

N° 58

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2004-2005

Annexe au procès-verbal de la séance du 10 novembre 2004

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 2005**, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE,*

Par M. Jean-Jacques JÉGOU,
Sénateur.

(1) *Cette commission est composée de :* M. Jean Arthuis, *président* ; MM. Claude Belot, Marc Massion, Denis Badré, Thierry Foucaud, Aymeri de Montesquiou, Yann Gaillard, Jean-Pierre Masseret, Joël Bourdin, *vice-présidents* ; M. Philippe Adnot, Mme Fabienne Keller, MM. Michel Moreigne, François Trucy, *secrétaires* ; M. Philippe Marini, *rapporteur général* ; MM. Bernard Angels, Bertrand Auban, Jacques Baudot, Mme Marie-France Beaufils, MM. Roger Besse, Maurice Blin, Mme Nicole Bricq, MM. Auguste Cazalet, Michel Charasse, Yvon Collin, Philippe Dallier, Serge Dassault, Jean-Pierre Demerliat, Eric Doligé, Jean-Claude Frécon, Yves Fréville, Paul Girod, Adrien Gouteyron, Claude Haut, Jean-Jacques Jegou, Roger Karoutchi, Alain Lambert, Gérard Longuet, Roland du Luart, François Marc, Michel Mercier, Gérard Miquel, Henri de Raincourt, Michel Sergent, Henri Torre, Bernard Vera.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (12^e législ.) : 1830, 1876, 1877 et T.A. 341

Sénat : 53 et 57 (2004-2005)

Sécurité sociale.

AVANT-PROPOS

Mesdames, Messieurs,

Le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale a été présenté par le gouvernement comme **un texte d'ampleur limitée, s'inscrivant dans la continuité des trois réformes sociales majeures mises en œuvre depuis 2003** : la réforme des retraites, la réforme de l'assurance maladie et la réforme de solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

Le contexte dans lequel intervient ce projet de loi de financement est celui d'une **dégradation financière sans précédent des comptes de la sécurité sociale**. Le régime général connaîtra, en effet, en 2004, son déficit le plus élevé jamais atteint après trois années de dégradation exponentielle : son solde financier est ainsi passé d'un excédent de 1,2 milliard d'euros en 2001 à un déficit de 14 milliards d'euros en 2004, soit une détérioration moyenne de 5 milliards d'euros par an sur la période.

Dès lors, le présent projet de loi de financement se propose de relever le défi de l'amélioration des comptes sociaux et a été présenté par le ministre de la santé et de la protection sociale comme la **traduction financière du début de l'application des mesures de redressement rendues nécessaires par la situation des différentes branches de la sécurité sociale**. Ces mesures suffiront-elles à assurer la soutenabilité à moyen terme de nos finances sociales ? **Seul l'avenir le dira.**

C'est bien sûr la situation financière de la branche maladie qui est aujourd'hui la plus préoccupante. En constant déficit depuis 1990, la branche maladie du régime général a vu son solde se dégrader de manière accélérée depuis la fin de cette décennie : inférieur à un milliard d'euros en 1999, de l'ordre de deux milliards d'euros en 2000 et 2001, le déficit de l'assurance maladie a augmenté de près de quatre milliards d'euros chaque année depuis 2002 pour atteindre un record historique de 13,2 milliards d'euros en 2004.

Dans le présent projet de loi de financement, **le gouvernement a décidé de se fixer des objectifs ambitieux en termes d'évolution des dépenses d'assurance maladie**, se fondant notamment sur l'impact financier majeur, attendu dès 2005, des dispositions de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. A cet égard, votre rapporteur pour avis se doit de souligner que **la réussite de la réforme de l'assurance maladie suppose des efforts importants de tous les acteurs du système de santé** et un

changement des comportements dont les effets devraient s'apprécier sur le long terme.

Deux autres branches se trouvent aujourd'hui dans une situation qui laisse présager d'un avenir préoccupant : la branche accidents du travail et maladies professionnelles d'une part, qui devrait connaître un déficit important et croissant en raison notamment de la montée en charge des dépenses liées à l'indemnisation des victimes de l'amiante, la branche vieillesse, d'autre part, qui devrait connaître un déficit important en 2005, de l'ordre de 1,5 milliard d'euros, en raison notamment de la montée en puissance des dépenses liées aux retraites anticipées dans le régime général.

En outre, **votre rapporteur pour avis se félicite de la prise en compte** par le présent projet de loi de financement, tel qu'adopté par l'Assemblée nationale, du **compromis intervenu entre le gouvernement et la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS)** s'agissant de l'adossement du régime des industries électriques et gazières au régime général d'assurance vieillesse.

Enfin, **votre rapporteur pour avis ne peut que constater l'impasse dans laquelle se trouve aujourd'hui le cadre organique des lois de financement de la sécurité sociale**. Si en 1996, l'instauration de ce nouvel instrument financier législatif avait constitué une amélioration indéniable, force est de constater que cet instrument a aujourd'hui vécu et que les limites de cet exercice parlementaire annuel se font sentir de façon redoutable. La commission des finances du Sénat, forte de son expérience acquise lors de la rénovation du cadre organique relatif aux lois de finances, sera dès lors en mesure d'apporter une contribution utile au débat concernant l'indispensable réforme des dispositions organiques relatives aux lois de financement de la sécurité sociale.

CHAPITRE PREMIER

LE DÉFI DE L'AMÉLIORATION DES COMPTES SOCIAUX

I. LA DÉGRADATION FINANCIÈRE SANS PRÉCÉDENT DE L'ENSEMBLE DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE EN 2004

A. LA DÉGRADATION EXPONENTIELLE DU SOLDE DES COMPTES SOCIAUX DEPUIS 2001

1. Le régime général de la sécurité sociale massivement déficitaire en 2004

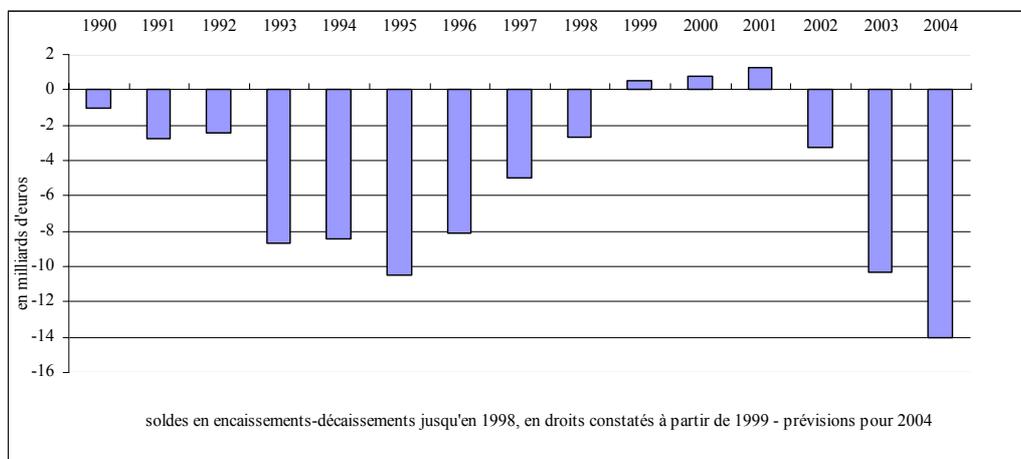
En 2004, le régime général de la sécurité sociale connaîtra son déficit le plus élevé jamais atteint après trois années de dégradation exponentielle, d'après les prévisions publiées par la commission des comptes de la sécurité sociale en septembre 2004.

Le solde financier du régime général est en effet passé d'un excédent de 1,2 milliard d'euros en 2001 à un déficit estimé à 14 milliards d'euros en 2004, soit une détérioration moyenne de 5 milliards d'euros par an sur la période.

Si l'on exclut le versement reçu de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) au titre de la dette du Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC), d'un montant de 1,1 milliard d'euros en 2004, qui constitue une opération exceptionnelle non reconductible, le résultat courant du régime général, plus représentatif de sa situation financière, est un déficit de 15,1 milliards d'euros en 2004, un montant supérieur de 5 milliards d'euros au déficit enregistré en 1995, qui avait été l'année la plus sombre de la décennie quatre-vingt-dix.

Solde du régime général de la sécurité sociale depuis 1990

(en milliards d'euros)



Source : commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2004)

Votre rapporteur pour avis constate que le déficit du régime général est quasi exclusivement concentré sur la branche maladie, même si, pour la première fois depuis dix ans, toutes les branches du régime général de la sécurité sociale seraient déficitaires en 2004.

Résultats du régime général

(en milliards d'euros)

	2001	2002	2003	2004	2005
Régime général					
Maladie	- 2,1	- 6,1	- 11,1	- 13,2	- 7,9
Accidents du travail	0,0	0,0	- 0,5	- 0,5	- 0,7
Vieillesse	1,5	1,7	0,9	- 0,1	- 1,4
Famille	1,7	1,0	0,4	- 0,2	0
Total régime général	1,2	- 3,5	- 10,2	- 14	- 10,1
FSV	- 0,1	- 1,4	- 0,9	- 0,4	- 1,2
FOREC		0,2	- 0,6	-	-

Source : commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2004)

Il faut noter également, en 2004 et en 2005, un écart négatif non négligeable entre le solde financier de l'ensemble des régimes de base, qui englobe notamment les régimes des non-salariés, et celui du régime général, de l'ordre de 100 millions d'euros en 2004 et 800 millions d'euros en 2005, en raison notamment du **creusement du déficit du régime des exploitants agricoles**. Jusqu'en 2003, ce déficit était équilibré par une subvention du budget de l'Etat, mais avec le remplacement du BAPSA par le Fonds de financement des prestations sociales des non salariés agricoles (FFIPSA), la

structure de financement du régime est fortement modifiée et l'Etat s'en désengage partiellement. Ainsi, **le déficit attendu du régime social des exploitants agricoles est de l'ordre de 900 millions d'euros en 2004 et de 1,5 milliard d'euros en 2005.**

Résultats des principaux autres régimes de base

(en milliards d'euros)

Principaux autres régimes	2002	2003	2004	2005
Exploitants agricoles	- 0,1	- 0,1	- 0,9	- 1,5
CNRACL	- 0,1	0,3	0,3	0,4
CANAM	- 0,3	- 0,1	- 0,1	- 0,1
ORGANIC	0,1	- 0,6	- 0,1	0
CNAVPL	0	0,1	0,1	0,1

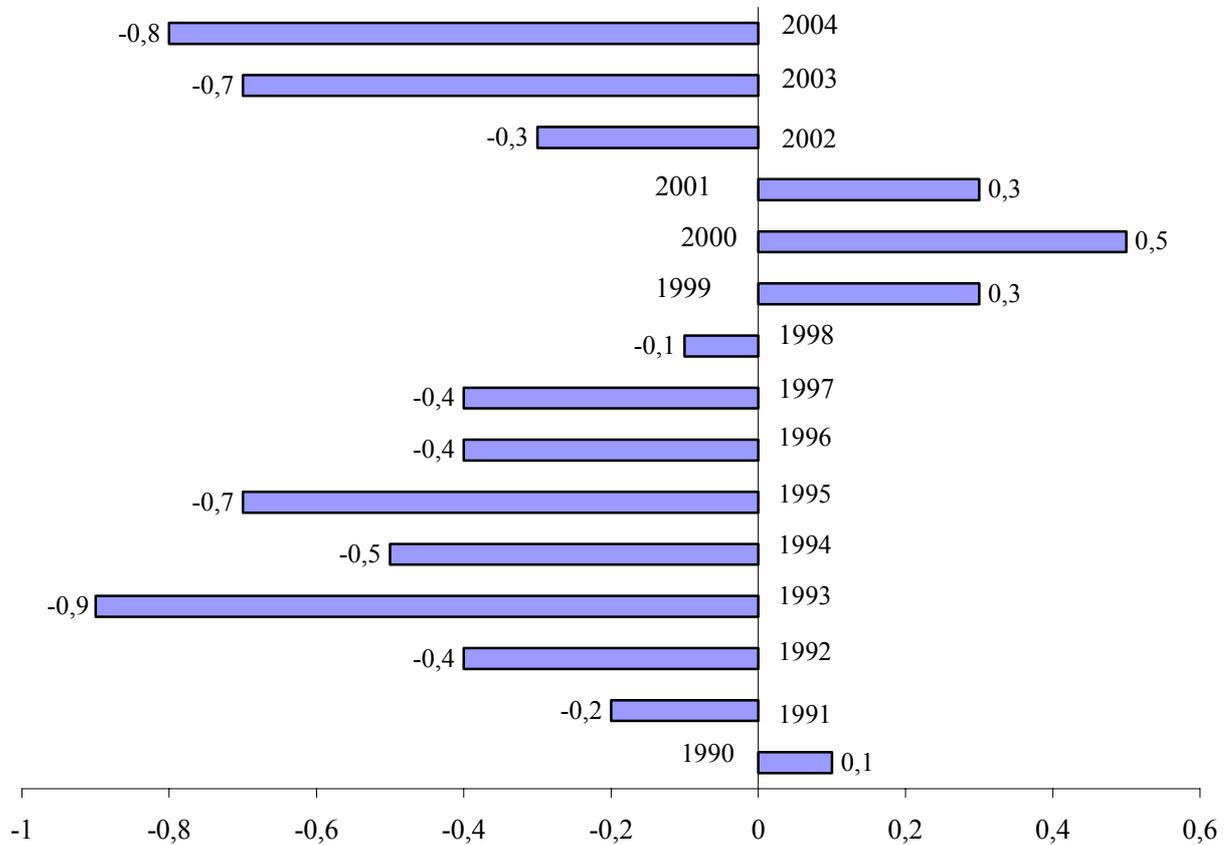
Source : commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2004)

2. Des administrations de sécurité sociale majoritairement contributrices à l'augmentation du déficit public depuis 2002

Alors que, au cours de la période 1999-2001, les administrations de sécurité sociale avaient apporté une contribution positive à la réduction du déficit public, elles concourent à sa dégradation depuis 2002.

Capacité ou besoin de financement des administrations sociales depuis 1990

(en points de PIB)



• Si la dégradation financière touche l'ensemble des administrations publiques, ce sont les administrations de sécurité sociale qui, en 2003, contribuent le plus à l'augmentation du déficit public. Leur besoin de financement s'élève à 11,1 milliards d'euros en 2003 après 4,1 milliards d'euros en 2002. Leurs recettes sont particulièrement sensibles à la conjoncture, alors que les prestations maladie et chômage croissent vivement. Il faut noter que la dégradation enregistrée entre 2002 et 2003, de 7 milliards d'euros, est du même ordre que celle, de 8,1 milliards d'euros, observée entre 2001 et 2002.

Capacité ou besoin de financement global des administrations de sécurité sociale

(en milliards d'euros)

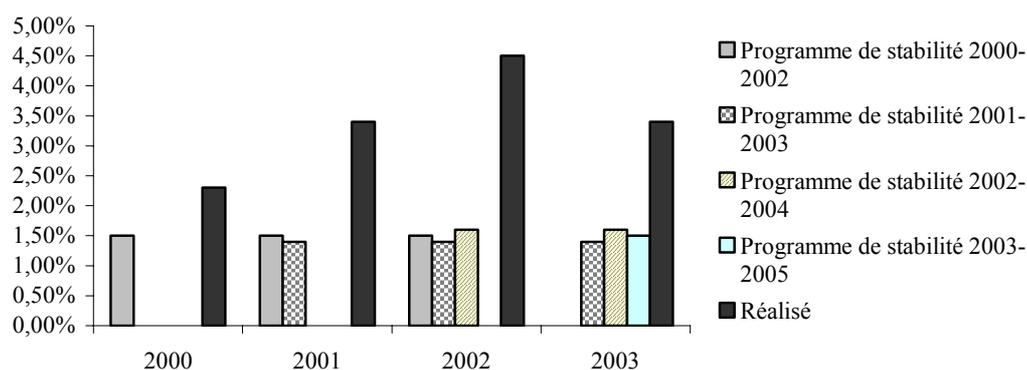
2000	2001	2002	2003
7,2	4,0	- 4,1	- 11,1

Source : INSEE

L'aggravation du besoin de financement des administrations de sécurité sociale entre 2002 et 2003 résulte notamment du ralentissement de la progression des recettes (+ 3,1 % en 2003 après + 3,3 % en 2002), qui pâtiennent de la conjoncture dégradée, et que les hausses des taux de cotisation ne compensent que partiellement.

