à la branche famille de la prise en charge des dépenses liées à la majoration de pensions pour enfants (article 41)

a) Un transfert mis en place par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001

L'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a instauré une prise en charge progressive par la CNAF des dépenses assumées par le fonds de solidarité vieillesse (FSV) au titre des majorations de pensions servies aux parents de trois enfants et plus, et a ainsi modifié les dispositions de l'article L. 223-1 du code de la sécurité sociale définissant le rôle de la CNAF. L'échéancier alors fixé par la LFSS pour 2001 était le suivant : 30 % en 2002, 45 % en 2003, 60 % en 2004, 75 % en 2005, 90 % en 2006 et 100 % en 2007. Cet avantage non contributif normalement pris en charge par le FSV représente 2,9 milliards d'euros.

En 2001, la CNAF a versé au FSV un montant correspondant à 15 % des dépenses relatives aux majorations de pensions pour enfants, soit 437,4 millions d'euros d'après le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2002.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a fixé ce taux de prise en charge des dépenses liées aux majorations de pensions pour enfants à 30 %. Ainsi, en 2002, la CNAF aura versé 958 millions d'euros au FSV à ce titre.

b) Un transfert accéléré par le présent projet de loi de financement

L'**article 41** du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale dispose que la part prise en charge par la CNAF des dépenses relatives aux majorations de pension pour enfants relevant normalement du FSV est égale à une fraction fixée à 60 % pour l'année 2003, soit le double du taux de prise en charge fixé pour l'année 2002.

L'accélération de cette prise en charge devrait entraîner des dépenses supplémentaires de l'ordre de 945 millions d'euros pour la

CNAF en 2003, soit un total, pour la branche famille, de près de 1,9 milliard d'euros au titre des majorations de pensions pour enfants en 2003.

Dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2002, la Cour des comptes estime que *« cette prise en charge diminue sensiblement les marges financières qui pourraient être affectées à l'amélioration des prestations de familles ayant des enfants à charge »*.

Votre rapporteur pour avis estime en effet que les prélèvements ainsi effectués aux dépens de la branche famille ont pour effet de neutraliser les excédents de la branche et souhaiterait à l'avenir que ces excédents soient utilisés en faveur des familles et non pour assumer la mission du FSV qui est, précisément, de prendre en charge les dispositions de solidarité nationale applicables aux régimes obligatoires de retraite.

C. LES ORIENTATIONS GOUVERNEMENTALES EN FAVEUR DES FAMILLES

La traditionnelle conférence de la famille n'ayant pu avoir lieu au cours du printemps 2002 en raison des échéances électorales, il faudra attendre la prochaine conférence de 2003 pour parvenir à la *« refondation de la politique familiale »* souhaitée par le gouvernement. Il est en outre indiqué par ce dernier, dans sa présentation du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, que *« pour la première fois, des groupes de travail préparent très en amont la traditionnelle conférence de la famille avec pour mission de définir les contours d'une nouvelle prestation d'accueil du jeune enfant, de nouveaux services aux familles, de nouvelles relations entre l'entreprise et la politique de la famille »*.

Trois groupes de travail ont ainsi été mis en place à l'initiative du ministre délégué à la famille. Ils sont chargés de réfléchir à des propositions relatives à trois thèmes majeurs : la prestation d'accueil du jeune enfant ; les services à la famille et à la parentalité ; la politique familiale dans les entreprises. Ils devront présenter les résultats de leurs travaux en février 2003.

Votre rapporteur pour avis souhaiterait ici insister plus particulièrement sur deux types de prestations.

1. L'accueil du jeune enfant

a) Les prestations existantes

Il existe différentes aides publiques destinées à aider les parents à assurer la garde du jeune enfant. Les prestations dédiées à la garde des enfants ont été particulièrement dynamiques en 2001 : hors prestations extra-légales, elles ont progressé de 5,9 %. La reprise des dépenses au titre de l'allocation parentale d'éducation (APE) ainsi que l'évolution dynamique des prestations AFEAMA expliquent cette augmentation.

Ainsi, l'APE progresse de 3,7 % en 2001, ce qui s'explique par le taux de natalité et par le ralentissement conjoncturel qui se serait traduit par le retrait du marché du travail de parents de jeunes enfants.

Les dépenses liées à l'AFEAMA ont poursuivi leur progression : + 10,4 % par suite de la croissance du nombre d'enfants gardés, de la progression de l'assiette des cotisations et de la réforme du complément d'AFEAMA versé aux familles. Les dépenses devraient rester très dynamiques en 2002 et ralentir en 2003.

Les dépenses au titre de l'allocation destinée à la prise en charge des cotisations sociales pour les familles qui font garder leurs enfants à domicile par une employée de maison (AGED) régressent de 2,9 %, ce qui correspond à une diminution significative des effectifs d'employeurs déclarants et de la durée d'emploi de l'employée de maison. Ces dépenses devraient continuer de diminuer en 2002 et 2003.

En outre, les prestations extra-légales ont progressé de 4,2 % en 2001 par rapport à l'exercice 2000. L'évolution devrait être plus forte en 2002 et 2003 (plus de 10 %) compte tenu notamment des orientations de la convention d'objectifs et de moyens (2001-2004), en particulier le développement de l'accueil en crèche des jeunes enfants.

Votre rapporteur pour avis souhaite que les efforts en faveur de l'accueil du jeune enfant, et notamment les investissements effectués en faveur du développement des structures d'accueil de la petite enfance, soient poursuivis et amplifiés.

Le fonds d'investissement pour le développement des structures d'accueil de la petite enfance (FIPE)

L'article 23 de la LFSS pour 2001 a créé au sein du fonds national d'action sociale de la CNAF un fonds d'investissement pour le développement des structures d'accueil de la petite enfance destiné à financer des projets de création ou d'aménagement des structures accueillant les enfants de moins de 6 ans. Ce fonds est financé intégralement par un prélèvement sur les réserves constituées par l'excédent de l'exercice comptable 1999 de la branche famille à hauteur de 230 millions d'euros. Ce fonds prendra fin après épuisement de ces crédits.

Ce dispositif est fortement incitatif puisque la création ou l'aménagement de place peut être subventionné à hauteur de 6.000 et 11.000 euros par place. Il permet aussi d'encourager l'innovation puisque des subventions majorées sont prévues pour les structures multi-accueil ou qui répondent à des objectifs prioritaires. Un financement majoré est également possible lorsque le projet est intercommunal, ceci afin de favoriser la création de services d'accueil en milieu rural.

Dans le prolongement des mesures adoptées en 1999, lors de la conférence sur la famille du 11 juin 2001, il a été prévu d'accorder des subventions d'aide à l'investissement pour financer l'effort de développement et la diversification des propositions d'accueil des jeunes enfants dès 2/3 ans, ainsi que les aides à l'équipement des assistantes maternelles.

Compte tenu du caractère non pérenne du dispositif, ces charges sont inscrites en dépenses exceptionnelles du FNAS, afin de les isoler des autres mesures à caractère permanent qu'il finance (contrats enfance, etc.), à hauteur de 30 millions d'euros en 2002, 107 millions d'euros en 2003 et 91 millions d'euros en 2004.

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2002)

b) Le projet de création d'une prestation d'accueil du jeune enfant

Le projet de prestation d'accueil du jeune enfant, qui devrait être présenté au cours de la prochaine conférence de la famille, est destiné à simplifier le dispositif existant. Cette prestation remplacera le système actuel, caractérisé par sa complexité et devrait aider les parents à mieux gérer leur activité professionnelle et l'éducation de leurs enfants. Elle devrait permettre aussi d'avoir le choix entre mode de garde collectif et mode de garde individuel.

Cette nouvelle prestation s'accompagnera de mesures relatives au développement de l'offre de garde : création de structures d'accueil et revalorisation des métiers de la petite enfance notamment.

2. La finalisation de la réforme des aides au logement

Une importante réforme des allocations logement dans le secteur locatif avait été décidée lors de la conférence de la famille du 15 juin 2000. Mise en œuvre à partir du 1^{er} janvier 2001 pour un coût estimé à 1 milliard d'euros, elle visait un double objectif :

- une simplification et une harmonisation des barèmes, complexes, des allocations logement à caractère social ou familial (ALS ou ALF) et des aides personnelles au logement (APL) ;

- un traitement plus équitable des petits revenus d'activité face aux *minima* sociaux dans le calcul du montant des aides afin d'éviter de favoriser les « trappes à inactivité ».

L'instauration du barème unique a eu deux effets :

- une augmentation de l'aide pour les allocataires de faibles revenus (ceux situés au voisinage du RMI) ;

- une augmentation sensible de l'allocation de logement familiale pour les 75 % d'allocataires dont le loyer était supérieur aux plafonds.

Le coût de cette réforme est évalué à 1 milliard d'euros, dont 442 millions en 2001 et 548 millions en 2002. En outre, le coût sera supporté à hauteur de 442 millions d'euros par la CNAF et de 548 millions d'euros par l'Etat au titre des allocataires n'ayant pas d'enfants à charge.

Le financement des aides au logement

Trois aides, accordées sous conditions de ressources, sont destinées à assurer une couverture partielle des frais de logement : l'aide personnalisée au logement (APL), l'allocation de logement à caractère familial (ALF) ainsi que l'allocation de logement à caractère social (ALS). Il est à noter que, depuis 1993, des aides sont accordées aux associations logeant à titre temporaire des personnes défavorisées (ALT).

Si ces trois aides ainsi que l'ALT sont versées par les CAF, elles sont financées de façon différente :

- l'ALF est financée intégralement par la branche famille ;

- l'ALS est financée par le Fonds national de l'aide au logement (FNAL), lui-même financé principalement par le budget de l'Etat et par une cotisation des employeurs.

Depuis 1993, le FNAL gère également les fonds de l'aide aux associations logeant de façon temporaire les personnes défavorisées (ALT). La CNAF et le BAPSA contribuent pour moitié au financement de l'ALT (respectivement 48 % et 2 %), l'autre moitié étant financée par l'Etat. Cette contribution est également retracée dans les comptes de la CNAF sous la rubrique « Financement FNH-FNAL ».