La forte croissance des prestations de santé est la principale cause d'une progression toujours soutenue des dépenses des administrations de sécurité sociale (+ 5,1 % en 2003 après + 5,6 % en 2002) et de la détérioration du solde du régime général. En outre, malgré les mesures prises, le déficit des régimes d'assurance chômage ne se réduit que légèrement et atteint 4,2 milliards d'euros en 2003 après 4,6 milliards d'euros en 2002.

Dépense des organismes de sécurité sociale : prévision et réalisation



Source : rapport économique, social et financier - PLF 2005

A l'inverse, les régimes de retraite complémentaire restent largement excédentaires, de près de 7 milliards d'euros.

Enfin, en 2003, la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) a repris une dette de 1,3 milliard d'euros du Fonds de financement de la réforme des cotisations sociales (FOREC) vis-à-vis des régimes de sécurité sociale. Cette reprise de dette permet au FOREC de dégager une capacité de financement en 2003.

Capacité ou besoin de financement des administrations de sécurité sociale par type de régime
(en milliards d'euros)

	2002	2003
Régime général	- 5,0	- 12,8
Régimes d'indemnisation du chômage	- 4,6	- 4,2
Fonds spéciaux (FSV, FOREC, FIVA...)	- 0,8	- 0,1
Régimes complémentaires	6,9	6,8
Autres régimes (régimes particuliers de salariés, non salariés, régimes agricoles)	- 0,1	- 0,6
Hôpitaux publics	- 0,4	- 0,2
Total des administrations de sécurité sociale	- 4,1	- 11,1

Source : INSEE (juin 2004)

• **Après la forte dégradation enregistrée en 2003, le besoin de financement des administrations de sécurité sociale serait quasiment stabilisé en 2004 à 0,8 point de PIB et réduit à 0,6 point de PIB en 2005.**

La programmation pluriannuelle des finances publiques 2006-2008 figurant dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour 2005, prévoit un **retour à l'équilibre des administrations de sécurité sociale en 2007.**

En effet, les économies dégagées par la réforme de l'assurance maladie et la baisse du taux de chômage contribueraient à l'inflexion de la dépense. Parallèlement, les relèvements des prélèvements sociaux intervenus au titre de la réforme des retraites et de l'assurance maladie contribueraient également au redressement des comptes sociaux.

Capacité ou besoin de financement des administrations de sécurité sociale à l'horizon 2008

(en points de PIB)

2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
- 0,3	- 0,7	- 0,8	- 0,6	- 0,2	0,0	0,1

Source : rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour 2005 / Programmation pluriannuelle des finances publiques 2006-2008

B. LA RÉVISION DES PRÉVISIONS DE RECETTES ET DE DÉPENSES POUR 2004

Le présent projet de loi de financement tire les conséquences de cette dégradation du solde de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale en procédant à la révision des prévisions de recettes et objectifs de dépenses par branche pour 2004, fixés par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004¹.

1. La dégradation des prévisions de recettes en 2004

L'article 5 du présent projet de loi de financement fixe, pour 2004, les prévisions révisées de recettes, par catégorie, de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement. **On constate un écart de 2,8 milliards d'euros entre les prévisions fixées par l'article 17 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 précitée et le présent projet de loi de financement, soit une diminution de l'ordre de 0,85 % entre les recettes prévues et les recettes révisées.**

Evolution des prévisions des recettes pour 2004

(en milliards d'euros)

Catégorie de recettes	Prévisions initiales LFSS 2004 (1)	Agrégats de recettes révisées pour 2004 (article 5 du PLFSS 2005) (2)	Ecart (2) – (1)
Cotisations effectives	187,3	185,5	- 1,9
Cotisations fictives	31,4	31,8	0,4
Cotisations prises en charge par l'Etat	19,5	19,7	0,2
Contributions publiques	12,0	11,4	- 0,6
Impôts et taxes affectés	80,7	80,1	- 0,6
Transferts reçus	0,1	0,2	0,0
Revenus des capitaux	1,0	0,9	- 0,1
Autres ressources	4,1	3,7	- 0,3
Total des recettes	336,1	333,3	- 2,8

Source : Annexe B1 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005

Les principaux écarts sont les suivants :

- **cotisations effectives : - 1,9 milliard d'euros** : la forte révision à la baisse s'explique par une croissance moins rapide des assiettes de cotisations en 2003 et 2004 ;

¹ Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003.

- **cotisations fictives : + 0,4 milliard d'euros** : cette hausse concerne la régime de pensions des fonctionnaires de l'Etat ;

- **cotisations prises en charge par l'Etat : + 0,2 milliard d'euros** : le montant initial intégrait une légère sous-estimation des exonérations au bénéfice des salariés agricoles ;

- **contribution publique : - 0,6 milliard d'euros** : la baisse résulte de l'absence de subvention d'équilibre de l'Etat au régime des exploitants agricoles ;

- **impôts et taxes affectés : - 0,6 milliard d'euros** : plusieurs impôts et taxes affectés ont eu un rendement inférieur à ce qui était prévu, parmi lesquels la CSG (230 millions d'euros de moins-values), la C3S (80 millions d'euros de moins-values), les droits sur les tabacs (150 millions d'euros de moins-values) et le prélèvement social de 2 % sur les revenus du patrimoine (80 millions d'euros de moins-values) ;

- **autres ressources : - 0,3 milliard d'euros** : la diminution de cet agrégat porte principalement sur les produits de gestion courante et résulte d'une révision à la baisse sur 2003.

2. La sous-évaluation des objectifs de dépenses par branche en 2004

L'article 31 du présent projet de loi de financement fixe, pour 2004, les objectifs révisés de dépenses par branche de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de 20.000 cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres.

Les objectifs de dépenses par branche

(en milliards d'euros)

Branche	Objectif LFSS pour 2004 (1)	Agrégats révisés pour 2004 (2)	Ecart (2) – (1)
Maladie-Maternité-Invalidité-Décès	143,6	145,1	1,4
Vieillesse-Veuve	146,6	146,8	0,2
Accidents du travail	9,7	10,1	0,4
Famille	45,5	45,0	- 0,5
Total des dépenses	345,4	347,0	1,5

Source : Annexe B1 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005

La somme des objectifs révisés de dépenses s'élèverait ainsi à 347 milliards d'euros en 2004, contre une prévision de 345,4 milliards d'euros fixée en loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, ce qui représente un écart positif de près de 0,5 %. On peut noter que ce sont les

dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité, décès qui ont été les plus dynamiques, avec un dépassement de 1,4 milliard d'euros de l'objectif initialement fixé, correspondant presque en totalité au dépassement de l'ONDAM, tandis qu'à l'inverse les dépenses de la branche famille avaient été surévaluées de 500 millions d'euros.

Enfin, votre rapporteur pour avis se doit d'ajouter que **l'article 15** du présent projet de loi de financement alourdit encore les dépenses sur l'exercice 2004 puisqu'il fixe rétroactivement la participation de la branche maladie au financement du plan Biotox à hauteur de 62 millions d'euros pour 2004.

C. UNE PRESSION FISCALO-SOCIALE ORIENTÉE À LA HAUSSE

1. Le poids actuel des prélèvements sociaux

• On note, d'abord, une **augmentation tendancielle de la part des prélèvements sociaux en pourcentage du PIB** : celle-ci est passée de 20,5 % en 1997 à 21,3 % en 2000 et 21,5 % en 2002. En 2003, ce taux devrait s'établir à 21,8 %, soit un total de 339,6 milliards d'euros¹.

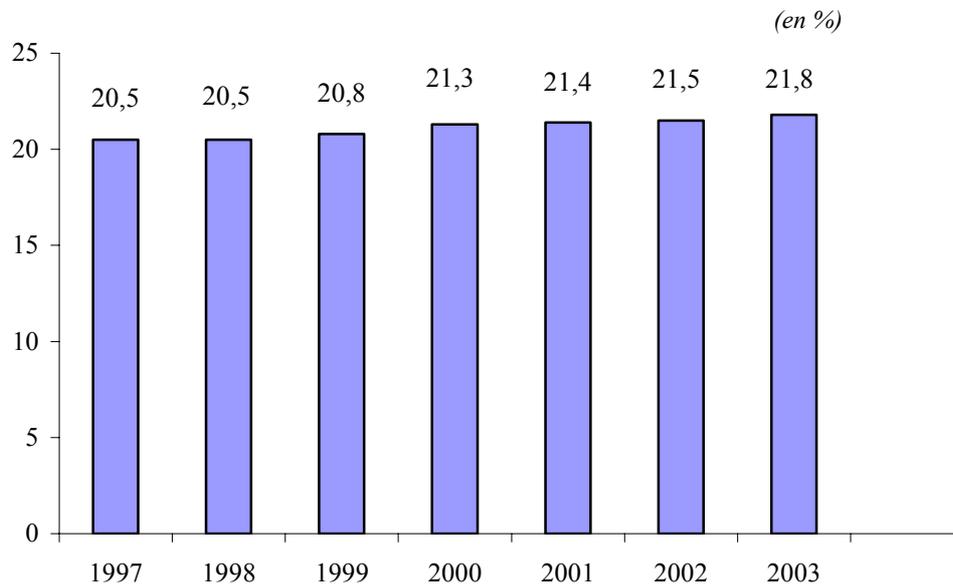
L'augmentation du poids dans le PIB des prélèvements obligatoires des administrations de sécurité sociale entre 2002 et 2003 résulte de la combinaison de deux facteurs :

- **les mesures nouvelles**, d'une part, contribuent à alourdir les prélèvements sociaux d'environ 0,2 point de PIB : les hausses de cotisations décidées par les partenaires sociaux font plus que compenser la montée en puissance des allègements de charges sur les salaires et rendent compte de l'essentiel de l'augmentation discrétionnaire des prélèvements obligatoires des organismes de sécurité sociale ;

- **une évolution spontanée**, d'autre part, qui conduit les prélèvements sociaux à augmenter de plus de 0,1 point de PIB. Si la contribution sociale généralisée (CSG) assise sur les revenus du capital diminue, la relative bonne tenue de la masse salariale dans un contexte de faible progression du PIB en 2003 soutient l'évolution des cotisations sociales.

¹ Pour une analyse exhaustive de l'évolution des prélèvements obligatoires, voir le rapport d'information n° 52 (2004-2005) de notre collègue Philippe Marini, fait au nom de la commission des finances.

Prélèvements obligatoires affectés aux administrations de sécurité sociale rapportés au PIB



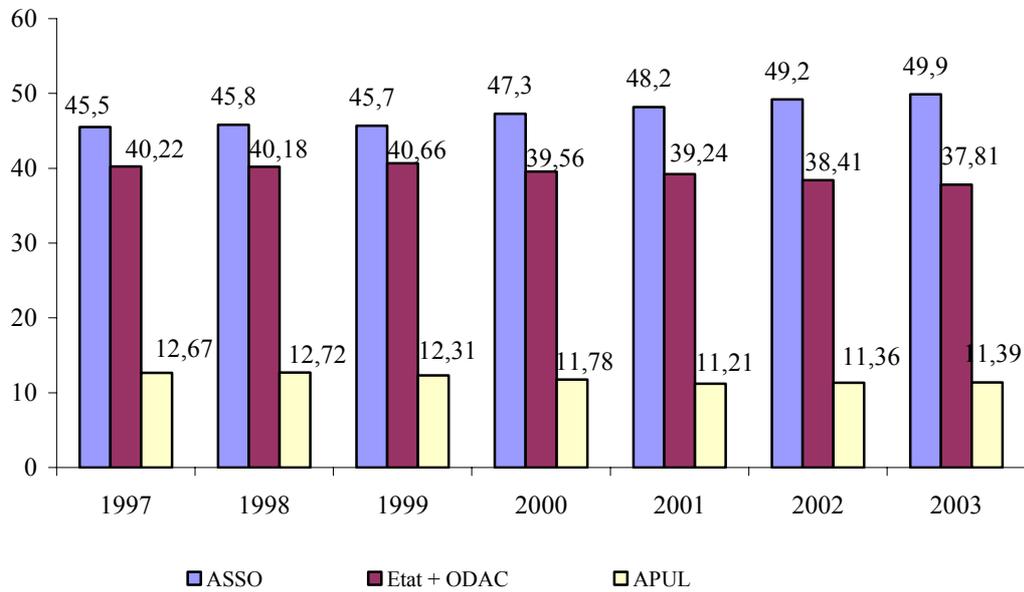
Source : ministère de l'économie, des finances et de l'industrie

• Dans un deuxième temps, il faut noter la **place prépondérante des prélèvements sociaux au sein de l'ensemble des prélèvements obligatoires.**

Au cours du temps, la répartition des prélèvements obligatoires entre administrations publiques a évolué de manière significative. Ainsi, la part de l'Etat a eu tendance à reculer, alors que celle des organismes de sécurité sociale a fortement progressé, et que celle des administrations locales a été stable.

Evolution comparée des prélèvements affectés aux administrations de sécurité sociale rapportés au total des prélèvements obligatoires

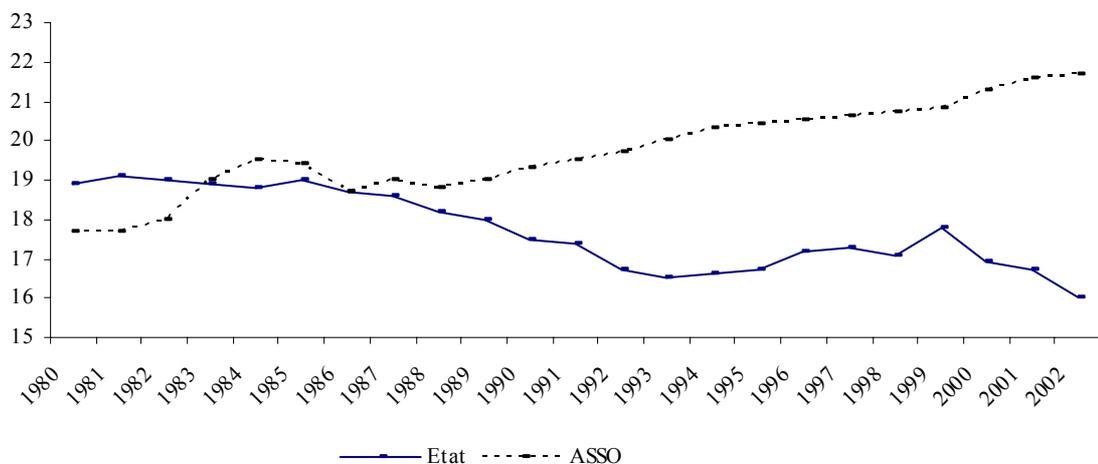
(en pourcentage de PIB)



Sur plus longue période, l'écart croissant entre le poids relatif des prélèvements sociaux et celui des prélèvements affectés à l'Etat au sein de l'ensemble des prélèvements obligatoires est encore plus flagrant.

Evolution comparée du taux de prélèvements obligatoires affectés à l'Etat et aux administrations de sécurité sociale

(en % du PIB)



Source : rapport sur les prélèvements obligatoires et leur évolution, annexé au projet de loi de finances pour 2005

● **En 2004**, le taux de prélèvements obligatoires devrait s'établir à 43,6 % du PIB, en retrait de 0,2 point de PIB par rapport au niveau atteint en 2003.

En outre, **l'évolution des taux de prélèvements obligatoires par sous-secteur est fortement perturbée par des mesures de changement de périmètre** : la suppression du Fonds de financement de la réforme des cotisations sociales (FOREC) et le financement direct des allègements de charges sociales par le budget de l'Etat explique ainsi le relèvement du taux de prélèvements affectés à l'Etat et, corrélativement, la diminution de celui des organismes de sécurité sociale à hauteur de 1 point de PIB. Le taux des prélèvements sociaux en 2004 s'établirait ainsi à 20,5 % du PIB.

● **En 2005**, le taux de prélèvements obligatoires atteindrait 43,7 % du PIB, dont 20,6 % du PIB pour les seuls prélèvements sociaux, en légère augmentation par rapport à 2004. Cette évolution résulterait de deux tendances contradictoires :

- une évolution peu dynamique des prélèvements des organismes de sécurité sociale qui devraient progresser spontanément à un rythme davantage en phase avec l'activité économique : ainsi, de manière spontanée, les prélèvements sociaux diminueraient, en 2005, de 0,1 point de PIB ;

- *a contrario*, des mesures nouvelles contribuant à alourdir les prélèvements sociaux, notamment celles issues des dispositions de la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, créant une contribution affectée à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), dont le produit devrait avoisiner 2 milliards d'euros en année pleine, et de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, qui devraient peser sur les ménages et les entreprises à hauteur de 3 milliards d'euros : les hausses de prélèvements prévues contribueraient ainsi, en 2005, à la progression du taux de prélèvements sociaux à hauteur de 0,3 point de PIB environ.

Contributions à l'évolution du taux des prélèvements sociaux en 2004 et 2005

(en milliards d'euros)

	2004	2005 à périmètre constant	2005 avec changement de périmètre
Montant des prélèvements sociaux (en milliards d'euros)	333,7	349,0	349,8
Taux des prélèvements sociaux (PS) (en % du PIB)	20,5	20,6	20,6
Evolution du taux de PS par rapport à l'année précédente (en point de PIB)	- 1,3	+ 0,1	+ 0,1
<i>dont contribution des mesures nouvelles (en point de PIB)</i>	- 1,0	+ 0,2	+ 0,3
<i>dont contribution de l'évolution spontanée (en point de PIB)</i>	- 0,3	- 0,1	- 0,1

Source : rapport sur les prélèvements obligatoires et leur évolution - PLF 2005

2. La fiscalisation croissante des prélèvements sociaux

La structure des prélèvements obligatoires a beaucoup évolué au cours des dernières années. Celle des prélèvements sociaux, notamment, est marquée par l'importance accrue de la fiscalité, qui témoigne, d'une part, de la création de nouveaux prélèvements fiscaux au cours des années récentes (CSG, taxe générale sur les activités polluantes, contribution sociale sur les bénéfiques), d'autre part, de transferts de fiscalité de l'Etat vers les organismes de sécurité sociale (droit sur les alcools, taxe sur les conventions d'assurance) afin de compenser le coût des allègements de cotisations sociales.

Répartition des recettes des administrations de sécurité sociale par type de prélèvement depuis 1980

(en % du total)

	1980	1985	1990	1995	2000	2002	2003
Cotisations sociales	97,6	96,7	96,1	90,2	74,2	74	73,9
Impôts	2,4	3,3	3,9	9,8	25,8	26	26,1
<i>dont CSG</i>	-	-	-	6	19,4	19	18,8
<i>dont autres impôts</i>	2,4	3,3	3,9	3,8	6,4	7	7,3
Total	100						

Source : rapport sur les prélèvements obligatoires et leur évolution - PLF 2005

II. RELEVER LE DÉFI DE L'AMÉLIORATION DES COMPTES SOCIAUX EN 2005

A. LE CONTEXTE : TROIS RÉFORMES SOCIALES D'ENVERGURE AUX EFFETS TOUTEFOIS ALÉATOIRES

Ainsi que l'a souligné M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale, lors de la présentation du présent projet de loi de financement devant l'Assemblée nationale, « le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 intervient dans un contexte particulier puisqu'il fait suite à trois grandes réformes sociales. Il y a un peu plus de deux mois, était promulguée la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. En juin, la représentation nationale a voté la loi relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. Enfin, la loi portant réforme des retraites est entrée en application cette année. Ces réformes fondamentales nous ont amenés à vous présenter un texte plus court et resserré, car aujourd'hui la priorité est bien la mise en œuvre de ces réformes ».

Impact des mesures de financement de la réforme de l'assurance maladie et des retraites

(en millions d'euros)

Mesures de financement	2005	2006
Elargissement de l'assiette de la CSG sur les salaires	900	
Augmentation du taux de la CSG sur les retraités imposables	560	
Augmentation du taux de la CSG sur les revenus du patrimoine	645	
Augmentation du taux de la CSG sur les produits des jeux	105	
Augmentation de la C3S	810	
Régime complémentaire de retraite des fonctionnaires	1.050	
Augmentation de cotisations à la caisse nationale d'assurance vieillesse		750
Total	4.070	750

Source : rapport sur les prélèvements obligatoires et leur évolution - PLF 2005

1. La réforme du financement des retraites

La loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites a, sans conteste, mis en œuvre une réforme historique et nécessaire, compte tenu de l'évolution démographique.

Si aucune réforme n'avait été menée, les dépenses de retraite, qui représentaient en 2000 environ 11,6 % du PIB, auraient représenté en 2040, 15,7 % à 16 % du PIB, si bien qu'à l'horizon 2040, l'économie française aurait dû faire face à un besoin de financement supplémentaire de l'ordre de 4 points de PIB.

Les réformes menées devraient ainsi permettre de réduire d'environ un tiers le besoin de financement du régime général de l'assurance vieillesse à l'horizon 2020¹.

Par ailleurs, comme le souligne le Conseil d'orientation des retraites dans son deuxième rapport de juin 2004, la réforme des retraites devrait également avoir un effet indirect positif sur le solde des administrations publiques, via son impact sur la croissance économique. Selon des estimations de la direction de la prévision et de l'analyse économique du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, cet effet indirect pourrait représenter à terme **un surcroît de recettes pour les finances publiques équivalent à 0,5 point de PIB.**

¹ Pour une analyse d'ensemble de la réforme, se reporter au rapport pour avis de notre collègue Adrien Gouteyron, rapport n° 383 (2002-2003).

Le rapport économique, social et financier, annexé au projet de loi de finances pour 2005, fait état, quant à lui, d'une réduction de 1,5 point de PIB de l'écart de financement associé aux retraites permise par la réforme des retraites, qu'il décompose de la manière suivante :

- réduction durable, à compter de 2003, de 1 point de PIB du déficit structurel, correspondant à l'impact direct des dispositions de la loi du 21 août 2003 précitée ;

- amélioration durable du déficit de l'ensemble des administrations publiques de 0,5 point de PIB, correspondant au surcroît de recettes pour l'ensemble des finances publiques induit par le surcroît d'activité lié à l'allongement de la durée de vie active.

S'agissant du besoin de financement restant dans le régime général, évalué à environ 10 milliards d'euros d'ici 2020, on rappellera que l'équilibre de la réforme des retraites reposait sur une hausse des cotisations vieillesse qui serait gagée par une baisse des cotisations d'assurance chômage, permise par le retour au plein emploi. Le scénario de retour au plein emploi en 2010, envisagé par le Conseil d'orientation des retraites, nécessite la mise en œuvre de mesures volontaristes et votre rapporteur pour avis ne peut que souligner l'importance de cet élément. **Si l'amélioration prévue de la situation de l'emploi ne se produisait pas, l'ajustement devrait passer soit par l'absence de compensation de la hausse des cotisations vieillesse par la baisse des cotisations chômage – et donc par une hausse des prélèvements obligatoires – soit par une modification des droits à pension.** Les rendez-vous réguliers fixés par la loi précitée du 21 août 2003 permettront d'actualiser les prévisions et d'en tirer les conséquences.

2. La réforme de l'assurance maladie

Les travaux du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, mis en place par le Premier ministre au mois d'octobre 2003, avait permis de mettre en évidence qu'en l'absence de mesures correctrices et en retenant un taux de croissance des dépenses d'assurance maladie supérieur de 1,5 % à celui du produit intérieur brut (PIB), l'accumulation des déficits (hors charges d'intérêt) représenterait plus de 260 milliards d'euros en 2013 et 640 milliards d'euros en 2020. En retenant ces hypothèses, le déficit annuel de l'assurance maladie s'élèverait à 29 milliards d'euros en 2010 et à 66 milliards d'euros en 2020 (hors charges de la dette et en euros constants 2002).

Dès lors, pour relever le défi de la réforme structurelle de l'assurance maladie, le Haut conseil écartait d'emblée différentes options : le recours à un endettement massif pour couvrir la croissance des dépenses ; une solution consistant simplement à accroître les recettes, qui se traduirait par une augmentation importante des prélèvements obligatoires et à un effet d'éviction

massif au détriment des autres besoins collectifs ; une solution fondée exclusivement sur une baisse des remboursements, ce qui conduirait à remettre en cause les principes de solidarité et d'égalité ; enfin, une solution reposant sur un rationnement insidieux des soins, qui se ferait au détriment de leur qualité.

C'est pourquoi le Haut Conseil a préconisé une réforme basée sur la qualité, conjuguant trois actions : tout d'abord, l'amélioration du système de soins et de la coordination des acteurs, ensuite, sans remettre en cause l'universalité de la couverture, la nécessité de faire des choix et de hiérarchiser les financements ; enfin, un ajustement des recettes pour combler le besoin de financement. Le Haut Conseil attirait en outre l'attention sur la nécessité d'une meilleure transparence des rapports financiers entre l'Etat et l'assurance maladie.

La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie propose d'améliorer l'efficacité du système de santé et d'enrayer la dégradation des comptes de la branche maladie. Elle repose sur les axes définis par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie et vise à développer la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, à responsabiliser l'ensemble des acteurs du système de santé, à renforcer son efficacité, notamment grâce à la mise en place d'un dossier médical personnel, et à clarifier les responsabilités¹.

En outre, **le redressement financier de l'assurance maladie sera également permis par l'affectation de recettes nouvelles, qui se traduira par une augmentation des prélèvements obligatoires à compter du 1^{er} janvier 2005.**

On relèvera en particulier la mise en place d'une contribution additionnelle de 0,03 point à la contribution sociale de solidarité sur les sociétés (CSSS), l'augmentation du taux de contribution sociale généralisée (CSG), sur les revenus des retraités imposables, qui serait porté de 6,2 % à 6,6 %, l'élargissement de l'assiette de la CSG sur les revenus des actifs et la majoration du taux de CSG sur les revenus du patrimoine et les produits de placements (+ 0,7 point) et sur les jeux (+ 2 points). A cela s'ajoutent la majoration de la taxe sur les dépenses de promotion des médicaments et la pérennisation de la taxe exceptionnelle sur le chiffre d'affaire des laboratoires pharmaceutiques, instaurée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004.

La loi du 13 août 2004 précitée prévoit, enfin, la reprise du déficit cumulé de la branche maladie du régime général, qui devrait atteindre 35 milliards d'euros fin 2004, par la CADES. Celle-ci reprendrait également à

¹ *Pour une analyse d'ensemble de la réforme, se reporter au rapport pour avis de notre collègue Adrien Gouteyron, rapport n° 425 (2003-2004).*

sa charge les déficits des exercices 2005 et 2006, dans la limite de 15 milliards d'euros. **La CADES, à laquelle il restait, au 31 décembre 2003, 38,25 milliards d'euros à rembourser d'ici 2014, serait prolongée jusqu'à l'extinction de ses missions.**

L'impact financier du projet de loi relatif à l'assurance maladie en 2007

(en milliards d'euros)

1. Organisation et fonctionnement du système de soins	
. maîtrise médicalisée	3,5
. médicaments génériques et tarifs forfaitaires de responsabilité	2,3
. économies de gestion à hôpital	1,6
. renforcement du contrôle des indemnités journalières	0,8
. systématisation du recours contre tiers	0,3
. économies sur les frais financiers (reprise de la dette par la CADES)	1,1
. diminution des coûts de gestion de la CNAMTS	0,2
Total « Offre de soins »	9,8
2. Participation des usagers	
. contribution de 1 euro par acte	0,7
. revalorisation du forfait journalier hospitalier	0,3
Total « Participation de l'usager »	1,0
3. Redressement financier	
. transfert d'une partie des droits sur les tabacs de l'Etat à la CNAMTS	1,0
. création d'une contribution additionnelle à la C3S	0,9
. relèvement de la CSG :	
- élargissement de l'assiette de la CSG des actifs	1,0
- relèvement de 0,4 point du taux de CSG des retraités imposables	0,6
- relèvement de 0,7 point du taux sur les revenus du patrimoine	0,6
- augmentation de 2 points du taux de CSG sur les jeux	0,1
Total « Redressement financier »	4,2
Total général	15,0

Source : ministère de la santé et de la protection sociale, juin 2004

La réforme proposée ne devrait donc pas avoir d'effet sur le solde public en 2004. Les mesures devraient toutefois permettre à l'assurance maladie de réaliser 15 milliards d'euros d'économies par an à l'horizon 2007.

Votre rapporteur pour avis observe néanmoins que l'amélioration de la situation financière de la sécurité sociale n'équivaut pas à une amélioration globale de 15 milliards d'euros de la situation des finances publiques : **le transfert d'un milliard d'euros du produit des droits sur les tabacs de l'Etat vers la CNAMTS, comme le transfert de dette vers la CADES et l'économie de frais financiers induites pour l'ACOSS (1,1 milliard d'euros), sont des mesures de périmètre, qui sont neutres si l'on adopte une approche consolidée des finances publiques.**

Dès lors, toutes administrations publiques confondues, le redressement devrait être plus limité, de l'ordre de 13 milliards d'euros, compte tenu du transfert de recettes de l'Etat vers la sécurité sociale, du transfert de dette vers la CADES, qui permet une économie sur les frais

financiers de la CNAMTS, et de l'impact de la hausse de la CSG sur le rendement de l'impôt sur le revenu.

En outre, s'il est acquis que ces mesures représentent un progrès nécessaire vers l'équilibre financier de l'assurance maladie, il n'est pas certain qu'elles suffisent à y parvenir en 2007.

La question se pose évidemment de savoir si ces normes s'avèreront suffisantes pour infléchir réellement l'évolution du solde des comptes sociaux. Elles ont le mérite d'être équilibrées et de ne faire appel aux prélèvements obligatoires que pour 3,2 milliards d'euros. **En ce qui concerne l'appel à la responsabilité des assurés sociaux, les mesures prises sont assez symboliques et constituent un pari sur la capacité des assurés et des professionnels de santé à modifier leurs comportements.** Enfin, l'évaluation des aspects relatifs à l'organisation et au pilotage financier du système de soins a été assez largement contestée.

En outre, votre rapporteur pour avis se doit ici de rappeler les doutes émis par les services du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, d'après les prévisions desquels, le rendement attendu des mesures de redressement contenues dans la réforme de l'assurance maladie peut être évalué à 8 milliards d'euros seulement, à l'horizon 2007.

Dans une note en date du 10 juin 2004, la direction du budget et la direction de la prévision et de l'analyse économique précisait en effet que le cadrage financier associé à cette réforme reposait sur des hypothèses de changement de comportements dont l'incidence financière était difficile à évaluer et que des volets importants du plan affichaient des objectifs non étayés par des mesures précises, en particulier s'agissant de la politique du médicament ou de la réforme des établissements de santé.

Ainsi, il apparaît, d'après les prévisions des services du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, que, toutes administrations publiques confondues, une fois neutralisées les mesures de transferts, sans incidence en termes de besoin de financements, l'impact de la réforme peut être estimé à environ 0,15 point de PIB en 2005 et environ 0,3 point de PIB en 2007, à comparer avec les 0,4 point de PIB en 2005 et 0,7 point de PIB en 2007 introduits dans le programme de stabilité transmis à Bruxelles fin 2003.

S'agissant de l'impact financier de long terme de la réforme, le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour 2005, a exploré deux scénarios :

- dans un premier scénario, après la réalisation des économies prévues par la réforme de l'assurance maladie à l'horizon 2007, on fait l'hypothèse qu'à partir de 2008, les dépenses progressent à un rythme plus rapide que le PIB (+ 1,5 %). Dès lors le calcul actuariel montre que la réforme permettrait

un ajustement structurel de 0,75 point de PIB, dont 0,2 point lié à l'augmentation des recettes ;

- dans un second scénario, plus favorable, on fait l'hypothèse d'un fléchissement durable du rythme de progression des dépenses de santé, identique à celui du PIB. Dès lors, l'écart de financement serait presque totalement résorbé.

Impact financier de long terme des réformes des retraites et de l'assurance maladie

(en points de PIB)

Ecart de financement actualisé des régimes sociaux¹	Avant réforme	Après réforme	Gain structurel associé aux réformes
Retraites	3	2 ou 1,5	1 ou 1,5
Assurance maladie			
<i>Scénario 1</i>	3,1	2,4	0,7
<i>Scénario 2</i>	3,1	0,4	2,7

Source : rapport économique, social et financier - PLF 2005

La réforme adoptée constitue-t-elle la réforme structurelle qui garantirait la « soutenabilité » à long terme de notre système de sécurité sociale ? Seul l'avenir le dira.

¹ Ces évaluations sont fondées sur une actualisation à partir de 2004 et sur un taux d'actualisation de 2 %.