- L'APL est gérée financièrement par le fonds national de l'habitation (FNH). Ce fonds est financé par la CNAF (50,28 % au titre du FNPF), la Mutualité sociale agricole (1,37 % au titre du BAPSA), le FNAL (11,11 %) et une contribution budgétaire de l'Etat (37,25 %). La contribution de la CNAF (qui inclut la participation de la MSA) est retracée dans les comptes de la CNAF sous la rubrique « Financement FNH-FNAL ».

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2002)

III. LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

Les premières estimations concernant l'évolution des **accidents du travail** survenus en 2001, réalisées de façon trimestrielle par la CNAMTS, font apparaître un nombre total d'accidents du travail de 1,36 million, soit une quasi-stabilité par rapport à l'année précédente (+ 0,2 %). Ce nombre a toutefois progressé de 3,5 % depuis 1997. Parmi les accidents constatés en 2001, 55,3 % ont entraîné un arrêt de travail. Le nombre d'accidents mortels s'est établi à 717 en 2000, soit 0,05 % de l'ensemble des accidents de cette année-là. Ce nombre est globalement stable.

En ce qui concerne les **maladies professionnelles**, 29.771 maladies ont été déjà reconnues en 2000 (les données sont toutefois semi-définitives, seuls les chiffres du premier trimestre étant définitifs), contre 24.208 en 1999 et 17.722 en 1998. Ce chiffre comprend l'ensemble des maladies professionnelles constatées, déclarées et reconnues, qu'elles aient ou non entraîné un arrêt de travail ou une incapacité permanente de la victime. Pour l'année 2001, les données provisoires font déjà ressortir que 26.545 maladies au moins ont été reconnues, dont 13.264 maladies ayant entraîné un arrêt ou une incapacité permanente. Cette donnée est appelée à être révisée ultérieurement.

Parmi ces maladies, il convient de souligner l'importance des affections péri-articulaires (69 %), des affections par poussière d'amiante (11,2 %) et des lombalgies et dorsalgies (7,4 %) reconnues par les nouveaux tableaux de maladies professionnelles.

Le nombre de reconnaissances de maladies professionnelles continue d'augmenter et résulte non seulement de la reconnaissance de maladies à long délai de latence mais aussi de l'avancée des droits en matière d'indemnisation.

A. LES COMPTES DE LA BRANCHE : UN EXCÉDENT STRUCTUREL ?

1. En 2001

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 avait prévu, pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), un objectif de dépenses de 8,57 milliards d'euros. Les dépenses effectives ont été inférieures à cet objectif de 160 millions d'euros, et ont atteint 8,45 milliards d'euros, en progression de 4,3 % par rapport à 2000 (8,10 milliards d'euros). Le régime général représente 87 % de l'ensemble de la branche.

Le rapport public particulier de la Cour des comptes consacré à la branche

La Cour des comptes a consacré, en février 2002, un rapport public particulier aux accidents du travail et aux maladies professionnelles, où elle a montré, notamment, que **les dépenses imputées à cette branche de la sécurité sociale ne traduisent pas la situation réelle des coûts induits par les risques professionnels.**

Ce document retraçait aussi certaines données financières de l'exercice 2001. Les écarts entre les chiffres en encaissements-décaissements et ceux en droits constatés tiennent principalement à ce que le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) n'a pas été mis en place avant fin 2001 et à ce que la contribution du régime général des AT-MP n'a donc pas pu être versée en 2001. D'autre part, la réduction du solde excédentaire de la branche résulte notamment des contributions versées par cette branche au FIVA et au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante.

Source : rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale, septembre 2002.

La branche AT-MP a bénéficié en 2001 de rentrées de cotisations patronales en vive hausse, de 6,8 %, à 6,6 milliards d'euros grâce à la forte croissance de la masse salariale, et en dépit de la baisse de 7/1000^{èmes} de point du taux de cotisation employeur à la branche (2,193 % en 2001, contre 2,20 % en 2000).

Néanmoins, le résultat net de la branche, qui s'établit à 20 millions d'euros en 2001, s'est fortement dégradé : il s'élevait à 350 millions d'euros en 2000, en raison de la forte hausse des charges (+ 13,7 %), ainsi répartie :

- 541 millions d'euros au titre des contributions aux fonds prenant en charge les victimes de l'amiante, soit 103 millions d'euros pour le doublement de la dotation au FCAATA et 438 millions d'euros pour la première dotation au FIVA ;

- 193 millions d'euros au titre de la forte hausse des prestations d'incapacité temporaire (+ 8,6 %) ;

- 117 millions d'euros en raison de l'augmentation des actions de prévention ;

- 179 millions d'euros au titre d'une provision exceptionnelle liée à la créance du FOREC pour la gestion 2000.

2. En 2002 et 2003 : un excédent en hausse (articles 37 et 39)

En 2002 et 2003, l'excédent de la branche AT-MP, au titre du seul régime général, devrait, selon la commission des comptes de la sécurité sociale, atteindre un niveau plus élevé qu'en 2001, respectivement de 70,3 millions d'euros et de 391,6 millions d'euros.

L'objectif de dépenses de la branche de la branche accidents du travail et maladies professionnelles

L'article 39 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale fixe à **9,40 milliards d'euros pour 2003** l'objectif de la branche AT-MP de l'ensemble des régimes obligatoires de base de plus de 20.000 cotisants, soit 2,85 % des agrégats de dépenses du PLFSS. Cet objectif de dépenses progresse de 4,2 % par rapport à l'objectif 2002 révisé, qui s'établit à 9,02 milliards d'euros.

Il convient de rappeler que l'objectif de dépenses de la branche AT-MP s'établissait à 8,40 milliards d'euros en loi de financement de la sécurité sociale pour 2002. Cet objectif a donc été révisé à la hausse de 620 millions d'euros, soit + 7,4 %.

L'amélioration de l'excédent de la branche résulte de la conjonction d'une progression modérée des produits, et plus encore de celle des charges.

Accidents du travail - Maladies professionnelles

en millions d'euros

	2000	2001	%	2002	%	2003	%
Charges	7 446,8	8 468,5	13,7	8 612,9	1,7	8 639,8	0,3
Produits	7 796,9	8 488,1	8,9	8 683,2	2,3	9 031,4	4,0
Résultat net	350,0	19,5		70,3		391,6	

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2002).

Ainsi, les produits progresseraient de 2,3 % en 2002 et de 4 % en 2003, cette moindre rentrée de cotisations étant due au ralentissement de la croissance de la masse salariale.

Du côté des charges, les rentes d'incapacité permanente évolueraient modérément, au rythme des revalorisations générales des pensions, soit + 2,2 % en 2002 et + 1,5 % en 2003. Au contraire, les prestations d'incapacité temporaire poursuivraient leur vive progression, soit + 7,4 % en 2002 et + 6 % en 2003. Quant aux dotations aux «fonds amiante»¹, elles permettraient de couvrir leurs besoins croissants, comme le montre le tableau présenté ci-dessus. Enfin, les transferts au titre des AT-MP aux régimes de sécurité sociale dont les effectifs décroissent continueraient de diminuer².

L'excédent 2003 est toutefois calculé avant prise en compte du transfert vers la CNAMTS au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles déterminé par le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, soit 330 millions d'euros après 300 millions d'euros en 2002 (**article 37**), mais aussi avant le remboursement par la CADES de la moitié de la créance FOREC 2000, pour un montant de 90 millions d'euros (**article 5**).

¹ Cf. *infra*.

² Il convient de noter que, à compter de 2002, le Fonds commun d'accidents du travail (FCAT) va compter moins de 20.000 cotisants.

La sous-déclaration des accidents du travail

L'**article 37** du présent projet de loi de financement fixe à 330 millions d'euros pour 2003 le montant du versement de la branche AT-MP à la branche maladie du régime général, afin de compenser auprès de cette dernière les conséquences financières de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles.

Ce phénomène a été exposé par de nombreux rapports, le dernier en date étant celui de la commission présidée par Mme Levy-Rosenwald, conseiller-maître à la Cour des comptes. Ses conclusions insistent sur l'ampleur des incertitudes entachant la détermination des montants de cette sous-évaluation pour la branche maladie, mais permettent de penser que son impact financier est supérieur à 300 millions d'euros.

Les causes de cette sous-déclaration sont multiples : méconnaissance de l'origine professionnelle des pathologies par le corps médical, sous-déclaration à la branche AT-MP par les victimes elles-mêmes, méconnaissance du caractère professionnel des maladies par les caisses, mauvaise imputation des dépenses hospitalières à la branche AT-MP par les établissements.

Ainsi, après prise en compte des mesures nouvelles du présent projet de loi de financement, **l'excédent de la branche en 2003 s'établirait à 151,6 millions d'euros** ($391,6 - 330 + 90$ millions d'euros).

3. Le caractère structurel des excédents de la branche AT-MP

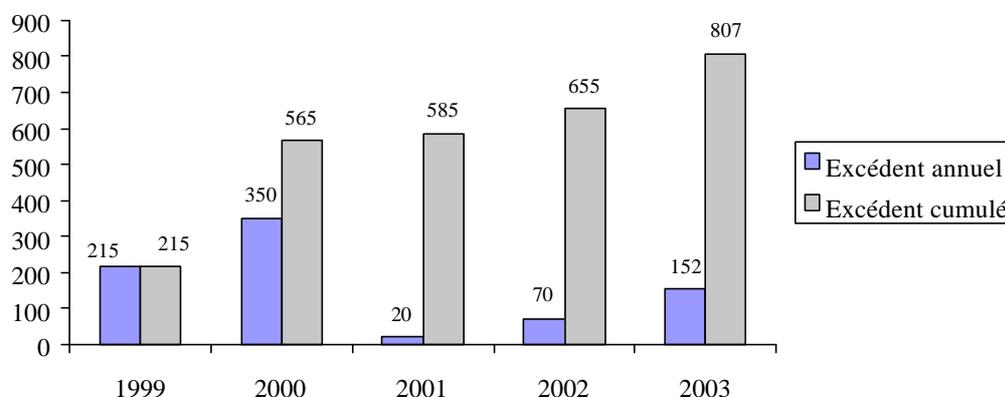
La branche accidents du travail et maladies professionnelles affiche, depuis au moins 1997, des excédents réguliers qui donnent à ceux-ci un caractère apparemment structurel.

Certes, l'excédent annuel de la branche a eu tendance à diminuer, puisqu'il est passé, en droits constatés, de 215 millions d'euros en 1999 à 152 millions d'euros en 2003, et même à 20 millions d'euros en 2001.

Toutefois, son excédent cumulé augmente régulièrement et de manière très sensible : il est ainsi passé de 215 millions d'euros en 1999 à 807 millions d'euros en 2003, soit une progression de plus de 275 % sur cinq ans.

Excédents de la branche AT-MP

(en millions d'euros en droits constatés)



Source : Direction de la sécurité sociale

Toutefois, les charges de la branche sont très probablement appelées à s'alourdir dans les années à venir. C'est pour obtenir des informations sur le financement à long terme de ces charges que l'Assemblée nationale a adopté un amendement demandant le dépôt d'un rapport présentant, avant le 15 octobre 2003, l'impact financier de l'indemnisation des victimes de l'amiante pour l'année en cours et pour les vingt années suivantes (**article 1^{er} quinquies**).

B. L'INDEMNISATION DES VICTIMES DE L'AMIANTE

Comme l'écrivait le prédécesseur de votre rapporteur pour avis, à propos du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, « *le coût du drame de l'amiante est destiné à monter progressivement en puissance maintenant que les principaux éléments du cadre législatif sont fixés* »¹.

Il convient de constater la justesse de cette analyse.

La branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général est le principal contributeur des fonds créés pour assurer l'indemnisation des victimes de l'amiante : sur la période 2000 à 2003, elle devrait contribuer à hauteur de 1,87 milliard d'euros au financement de ces fonds, soit une contribution moyenne de 470 millions d'euros par an.

¹ Sénat, n° 61 (2001-2002), page 184.

Dotation de la branche AT-MP aux fonds liés à l'amiante

(en millions d'euros)

	2000	2001	2002	2003
FCAATA	102,9	205,8	300	450
FIVA	0	438,3	180	190
TOTAL	102,9	644,1	480	640

Source: Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2002).

1. Le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) (article 36)

L'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a créé une allocation de cessation anticipée d'activité, c'est-à-dire une préretraite, destinée aux travailleurs de l'amiante âgés de plus de 50 ans, et a également institué le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) qui finance cette allocation.

Le dispositif était initialement ouvert aux personnes atteintes d'une maladie professionnelle liée à l'amiante et aux personnes ayant travaillé dans un établissement de fabrication de matériaux contenant de l'amiante.

L'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 a élargi le dispositif aux personnes ayant travaillé dans un établissement de flocage et de calorifugeage à l'amiante, de même qu'il a été étendu aux personnes qui avaient exercé un métier dans un établissement de construction ou de réparation navale ou avaient été « ouvriers dockers professionnels ».

Enfin, un arrêté du 3 décembre 2001 a étendu le dispositif aux personnes atteintes de plaques pleurales.

Le nombre d'allocataires présents dans le dispositif, inférieur à 4.000 personnes fin 2000, a dépassé 12.000 personnes en juin 2002.

a) Les charges du FCAATA

En raison de l'augmentation du nombre de bénéficiaires, le montant de l'allocation - versé mensuellement par les caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) et financé par le fonds - ne cesse d'augmenter : en juin 2002, les CRAM versaient 16 millions d'euros à ce titre.

En outre, le fonds prend à sa charge les cotisations d'assurance volontaire vieillesse et les cotisations de retraite complémentaire des bénéficiaires de l'allocation.

Enfin, le fonds rembourse les frais de gestion avancés par les différents acteurs du dispositif : CNAMTS et CRAM, qui verse l'allocation, et la Caisse des dépôts et consignations, qui verse aux organismes concernés les prises en charge de cotisations.

Ainsi, en 2001, les charges totales du FCAATA ont triplé, à 166,4 millions d'euros (contre 54,4 millions d'euros en 2000). Elles représentaient à 74 % des versements d'allocations, à 25 % des prises en charge de cotisations (33,5 % des allocations servies) et à 1,4 % des charges de gestion (par convention 2 % des allocations servies).

À structure de charges identiques, **la prévision escompte un doublement des charges en 2002 (autour de 337 millions d'euros) et moins qu'un doublement des charges en 2003 (autour de 634 millions d'euros).**

Cette dernière prévision sur 2003 (faite pour le conseil de surveillance du fonds de juin 2002) est fragile, l'horizon 2003 restant lointain au regard de l'information statistique disponible : elle sera réactualisée pour les conseils de surveillance du fonds de décembre 2002 et juin 2003.

b) Les produits du FCAATA

Initialement, l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 avait instauré, pour financer les charges du fonds, une contribution de l'Etat et une contribution de la branche AT-MP du régime général.

L'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 a substitué à la contribution de l'Etat (30,5 millions d'euros) une rétrocession, pour un montant équivalent, d'une fraction du produit du droit de consommation sur les tabacs (article 5 de la loi de finances pour 2000). Enfin, l'article 16 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a substitué à la rétrocession précédente une rétrocession d'une fraction égale à 0,39 % du produit du droit de consommation sur les tabacs¹.

L'Etat ayant finalement financé seul le fonds l'année de son démarrage en 1999, à hauteur d'une avance de 15,2 millions d'euros, qui s'était révélée largement suffisante pour couvrir les premières charges, le résultat du fonds en 1999, soit 6,6 millions d'euros, a été repris par l'Etat.

La contribution de la branche AT-MP du régime général n'a alors été effective qu'à partir de 2000 : elle a été fixée par arrêté en 2000 et 2001, et est inscrite en loi de financement de la sécurité sociale depuis 2002.

En 2001, les rentrées de droit de consommation sur les tabacs de 31,5 millions d'euros, et la contribution de la branche AT-MP fixée à

¹ Cette fraction est fixée à 0,35 % par l'article 3 du présent projet de loi de financement.

205,8 millions d'euros (après 102,9 millions d'euros en 2000) permettaient au fonds de dégager un résultat net largement excédentaire de 71,6 millions d'euros, équivalent au résultat net acquis en 2000 (79,4 millions d'euros).

En 2002, une contribution de la branche AT-MP - fixée initialement par la loi de financement pour 2002 à 200 millions d'euros mais rectifiée dans le présent projet de loi de financement (**article 36**) à 300 millions d'euros pour tenir compte d'une réévaluation à la hausse des charges à couvrir estimées en juin dernier entre 323 et 351 millions d'euros - devrait assurer l'équilibre du fonds, avec des rentrées de droit de consommation sur les tabacs prévues à 33,2 millions d'euros. Compte tenu des réserves accumulées (150,9 millions d'euros à fin 2001), le fonds ne devrait avoir aucune difficulté à faire face à ses engagements en 2002.

Pour 2003, l'article 36 du présent projet de loi de financement propose une contribution de la branche AT-MP évaluée à 450 millions d'euros. Selon la prévision (estimée en juin dernier) des charges à couvrir, des rentrées de droit de consommation sur les tabacs (en progression de 0 à 4,2 % par rapport à 2002) et compte tenu des réserves accumulées (entre 134 et 162 millions d'euros à fin 2002), **ce montant devrait assurer l'équilibre des réserves du fonds à fin 2003.**

2. Le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) (article 35)

Le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), institué par l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, a mis en place ses organes de décision dans le courant de l'année 2002. Il poursuit son installation matérielle, en collaboration étroite avec l'Office national d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux (ONIAM) créé par la loi du 4 mars 2002.

Le conseil d'administration, nommé en avril, a tenu des séances en avril, juin, juillet et septembre 2002. Il a notamment approuvé une convention de gestion provisoire avec le Fonds de garantie des victimes d'accidents de la circulation et de chasse (FGA), chargé de la gestion technique des demandes d'indemnisation. Il se consacre principalement à l'élaboration du barème d'indemnisation. Il a adopté en juin un barème de provisions qui a permis de verser les premières provisions en juillet.

En ce qui concerne son financement, le FIVA est doté d'une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale, soit, aux termes de la loi de financement pour 2002, 438,30 millions d'euros au titre de l'année 2001 et 76,22 millions d'euros au titre de l'année 2002, soit un total sur ces deux années de 514,51 millions d'euros, auxquels s'ajoute en 2002 le montant de la dotation

de l'État de 38,11 millions d'euros. 552,62 millions d'euros ont donc été inscrits en recettes de l'exercice, montant très supérieur aux dépenses qui devraient être constatées au cours de l'exercice.

Le ministère a indiqué que *« les dépenses du fonds pour l'exercice 2003 sont très difficiles à prévoir, dans la mesure où, d'une part, le barème n'est pas adopté, et, d'autre part, subsiste une incertitude importante sur le nombre de personnes à indemniser (manque de données épidémiologiques ; écart important entre les données épidémiologiques et les déclarations et reconnaissance de maladies professionnelles, notamment de cancers) »*.

Pour 2003, il est proposé, par l'**article 35** du présent projet de loi de financement, de fixer la dotation de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à **190 millions d'euros**. Cette dotation, additionnée au report de l'exercice précédent, permettrait au fonds de satisfaire entre 10.000 et 20.000 demandes d'indemnisation.

Vers une réparation intégrale du risque ?

À la suite du rapport de M. Roland Masse, M. Michel Yahiel avait été chargé de conduire une réflexion sur les conditions de mise en place d'une réparation intégrale des risques professionnels. Il a remis son rapport à Mme Elisabeth Guigou, alors ministre de l'emploi et de la solidarité, en avril 2002.

En effet, compte tenu notamment du développement de systèmes de réparation de « droit commun » et de l'évolution de la jurisprudence, la législation des accidents du travail et des maladies professionnelles, qui repose sur le « compromis » d'avril 1898, mérite un réexamen approfondi.