Evaluation de l'impact financier de la réforme selon la direction du budget et la direction de la prévision

(en milliards d'euros)

Mesure		Cadrage du projet 2007	Rendement du projet	
			2005	2007
Rappel : déficit tendanciel de l'assurance maladie		- 22,9	- 16,3	- 22,9
	<u>Maitrise médicalisée des dépenses</u>	3,5	0	0,9
	dont suivi des personnes en ALD	0,9	0	0,9
	dont gestion du risque par l'assurance maladie	2,6	0	0
	<u>Politique du médicament</u>	2	0,1	0,6
	dont mesures nouvelles	0,1	0	0,1
E	dont taxes sur l'industrie	0,1	0,1	0,1
C	dont autres mesures	1,8	0	0,4
O	<u>Etablissements de santé</u>	1,6	0	0,4
N	dont rationalisation des achats hospitaliers	0,7	0	0,4
O	dont autres mesures	0,9	0	0
M	Economie sur les frais financiers	1,7	0,9	1,7
I	dont transférés à la CADES	1,2	0,9	1,3
E	<u>Indemnités journalières</u>	0,8	0,1	0,2
S	dont contrôle des arrêts de travail	0,2	0,1	0,2
	dont autres mesures	0,6	0	0
	Participation des patients	0,7	0,6	0,7
	dont forfait de 1 € par acte ou consultation	0,5	0,5	0,5
	dont hausse du forfait journalier (1 €/an)	0,2	0,1	0,2
	<u>Autres mesures</u>	0,8	0	0,2
	dont gestion administrative	0,2	0	0,2
	dont autres mesures	0,6	0	0
Sous-total économies pour l'assurance maladie		11,1	1,7	4,7
Recettes	Contribution de l'Etat	1	0,3 à 1	1
	Contribution des entreprises (C3S)	0,9	0,8	0,9
	Extension de l'assiette CSG sur les salaires	1	0,9	1
	Hausse du taux de la CSG capital et jeux	0,8	0,7	0,8
	Hausse du taux réduit de CSG sur les retraites	0,6	0,6	0,6
Sous-total recettes affectées à l'assurance maladie		4,3	3,4 à 4	4,3
Dépenses	Dossier médical électronique	?	-0,3	-0,5
	Coordination de l'accès aux spécialistes	?	-0,3	-0,3
Nouvelles	Structures nouvelles (UNCAM, InDES, Haute autorité, Comité de l'hospitalisation, etc.)	?	?	?
	Extension de la CMUC (budget de l'Etat)	-0,2	-0,2	-0,2
	Aide à l'acquisition d'une complémentaire	-0,4	-0,4	-0,4
Sous-total dépenses nouvelles		-0,4	-1	-1,2
Redressement de l'assurance maladie		15	4,1 à 4,7	7,8
<i>(en % du besoin de financement de l'année)</i>		<i>(66 %)</i>	<i>(25 à 29 %)</i>	<i>(34 %)</i>
Redressement APU		12,5	2,5	5,2
Solde redressé assurance maladie		-7,9	-12,2 à -11,6	-15,1

Source : direction du budget et direction de la prévision et de l'analyse économique du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, note du 10 juin 2004

3. La création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Dans le cadre de la mise en place d'une politique globale en faveur des personnes dépendantes, concernant à la fois les personnes âgées et les personnes handicapées, la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, a institué une Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), qui, aux termes de l'article 8, a pour mission, dans la limite des ressources qui lui sont affectées, de contribuer au financement de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées dans le respect de l'égalité de traitement des personnes concernées sur l'ensemble du territoire.

Une approche globale de la dépendance

La « réforme de solidarité et de fraternité pour les personnes dépendantes » annoncée par le Premier ministre, M. Jean-Pierre Raffarin, le 6 novembre 2003 constitue une approche globale de la prise en charge de la dépendance, concernant à la fois les personnes handicapées et les personnes âgées, alors que ces deux sphères étaient, jusqu'à présent, abordées de manière séparée.

Concernant les personnes âgées, le plan vise à mieux prendre en charge ces personnes par la mise en place de services polyvalents à caractère sanitaire et social, à renforcer les solidarités et les dispositifs d'alerte et à accroître, dès 2004, dans le cadre d'un plan pluri-annuel, le nombre de places de services de soins infirmiers à domicile et le nombre de places dans les établissements d'hébergement.

Ainsi, d'ici 2008, le plan comprendrait deux axes forts tendant, d'une part, à **renforcer la médicalisation des établissements accueillant des personnes âgées**, par le biais de l'augmentation de 20 % du taux d'encadrement des personnes dépendantes en établissements (soit la création plus de 15.000 emplois) et de la création de 10.000 nouvelles places en établissements ; d'autre part, à accentuer l'effort en faveur de la vie à domicile, par le biais de la création de 17.000 nouvelles places de services de soins infirmiers à domicile, pour atteindre près de 100.000 places disponibles en 2007, et par le biais de la création de 13.000 places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour.

S'agissant de la prise en charge des personnes handicapées, le plan vise assurer une compensation personnalisée des conséquences du handicap, à améliorer le maintien à domicile, par l'augmentation du nombre d'auxiliaires de vie sociaux, à promouvoir la participation des handicapés dans la vie sociale et à rendre plus effectifs les droits reconnus que sont l'accessibilité, l'accès à l'emploi et à l'éducation. Enfin, il entend accroître dès 2004, dans le cadre d'un plan pluri-annuel, le nombre de places en centres d'aide par le travail et en maisons d'accueil spécialisé.

L'un des autres objectifs essentiels du plan annoncé par le Premier ministre est la **pérennisation du financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)**, dont les dépenses ont fortement crû depuis sa mise en place, obligeant le Fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (FFAPA) à recourir en 2003 à un emprunt pour aider les départements à faire face à la montée en charge de l'APA.

La loi précitée du 30 juin 2004 n'avait fait qu'esquisser les compétences et le fonctionnement de cette caisse, dans l'attente d'un projet de loi ultérieur, faisant suite aux observations de MM. Raoul Briet et Pierre Jamet, auxquels le gouvernement avait confié une mission de réflexion sur ce thème¹. Toutefois, compte tenu d'un calendrier législatif très contraint, le gouvernement a choisi de préciser l'architecture de la CNSA dans le cadre de l'examen du projet de loi relatif à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, qui vient d'être adopté en deuxième lecture par le Sénat.

D'après les dispositions de la loi précitée du 30 juin 2004², les recettes de la CNSA sont composées :

- de **ressources nouvelles**, à savoir les contributions instituées en contrepartie de la mise en place d'une journée de travail supplémentaire non rémunérée : une contribution des employeurs au taux de 0,3 %, appliqué sur la même assiette que celle des cotisations patronales d'assurance maladie, ainsi qu'une contribution additionnelle au prélèvement social de 2 % sur les revenus du patrimoine et des produits de placements, au taux de 0,3 % ;

- de **recettes antérieurement affectées au Fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (FFAPA)**, dont la CNSA a repris les droits et obligations³, à savoir une fraction de 0,1 point du produit de la CSG et une participation des régimes de base de l'assurance vieillesse, représentative d'une fraction identique pour tous les régimes des sommes consacrées par chacun de ceux-ci aux dépenses d'aide ménagère en 2000.

La mise en place de cette caisse, dotée de moyens de financement nouveaux, avait deux objets : sécuriser le financement de l'APA et mettre en œuvre des actions nouvelles en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées.

La loi du 30 juin 2004 avait précisé le cadre financier de la caisse et les charges qui lui étaient attribuées, selon le tableau suivant :

¹ Raoul Briet, Pierre Jamet, *Mission de préfiguration de la CNSA, pour une prise en charge solidaire et responsable de la perte d'autonomie*, mai 2004.

² On se reportera utilement au rapport pour avis n° 315 (2003-2004) de notre collègue Adrien Gouteyron sur le projet de loi relatif à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

³ L'application de certaines dispositions de la loi du 30 juin 2004 nécessitant l'édiction de textes réglementaires, le FFAPA a été autorisé à poursuivre ses missions jusqu'à la mise en place réelle de la CNSA, qui devrait avoir lieu à la fin 2004. Le FFAPA continue à fonctionner sur son budget 2004, et perçoit toujours les ressources qui lui sont dues.

Structuration des charges du FFAPA-CNSA en 2004

Charges	Catégories de recettes	Montant (en millions d'euros)
Remboursement de l'emprunt APA	A hauteur des besoins, fraction de la contribution patronale et de la contribution sur les revenus du patrimoine et des produits de placements	410
- Contribution au financement, des établissements et services prenant en charge les personnes âgées - Dépenses d'animation et de prévention relatives aux personnes âgées	30 % du solde disponible, après remboursement de l'emprunt APA, de la fraction de la contribution patronale et de la contribution sur les revenus du patrimoine et des produits de placements,	147
Concours versé aux départements	- 70 % du solde disponible, après remboursement de l'emprunt APA, de la fraction de la contribution patronale et de la contribution sur les revenus du patrimoine et des produits de placements ; - Fraction du produit de la contribution sociale généralisée affecté à la CNSA, comprise en 88 % et 95 % des sommes en cause ; - Produit de la contribution des régimes obligatoires de base d'assurance vieillesse.	343 entre 805,2 et 869,25 61
	Total :	entre 1209,2 et 1273,25
Dépenses de modernisation des services d'aide à domicile	Fraction du produit de la contribution sociale généralisée affecté à la CNSA, comprise en 5 % et 12 % des sommes en cause	entre 45,75 et 109,8
Frais de gestion	Prélèvement sur les ressources encaissées par la caisse, réparti entre les sections, à l'exception de celle procédant au remboursement de l'emprunt APA, au prorata du montant des ressources qui leur sont affectées	-
Total		1876

Source : rapport pour avis n° 315 (2003-2004) de notre collègue Adrien Gouteyron sur le projet de loi relatif à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées

S'agissant du fonctionnement de la caisse à compter de 2005, **l'article 13 de loi précitée du 30 juin 2004** avait prévu que celle-ci répartirait ses ressources en **cinq sections distinctes**, selon les modalités suivantes :

- 40 % des produits de la contribution patronale de 0,3 % sur la masse salariale et de la contribution de 0,3 % sur les revenus du patrimoine et les produits de placements viendront financer des actions en faveur des personnes âgées ;

- 40 % des produits de la contribution patronale de 0,3 % sur la masse salariale et de la contribution de 0,3 % sur les revenus du patrimoine et les produits de placements viendront financer des actions en faveur des personnes handicapées ;

- 20 % des produits de la contribution patronale de 0,3 % sur la masse salariale et de la contribution de 0,3 % sur les revenus du patrimoine et les produits de placements, ainsi que le produit du 0,1 % de la contribution sociale généralisée affectée à la CNSA et la participation des régimes obligatoires de base de l'assurance vieillesse, viendront financer le concours versé aux départements ;

- une fraction du 0,1 % de contribution sociale généralisée affectée à la CNSA, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, et comprise entre 5 % et 12 % des sommes en cause, viendra financer les dépenses de modernisation des services ou de professionnalisation des métiers apportant assistance au domicile des personnes âgées dépendantes.

- un prélèvement sur les ressources encaissées par la caisse, réparti entre les sections précédentes au prorata du montant des ressources qui leur sont affectées, viendra financer les frais de gestion de la caisse.

L'article 3 du présent projet de loi propose de préciser les mesures qui seront financées par ces sections en 2005, de la manière suivante :

- 48 % des produits de la section destinée à financer les actions en faveur des personnes âgées seraient affectés au financement, par les régimes obligatoires de base de l'assurance maladie, des établissements et services prenant en charge les personnes âgées ; le reste, soit 52 %, serait donc consacré à des mesures nouvelles ;

- 15 % des produits de la section destinée au financement d'action en faveur des personnes handicapées seraient affectés au financement par les régimes obligatoires de base de l'assurance maladie des établissements et services prenant en charge les personnes handicapées ; le reste, soit 85 %, serait consacré au financement de mesures nouvelles.

Dans les deux cas, ce financement viendrait donc compléter le financement de l'ONDAM médico-social. Ce dispositif ne vaudra que pour

2005, ainsi que l'a précisé l'Assemblée nationale, ce qui aurait de toute manière été le cas en l'état des discussions relatives au projet de loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, l'article 13 de la loi du 30 juin 2004 étant abrogé au 1^{er} janvier 2006.

Signalons que, lors de l'examen en deuxième lecture du projet de loi relatif à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, le Sénat a adopté plusieurs amendements précisant la structure et les missions de la caisse, prévoyant notamment la délégation à la CNSA de la gestion de la part de l'ONDAM consacrée au financement des établissements sociaux et médico-sociaux à destination des personnes âgées et des personnes handicapées.

Par ailleurs, votre rapporteur pour avis constate que l'article 76 du projet de loi de finances pour 2005 contient également des dispositions relatives aux charges de la CNSA à l'avenir et regrette l'éclatement de la discussion relative aux charges et aux missions de la CNSA.

Il relève par ailleurs que le statut de la caisse reste ambigu. Dans sa présentation de la réforme de solidarité et de fraternité pour les personnes dépendantes, le Premier ministre avait évoqué la nécessité de faire face à un nouveau « *risque* », la perte d'autonomie, par le biais de la création d'une « *nouvelle branche de notre protection sociale* ». Ce vocabulaire fait explicitement référence aux régimes de sécurité sociale, parallélisme encore renforcé par le terme de « *caisse* » nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), qui ne constitue pas pour autant une caisse de sécurité sociale. La coexistence d'interventions de la CNSA, de la sécurité sociale et de l'Etat (prévue, pour le financement des CAT et des ateliers protégés, par l'article 76 du projet de loi de finances pour 2005) peut faire craindre une complexification des circuits de financement.

Il faut souligner, comme l'avait relevé notre collègue Adrien Gouteyron, rapporteur pour avis du projet de loi relatif à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, que la caisse ne dépensera pas en 2005 l'intégralité des fonds qui lui sont affectés. S'agissant des actions en faveur des personnes handicapées, il a été indiqué à votre rapporteur pour avis que la caisse pourrait dépenser environ 500 à 550 millions d'euros en 2005.

B. UN ÉQUILIBRE PRÉVISIONNEL POUR 2005 TEINTÉ D'OPTIMISME

1. Des objectifs de dépenses irréalistes ?

Les objectifs de dépenses fixés dans le présent projet de loi de financement¹ affichent, au total, une augmentation de 4,7 % par rapport aux objectifs fixés par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 précitée, et de 4,2 % par rapport aux objectifs révisés tels que définis par l'article 31 du présent projet de loi de financement.

Évolution des objectifs de dépenses par branche

(en milliards d'euros)

	LFSS 2004 (1)	LFSS 2004 révisée (2)	Taux de croissance (2) / (1) en %	PLFSS 2005 (3)	Taux de croissance (3) / (1) en %	Taux de croissance (3) / (2) en %
Branche maladie, maternité, invalidité, décès	143,6	145,1	+ 0,97 %	148,3	+ 3,3 %	+ 2,2 %
Branche vieillesse et veuvage	146,6	146,8	+ 0,14 %	156,7	+ 6,9 %	+ 6,74 %
Branche accidents du travail et maladies professionnelles	9,7	10,1	+ 4,1 %	10,5	+ 8,24 %	+ 4 %
Branche famille	45,5	45,0	- 1 %	46,2	+ 1,54 %	+ 1,2 %
Total	345,4	347,0	+ 0,46 %	361,7	+ 4,7 %	+ 4,2 %

Source : PLFSS pour 2004, PLFSS pour 2005

Pour votre rapporteur pour avis, l'évolution de l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité, décès (+ 2,2 % par rapport à l'objectif révisé pour 2004) est particulièrement volontariste voire optimiste.

Ainsi que le souligne la commission des comptes de la sécurité sociale dans son rapport de septembre 2004, « outre les effets de la conjoncture, les comptes de l'année 2005 reflèteront surtout l'incidence de la réforme de l'assurance maladie. Les augmentations de recettes et certaines économies de dépenses (...) peuvent être chiffrées avec une assez grande précision. Il n'en est pas de même des inflexions de tendance qui pourront résulter des mesures de maîtrise médicalisée, lesquelles visent des changements de comportements s'étalant sur plusieurs années. A cet égard, le compte pour 2005 intègre un ralentissement très marqué des dépenses d'assurance maladie, qui s'exprime par la fixation d'un objectif ambitieux, nettement inférieur au taux d'augmentation constatés au cours des dernières années ».

¹ Articles 18, 23, 27 et 30.