L'évolution vers la réparation dite « intégrale » est ainsi une possibilité mise en avant par les associations de victimes. Toutefois, comme l'a souligné le rapport de M. Michel Yahiel, *« la pauvreté des informations disponibles pour éclairer d'éventuelles décisions »* et l'absence d'éléments d'analyse sérieux sur les incidences économiques des choix possibles *« d'un point de vue général, mais aussi au regard des gains et pertes à anticiper pour les victimes »* montrent *« l'extrême incertitude entourant les conditions de réalisation et les conséquences de la réparation intégrale, à commencer par son coût »*.

Il apparaît ainsi impossible de s'avancer dans la voie de la réparation intégrale, avant même d'en avoir mesuré les conséquences, notamment financières.

Dans son rapport, M. Michel Yahiel préconisait une méthodologie pour concevoir la réforme. Il proposait notamment :

- de confier à la CNAMTS une série d'études et de simulations économiques portant sur un certain nombre de situations concrètes afin de mesurer les enjeux financiers du passage à la réparation intégrale, ainsi que les écarts d'indemnisation moyens entre la branche AT-MP et le régime de droit commun ;

- d'examiner, sous l'égide du Haut comité médical de la sécurité sociale, les conditions dans lesquelles le barème habituellement utilisé dans le régime d'indemnisation de

droit commun pourrait être appliqué, en matière de préjudice physiologique, aux accidents du travail et maladies professionnelles.

M. Yahiel proposait également de mettre en place un comité de pilotage associant la direction de la sécurité sociale, la direction des relations du travail et la CNAMTS, qui sera chargé d'approfondir l'expertise sur la réparation intégrale dans ses aspects juridiques, financiers et organisationnels.

Le ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité a confirmé le mandat donné à M. Yahiel de conduire ce comité de pilotage, qui devra lui remettre ses premiers éléments de réflexion d'ici la fin de l'année. Un cahier des charges est en cours d'élaboration préalablement au lancement des études envisagées. Ce n'est qu'à l'issue de ce travail, qui interviendra au mieux mi-2003, que pourra être réalisée une évaluation du coût du passage à une réparation intégrale des préjudices.

Source : réponse au questionnaire de votre rapporteur pour avis.

C. VERS UNE PLUS GRANDE AUTONOMIE DE LA BRANCHE

1. La branche AT-MP est gérée par une commission au sein de la CNAMTS (article 38)

L'article 38 du présent projet de loi de financement propose de modifier diverses règles applicables au fonctionnement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale, dite CNAMTS-AT, en vue d'accroître son autonomie, initiée par la loi du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale.

L'article 8 de cette loi avait complété l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale en donnant également à la CNAMTS le rôle « *de définir et de mettre en oeuvre les mesures de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi que de concourir à la détermination des recettes nécessaires au maintien de l'équilibre de cette branche [...]* ».

L'article L. 221-4 du code de la sécurité sociale, issu de l'article 9 de la loi de 1994 précitée, dispose que, pour ces missions, « *les compétences de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés sont exercées par une commission des accidents du travail et des maladies professionnelles. Les dispositions régissant le fonctionnement du conseil d'administration de l'assurance maladie sont applicables à la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles* ».

L'article L. 221-5 prévoit que la composition de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles, comme tout organisme

de sécurité sociale, est paritaire. Toutefois, ses membres sont choisis par les représentants des assurés sociaux au conseil d'administration de la CNAMTS.

2. Les modifications proposées

L'article 38 du présent projet de loi de financement vise à modifier les dispositions du code du travail relatives à la branche AT-MP sur deux points.

a) Les règles applicables aux instances dirigeantes

L'article 38 propose d'aligner le mode de désignation des membres de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles sur celui du conseil d'administration de la CNAMTS. Désormais, les membres de cette commission seraient désignés directement par les organisations professionnelles d'employeurs et les organisations syndicales de salariés représentatives au plan national.

La commission des accidents du travail et des maladies professionnelles comprendrait ainsi toujours dix membres : cinq représentants des assurés sociaux, et cinq autres des employeurs, mais faisant l'objet d'une **désignation directe**.

Par ailleurs, un conseil de surveillance (article L. 228-1 du code de la sécurité sociale) est institué pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles, au sein duquel siègeront notamment des parlementaires. Il aura pour mission d'examiner les conditions de mise en oeuvre de la nouvelle convention.

b) La convention d'objectifs et de gestion

L'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale, issu de l'ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996, prévoit que, « dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale », sont conclues « des conventions d'objectifs et de gestion comportant des engagements réciproques des signataires. Ces conventions déterminent [...] les objectifs pluriannuels de gestion, les moyens de fonctionnement dont les branches et les organismes disposent pour les atteindre et les actions mises en oeuvre à ces fins par chacun des signataires ».

L'article 38 du présent projet de loi de financement propose de doter la branche accidents du travail et maladies professionnelles d'une telle convention. La Cour des comptes, dans son rapport public particulier sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, avait souhaité l'institution d'une telle convention.

Le gouvernement indique que *«cette convention aura pour objectif essentiel d'améliorer le service rendu aux victimes»* et qu'elle constitue *«un outil de la modernisation des relations entre l'Etat et la branche»*.

EXAMEN EN COMMISSION

Au cours de sa réunion du mercredi 6 novembre 2002, la commission, présidée par M. Jean Arthuis, président, a procédé à l'**examen du projet de loi**.

M. Adrien Gouteyron, rapporteur pour avis, a d'abord tenu à saluer son prédécesseur dans la fonction de rapporteur pour avis du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), M. Alain Joyandet, élu député au mois de juin dernier.

M. Adrien Gouteyron, rapporteur pour avis, procédant à l'aide d'une vidéo-projection, a indiqué que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 avait été modifié par l'Assemblée nationale, qui a adopté 96 amendements, dont 13 ont inséré autant d'articles additionnels et trois ont supprimé les articles 17, 26 et 45, ce qui porte à 58 le nombre total d'articles du texte après son examen par l'Assemblée nationale.

Il a noté que le PLFSS pour 2003 avait été élaboré comme un texte de transition, qui se veut réaliste et qui doit prendre en considération :

- la forte dégradation des comptes sociaux, très sensible cette année ;
- l'absence de véritables réformes structurelles au cours des dernières années, que ce soit dans le domaine des retraites, de la politique familiale ou de la maîtrise des dépenses de santé ; aussi bien la grande majorité des dispositions du PLFSS pour 2003 concerne-t-elle l'assurance maladie, en particulier l'hôpital et le médicament ;
- et l'extrême complexité des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale que le précédent Gouvernement, trop empressé à mettre en place des « usines à gaz » pour financer des mesures technocratiques, dont les 35 heures représentent sans aucun doute l'archétype, n'a fait qu'accentuer.

Le rapporteur pour avis a rappelé que l'élaboration du projet de financement était intervenue dans un contexte de forte dégradation des comptes sociaux en 2002, marquée par la simultanéité de la révision à la baisse des ressources de la sécurité sociale, de 1,26 milliard d'euros par rapport aux prévisions, à 315,21 milliards, et du fort dynamisme des dépenses, qui progressent de 3,64 milliards d'euros par rapport aux prévisions, à 315,63 milliards, étant précisé que ce « dérapage » des dépenses était presque entièrement imputable à la branche maladie. Ainsi, l'excédent annoncé par le précédent Gouvernement pour 2002 est en train de se transformer en déficit ! Le régime général afficherait, quant à lui, un déficit de 3,27 milliards d'euros en 2002, du reste dégradé à hauteur de 274 millions d'euros par les mesures nouvelles du PLFSS pour 2003. Quant aux soldes des

administrations de sécurité sociale (ASSO), composantes des administrations publiques (APU) au sens de Maastricht, ils ont présenté de manière quasi-constante depuis 1990 un besoin de financement, à l'exception des trois années de forte croissance qu'ont été 1999, 2000 et 2001. Malheureusement, et faute de réformes permettant de maîtriser les dépenses, 2002 et 2003 devraient renouer avec un solde déficitaire, à hauteur, respectivement de 0,1 et 0,2 point de PIB.

M. Adrien Gouteyron, rapporteur pour avis, en complément de la communication du rapporteur général sur les prélèvements obligatoires, a ensuite abordé la question des prélèvements sociaux. De 1997 à 2001, les prélèvements obligatoires affectés à la sécurité sociale n'ont cessé de progresser, passant de 256,3 milliards d'euros en 1997 à 317,5 milliards d'euros en 2001, soit 61 milliards d'euros supplémentaires sur cinq ans (+ 23,9 %). En 1997, les prélèvements sociaux représentaient 45,5 % de l'ensemble des prélèvements obligatoires mais 48,2 % en 2001, cette part continuant cependant à augmenter en 2002, à 49,1 %, et 2003, à 49,5 %. Les prélèvements sociaux constituent également une part croissante du produit intérieur brut (PIB), soit 20,5 % en 1997 et 21,7 % en 2001 : cette part devrait encore légèrement croître en 2002 et 2003, à 21,9 %, mais la tendance est plutôt à la stabilisation. Enfin, il convient de constater que les impôts et taxes affectés à la sécurité sociale représentent une part grandissante des prélèvements sociaux, passant de 13 % en 1997 à 26,7 % en 2001, cette évolution tenant à la fois à la création de nouvelles impositions - 17 mesures sont ainsi intervenues depuis 1997 pour augmenter ou élargir un prélèvement social obligatoire - et à des transferts croissants du produit de la fiscalité de l'Etat vers les organismes de la sécurité sociale.

Le rapporteur pour avis a ensuite présenté les mesures nouvelles du PLFSS pour 2003 qui permettent d'engager un début de redressement.