Votre rapporteur pour avis partage cette analyse : une grande incertitude pèse aujourd'hui sur le rendement des mesures de maîtrise médicalisée contenues dans la réforme du 13 août 2004, leur réussite suppose des efforts importants de tous les acteurs et un changement de comportement, autant de facteurs qui hypothèquent lourdement les prévisions de dépenses contenues dans le présent projet de loi de financement. S'agissant de l'objectif des dépenses d'assurance maladie fixé dans le présent projet de loi de financement, par rapport à une tendance annuelle généralement estimée à + 5,5 %, les économies nécessaires sont de l'ordre de 3,5 milliards d'euros.

En outre, ainsi que l'indique la commission des comptes de la sécurité sociale, la branche vieillesse constitue désormais un autre sujet d'inquiétude : *« les dispositions de la réforme de 2003 sur la retraite anticipée ont avancé un retour au déficit qui se serait produit un peu plus tard. La branche vieillesse est à présent structurellement déficitaire dans la mesure où on ne peut pas compter sur la croissance pour la ramener spontanément à l'équilibre. Elle l'est encore davantage si l'on prend en compte la FSV, dont les transferts aux régimes de retraite et plus particulièrement à la CNAV ne sont plus intégralement financés ».*

Votre rapporteur pour avis estime qu'il convient aujourd'hui de tenir compte des difficultés durables que devrait rencontrer la branche vieillesse, dont les dépenses seront particulièrement accrues en 2005 (+ 6,74 % par rapport à l'objectif révisé pour 2004) en raison de certaines dispositions de la loi portant réforme des retraites, et qui subira, à partir de 2006, un afflux de nouveaux retraités.

2. Les principales mesures relatives aux ressources prévues pour 2005

a) La révision des modalités d'assujettissement des institutions financières à la C3S

L'article 2 du présent projet de loi apporte des modifications relatives aux assujettis à la contribution de sociale de solidarité à la charge des sociétés.

Le I de cet article modifie le 9° de l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale, qui prévoit actuellement l'assujettissement à la C3S des organismes entrant dans le champ d'application de la contribution des institutions financières prévue à l'article 235 *ter* Y du code général des impôts, c'est-à-dire les établissements de crédit, les entreprises d'assurances, de capitalisation et de réassurances de toute nature, ainsi que les sociétés immobilières pour le financement du commerce et de l'industrie.

La modification proposée a, selon l'exposé des motifs du présent projet de loi, deux objets. Elle vise, d'une part, à **sécuriser l'assujettissement des institutions financières**, l'article 15 de la loi de finances de finances pour 2003¹ ayant prévu que l'article 235 *ter* Y du code général des impôts cessait d'être applicable aux dépenses et charges engagées à compter de 2004. Votre rapporteur pour avis remarque toutefois que, l'article 235 *ter* Y n'étant pas formellement abrogé à compter du 1^{er} janvier 2005, les institutions financières seraient bien restées dans le champ des assujettis à la C3S.

Le second objectif est de **prévoir l'assujettissement des mutuelles et des institutions de prévoyance, qui n'entraient pas dans le champ des assujettis à la C3S jusqu'à présent**. Cette modification est nécessaire pour se conformer au droit communautaire, dans la mesure où l'exonération de C3S pour ces organismes est constitutive d'une aide d'Etat.

Le champ de la C3S ainsi défini a le mérite de ne plus être lié à la forme juridique de l'organisme concerné, mais de dépendre de son activité, ce qui est plus satisfaisant.

Le texte proposé assujettit donc de manière explicite à la C3S les établissements de crédit, les entreprises d'assurances, de capitalisation et de réassurances de toute nature, les mutuelles et unions de mutuelles et les institutions de prévoyance ainsi que les unions d'institutions de prévoyance qui n'entrent pas dans l'une des catégories générales visées au 1^o à 8^o de l'article L. 651-1².

En revanche, la référence explicite aux sociétés immobilières pour le financement du commerce et de l'industrie, visées à l'article 235 *ter* Y du code général des impôts, disparaît, mais celles-ci sont soit des sociétés anonymes, soit des SARL.

¹ Loi n° 2002-1575 du 30 décembre 2002.

² C'est-à-dire des sociétés anonymes et des sociétés par actions simplifiées, des sociétés à responsabilité limitée, des sociétés en commandite, des entreprises publiques et sociétés nationales, des personnes morales dont le siège est situé hors du territoire de la France métropolitaine ou des départements d'outre-mer, des sociétés en nom collectif, des groupements d'intérêt économique et des groupements européens d'intérêt économique.

La contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés (C3S)

Ses principales caractéristiques

La C3S a été instituée par la loi du 3 janvier 1970. D'après les dispositions de l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale, elle est acquittée par les sociétés commerciales au régime d'assurance maladie-maternité des travailleurs non-salariés des professions non agricoles et aux régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales, et agricoles afin de compenser les pertes de recettes subies par ces régimes du fait du développement de l'exercice sous forme sociale des professions artisanales et commerciales.

Elle a fait été réformée par la loi n° 95-885 du 4 août 1995 portant loi de finances rectificative pour 1995, afin d'augmenter son rendement, ce qui s'est traduit par l'extension du champ de recouvrement, de l'assiette et l'augmentation du taux.

Son taux est fixé par décret dans la limite de 0,13 % du chiffre d'affaires des sociétés redevables. Elle n'est pas perçue lorsque le chiffre d'affaires est inférieur à 760.000 euros.

Son recouvrement est assuré par le régime d'assurance vieillesse des professions industrielles et commerciales (ORGANIC).

La répartition de son produit

En application de l'article L. 651-2-1 du code de la sécurité sociale, le produit de la C3S est réparti, au prorata et dans la limite de leurs déficits comptables, entre trois régimes prioritaires : le régime d'assurance maladie des travailleurs non salariés des professions non agricoles (CANAM), le régime d'assurance vieillesse des professions industrielles et commerciales (ORGANIC) et le régime d'assurance vieillesse des artisans (CANCAVA).

Le cas échéant, le solde du produit de la C3S était jusqu'en 1998 réparti entre les autres régimes de non-salariés déficitaires, parmi lesquels le BAPSA. Aujourd'hui, ce solde est versé soit au Fonds de solidarité vieillesse (FSV), soit au Fonds de réserve pour les retraites (FRR) (loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001 portant diverses dispositions d'ordre social, éducatif et culturel).

Ces montants de répartition sont fixés par un arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

On rappellera en outre que la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a institué, au profit de la CNAMTS, une contribution additionnelle à la C3S, assise, recouvrée, exigible et contrôlée dans les mêmes conditions que celles applicables à cette contribution et dont le taux a été fixé à 0,03 %.

Le II de cet article modifie l'article L. 651-5 du code de la sécurité sociale. Celui-ci dispose actuellement que, pour les sociétés d'assurances et de capitalisation régies par le code des assurances et les sociétés de réassurances, l'assiette de la C3S est constituée, pour leur activité principale, par les primes et acceptations de l'exercice, nettes de cessions et rétrocessions, « *telles qu'elles ressortent du **compte d'exploitation générale, résultant des dispositions relatives à la comptabilité des entreprises d'assurances et de capitalisation*** ». Il est proposé de prendre en compte ces primes et acceptations de l'exercice, nettes de cessions et de rétrocessions, **telles**

qu'elles ressortent du compte de résultat, conforme aux dispositions relatives à leur comptabilité, la référence au compte d'exploitation générale étant obsolète.

Le III de l'article 2 du présent projet de loi prévoit les mêmes dispositions dans les cas des mutuelles et institutions de prévoyance mais apporte une modification substantielle à ce même article L. 651-5 du code de la sécurité sociale, en **excluant de l'assiette de la C3S**, pour les mutuelles et les institutions de prévoyance comme pour les sociétés d'assurances et de capitalisation :

- les cotisations, primes et acceptations provenant des contrats d'assurance maladie exonérés de la taxe sur les conventions d'assurances au titre du 15° (contrats dits « solidaires ») et du 16° (contrats de groupe) de l'article 995 du code général des impôts ;

- les remises de gestion qui leur sont versées dans le cadre de leur activité de gestion de régimes obligatoires d'assurance maladie.

En outre, les subventions accordées aux mutuelles et aux institutions de prévoyance par le fonds national de solidarité et d'actions mutualistes pour les aider à développer des réalisations sanitaires et sociales ne seront pas non plus prises en compte dans le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution.

Au total, ces dispositions, qui entreront en vigueur pour la contribution due à compter du 1^{er} janvier 2005, ne rendrait les mutuelles redevables que de 3 millions d'euros et les institutions de prévoyance de 6 millions d'euros, tandis que les produits de C3S versés par les entreprises d'assurances et de réassurances et les établissements de crédit diminuerait de 9 millions d'euros.

b) L'amélioration de la procédure du recours contre tiers

L'article 2 *ter*, issu de l'adoption par l'Assemblée nationale d'un amendement présenté par notre collègue député Yves Bur, visant à revaloriser l'indemnité forfaitaire pour frais de dossier à la charge du tiers responsable, dans le cadre de la procédure de recours contre tiers.

Les articles L. 376-1 et L. 545-1 du code de la sécurité sociale disposent en effet que, en contrepartie des frais qu'elle engage pour obtenir le remboursement des prestations mises à sa charge, la caisse d'assurance maladie à laquelle est affilié l'assuré social victime de l'accident recouvre une indemnité forfaitaire à la charge du tiers responsable. Cette indemnité est au profit de l'organisme national d'assurance maladie ou au profit du fonds national des accidents du travail de l'organisme national d'assurance maladie s'il s'agit d'un accident du travail.

Le montant de cette indemnité est égal au tiers des sommes dont le remboursement a été obtenu, dans les limites d'un montant maximum de 760 euros et d'un montant minimum de 76 euros. Or ces limites n'ont pas été revalorisées depuis 1996. L'article 2 *ter* comporte à cet égard deux dispositions :

- il revalorise les montants maximum et minimum, respectivement portés à 910 euros et 91 euros, soit une augmentation de 19,7 % ;

- il prévoit un mécanisme de revalorisation annuel, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, pour tenir compte de l'évolution prévisionnelle des prix de l'année civile en cours.

Notre collègue député Yves Bur a indiqué que cette mesure permettrait une augmentation des recettes de l'assurance maladie de l'ordre de 9,5 millions d'euros. Votre rapporteur pour avis approuve ces modifications, même si elles semblent avoir été décidées sans concertation préalable avec les assureurs.

En outre, le III de l'article 2 *ter* prévoit que, sous peine d'indemnité forfaitaire, l'assureur du tiers responsable est tenu d'informer, s'il peut être identifié, l'organisme d'assurance maladie complémentaire de la personne victime de la survenue de lésions causées par un tiers, dans des conditions fixées par décret.

c) La modification de la clé de répartition du produit du droit de consommation sur les tabacs

L'article 5 bis du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale modifie l'article L. 241-2 du code de la sécurité sociale et porte la fraction du produit du droit de consommation sur les tabacs affectée à la CNAMTS à 32,5 % à compter du 1^{er} janvier 2005, contre 21,42 % aujourd'hui, conformément aux dispositions prévues par l'article 42 du projet de loi de finances pour 2005, qui fixe ainsi la répartition du produit du droit de consommation sur les tabacs :

Répartition du produit du droit de consommation sur les tabacs

	Droit existant (article 41 LFI 2004)	Article 42 PLF 2005
CNAMTS	21,42 %	32,50 %
FFIPSA (FFIPSA et BAPSA en 2004)	52,36 %	52,36 %
Budget général	25,91 %	14,83 %
FCAATA	0,31 %	0,31 %

On rappellera que cette augmentation du produit affecté à la CNAMTS résulte des **dispositions de l'article 70 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie**, qui dispose que « *dans des conditions prévues par la prochaine loi de finances, une fraction supplémentaire, correspondant à un montant de 1 milliard d'euros, des sommes perçues au titre du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts est affectée à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés* ». **Cette augmentation de la part affectée à la CNAMTS se fait donc au détriment de l'Etat, qui voit seul sa part diminuer.**

L'exposé des motifs de l'article 42 du projet de loi de finances pour 2005 précise que **ce transfert a été majoré de 90 millions d'euros** dans le but « *d'atténuer l'incidence, sur l'assurance maladie, des mesures de simplification résultant de l'attribution de la totalité de la cotisation sur les boissons alcooliques auparavant perçues par la CNAMTS au fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (CMUC)* ».

La CNAMTS voyant sa charge au titre de la formation des professions paramédicales, décentralisée aux régions dans le cadre de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, baisser de 159 millions d'euros¹ en 2005 et du double les années suivantes, le manque à gagner pour la CNAMTS peut être évalué à environ 120 millions d'euros en 2005.

Le tableau suivant retrace l'évolution de la répartition du produit du droit de consommation sur les tabacs entre les différents acteurs entre 2002 et 2005.

¹ 175 millions d'euros pour l'ensemble des régimes.

Affectation des prélèvements sur les tabacs entre 2002 et 2005

(en millions d'euros)

	2002	2003	prévision LFI 2004	prévision 2004 actualisée	écart prévision 2004	prévision 2005
Droit de consommation	8 651	8 750	10 000	9 250	-750	9 450
dont part versée au FOREC	7 798	7 420				
dont part versée à la CNAM	821	1 296	2 142	1 981	-161	3 071,25
dont part versée au budget de l'Etat			2 591	2 397	-194	1 401,43
dont part versée au FCAATA	32	34	31	29	-2	29,30
dont part versée au BAPSA/FFIPSA			5 236	4 843	-393	4 948,02
taxe sur les tabacs fabriqués (affectée au BAPSA) (*) non définitif	132	82 (*)				

Source: d'après les données de la commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2004

Ce tableau témoigne de l'impact des hausses du prix de vente des cigarettes intervenus en octobre 2003 et janvier 2004, qui ont conduit à une très forte réduction des volumes de cigarettes vendues (- 21,5 % sur 2004), plus importante qu'il n'avait envisagé en loi de finances pour 2004, et par là même du produit du droit de consommation sur les tabacs.

d) Les modalités de recouvrement des indus

L'article 2 bis du présent projet de loi, qui résulte de l'adoption par l'Assemblée nationale d'un amendement de notre collègue député Yves Bur, tend à insérer un nouvel article L. 256-5 dans le code de la sécurité sociale afin de préciser que les caisses de sécurité sociale peuvent, pour le recouvrement des sommes indûment versées, faire usage des prérogatives reconnues aux organismes de recouvrement des cotisations de sécurité sociale, ce qui permettra à l'ensemble des caisses du régime général de bénéficier de dispositifs de mise en demeure et de contrainte pour récupérer les indus.

S'il peut sembler utile de renforcer les moyens des caisses en matière de récupération des indus, la formule retenue reste vague.

Votre rapporteur pour avis relève que les caisses d'allocations familiales bénéficient, sous réserve que l'allocataire ne conteste pas le caractère indu des prestations, d'une possibilité de retenue sur les prestations à venir (article L. 553-2 du code de la sécurité sociale), tandis que les caisses d'assurance vieillesse bénéficient de procédures fixées à l'article L. 355-2 du code de la sécurité sociale. Les articles 23 et 29 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ont par ailleurs précisé les modalités de récupération des indus en matière d'assurance maladie.

En outre, l'article 15 bis, adopté par l'Assemblée nationale, également sur proposition de notre collègue député Yves Bur, qui réécrit l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale, précise la procédure applicable en matière de récupération des indus auprès des professionnels de

santé et des établissements de santé. **Votre rapporteur pour avis vous proposera un amendement tendant à préciser la procédure suivie et à l'aligner sur celle définie par l'article 15 bis du présent projet de loi.**

e) Le mode de recouvrement des taxes pharmaceutiques

L'article 32 du présent projet de loi modifie le mode de recouvrement des taxes pharmaceutiques, en confiant cette compétence, actuellement exercée par l'ACOSS, à certaines URSSAF, désignées par le directeur de l'ACOSS, afin de sécuriser ce recouvrement et d'en harmoniser les conditions avec les règles de droit commun du recouvrement.

Sont ainsi concernées : la contribution sur la vente en gros de spécialités pharmaceutiques ; la contribution à la charge des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques et non conventionnées avec le Comité économique des produits de santé ; la contribution à la charge des entreprises de préparation de médicament ; la contribution due par les laboratoires pharmaceutiques sur leurs dépenses de promotion ; enfin, la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises exploitant une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques prises en charge par l'assurance maladie. Elles seront recouvrées selon les règles et sous les sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général assises sur les rémunérations.