Le niveau des ressources de la sécurité sociale en 2003 est fixé à 327,50 milliards d'euros, en hausse de 3,9 % par rapport aux recettes révisées de 2002. Les mesures nouvelles proposées conduisent à accroître les recettes des régimes de base et des différents fonds de 2,94 milliards d'euros : elles résultent du remboursement de la moitié de la dette du fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC) aux caisses de sécurité sociale concernées, grâce à un prélèvement de près de 1,1 milliard d'euros sur la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), de l'augmentation du droit de consommation sur les tabacs, d'ailleurs accrue par l'Assemblée nationale, qui doit rapporter 1 milliard d'euros, et de l'affectation d'une part supplémentaire du produit de la taxe sur les conventions d'assurance au FOREC, pour un montant de 660 millions d'euros. Quant aux objectifs de dépenses pour 2003, ils sont prévus à hauteur de 329,70 milliards d'euros, en hausse de 4,4 % par rapport aux objectifs de dépenses révisés pour 2002. Les mesures nouvelles proposées par le PLFSS se traduisent par des dépenses supplémentaires de 2,18 milliards d'euros qui consistent essentiellement en des dotations versées à des fonds extérieurs au champ des régimes de base, comme le fonds de solidarité vieillesse (FSV), le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), l'office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) ou le fonds de modernisation des établissements de santé (FMES).

M. Adrien Gouteyron, rapporteur pour avis, a considéré que le PLFSS pour 2003 engageait également une transition vers une plus grande sincérité des comptes sociaux, le Sénat, mais aussi la Cour des comptes, ayant toujours fortement critiqué la complexité croissante des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale, qui ôte toute intelligibilité aux politiques sociales.

Or, a-t-il estimé, il faut se féliciter que le Gouvernement ait engagé une clarification du financement des exonérations de charges sociales :

- l'équilibre des comptes du FOREC appelle beaucoup moins de transferts financiers que par le passé, même si ses dépenses sont appelées à progresser sensiblement en raison du coût du projet de loi Fillon en cours de discussion : elles augmenteront en effet de 6,4 % en 2003, pour s'établir à 16,56 milliards d'euros ; il a toutefois considéré que la suppression de ce fonds restait un objectif à atteindre à court terme ;

- la moitié de la dette du FOREC au titre de l'exercice 2000, soit 1,2 milliard d'euros sur 2,4 milliards, est remboursée aux différents organismes de sécurité sociale concernés, via un prélèvement sur la CADES. Le rapporteur pour avis a jugé cette solution très partiellement satisfaisante, la CADES, alimentée par la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS), ayant été instituée pour rembourser la dette des organismes sociaux contractée entre 1993 et 1995. Or, la dette du FOREC est une dette de l'Etat, qui, aux termes de la loi, doit assurer l'équilibre du fonds : la solution retenue par le Gouvernement, si elle permet enfin d'apurer cette facture laissée par le précédent Gouvernement, amène à faire masse d'une dette sociale et d'une dette de l'Etat ;

- le Gouvernement a réitéré son engagement de compenser intégralement à la sécurité sociale toute nouvelle mesure d'exonérations de charges sociales, même s'il ne s'agit jamais là que d'appliquer la « loi Veil » de 1994.

Enfin, le Gouvernement a pris l'engagement, répondant en cela au souhait du Sénat, de présenter des « collectifs sociaux » si « les données économiques et financières s'écartent sensiblement du projet initial », ce que le précédent Gouvernement avait toujours refusé de faire.

Le rapporteur pour avis, rappelant que les relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale étaient nombreuses et complexes, s'est félicité de ce que le PLFSS pour 2003 réduisait l'ampleur que ces transferts avaient connue au cours des années précédentes, même si les transferts de recettes restent néanmoins importants. Il a considéré comme globalement insuffisant l'effort entrepris par ce PLFSS pour réduire les transferts financiers, et a encouragé le Gouvernement à faire plus pour simplifier les relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale.

Puis **M. Adrien Gouteyron, rapporteur pour avis**, a présenté la situation de chacune des branches de la sécurité sociale. Il a indiqué que l'assurance maladie restait en 2002 la seule branche déficitaire avec une prévision de 6,1 milliards d'euros de déficit en 2002 et de 8,2 milliards en 2003, avant les mesures nouvelles proposées par le projet de loi de financement pour 2003. Depuis l'année 2000,

l'accélération de ce déficit est manifeste, avec un quasi triplement du besoin de financement de la branche entre 2001 et 2002. En outre, c'est le dynamisme des dépenses d'assurance maladie, ainsi que le retournement de la conjoncture économique, qui sont à l'origine du retour du déficit du régime général de la sécurité sociale en 2002, qui s'établirait à 3,3 milliards d'euros et continuerait d'ailleurs à se dégrader en 2003 sous l'effet du creusement du déficit de la branche maladie. Il a ajouté que ce déficit revêtait un caractère éminemment structurel, puisqu'il résultait, avant tout, de la progression des dépenses d'assurance maladie. Cette progression peut être appréhendée à travers l'évolution de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (l'ONDAM). À part en 1997, seule année où il a été respecté, l'ONDAM voté par le Parlement au moment de la discussion du PLFSS a, en fait, été systématiquement dépassé. Les dépenses entrant dans le champ de cet objectif ont augmenté en moyenne de 3,9 % par an, soit 1,8 point d'évolution par an de plus que les objectifs votés dans les lois de financement de la sécurité sociale puisque ces derniers étaient en augmentation moyenne de 2,1 % par an sur la période. Le dépassement s'est même accéléré en fin de période, essentiellement sous l'effet d'une croissance des dépenses de soins de ville très supérieure aux objectifs fixés. Il a également précisé que, entre 1996 et 2001, les dépenses de soins de ville avaient augmenté en moyenne de + 5,3 % par an, alors que l'objectif d'évolution annuelle moyenne était de 1,5 %. Ces taux de croissance élevés sont dus pour l'essentiel à une forte augmentation (+ 38,4 % en cinq ans) du poste « autres soins de ville », à savoir notamment les dépenses de médicament.

Le rapporteur pour avis a insisté sur le fait que c'est dans ce contexte de dérapage incontrôlé des dépenses d'assurance maladie, qu'intervenait le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003. La conviction affichée par le Gouvernement est que l'ONDAM ne saurait être respecté qu'à condition de le fixer de manière crédible dès le départ, quitte à tabler pour 2003 sur une progression de + 5,3 % par rapport aux réalisations de l'année 2002, même s'il convient de noter que le régime général va bénéficier en 2003 d'un plafond d'emprunt de 12,5 milliards d'euros, contre 4,42 milliards l'année précédente, ce qui indique que le Gouvernement n'est guère optimiste sur l'évolution du déficit. Il paraît toutefois incontestable qu'une régulation des dépenses de santé ne peut être crédible et donc efficace que si elle repose sur des objectifs réalistes. L'ONDAM 2003 ne pourra toutefois être respecté que si le Gouvernement met parallèlement en œuvre des dispositions visant à la maîtrise des dépenses. La tendance de l'évolution des dépenses de santé ces dernières années, en effet, ne permet guère d'être optimiste : il faut dès lors une réelle volonté de maîtrise « médicalisée » des dépenses.

À cet égard, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 contient certaines mesures phares permettant d'engager ce processus de médicalisation de la maîtrise des dépenses de santé :

- il s'agit essentiellement de mesures d'économie et de responsabilisation financière relatives au médicament (déremboursement des médicaments à service médical rendu insuffisant ou encore mise en place de forfaits de remboursement des médicaments génériques) ;

- il s'agit également de mesures visant à rationaliser l'activité hospitalière avec la relance de l'expérimentation de la «tarification à l'activité » dans tous les établissements de santé, publics et privés ;

- enfin, il s'agit de mesures destinées à renouer le dialogue avec les médecins de ville pour aller vers une régulation des dépenses de soins de ville fondée sur la confiance partagée et la promotion de la qualité des soins, avec notamment la suppression des lettres-clef flottantes, symbole de la maîtrise comptable des dépenses d'assurance maladie des « années Aubry/Guigou ».

M. Adrien Gouteyron, rapporteur pour avis, abordant ensuite la branche vieillesse, a indiqué qu'elle ne comportait aucune disposition de nature à engager la réforme des retraites, le Gouvernement ayant pris l'engagement de se saisir de ce dossier au printemps 2003. Il a précisé que l'objectif de dépenses de la branche était prévu à hauteur de 140,35 milliards d'euros, soit 42,6 % du total des dépenses, en hausse de 3,2 % par rapport aux dépenses révisées de 2002. Les charges dont la croissance est la plus vive sont celles du régime général et des régimes spéciaux, c'est-à-dire les fonctionnaires et les agents des entreprises publiques. La caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) présenterait un excédent de 1,55 milliard d'euros en 2003, en diminution de 6,1 % par rapport à 2002. Il a insisté sur le caractère paradoxal, car très temporaire, de cet excédent, la situation allant fortement se dégrader à partir des années 2005/2006 avec l'arrivée à l'âge de la retraite des générations du « baby boom ».

Puis il a rappelé que le FSV, au cours de la précédente législature, avait servi de «vache à lait » pour financer certaines promesses du Gouvernement de l'époque, les 35 heures en particulier. Les multiples transferts dont il a fait l'objet, pour un montant total de 4 milliards d'euros entre 2000 et 2002, soit un véritable « pillage », aboutissent aujourd'hui logiquement à placer le fonds dans une situation financière très préoccupante, puisque ses réserves ont fondu et que son solde cumulé devrait être déficitaire de 1,12 milliard d'euros en 2003, alors qu'il était excédentaire de 1,6 milliard d'euros en 2000. Le paradoxe de cette situation, c'est que l'excédent initial du FSV, qui doit être normalement versé au fonds de réserve pour les retraites, est devenu un déficit et que, par conséquent, le versement au fonds de réserve pour les retraites (FRR) n'a été possible qu'une seule fois, en 2001, à hauteur de 287 millions d'euros : la priorité du précédent Gouvernement était donc le financement des 35 heures plutôt que celui des retraites !