En revanche, le régime antérieur du recouvrement direct par l'ACOSS de la contribution assise sur les contrats d'assurance en matière de circulation de véhicules terrestres à moteur est maintenu, dans la mesure où rien ne justifiait un transfert de compétence. L'ACOSS pourra toujours être assistée par des agents des URSSAF pour ses opérations de contrôle.

Le V de cet article prévoit que le recouvrement par les URSSAF désignées à cet effet sera applicable aux contributions exigibles à compter du 1^{er} janvier 2005, à deux exceptions près : le solde de la contribution exceptionnelle sur le chiffre d'affaires des entreprises exploitant une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques prises en charge par l'assurance maladie et la régularisation de la contribution sur la vente en gros de spécialités pharmaceutiques devant intervenir le 31 mars 2004, ces deux exceptions étant destinées à garantir la cohérence du recouvrement opéré entre les versements initiaux et la clôture des opérations de recouvrement intervenant après le 1^{er} janvier 2005.

A ces deux exceptions près, les droits et obligations, actions et poursuites, dettes et créances de l'ACOSS au 31 décembre 2004 sont transférés aux URSSAF compétentes.

f) Les compétences en matière de recouvrement de la Caisse maritime d'allocation familiale

L'article 32 bis du présent projet de loi, inséré par l'Assemblée nationale sur proposition du gouvernement, vise à clarifier les compétences de la Caisse maritime d'allocations familiales (CMAF) et à procéder à une validation législative des actions de recouvrement qu'elle a mené depuis le 1^{er} janvier 1999.

La CMAF assure aujourd'hui, pour un montant annuel de 105 millions d'euros, des missions spécifiques de recouvrement de cotisations d'allocations familiales, de la contribution sociale généralisée et de la contribution pour le remboursement de la dette sociale.

Elle a repris, depuis la fusion de la caisse nationale des marins pêcheurs et de la caisse nationale d'allocations familiales des marins du commerce intervenue en janvier 2002, les droits et obligations de ces deux caisses. Dans ce cadre, elle assure en métropole le service des prestations familiales aux marins ainsi que le recouvrement des cotisations d'allocations familiales, de la CSG et de la CRDS dues par les marins. Pour les départements d'outre-mer, elle n'assure que les opérations de recouvrement.

Le I de cet article vise à renforcer la base légale des compétences exercées actuellement par la CMAF en métropole et dans les départements d'outre-mer. Il permet en particulier, pour les départements d'outre-mer, de clarifier le partage de compétence de la caisse maritime des allocations familiales et des caisses générales de sécurité sociale en inscrivant expressément dans la loi la compétence de la CMAF à recouvrer les cotisations des marins en lieu et place de celles-ci.

Il prévoit donc expressément que cette caisse assure le service des prestations familiales en faveur des personnes affiliées au régime spécial de sécurité sociale des gens de mer, ainsi que le recouvrement des cotisations d'allocations familiales, de la CSG et de la CRDS dues par les marins, de même que le contrôle et le contentieux du recouvrement de ces trois recettes.

Ces précisions visent à assurer la sécurité juridique des recouvrements effectués par la caisse maritime d'allocations familiales, dont la légitimité à assurer le recouvrement des cotisations est mise en cause dans plusieurs contentieux.

C'est la raison pour laquelle le II de cet article procède, sous réserve des décisions juridictionnelles passées en force de chose jugée, à une validation législative des actions de recouvrement des cotisations d'allocations familiales, de la CSG et de la CRDS opérées depuis le 1^{er} janvier 1999 par les caisses nationales d'allocations familiales de la pêche maritime et des marins du commerce, puis par la caisse maritime d'allocations familiales.

Le tableau suivant rappelle les critères définis par le Conseil constitutionnel et la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) s'agissant de la recevabilité des procédures de validation législative.

Synthèse des critères retenus par le Conseil constitutionnel et la Cour européenne des droits de l'homme en matière de validations législatives

Conseil Constitutionnel	CEDH
La validation ne saurait remettre en cause une décision de justice devenue définitive ou, selon une expression équivalente, passée en force de chose jugée.	La Cour de Strasbourg considère que l'interdiction faite au pouvoir législatif de s'immiscer dans le cours de la justice implique que l'engagement d'une procédure de validation ne soit pas tardif par rapport au déroulement des procédures juridictionnelles.
La validation ne saurait rétroactivement fonder au-delà du domaine pénal, à toute sanction ayant	une sanction pénale. Cette interdiction s'étend, le caractère d'une punition.
La validation doit être justifiée par la poursuite d'un « <i>objectif d'intérêt général suffisant</i> » (continuité d'un service public, menace pour la paix publique ...). Un motif purement financier n'est pas recevable à moins que les montants concernés soient tels qu'il y ait une menace économique, sociale ou budgétaire.	La validation doit être justifiée par « <i>d'impérieux motifs d'intérêt général</i> ». En particulier, la volonté de mettre fin à des divergences jurisprudentielles ne saurait constituer une justification. La Cour de Strasbourg exerce comme le juge constitutionnel un contrôle de proportionnalité sur le caractère suffisant du motif financier.
La validation doit avoir une portée limitée : la mesure de validation doit comporter la mention de l'irrégularité sur le fondement de laquelle l'acte ou la procédure concerné ne pourra plus être à l'avenir contesté.	La Cour de Strasbourg prend également en considération l'existence de décisions juridictionnelles majoritairement favorables aux requérants, la bonne foi de ces derniers ainsi que le caractère prévisible du recours à la procédure de validation

Source : Sénat, service des études juridiques, « *Le régime juridique des validations législatives* »

Le ministre de la santé et de la protection sociale a indiqué, lors du débat à l'Assemblée nationale, que cette validation était nécessaire pour préserver l'intérêt général : « *compte tenu de l'importance des enjeux financiers attachés aux opérations de recouvrement de la CMAF, l'intérêt général pourrait en effet être remis en cause en cas de décisions judiciaires favorables aux cotisants marins. De telles décisions, qui conduiraient à un non-recouvrement des cotisations et contributions sociales dues par les marins, porteraient atteinte à l'équilibre financier du régime spécial des gens de mer ainsi qu'à l'équilibre financier des branches du régime général concernées. Cinq années de recouvrement, soit plus de 500 millions d'euros, sont en jeu* ».

Votre rapporteur pour avis estime que l'enjeu financier est tel qu'il correspond bien à un objectif d'intérêt général suffisant pour justifier l'opération de validation législative ainsi proposée.

g) Les compétences en matière de remboursement des prestations d'hospitalisation individuelle

L'article 33 du présent projet de loi vise à compléter le dispositif législatif relatif à la réforme portant tarification à l'activité s'agissant de la facturation des prestations par les établissements de santé aux caisses de l'assurance maladie.

La mise en œuvre de la tarification à l'activité va en effet conduire les établissements sous dotation globale à envoyer des factures individuelles aux caisses d'assurance maladie, correspondant aux prestations d'hospitalisation.

Selon le droit existant, une caisse unique, dite « caisse pivot » est chargée de verser les dotations annuelles aux établissements pour le compte de tous les régimes de l'assurance maladie.

L'article 26 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004¹ a prévu que la caisse actuellement chargée de verser les dotations soit chargée de verser les sommes correspondant aux prestations d'hospitalisation individuelles aux hôpitaux pour le compte de l'ensemble des régimes.

Or cette disposition ne couvre pas le champ de toutes les prestations et ne distingue pas assez précisément les responsabilités respectives des organismes concernés par cette procédure de remboursement, que cet article a pour objet de clarifier.

Il complète donc la définition des prestations remboursées, qui concerneront les prestations prévues au 1° de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale² et réalisées dans les établissements publics ou privés sans but lucratif, les médicaments et les produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire des produits faisant l'objet d'une facturation en sus des tarifs ; enfin, des actes et consultations réalisés dans le cadre de l'activité libérale des praticiens hospitaliers ou en cas d'urgence).

Un décret en Conseil d'Etat fixera les modalités d'application de ce dispositif, notamment les responsabilités respectives de la caisse pivot et de l'organisme de la sécurité sociale dont dépend l'assuré et les conditions, en particulier de délais, applicables à cette procédure.

¹ *Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003.*

² *Il s'agit des « catégories de prestations d'hospitalisation sur la base desquelles les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la classification des prestations, tenant compte notamment des moyens techniques, matériels et humains mis en œuvre pour la prise en charge des patients, donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale et établies notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique ».*

Le III de l'article 33 du présent projet de loi étend ce dispositif aux cliniques privées et met fin au système actuel de versements d'acomptes par la caisse centralisatrice des paiements.

Le IV de cet article tend à préciser la répartition des sommes versées aux établissements de santé au titre de la dotation annuelle complémentaire, des forfaits annuels et des missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC) entre les régimes d'assurance maladie, pendant la période de transition prévue de 2005 à 2012.

Ainsi, il est prévu que la caisse pivot verse les dotations annuelles complémentaires par douzième.

Pour les années 2005 et 2006, au cours desquelles la facturation individuelle aux caisses d'assurance maladie ne sera pas encore appliquée, il dispose que la répartition des sommes dues au titre du versement des dotations annuelles complémentaires entre les différents régimes de l'assurance maladie sera effectuée conformément à l'article L. 174-2, qui prévoit que le montant des dotations annuelles est réparti après accord entre tous les régimes ayant une organisation financière propre ou, à défaut d'accord entre les régimes, est fixé par l'Etat. Compte tenu de l'absence de mise en place de la facturation individuelles, les mêmes dispositions s'appliqueront pour les MIGAC, par dérogation à l'article L. 162-22-15 du code de la sécurité sociale, qui prévoit actuellement une répartition de ces charges « *au prorata des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés l'année précédente et supportées par chacun de ces régimes dans le cadre des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie de ces établissements* ».

Pour la période courant de 2007 à 2012, le IV de cet article précise que la répartition entre les régimes obligatoires d'assurance maladie des dotations annuelles complémentaires versées aux établissements s'effectuera au prorata des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés l'année précédente et supportées par chacun de ces régimes dans le cadre des activités de médecine, chirurgie et obstétrique de ces établissements.

Un décret en Conseil d'Etat précisera les modalités d'application de ces dispositions.

Le tableau suivant retrace l'évolution des agrégats de recettes de la sécurité sociale entre 2002 et 2005.

Agrégats de recettes

(en millions d'euros)

	2002	2003	%	2004	%	2005	%
Cotisations sociales effectives	177.219	181.968	2,7	186.144	2,3	189.892	2,0
Cotisations des actifs	175.368	179.928	2,6	184.138	2,3	187.830	2,0
Cotisations des inactifs	603	658	9,1	770	17,0	782	1,6
Autres cotisations	638	755	18,3	620	- 17,9	664	7,1
Majorations et pénalités	610	627	2,7	616	- 1,7	616	0,1
Reprises nettes de provisions	95	1.009		1.052	4,3	- 48	
Pertes sur créances irrécouvrables	- 1.733	- 1.769	2,1	- 1.712	- 3,2	- 1.652	- 3,5
Cotisations prises en charge par l'Etat	2.813	2.528	- 10,1	19.685		22.922	16,4
Cotisations à la charge de la sécurité sociale	0	0		0		0	
Cotisations fictives d'employeur	29.414	29.923	1,7	31.842	6,4	34.066	7,0
Impôts et taxes affectés	88.987	90.858	2,1	80.060	- 11,9	89.211	11,4
Transferts	239	22	- 90,7	158		597	
Contributions publiques	10.968	11.583	5,6	11.409	- 1,5	11.778	3,2
Revenus des capitaux	823	960	16,6	908	- 5,4	1.010	11,2
Autres ressources	7.491	4.207	- 43,8	3.744	- 11,0	6.348	69,5
Total des produits	316.316	321.288	1,6	333.291	3,7	354.124	6,3

Source : Annexe C au projet de loi de finances de la sécurité sociale pour 2005

C. L'IMPACT DES MESURES NOUVELLES POUR 2005 ET LES PERSPECTIVES 2006-2007

1. L'impact des mesures nouvelles sur les recettes et les dépenses de la sécurité sociale en 2005

L'essentiel des mesures affectant en 2005 l'évolution des dépenses d'assurance maladie entrant dans le champ de l'ONDAM ont été décidées lors du vote de la loi sur l'assurance maladie. En conséquence, elles n'apparaissent pas en mesures nouvelles du présent projet de loi de financement et ont été intégrées dans les comptes tendanciels présentés lors de la commission des comptes de la sécurité sociale du 21 septembre 2004. Suite au vote de l'Assemblée nationale, la branche maladie est concernée par deux mesures principales :

- l'une liée au transfert aux régions du financement des instituts de formation des infirmiers ;

- l'autre liée à l'allongement du congé maternité en cas de naissance prématurée.

Pour la branche vieillesse, la mesure principale concerne la soulte versée par le régime des industries électriques et gazières (IEG) au Fonds de réserve des retraites (FRR), dans le cadre de l'adossement financier au régime général. Le compte 2005 intègre 40 % de cette charge, qui est compensée par l'inscription en produit d'une partie de la contribution des employeurs et de la contribution tarifaire qui assurent au régime des IEG le financement de cette soulte. Ces deux contributions constituent les principales mesures nouvelles en matière de recettes.

**Impact des mesures nouvelles du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005
après vote en première lecture à l'Assemblée nationale**

Mesures pour 2005

(en millions d'euros)

Agrégats de <u>recettes</u> 2005	Régime général	Autres régimes	Recettes supplémentaires
Contribution tarifaire IEG		295	295
Contribution des employeurs IEG		3.080	3.080
Baisse des cotisations des enseignants du privé	- 35		- 35
Prise en charge par l'Etat des prestations des enseignants du privé		35	35
Retraite anticipée – Fonction publique d'Etat (cotisations fictives d'équilibre)		70	70
TOTAL	- 35	3.474	3.445

(en millions d'euros)

Agrégats de <u>dépenses</u> 2005	Régime général	Autres régimes	Dépenses supplémentaires
Branche maladie	- 159	- 16	- 175
Transfert des IFSI aux régions	- 159	- 16	- 175
Prolongation du congé maternité en cas de naissance prématurée	35	5	40
Branche vieillesse		7.038	7.038
Retraite anticipée – Fonction publique d'Etat		70	70
Retraite anticipée – Fonction publique locale et hospitalière		68	68
Versement au FRR de 40 % de la soulte IEG		3.080	3.080
Branche famille	2		2
Doublement de la prime d'adoption	2		2
TOTAL	- 122	3.207	3.085

Source : ministère de la santé et de la protection sociale

2. Les perspectives 2006-2007 présentées par le gouvernement

Les perspectives financières du régime général pour 2006 et 2007, présenté par le gouvernement dans l'annexe C au présent projet de loi de financement, reposent sur les hypothèses retenues dans le cadre du programme triennal de finances publiques. Elles tiennent compte des effets sur ces deux années des dispositions du présent projet de loi de financement pour chacune des branches. Ainsi que le précise l'annexe C précitée, « *ces projections correspondent à un exercice conventionnel ; elles reposent sur des hypothèses d'évolution frustes et incertaines ; elles devront être révisées en fonction des mesures législatives et réglementaires qui seront décidées plus tard* ».

a) L'évolution des recettes en 2006 et 2007

L'hypothèse de croissance de la masse salariale du secteur privé pour 2006 et 2007 tient compte d'une amélioration de la conjoncture (avec une croissance en volume comprise entre 2,5 % et 3 % par an) et du rattrapage du retard de croissance de la masse salariale par rapport à celle du PIB.

La prévision conduit ainsi à retenir une croissance de la masse salariale du secteur privé de 4,7 % en 2006 et 4,8 % en 2007. La progression des produits des caisses est alignée sur celle de la masse salariale du secteur privé. Les produits de la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés intègrent également à partir de 2006 l'impact du relèvement de 0,2 point du taux de cotisation.

b) L'évolution des dépenses en 2006 et 2007

D'après les prévisions du gouvernement, les dépenses de l'assurance maladie sont supposées évoluer en 2006 et 2007 au rythme de 2,7 % par an, soit légèrement moins vite que les dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM (3,4 % en 2006 et 3,6 % en 2007) sous l'effet d'une croissance modérée des autres charges (gestion administrative, compensation, etc.). Un écart plus important est observé en 2005 : la croissance des dépenses en 2005 apparaît en effet très inférieure à celle de l'ONDAM (2 % contre 3,2 %), en raison notamment de la disparition des frais financiers.

Les dépenses de la branche accidents du travail sont alignées sur la progression des dépenses d'assurance maladie. En effet, les dépenses au titre de l'indemnisation des victimes de l'amiante ont connu depuis quelques années une accélération sensible.

Les dépenses de la branche vieillesse devraient enregistrer, à partir de 2006, les premiers effets de l'arrivée à la retraite des générations du baby-boom. Après la montée en charge de la retraite anticipée en 2004 et 2005, la

croissance des chargés est estimée à 4,4 % en 2006 et 4,7 % en 2007 pour tenir compte de l'augmentation forte du nombre de nouveaux retraités.

Enfin, les dépenses de la branche famille devraient continuer à augmenter à un rythme voisin de 3 % sous l'effet de la poursuite de la montée en charge de la PAJE.

c) Le solde du régime général en 2006 et 2007

En tenant compte des hypothèses d'évolution des recettes et des dépenses formulées par le gouvernement, le résultat net du régime général passerait d'un déficit de 10,5 milliards d'euros en 2005, à un déficit de 5,7 milliards d'euros en 2006 et de 1,7 milliard d'euros en 2007.

Evolution du solde du régime général de la sécurité sociale

(en millions d'euros)

	2003	2004	%	2005	%	2006	%	2007	%
CNAM maladie									
Produits	114.011	118.860	4,3	126.628	6,5	132.635	4,7	139.060	4,8
Charges	125.116	132.054	5,5	134.676	2,0	138.258	2,7	141.937	2,7
Solde	- 11.105	- 13.194		- 8.048		- 5.623		- 2.877	
CNAM AT									
Produits	8.778	9.156	4,3	9.409	2,8	9.851	4,7	10.324	4,8
Charges	9.254	9.661	4,4	10.114	4,7	10.383	2,7	10.659	2,7
Solde	- 476	- 505		- 704		- 531		- 334	
CNAV									
Produits	73.058	75.104	2,8	78.627	4,7	83.123	5,7	87.113	4,8
Charges	72.112	75.174	4,2	80.071	6,5	83.594	4,4	87.523	4,7
Solde	946	- 71		- 1.444		- 471		- 410	
CNAF									
Produits	47.497	48.639	2,4	50.175	3,2	52.533	4,7	55.055	4,8
Charges	47.071	48.821	3,7	50.208	2,8	51.625	2,8	53.165	3,0
Solde	426	- 183		- 3,3		908		1.890	
Régime général									
Produits	243.345	251.758	3,5	264.839	5,2	278.143	5,0	291.552	4,8
Charges	253.554	265.710	4,8	275.068	3,5	283.859	3,2	293.284	3,3
Solde	- 10.209	- 13.952		- 10.229		- 5.717		- 1.732	

Source : annexe C au PLFSS 2005

Votre rapporteur pour avis ne peut qu'être sceptique quant aux projections ainsi présentées par le gouvernement qui se fondent sur des hypothèses économiques favorables et sur un ralentissement du rythme des dépenses, notamment celle de la branche maladie ne correspondant pas au rythme tendanciel observé. En outre, comme il l'a déjà souligné, votre rapporteur pour avis tient à rappeler que les résultats ci-dessus présentés sont largement tributaires d'une modification des comportements dont il est difficile de mesurer les effets comptables.

III. AMÉLIORER LA LISIBILITÉ ET LA SINCÉRITÉ DU FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

A. LA SUPPRESSION EFFECTIVE DU FOREC EN 2004

1. La complexité croissante du financement de la réforme des cotisations de sécurité sociale des entreprises

Le fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC), créé par l'article 5 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000¹, avait pour mission de compenser auprès des régimes de base de sécurité sociale les pertes de cotisations engendrées par les mesures générales d'allègements de charges portant sur les bas salaires et la réduction du temps de travail.

En 2000, le fonds n'ayant finalement pas encore été mis en place, ses recettes 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. Ce texte prévoyait notamment que le fonds était 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 était géré par le fonds de solidarité vieillesse (FSV), dont il a reçu en partage, pour les mêmes fonctions, le président du conseil d'administration, le directeur et l'agent comptable.

La progression des dépenses du FOREC a résulté notamment d'une **stratification des dispositifs d'exonération pris en charge**, et de **transferts d'effectifs vers les plus coûteux de ces dispositifs**, d'abord en raison de la réduction du temps de travail, puis, depuis 2003, en conséquence de la mise en place de l'allègement « Fillon ».

¹ Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999.

Evolution des dépenses du FOREC

(en millions d'euros)

Catégories de dépenses	2002 Droits constatés	2003 Droits constatés
« Ristourne Juppé »	4 615	2 138
« Aubry I »	2 218	2 073
« Aubry II » (jusqu'au 1er juillet 2003)	8 249	4 190
ARTT « de Robien »	478	530
Allègement unique (à compter du 1er juillet 2003)		6 969
Charges diverses		9
TOTAL	15 560	15 909

Source : PLFSS pour 2004 - annexe f

En conséquence de la croissance de ses besoins, le FOREC était financé par une stratification de huit impôts qui lui étaient affectés intégralement ou pour partie.

Evolution des parts respectives des différentes ressources du FOREC

(en %)

Recettes du FOREC	2000	2001	2002	2003
Droits de la consommation sur le tabac	65	58	50	47
Droits de la consommation 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	14
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.

Source : rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2003

2. La suppression bienvenue du FOREC en 2004

L'article 34 de la loi de finances pour 2004 et l'article 3 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 ont supprimé le FOREC et, de ce fait, transféré à l'Etat la charge de la compensation des exonérations qui étaient dans le champ du FOREC.

L'article 3 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 précité a également posé un nouveau principe s'agissant des relations

financières entre l'Etat et la sécurité sociale, en ce qui concerne la compensation des exonérations de cotisations sociales, consistant en une périodicité décadaire des versements de l'Etat, sauf renonciation des régimes à en bénéficier.

La disparition du FOREC est intervenue, conformément aux dispositions législatives, le 1^{er} janvier 2004. Afin d'assurer la liquidation des activités en cours, un service de liquidation a été mis en place et les comptes de clôture au 30 juin 2004 ont été présentés aux ministères de tutelle, le ministère en charge du budget et celui des affaires sociales. Le bilan fourni par le service de liquidation a fait ressortir un résultat final cumulé excédentaire de 3,6 millions d'euros, s'accompagnant d'un versement à l'Etat du solde de trésorerie s'élevant à 54.300,47 euros.

En outre, en application des dispositions de la loi de finances pour 2004 précitée, les ressources affectées au FOREC ont été, à l'exception du droit de consommation sur les tabacs, intégralement affectées au budget général. En outre, désormais, les charges de compensation des mécanismes généraux d'exonération de charges sociales sont supportées par le budget de l'Etat, au sein du budget du travail.

Ainsi, la disparition du FOREC a permis une rationalisation de l'affectation des taxes antérieurement attribuées à ce fonds et une clarification des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale.

3. Le remboursement par la CADES du solde des créances d'exonérations entrant dans le champ du FOREC au titre de l'année 2000

L'article 2 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 donnait mission à la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) de rembourser à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) le solde des créances relatives aux exonérations entrant dans le champ du FOREC figurant dans ses comptes au titre de l'exercice 2000, dont la première moitié a été réglée en application de l'article 14 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003.

L'article 2 précité de la LFSS pour 2004 fixait au 1^{er} avril 2004 la date de versement par la CADES de la somme de 1.097.307.635,44 euros à l'ACOSS au profit des branches du régime général. En outre, cet article disposait que cette somme devait s'imputer sur les montants inscrits dans les comptes de l'ACOSS en provisions au 31 décembre 2001 au titre des exonérations entrant dans le champ du FOREC et être répartie entre les branches du régime général au prorata des créances inscrites dans leurs comptes respectifs, soit 564 millions d'euros pour la caisse nationale d'assurance maladie, 329 millions d'euros pour la caisse nationale d'assurance

vieillesse, et 204 millions d'euros pour la caisse nationale d'allocation familiales.

D'après les informations recueillies par votre rapporteur pour avis, le versement a été effectué à la date et dans les conditions prévues.

C'est à la CADES qu'est ainsi revenue la charge de rembourser 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.**

Il faut voir dans cette prise en charge par la CADES 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.

B. LES DISPOSITIONS DE LA LOI DU 13 AOÛT 2004 RELATIVE À L'ASSURANCE MALADIE

1. Une clarification des flux financiers entre l'Etat et la sécurité sociale

L'article 70 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie précitée a apporté deux types de clarification s'agissant des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale :

- d'une part, il a complété et renforcé le **principe de compensation des exonérations affectant les recettes de la sécurité sociale** en l'étendant aux contributions sociales ainsi qu'aux réductions ou abattements opérés sur l'assiette des cotisations et contributions. Il a également posé un nouveau principe de compensation réciproque intégrale, entre l'Etat et la sécurité sociale, de tout transfert de charges, permettant de garantir une meilleure protection des ressources de la sécurité sociale et établissant ainsi les bases d'une relation financière plus claire entre l'Etat et la sécurité sociale ;

- d'autre part, il a prévu, à compter du projet de loi de finances pour 2005, et de manière pérenne, le **transfert au profit de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, d'une fraction supplémentaire du droit de consommation sur les tabacs**, correspondant à

un montant de 1 milliard d'euros. Il s'agira, à l'avenir, de s'assurer de l'identification de ce milliard d'euros dans les comptes de la sécurité sociale et d'en vérifier le traitement comptable.

Toutefois, il faut souligner, avec la Cour des comptes, la fréquence et l'importance des mouvements de crédits parfois en « aller-retour » entre les budgets de l'Etat et de la sécurité sociale, ce qui affecte la lisibilité des comptes publics.

La clarification des flux financiers entre l'Etat et la Sécurité sociale

La Cour des comptes relève page 72 de son rapport sur les résultats et la gestion budgétaire 2003 :

« S'agissant du périmètre des responsabilités de l'Etat et de leur traduction dans les documents budgétaires, il apparaît que des transferts très significatifs ont été opérés au cours de la période récente entre le budget de l'Etat et l'assurance-maladie. Le coût du remplacement des agents absents dans les hôpitaux (914,7 M € en trois ans) a été pris en charge par l'Etat en application d'un protocole du 14 mars 2000. De même, alors que le financement des stages extra-hospitaliers des étudiants en médecine avait basculé, en LFI 2002, de l'Etat vers l'assurance-maladie, le mouvement inverse a été opéré en LFI 2003 (40 M €), sans que les justifications de cet aller et retour apparaissent clairement.

*« A l'inverse, les dépenses relatives aux consultations de dépistage anonyme et gratuit, aux centres de planification et d'éducation familiale et aux cures de désintoxication avec hébergement réalisées dans les établissements de santé, soit un total de 101,9 M €, ont été sorties en 2000 du budget **santé-solidarité**. Les charges relatives à la prévention de l'alcoolisme (13,6 M €) ont, l'année suivante, fait l'objet d'une mesure similaire. Par ailleurs, le financement, au moyen d'un fonds de concours alimenté depuis 2002 par la CNAMTS, du plan BIOTOX, qui correspond en principe à des dépenses de défense civile dont la responsabilité incombe à l'Etat, a représenté un transfert de 369,7 M €. Les dépenses afférentes à l'interruption volontaire de grossesse (25 M € par an) sont couvertes par l'assurance-maladie depuis le 1^{er} janvier 2003 et 111 M € d'engagements de l'Etat au titre des investissements prévus dans le cadre du plan « Hôpital 2007 » seront transférés à l'assurance-maladie ».*

2. Une plus grande sincérité dans l'élaboration de la loi de financement de la sécurité sociale

La loi précitée du 13 août 2004 permet également une plus grande lisibilité et sincérité du budget de la sécurité sociale par le biais de deux dispositions spécifiques :

- d'une part, le **principe de la participation de chaque caisse nationale d'assurance maladie à la préparation du budget prévisionnel et à la définition de l'orientation budgétaire de l'assurance maladie**, par le biais de propositions, transmises au ministre chargé de la sécurité sociale et au

Parlement, relatives à l'évolution de ses charges et de ses produits au titre de l'année suivante et aux mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre prévu par le cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie ;

- d'autre part, la **création d'un comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie** chargé d'alerter le gouvernement, le Parlement, et les caisses nationales d'assurance maladie en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'objectif national voté par le Parlement. Ce comité d'alerte garantira une information objective sur le risque de dérive des dépenses, qu'il diffusera auprès des institutions en charge du pilotage financier de l'assurance maladie.

C. DES EFFORTS SUPPLÉMENTAIRES NÉCESSAIRES

1. Les nouvelles dispositions adoptées par l'Assemblée nationale en matière de contrôle de l'application des lois de financement de la sécurité sociale

L'Assemblée nationale a adopté un nouveau Titre I^{er} bis, intitulé « Contrôle de l'application des lois de financement de la sécurité sociale » comportant quatre nouveaux articles destinés à améliorer le contrôle du Parlement sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale ainsi que la sincérité des informations fournies au Parlement en la matière.

a) L'élargissement de la mission de contrôle de la Cour des comptes auprès des établissements de santé financés par l'assurance maladie

L'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative de notre collègue député Yves Bur, rapporteur pour avis au nom de la commission des finances, un **nouvel article 1^{er} bis**, avec l'avis favorable de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales et un avis de sagesse du gouvernement, visant à renforcer les pouvoirs d'investigation de la Cour des comptes à l'égard des hôpitaux, afin d'assurer un meilleur suivi de l'enveloppe hospitalière et dans la perspective de la régionalisation du système de santé.

Dans le droit existant, l'article L. 132-3-2 du code des juridictions financières, inséré par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003¹, dispose que, dans le cadre de sa mission de contrôle de l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour des comptes, sans préjudice des dispositions définissant les compétences des chambres régionales des comptes, est habilitée à recueillir, en liaison avec ces dernières, des informations auprès

¹ *Loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002.*

des établissements publics de santé que sont les centres hospitaliers régionaux et les hôpitaux locaux.

L'article 1^{er} *bis* adopté par l'Assemblée nationale prévoit de compléter l'article L. 132-3-2 précité du code des juridictions financières afin de préciser que la Cour des comptes établit et met en œuvre chaque année, en liaison avec les chambres régionales des comptes, un programme pluriannuel des travaux à mener, notamment sur l'évaluation comparative des coûts et des modes de gestion des établissements financés par l'assurance maladie. En outre, la Cour des comptes en rendrait compte dans son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

D'après notre collègue député Yves Bur, il s'agit de permettre à la Cour des comptes d'enquêter directement sur la gestion des centres hospitaliers régionaux et des centres hospitaliers universitaires, qui relèveront toujours cependant de la compétence juridictionnelle et budgétaire des chambres régionales des comptes. En outre, il a ajouté que le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie avait constaté des différences de coûts de revient entre hôpitaux, de l'ordre de 20 à 30 %, sans justification apparente.

Votre rapporteur pour avis estime qu'il est nécessaire de protéger les prérogatives des chambres régionales des comptes en matière de contrôle des établissements de santé financés par l'assurance maladie. Il est toutefois favorable au rôle pivot de la Cour des comptes dans ce domaine. En outre, il vous proposera un amendement de nature rédactionnelle à l'article 1^{er} *bis* du présent projet de loi de financement.

b) L'amélioration de l'information du Parlement sur les compensations d'exonérations par l'Etat

A l'initiative de notre collègue député Yves Perrut, rapporteur au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales pour les recettes et l'équilibre général, l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable du gouvernement, un **nouvel article 1^{er} *ter*** visant à insérer au sein du code de la sécurité sociale un nouvel article L. 131-8 selon lequel le gouvernement remet chaque année, dans un délai de sept jours suivant la réunion de la commission des comptes de la sécurité sociale d'automne, un rapport aux commissions compétentes des assemblées sur les conditions d'application de l'article L. 131-7 du même code.

L'article L. 131-7 précité du code de la sécurité sociale, modifié par l'article 70 de la loi précitée du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie pose le principe de compensation intégrale entre l'Etat et les régimes concernés de la sécurité sociale de toute mesure de réduction ou d'exonération de cotisations sociales, de toute mesure de réduction ou d'exonération de contribution affectée à ces régimes, de toute mesure de réduction ou

d'abattement de l'assiette de ces cotisations et contributions, enfin de tout transfert de charges opéré entre l'Etat et ces régimes.