Le rapporteur pour avis a déploré que l'engagement pris par le précédent Gouvernement concernant l'abondement du FRR n'ait pas été tenu. Le montant cumulé de ses réserves devrait s'élever à 12,6 milliards d'euros fin 2002, au lieu des 13,2 milliards prévus. Il a exprimé ses doutes et son inquiétude quant à l'affirmation de l'actuel Gouvernement, selon laquelle l'objectif initial de 152 milliards d'euros mis en réserve d'ici 2020 restait d'actualité. En effet, le fonds est alimenté par de nombreuses « recettes de poche », dont le produit, eu égard à l'objectif final, est modique. En fait, l'essentiel de ses recettes est constitué des excédents de la CNAVTS (41,3 % du total des recettes en 2003), qui va disparaître dans les années à venir pour des raisons démographiques, et de recettes, d'un montant certes important, mais qui revêtent un caractère exceptionnel plutôt que pérenne, à l'exemple des

recettes issues de la vente des licences dites Universal Mobile Telecommunication System (UMTS) concernant la téléphonie mobile de 3^{ème} génération (22,2 % en 2002 mais 15,5 % en 2003) ou même de celles engendrées par les privatisations (31 % en 2003 mais rien les années précédentes).

M. Adrien Gouteyron, rapporteur pour avis, a ensuite abordé la situation de la branche famille, rappelant que, depuis 1999, ses comptes étaient en excédent. Cet excédent devrait s'élever en 2002 à 1,1 milliard d'euros, en diminution de 600 millions d'euros par rapport à 2001. Pour 2003, les prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale font apparaître un excédent de 1,7 milliard d'euros, sans toutefois tenir compte des mesures nouvelles présentes dans le PLFSS pour 2003. Les dépenses de la branche devraient s'élever à 43,63 milliards d'euros, en augmentation de 5,2 % par rapport à l'objectif révisé pour 2002. Il s'est arrêté sur les dispositions de l'article 41 du projet de loi de financement, qui fixe à 60 % la fraction du montant des majorations de pensions pour enfant prises en charge par la caisse nationale des allocations familiales (CNAF), ce qui devrait représenter une dépense de l'ordre de 1,9 milliard d'euros pour la branche famille en 2003. Il a rappelé que, lorsque le Gouvernement précédent avait recours à ce genre de méthode, il était immédiatement accusé de « piller » les excédents de la branche famille, et a donc critiqué, cette année aussi, ce genre de prélèvement effectué aux dépens de la branche famille et qui a pour effet de neutraliser les excédents de la branche, alors que ces derniers devraient être utilisés en faveur des familles ayant des enfants à charge.

Enfin, en ce qui concerne la branche accidents du travail et maladies professionnelles, dont le PLFSS pour 2003 propose une plus grande autonomie de gestion, le rapporteur pour avis a indiqué que ses dépenses devraient s'élever à 9,40 milliards d'euros en 2003, soit 2,9 % de l'ensemble des agrégats de dépenses du PLFSS, en hausse de 4,2 % par rapport aux dépenses révisées de 2002. Ses comptes présentent un excédent quasi-structurel, qui devrait atteindre plus de 151 millions d'euros en 2003. Il a noté que la branche versera à la branche maladie du régime général, à titre de compensation, 330 millions d'euros en 2003, en raison de la sous-déclaration des accidents du travail, phénomène aujourd'hui largement reconnu et analysé. Une part croissante des dépenses de la branche est d'ailleurs consacrée à l'indemnisation des victimes de l'amiante, notamment depuis la mise en place du fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) et du FIVA, soit 640 millions d'euros en 2003.

À la suite de cette présentation, un débat s'est engagé au sein de la commission.

M. François Marc a souhaité interroger M. Adrien Gouteyron, rapporteur pour avis, sur l'impact des mesures de revalorisation tarifaire des médecins généralistes sur les dépenses de soins de ville déjà particulièrement dynamiques.

M. Michel Moreigne a d'abord souhaité savoir si la part consacrée aux soins dans les établissements pour personnes âgées dépendantes apparaissait dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, de même pour les dépenses du fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

M. Yves Fréville a souligné que le PLFSS pour 2003 proposait de porter le plafond de trésorerie de l'ACOSS à 12,5 milliards d'euros. A cet égard, il a souhaité savoir quel serait le déficit prévisible de l'ACOSS en fin d'année 2003.

M. Michel Mercier a souhaité connaître la position de M. Adrien Gouteyron, rapporteur pour avis, s'agissant de la question de la distinction entre petit risque et gros risque. Il s'est notamment interrogé sur l'opportunité, pour la commission, de déposer un amendement visant à l'accroissement du recours aux sociétés mutualistes.

Mme Marie-Claude Beaudeau a demandé à M. Adrien Gouteyron, rapporteur pour avis, des précisions quant aux transferts de charge effectués entre la branche accidents du travail/maladies professionnelles (AT/MP) et la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail. Elle a également souhaité savoir pourquoi le taux de cotisation employeur au titre de la branche AT / MP avait été bloqué.

En réponse aux différents intervenants, **M. Adrien Gouteyron, rapporteur pour avis**, a tout d'abord souligné que le coût total, en 2002, des mesures nouvelles relatives aux accords de revalorisation tarifaires (à la fois médecins généralistes, infirmières et masseurs-kinésithérapeutes) serait de 780 millions d'euros, dont 410 millions d'euros au titre des mesures de revalorisation concernant les seuls médecins généralistes.

Puis **M. Adrien Gouteyron, rapporteur pour avis**, a précisé que le fonds de financement de l'APA ne faisait pas partie du périmètre des lois de financement de la sécurité sociale.

En réponse à M. Yves Fréville, **M. Adrien Gouteyron, rapporteur pour avis**, a confirmé que le niveau de l'emprunt autorisé du régime général était porté par le PLFSS pour 2003 à 12,5 milliards d'euros. Il a également cité les chiffres fournis par la commission des comptes de la sécurité sociale dans son rapport de septembre 2002 selon lesquels le bilan de trésorerie du régime général serait déficitaire de 2,7 milliards d'euros au 1^{er} janvier 2003 et de 9,8 milliards d'euros au 31 décembre 2003, avec un solde moyen, sur l'exercice, estimé à -3,16 milliards d'euros.

En réponse à M. Michel Mercier, **M. Adrien Gouteyron, rapporteur pour avis**, a indiqué que le ministre de la santé ne semblait pas favorable à l'idée de distinguer le petit risque et le gros risque. Il a reconnu, en outre, la nécessité de développer le recours aux sociétés mutualistes, mais a souligné qu'une disposition en ce sens ne pouvait relever que du projet de loi de finances.

Enfin, en réponse à Mme Marie-Claude Beaudeau, il a précisé que la fixation du taux de cotisation employeur de la branche AT/MP relevait de modalités de gestion interne à la branche, et donc de son conseil d'administration.

La commission a ensuite procédé à l'examen des articles.

Elle a adopté, après une intervention de **M. Michel Mercier**, un amendement de suppression de l'article 1^{er} bis (nouveau), relatif à la création d'un Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé.

Puis elle a adopté un amendement de suppression de l'article 1^{er} ter (nouveau), relatif à l'examen de la gestion des centres hospitaliers régionaux par la Cour des comptes.

La commission a ensuite adopté un amendement tendant à insérer un article additionnel après l'article 1^{er} ter (nouveau), demandant la transmission par le Gouvernement au Parlement d'un rapport sur le suivi des recommandations formulées par la Cour des comptes dans ses rapports sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

Elle a ensuite adopté un amendement de suppression de l'article 1^{er} quater (nouveau), qui concerne la transmission au Parlement du rapport de la commission de la transparence.

Elle a ensuite adopté un amendement tendant à insérer un article additionnel après l'article 2, qui demande le dépôt d'un rapport sur les méthodes d'élaboration et de suivi de l'ONDAM.

Puis elle a adopté deux amendements tendant à insérer autant d'articles additionnels après l'article 2 bis (nouveau), qui visent à obtenir des informations, pour le premier, sur l'état et l'évaluation financière des dispositifs affectant l'assiette des cotisations sociales, et, pour le second, sur les modalités et les conséquences de la suppression du FOREC.

A l'article 3, relatif à l'affectation des droits de consommation sur les tabacs, elle a adopté un amendement ayant pour objet de modifier la clé de répartition du produit de ces droits de consommation à la suite de leur augmentation par l'Assemblée nationale, de manière à affecter l'intégralité du surplus de recettes à la CNAMTS.

A l'article 5, relatif au remboursement de la moitié de la dette du FOREC par la CADES, la commission a adopté un amendement d'appel destiné à appliquer l'article L. 131-9 du code de la sécurité sociale, selon lequel le budget de l'État assure l'équilibre financier du fonds.

A l'article 23, transférant à l'assurance maladie le financement des dépenses d'interruption volontaire de grossesse (IVG), elle a adopté un amendement d'appel visant à faire supporter par le budget de l'État la dette que celui-ci a contractée à l'égard de l'assurance maladie au titre du remboursement des dépenses d'IVG.

A l'article 41, relatif à l'accélération de la prise en charge par la CNAF des majorations de pension pour enfant, elle a adopté un amendement consistant à supprimer la disposition du code de la sécurité sociale qui prévoit la prise en charge, par la CNAF, d'une partie de ces dépenses, qui devraient être assumées par le FSV.

Enfin, elle a adopté un amendement de rétablissement de l'[article 45](#), qui fixe le total des objectifs de dépenses pour 2003.

Après l'examen des articles, le rapporteur pour avis a obtenu mandat de la commission pour, le cas échéant, harmoniser ses positions avec celles de la commission des affaires sociales, saisie au fond, qui ne statuera qu'après l'avis de la commission des finances.

Puis à l'issue de cet examen, la commission a émis **un avis favorable** sur l'ensemble du **projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 ainsi amendé**.

AMENDEMENTS ADOPTÉS PAR LA COMMISSION

ARTICLE 1^{er} BIS

Supprimer cet article.

ARTICLE 1^{er} TER

Supprimer cet article.

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 1^{ER} TER

Après l'article 1^{er} *ter*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Chaque année avant le 15 octobre, le Gouvernement transmet au Parlement un rapport qui présente les suites données à chacune des recommandations formulées par la Cour des comptes dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, établi conformément à l'article LO. 132-3 du code des juridictions financières.

ARTICLE 1^{er} QUATER

Supprimer cet article.

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 2

Après l'article 2, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Chaque année avant le 15 octobre, le Gouvernement transmet au Parlement un rapport faisant une présentation détaillée des méthodes d'élaboration et de suivi de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, permettant notamment d'en apprécier l'évolution ainsi que celle des enveloppes qui le composent et des objectifs quantifiés nationaux qui en découlent.

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 2 BIS

Après l'article 2 *bis*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Chaque année avant le 15 octobre, le Gouvernement transmet au Parlement un rapport présentant un état et une évaluation financière des dispositifs affectant l'assiette des cotisations sociales, dans le but de chiffrer les pertes de recettes pour l'Etat et la sécurité sociale résultant de ces dispositifs.

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 2 BIS

Après l'article 2 *bis*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement présentera au Parlement, d'ici au 1^{er} avril 2003, un rapport relatif aux mesures à mettre en oeuvre afin de substituer aux dispositions des articles L. 131-8 à L. 131-11 du code de la sécurité sociale un nouveau dispositif permettant de financer, dans le respect des dispositions de l'article L. 131-7 dudit code, les exonérations de cotisations sociales.

ARTICLE 3

I. À la fin du I. de cet article, remplacer le pourcentage :

« 84,45 % »

par le pourcentage :

« 83,57 % ».

II. En conséquence, à la fin du II. de cet article, remplacer le pourcentage :

« 15,20 % »

par le pourcentage :

« 16,08 % ».

ARTICLE 5

Rédiger ainsi cet article :

Conformément aux dispositions de l'article L. 131-9 du code de la sécurité sociale, l'Etat honore en 2003 la dette qu'il a contractée en 2000 à l'égard des régimes obligatoires de la sécurité sociale, à hauteur de 1.282.838.835,96 euros, au titre du fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale.

ARTICLE 23

I - Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

B - L'Etat honore la dette qu'il a contractée, jusqu'en 2002, auprès des organismes gérant un régime légal de sécurité sociale, au titre du chapitre 46-22 (« Remboursement aux organismes de sécurité sociale de dépenses afférentes à l'interruption volontaire de grossesse ») du budget du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

II - En conséquence, faire précéder le début de cet article de la mention :

A -

ARTICLE 41

Rédiger ainsi cet article :

Le 5° de l'article L. 223-1 du code de la sécurité sociale est supprimé.

ARTICLE 45

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Pour 2003, le total des objectifs de dépenses par branches de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres est fixé à 329,71 milliards d'euros.

ANNEXES

Annexe 1 : Sommaire des articles

Annexe 2 : Liste des personnes auditionnées par le rapporteur pour avis

Annexe 3 : Liste des sigles utilisés

Annexe 4 : Produit des prélèvements fiscaux affectés aux organismes de protection sociale en 2001, 2002 et 2003

Annexe 5 : Copie du courrier adressé par M. Joseph Ostermann, membre du conseil de surveillance du FOREC, au président du conseil d'administration de ce fonds, et de la réponse du président

ANNEXE 1

SOMMAIRE DES ARTICLES

	Pages
Titre premier : orientations et objectifs de la politique de santé et de sécurité sociale	
<i>Article premier</i>	5
Titre premier bis : contrôle de l'application des lois de financement de la sécurité sociale	
<i>Article 1^{er} bis (nouveau)</i>	59
<i>Article 1^{er} ter (nouveau)</i>	60
<i>Article 1^{er} quater (nouveau)</i>	60
<i>Article 1^{er} quinquies (nouveau)</i>	61
<i>Article 2</i>	61
<i>Article 2 bis (nouveau)</i>	61
Titre 2 : dispositions relatives aux ressources	
<i>Article 3</i>	25
<i>Article 4</i>	25
<i>Article 4 bis (nouveau)</i>	28
<i>Article 5</i>	25
<i>Article 6</i>	110
<i>Article 6 bis (nouveau)</i>	112
<i>Article 7</i>	113
<i>Article 7 bis (nouveau)</i>	87
<i>Article 8</i>	24
<i>Article 9</i>	10

Titre III : dispositions relatives à l'assurance maladie

<i>Article 10</i>	Mode de calcul de l'objectif quantifié national des cliniques privées	63
<i>Article 11</i>	Création d'une mission d'audit et d'expertise hospitalier	128
<i>Article 11 bis (nouveau)</i>	Validation de la rémunération des gardes effectuées par des médecins faisant fonction d'interne	139
<i>Article 12</i>	Expérimentation du financement des hôpitaux par l'activité	127
<i>Article 13</i>	Fusion du fonds pour la modernisation des cliniques privées dans le fonds pour la modernisation des établissements de santé	133
<i>Article 14</i>	Extension des missions du fonds pour l'emploi hospitalier	136
<i>Article 14 bis (nouveau)</i>	Conditions d'exercice d'une activité libérale à l'hôpital	140
<i>Article 15</i>	Suppression du mécanisme dit des « lettres-clefs flottantes » et des comités médicaux régionaux	92
<i>Article 16</i>	Missions du conseil de surveillance de la Caisse nationale d'assurance maladie	94
<i>Article 17</i>	Spécialités délivrées sur présentation d'une prescription rédigée en dénomination commune internationale (supprimé)	117
<i>Article 18</i>	Dénomination et missions du service médical de l'assurance maladie	95
<i>Article 19</i>	Mesures et procédures applicables aux médecins en cas de pratiques abusives	95
<i>Article 19 bis (nouveau)</i>	Accord cadre entre le comité économique des produits de santé et l'industrie pharmaceutique	119
<i>Article 19 ter (nouveau)</i>	Prorogation de l'agrément des réseaux de soins	100
<i>Article 20</i>	Inscription accélérée sur la liste des médicaments remboursables	118
<i>Article 21</i>	Pénalités financières applicables aux entreprises exploitant des médicaments	119
<i>Article 22</i>	Transfert à l'assurance maladie du financement des dépenses des centres spécialisés dans la prise en charge des toxicomanes	64
<i>Article 23</i>	Transfert à l'assurance maladie du financement des dépenses d'interruption volontaire de grossesse	66
<i>Article 24</i>	Financement du forfait de garde pour les entreprises de transports sanitaires	100
<i>Article 25</i>	Prolongation du délai pour la signature des conventions tripartites par les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées dépendantes	144

<i>Article 26</i>	Réintégration des médicaments remboursables dans les tarifs de soins des établissements assurant l'hébergement des personnes âgées et ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur (supprimé)	119
<i>Article 27</i>	Tarif forfaitaire de remboursement pour les médicaments	117
<i>Article 28</i>	Fin du mécanisme de cessation anticipée d'activité	96
<i>Article 29</i>	Incitation à la poursuite et à la reprise d'activité pour les médecins et les infirmières	97
<i>Article 30</i>	Dotation de financement de l'office national d'indemnisation des accidents médicaux	88
<i>Article 31</i>	Missions et dotation de financement du fonds d'aide à la qualité des soins de ville	98
<i>Article 32</i>	Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2003	86
<i>Article 33</i>	Fixation de l'objectif de dépenses de la branche maladie pour 2003	87
<i>Article 34</i>	Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie révisé pour 2002	84
<i>Titre IV : dispositions relatives aux autres branches de la sécurité sociale</i>		
<i>section 1</i>	<i>Branche accidents du travail et maladies professionnelles</i>	
<i>Article 35</i>	Dotation de financement du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	179
<i>Article 36</i>	Dotation de financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante	178
<i>Article 37</i>	Montant du versement de la branche accidents du travail à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles	174
<i>Article 38</i>	Autonomisation de la gestion de la branche accidents du travail	180
<i>Article 39</i>	Fixation de l'objectif de dépenses de la branche accidents du travail pour 2003	172
<i>section 2</i>	<i>Branche famille</i>	
<i>Article 40</i>	Création d'une allocation pour les familles perdant une partie de leurs allocations familiales pour des raisons liées à l'âge des enfants	164
<i>Article 41</i>	Accélération de la prise en charge par la CNAF des majorations de pension pour enfant	165
<i>Article 42</i>	Fixation de l'objectif de dépenses de la branche famille pour 2003	162

<i>section 3</i>	<i>Branche vieillesse</i>	
<i>Article 43</i>	Revalorisation des pensions de retraites du régime général et des avantages alignés en fonction de l'évolution prévisionnelle des prix	143
<i>Article 44</i>	Fixation de l'objectif de dépenses de la branche vieillesse pour 2003	141
<i>Article 45</i>	Fixation du total des objectifs de dépenses pour 2003 (supprimé)	28
Titre IV BIS : objectifs de dépenses révisées pour 2002		
<i>Article 46</i>	Fixation des objectifs de dépenses révisés pour 2002	12
Titre V : mesures diverses et dispositions relatives à la trésorerie		
<i>Article 47</i>	Modalités de recouvrement des impositions directement recouvrées par l'ACOSS	58
<i>Article 47 bis (nouveau)</i>	Transfert de la charge des dépenses du contentieux technique non agricole aux régimes de sécurité sociale	87
<i>Article 48</i>	Fixation des plafonds d'avances de trésorerie pour 2003	54

ANNEXE 2

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR POUR AVIS

- M. Michel Chassang, président de la confédération des syndicats médicaux français (CSMF)
- M. Martial Olivier-Koehret, premier vice-président de la fédération française des médecins généralistes (MG France)
- M. Dinorino Cabrera, président du syndicat des médecins libéraux (SML)
- M. Jean-Gabriel Brun, premier vice-président de l'union collégiale des chirurgiens et spécialistes français
- M. Bernard Pommey, vice-président de la fédération des médecins de France

ANNEXE 3

LISTE DES SIGLES UTILISÉS

AAH	Allocation d'adulte handicapé
ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
AFEAMA	Aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AGED	Allocation de garde d'enfant à domicile
AGIRC	Association générale des institutions de retraite des cadres
ALF	Allocation de logement familial
ALS	Allocation de logement à caractère social
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
APA	Allocation prestation d'autonomie
APE	Allocation parentale d'éducation
API	Allocation de parent isolé
APL	Aide personnalisée au logement
APP	Allocation de présence parentale
APU	Administrations publiques
ARH	Agence régionale d'hospitalisation
ARRCO	Association des régimes de retraite complémentaires
ARS	Allocation de rentrée scolaire
ASSO	Administrations de sécurité sociale
AT/MP	Accidents du travail – maladies professionnelles
BAPSA	Budget annexe des prestations sociales agricoles
BMAF	Base mensuelle des allocations familiales
C3S	Contribution sociale de solidarité sur les sociétés
CADES	Caisse d'amortissement de la dette sociale
CANAM	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs non salariés
CANCAVA	Caisse autonome nationale de compensation de l'assurance vieillesse des artisans
CANSSM	Caisse autonome nationale de sécurité sociale des mines
CCSS	Commission des comptes de la sécurité sociale
CDC	Caisse des dépôts et consignations
CEPS	Comité économique des produits de santé
CHR	Centre hospitalier régional
CMR	Centre médical régional
CMU	Couverture maladie universelle
CNAF	Caisse nationale d'allocations familiales
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

CNAMTS/AT	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés/accidents du travail
CNAVTS	Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés
CNRACL	Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CRDS	Contribution au remboursement de la dette sociale
CSB	Cotisation sociale sur les bénéficiaires
CSG	Contribution sociale généralisée
CSST	Centre spécialisé de soins aux toxicomanes
DCI	Dénomination commune internationale
DHOS	Directions de l'hospitalisation et de l'offre de soins
FASMO	Fonds d'accompagnement social pour la modernisation hospitalière
FAAS	Fonds additionnel d'action sociale
FAQSV	Fonds d'aide à la qualité des soins en ville
FASTIF	Fonds d'action sociale des travailleurs immigrés et de leurs familles
FCAATA	Fonds de financement de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante
FCAT	Fonds commun d'accidents du travail
FEH	Fonds pour l'emploi hospitalier
FIMHO	Fonds d'investissement pour la modernisation hospitalière
FIPE	Fonds d'investissement pour le développement des structures d'accueil de la petite enfance
FIVA	Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante
FMCP	Fonds de modernisation des cliniques privées
FMES	Fonds de modernisation des établissements de santé
FNAL	Fonds national d'aide au logement
FNAS	Fonds national d'action sociale
FOREC	Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale
FRR	Fonds de réserve des retraites
FSV	Fonds de solidarité vieillesse
FSPOEIE	Fonds spécial de pension des ouvriers des établissements industriels de l'Etat
GHM	Groupe homogène de malades
GMR	Garantie minimale de rémunération
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IVG	Interruption volontaire de grossesse
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MICA	Mécanisme d'incitation à la cessation d'activité
MIRCOSS	Mission interministérielle de réforme de la comptabilité des organismes de sécurité sociale
MSA	Mutualité sociale agricole
OCDE	Organisation pour la coopération et le développement économiques

ODD	Objectif des dépenses déléguées
ODSV	Objectif délégué des soins de ville
ONDAM	Objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie
ONIAM	Office national d'indemnisation des accidents médicaux
OQN	Objectif quantifié national
ORGANIC	Caisse de compensation de l'organisation autonome nationale d'assurance vieillesse de l'industrie et du commerce
PIB	Produit intérieur brut
PLF	Projet de loi de finances
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PO	Prélèvements obligatoires
RMI	Revenu minimum d'insertion
SMIC	Salaire minimum interprofessionnel de croissance
SMR	Service médical rendu
TGAP	Taxe générale sur les activités polluantes
TIPS	Tarif interministériel des prestations sanitaires
UMTS	Universal mobile telecommunication system
UNEDIC	Union nationale pour l'emploi dans l'industrie et le commerce
URML	Union régionale des médecins libéraux
URSSAF	Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales

ANNEXE 4

LISTE DES PRÉLÈVEMENTS FISCAUX AFFECTÉS AUX ORGANISMES DE PROTECTION SOCIALE

Nature de l'imposition	Description	Bénéficiaires	Recettes nettes (en M€)		
			2001	Prévisions 2002	Prévisions 2003
Contribution sociale généralisée	<i>Textes institutifs :</i> Articles L.136-1 à 136.8 et article L.139-2 du CSS ; article 1 de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie et à l'allocation personnalisée d'autonomie	Régimes obligatoires d'assurance maladie, CNAF, FSV, Fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie	60 987	63 190	65 485
Contribution au remboursement de la dette sociale	<i>Textes institutifs :</i> Articles 14 à 19 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale	CADES	4 544	4 788	4 882
Contribution sociale de solidarité sur les sociétés (1)	<i>Textes institutifs :</i> Articles L.651-1 à L.651-9 du CSS ; article 36 de la loi de finances pour 2002 ; article 6 du projet de financement de la sécurité sociale pour 2003	Régimes de protection sociale des non-salariés et FRR	3 080	3 289	3 419
Prélèvement de 2 % sur les revenus du patrimoine et les produits de placements	<i>Textes institutifs :</i> Articles L.245-14 à L.245-16 du CSS ; article 67 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003	CNAMTS, CNAF, CNAVTS, FRR	1 927	1 921	1 965
Contribution sociale sur les bénéfices des sociétés	<i>Textes institutifs :</i> Articles 235 <i>ter</i> ZC et 1668 D du CGI ; article 5 de la loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000	FOREC	906	870	870
Taxe générale sur les activités polluantes	<i>Textes institutifs :</i> Articles 266 <i>sexies</i> à 266 <i>terdecies</i> du code des douanes ; article 5 de la loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000	FOREC	523	656	529
Droit de consommation sur les tabacs	<i>Textes institutifs :</i> Article L.575 du CGI ; article 29 de la loi de finances pour 2001 ; article 14 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 ; articles 3 et 4 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003	CNAMTS, FOREC, FCAATA	8 760	8 610	9 610

Nature de l'imposition	Description	Bénéficiaires	Recettes nettes (en M€)		
			2001	Prévisions 2002	Prévisions 2003
Taxe sur les primes d'assurance automobile	<i>Textes institutifs :</i> Article L.213-1 du code des assurances ; article 13 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002	CNAMTS, FOREC	918	950	967
Taxe sur les contributions patronales au financement de la prévoyance complémentaire	<i>Textes institutifs :</i> Articles L.137-1 à L.137-4 du CSS ; article 13 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002	FSV, FOREC	464	489	495
Droit de consommation sur les alcools	<i>Textes institutifs :</i> Articles 403 et 1615 <i>bis</i> du CGI ; article 6 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002	FOREC, FSV, Corse, BAPSA, Régimes obligatoires d'assurance maladie	2 135	1 966	1 977
Taxe sur les boissons alcooliques	<i>Textes institutifs :</i> Articles L.245-7 à L.245-12 du CSS	CNAMTS	420	396	402
Droit de consommation sur les produits intermédiaires	<i>Textes institutifs :</i> Articles L.402 <i>bis</i> du CGI et L.135-3 du CSS	FOREC	206	183	181
Droit sur les bières et les boissons non alcoolisées	<i>Textes institutifs :</i> Articles L.520 A du CGI et L.135-3 du CSS	FOREC	397	375	383
Droit de circulation sur les vins, poirés et hydromels	<i>Textes institutifs :</i> Articles L. 438 du CGI et L.135-3 du CSS	FOREC	138	130	132
Taxe sur les prémix	<i>Textes institutifs :</i> Article 29 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997 (n° 96-1160 du 27 décembre 1996) et article 12 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998)	CNAMTS	ns	ns	ns
Contribution due par les laboratoires sur leurs ventes directes aux officines pharmaceutiques	<i>Textes institutifs :</i> Articles L.245-6-1 à L.245-6-4 du CSS	CNAMTS, CANAM, Régimes d'assurance maladie des professions agricoles	32	23	23
Contribution due par les laboratoires sur leurs dépenses de publicité	<i>Textes institutifs :</i> Articles L.245-1 à L.245-6 du CSS ; article 20 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002	CNAMTS	245	257	268
Contribution à la charge des laboratoires pharmaceutiques non conventionnés avec le comité économique des produits de santé	<i>Textes institutifs :</i> Articles L.138-10 à L.138-19 du CSS ; article 20 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002	CNAMTS, CANAM, Régimes d'assurance maladie des professions agricoles	0	0	0
Taxe sur les primes d'assurance contre les accidents du travail	<i>Textes institutifs :</i> Article 1203 du code rural ; articles 1622 et 1624 <i>bis</i> du CGI	FCATA	13	3	0

Nature de l'imposition	Description	Bénéficiaires	Recettes nettes (en M€)		
			2001	Prévisions 2002	Prévisions 2003
Taxe d'aide au commerce et à l'artisanat	<i>Textes institutifs :</i> Loi n° 72-657 du 13 juillet 1972 ; article L.633-9 du CSS ; article 4 de la loi n° 89-1008 du 30 décembre 1989 ; article 16 du PLF 2003	ORGANIC, CANCAVA	46	46	0
Droit de plaidoirie	<i>Textes institutifs :</i> Loi du 31 décembre 1921 réaffirmée par la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994	CNBF	13	14	14
Redevance due par les titulaires de titres d'exploitation de mines d'hydrocarbures liquides ou gazeux	<i>Textes institutifs :</i> Article 31 du code minier	CANSSM	7	7	7
Contribution des organismes de protection sociale complémentaire à la couverture universelle du risque maladie	<i>Textes institutifs :</i> Article 27 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 ; articles L.862-4 et suivants du CSS	Fonds CMU	188	191	213
Taxe sur les conventions d'assurance	<i>Textes institutifs :</i> Article 991 du CGI ; article 19 du projet de loi de finances pour 2002 ; article 13 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 ; article 29 du PLF 2003	FOREC	1 050	1 448	2 152
Taxe sur les véhicules de sociétés	<i>Textes institutifs :</i> Article 1010 du CGI ; article 29 de la loi de finances pour 2001	FOREC	701	750	780
Contribution de solidarité en faveur des travailleurs privés d'emploi	<i>Textes institutifs :</i> Loi n° 82-939 du 4 novembre 1982	Fonds de solidarité	1 113	1 126	1 155
TOTAL GÉNÉRAL		<i>Hors CRDS</i>	89 136 <i>84 591</i>	92 028 <i>87 240</i>	96 294 <i>91 412</i>

(1) Montant recouvré au cours de l'année.

Source : PLF 2003 – « jaune » Bilan des relations financières entre l'État et la sécurité sociale.