L'article 1^{er} *ter* du présent projet de loi de financement dispose, en outre, que le rapport remis au Parlement par le gouvernement sur les conditions d'application de l'article L ; 131-7 retrace notamment :

- les différentes mesures donnant lieu à compensation, réparties par nature ;
- la ventilation des mesures de compensation par branche et par régime de base obligatoire ;
- l'évolution des mesures de compensation sur les trois dernières années ;
- les mesures donnant lieu à application du principe de compensation envisagées pour l'année à venir.

Votre rapporteur pour avis estime qu'il s'agit là d'une disposition utile.

Il convient de souligner l'existence actuelle d'une annexe « jaune » au projet de loi de finances publiée tous les ans sur le **bilan des relations financières entre l'Etat et la protection sociale** au cours du dernier exercice clos, de l'exercice en cours et de l'exercice à venir. Ce bilan fait apparaître notamment : les contributions de l'Etat employeur, les flux liés à la mise en œuvre des politiques menées par l'Etat, les subventions versées par l'Etat à des régimes de protection sociale ou à des organismes contribuant à leur financement, les impositions de toute nature affectés à ces régimes ou organismes, les garanties d'emprunt accordées par l'Etat à ces régimes ou organismes, enfin les créances et dettes réciproques, à court, moyen et long terme, entre l'Etat et ces régimes ou organismes, évaluées à la date du dernier exercice clos.

En outre, la **commission des comptes de la sécurité sociale** consacre chaque année dans ses rapports, provisoire et définitif, un court chapitre sur les prises en charge de cotisations et de prestations par l'Etat.

Coût annuel des dispositifs d'exonérations non compensées

(en millions d'euros)

	Cotisations exonérées 2002	Cotisations exonérées 2003	Cotisations exonérées 2004 (*)
Mesures emploi à domicile	841	966	1 070
CES/CEC	787	757	730
Temps partiel	331	257	213
Embauche premier salarié	197	55	3
Associations intermédiaires	61	63	63
Autres	10	10	10
Total	2 227	2 108	2 089

Source : commission des comptes de la sécurité sociale (juin 2004)

Toutefois les informations dont disposent actuellement le Parlement ne sont pas suffisamment complètes pour lui permettre d'avoir une vue d'ensemble quant au respect par l'Etat des compensations dues aux différents régimes de sécurité sociale.

Le rapport proposé par l'article 1^{er} ter du présent projet de loi de financement constitue un véritable apport technique par rapport au droit existant et devrait contenir plus de détails sur les situations problématiques, chaque année, en termes de retard ou de refus de compensation par l'Etat aux régimes de sécurité sociale des réductions ou exonérations de cotisations, contributions et charges décidées par la loi.

Les dispositifs d'exonération de cotisations sociales compensées par l'Etat

Les exonérations de cotisations sociales, compensées par l'Etat en vertu de loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale, visent trois grandes catégories de dispositifs :

- **les compensations en faveur de la baisse du temps de travail et sur les bas salaires** : ces compensations de cotisations reviennent à la charge de l'Etat depuis 2004, en raison de la suppression du FOREC. Il s'agit principalement de l'allègement unique Fillon qui remplace progressivement sur la période 2003-2005 l'allègement sur les bas salaires et l'allègement Aubry II ;

- **les dispositifs ciblés sur certaines catégories de salariés** : il s'agit de la formation en alternance qui regroupe l'apprentissage et les contrats de qualification jeunes et adultes ainsi que des dispositifs d'insertion des publics en difficulté (contrat initiative emploi, insertion par l'économique, contrat de retour à l'emploi). Cette catégorie d'exonérations représentait les deux tiers des cotisations compensées par l'Etat en 2003 mais sa part est tombée à 6 % en 2004 à la suite de l'extension considérable du champ des exonérations à la charge de l'Etat ;

- **les compensations spécifiques en faveur de certaines zones géographiques** : les exonérations destinées aux départements d'outre-mer, représentent plus de la moitié de cette catégorie. En effet, depuis le 1^{er} janvier 2001, les exonérations sectorielles dans les DOM ont été remplacées par les exonérations définies dans le cadre de la loi d'orientation pour l'outre-mer. La plupart des autres catégories et notamment les exonérations au titre des zones franches urbaines et celles au titre de la zone franche de Corse ont diminué en 2003.

c) Modernisation des conventions d'objectifs et de gestion

A l'initiative de notre collègue député Yves Perrut, rapporteur au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales pour les recettes et l'équilibre général, l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable du gouvernement, un **nouvel article 1^{er} quater** visant à moderniser les conventions d'objectifs et de gestion en intégrant dans le champ de ces conventions, défini par l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale, **des objectifs d'amélioration de la productivité du réseau et leur articulation avec le maintien d'un maillage territorial de proximité.**

En outre, cet article étend la durée de ces conventions d'une période minimale de trois à une période de quatre ans.

Enfin, il précise que les conventions seront transmises au Parlement et qu'un bilan de leur application, notamment au regard des orientations fixées par les lois de financement de la sécurité sociale, lui sera également transmis dans les trois années suivant leur signature.

Les dispositions de l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale

I. - Dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, **l'autorité compétente de l'Etat conclut respectivement avec la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, la Caisse nationale des allocations familiales et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale des conventions d'objectifs et de gestion comportant des engagements réciproques des signataires.**

Ces conventions déterminent, pour les branches mentionnées aux 1^o, 2^o, 3^o et 4^o de l'article L. 200-2 et pour les organismes de recouvrement, 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.

Elles précisent :

1^o Les objectifs liés à la mise en oeuvre des dispositions législatives et réglementaires qui régissent la gestion du risque, le service des prestations ou le recouvrement des cotisations et des impôts affectés ;

2^o Les objectifs liés à l'amélioration de la qualité du service aux usagers ;

3^o Les objectifs de l'action sociale, de prévention et de lutte contre l'exclusion ;

4^o Les règles de calcul et d'évolution des budgets de gestion administrative et, s'il y a lieu, des budgets de contrôle médical, d'action sanitaire et sociale et de prévention ;

5^o Le cas échéant, les conditions de constitution ou d'amélioration et d'évolution du réseau des caisses locales.

Ces conventions prévoient, le cas échéant, les indicateurs quantitatifs et qualitatifs associés à la définition des objectifs.

Elles déterminent également :

1° Les conditions de conclusion des avenants en cours d'exécution de chaque convention, notamment en fonction des lois de financement de la sécurité sociale et des modifications importantes de la charge de travail des organismes liées à l'évolution du cadre législatif et réglementaire de leur action ;

2° Le processus d'évaluation contradictoire des résultats obtenus au regard des objectifs fixés.

II. - Pour la branche maladie, la convention d'objectifs et de gestion mentionne notamment les orientations pluriannuelles de l'action du Gouvernement dans les domaines de la santé publique, de la démographie médicale, du médicament et de la lutte contre l'exclusion en matière d'accès aux soins. La convention comporte également un plan de contrôle des prestations servies.

Un avenant annuel à la convention d'objectifs et de gestion de la branche maladie du régime général détermine, en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement, l'objectif prévisionnel des dépenses de soins de ville et, en son sein, la part mentionnée à l'article L. 162-43 et l'objectif de dépenses déléguées et précise les conditions et modalités de mise en oeuvre de ces objectifs.

Les dépenses de soins de ville comprennent :

1° La rémunération des soins dispensés en ville par les professions médicales, les auxiliaires médicaux et les directeurs de laboratoires, ainsi que les soins dispensés dans les établissements visés à l'article L. 162-22 et tarifés à l'acte et les honoraires des praticiens exerçant en secteur privé à l'hôpital public ;

2° Les dépenses résultant de l'exécution des prescriptions des professions médicales délivrées en ville ;

3° Les prestations en espèces.

Les dépenses déléguées comprennent les dépenses mentionnées au 1° ci-dessus ainsi que les frais de transport mentionnés à l'article L. 322-5.

III. - Les conventions d'objectifs et de gestion sont conclues pour une période minimale de trois ans. Elles sont communiquées aux conseils de surveillance mentionnés à l'article L. 228-1.

d) La création d'un mécanisme d'alerte sur l'évolution des dépenses de sécurité sociale

A l'initiative de notre collègue député Yves Perrut, rapporteur au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales pour les recettes et l'équilibre général, l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable du gouvernement, un **nouvel article 34 bis** visant à créer un mécanisme d'alerte sur l'évolution des dépenses de sécurité sociale.

Ainsi l'article 34 *bis* vise à insérer au sein du code de la sécurité sociale un nouveau chapitre IV *TER* intitulé « **Alerte sur l'évolution des dépenses de sécurité sociale** », composé d'un article unique L. 114-7. Cet article disposerait que les organismes de base de la sécurité sociale sont chargés d'alerter le gouvernement en cas d'évolution des dépenses de la branche ou du régime manifestement incompatible avec le respect des objectifs votés par le Parlement en loi de financement de la sécurité sociale. En outre, le gouvernement serait tenu d'en informer les commissions compétentes des assemblées ainsi que des mesures prises ou envisagées pour y remédier.

Lors de la présentation de ces dispositions à l'Assemblée nationale, notre collègue député Yves Perrut a indiqué qu'il lui avait semblé « *utile qu'un mécanisme d'alerte démocratique soit mis en place sans attendre la discussion du PLFSS* ». Il a ajouté, « **il est important que les deux commissions compétentes, la commission des finances et la commission des affaires sociales, soient informées tout au long de l'année de la situation des différentes branches. Ce système s'inspire de ce qui existe déjà pour la commission des finances, qui est informée tout au long de l'année de l'exécution des lois de finances** ».

Votre rapporteur pour avis rappellera que l'article 40 de la loi précitée du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a créé, au sein du code de la sécurité sociale, une section consacrée au **Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie**¹, chargé d'alerter le Parlement, le gouvernement et les caisses nationales d'assurance maladie en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'objectif national voté par le Parlement.

Dès lors la mise en place d'un mécanisme d'alerte sur l'évolution des dépenses de sécurité sociale pourrait sembler redondante. Notre collègue député Yves Perrut l'a justifié en ces termes : « *outré qu'il ne concerne que l'assurance maladie, [le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie] sera une structure très administrative qui n'alertera que lorsque le dépassement de l'ONDAM sera supérieur à 0,75 % alors que le mécanisme [proposé] est souple, adapté aux besoins d'information des*

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

parlementaires et des commissions concernées. (...) il mérité d'être rapidement mis en place ».

Le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie

Le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie est chargé d'alerter l'Etat et les caisses nationales d'assurance maladie en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'objectif national voté par le Parlement (ONDAM).

Placé auprès de la Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS), ce comité d'alerte sera composé du secrétaire général de la CCSS, du directeur général de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), du président du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie – suite à un amendement de la commission spéciale, adopté avec l'avis favorable du gouvernement – et d'une personnalité qualifiée nommée par le président du Conseil économique et social.

La procédure que suivra le comité d'alerte dans l'exercice de sa mission est la suivante : chaque année, au plus tard le 1^{er} juin, et en tant que de besoin, le comité rendra un avis sur le respect de l'ONDAM pour l'exercice en cours. A l'initiative de la commission spéciale et avec l'avis favorable du gouvernement, l'Assemblée nationale a tenu à préciser que le comité analysera notamment l'impact des mesures conventionnelles et celui des éléments déterminants conjoncturels et structurels des dépenses d'assurance maladie, dans le but de permettre une maîtrise médicalisée de ces dépenses.

Lorsque le comité d'alerte considère qu'il existe un risque sérieux que les dépenses d'assurance maladie dépassent significativement l'ONDAM avec une ampleur supérieure à un seuil fixé par décret, qui ne peut toutefois excéder 1 %¹, il le notifie au Parlement, au gouvernement et aux caisses nationales d'assurance maladie. Celles-ci proposent des mesures de redressement, conformément aux dispositions de l'article 21 du présent projet de loi. Enfin, le comité rend un avis sur l'impact financier de ces mesures et, le cas échéant, de celles que l'Etat entend prendre pour sa part.

e) La remise au Parlement d'un rapport sur la situation et les perspectives du Fonds de financement des prestations sociales des non salariés agricoles (FFIPSA)

A l'initiative de notre collègue député Yves Perrut, rapporteur au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour les recettes et l'équilibre général, l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable du gouvernement, un **nouvel article 1^{er} quinquies** disposant que le gouvernement remettra au Parlement, avant le 31 mars 2005, un rapport sur la situation et les perspectives du fonds créé à l'article L. 731-1 du code rural, à savoir le fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA).

¹ Soit l'équivalent, en valeur absolue, de 1,3 milliard d'euros si l'on se base sur le niveau actuel de fixation de l'ONDAM.

(1) La création du FFIPSA par la loi de finances initiale pour 2004

L'article 40 de la loi de finances pour 2004¹ a mis en place un nouvel établissement public administratif, soumis au contrôle de l'Etat, dénommé Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA) et **appelé à se substituer définitivement au budget annexe des prestations sociales agricoles (BAPSA) au plus tard le 1^{er} janvier 2005**, en conservant globalement les mêmes attributions.

Les missions du FFIPSA ont été limitées, au titre de l'exercice 2004, à la prise en charge des intérêts de l'emprunt (1,3 milliard d'euros) contracté par la caisse centrale de la mutualité sociale agricole, pour financer la mensualisation du versement des pensions des exploitants agricoles prévue par l'article 105 de la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites.

Il s'agit donc d'un nouveau fonds de financement de la sécurité sociale doté de recettes techniques de natures diverses.

Liste des recettes techniques affectées au FFIPSA

Divers impôts, taxes et amendes affectés	Taxe sur les farines, taxe sur les corps gras alimentaires, prélèvement sur le droit de consommation sur les tabacs, CSG et C3S.
Cotisations dues par les assujettis	Cotisations techniques affectées au service des prestations familiales, de l'assurance maladie-maternité-invalidité, de l'assurance vieillesse et veuvage, de l'assurance volontaire et personnelle, cotisations de solidarité et cotisations acquittées dans les départements d'outre-mer.
Subventions du FSI et du FSV	Financement des allocations complémentaires de prestations en invalidité et vieillesse par le Fonds spécial d'invalidité (FSI) et le Fonds de solidarité vieillesse (FSV), non comprises les majorations pour enfants.
Contribution de la CNAF	Contribution d'équilibre de la caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) correspondant à la différence entre les prestations versées aux bénéficiaires et les cotisations recouvrées, la branche étant financièrement équilibrée.
Compensation démographique	Versements au titre de la compensation démographique entre régimes pour les risques maladie et vieillesse, résultant de l'article L. 134-1 du code de la sécurité sociale.
Versement de l'Etat au titre de l'AAH	Remboursement par l'Etat des prestations versées aux bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH).
Dons et legs	Le cas échéant, affectation des dons et legs dont l'établissement public administratif pourrait être bénéficiaire.
Prélèvements sur le fonds de réserve	Procédure de prélèvement sur les réserves constituées par le fonds afin d'équilibrer le budget de l'établissement.
Dotation budgétaire de l'Etat	Subvention inscrite au budget général destinée, le cas échéant, à équilibrer le fonds (financement du fonctionnement de l'établissement et des dépenses techniques si besoin).

¹ Loi n° 2003-1311 du 30 décembre 2003.

Parallèlement à la création du FFIPSA par la loi de finances initiale pour 2004 précitée, la structure de financement du régime de protection sociale des non-salariés agricoles a été fortement modifiée par la même loi. En effet, trois taxes antérieurement affectées au BAPSA ont été supprimées : la cotisation de 0,70 % incluse dans les taux de TVA, qui rapportait 4,4 milliards d'euros en 2003, le prélèvement sur le droit de consommation sur les alcools, qui rapportait 23 millions d'euros en 2003, et la taxe sur les tabacs fabriqués, qui a fusionné avec le droit de consommation sur les tabacs à compter du 1^{er} janvier 2004, et qui rapportait 109 millions d'euros en 2003.

En contrepartie, une quote-part du produit du droit de consommation sur les tabacs a été affectée à ce régime. L'article 41 de la loi de finances initiale pour 2004 précitée a fixé cette quote-part à 52,06 % pour le BAPSA 2004, soit un montant attendu de 5,2 milliards d'euros. Il a été par ailleurs prévu d'affecter 0,3 % des droits sur les tabacs au FFIPSA en 2004, soit 30 millions d'euros en contrepartie de la prise en charge du remboursement à la caisse centrale de la mutualité sociale agricole des intérêts de l'emprunt contracté pour financer la mensualisation du paiement des retraites agricoles.

A compter du 1^{er} janvier 2005, le FFIPSA exercera globalement les mêmes attributions que l'ancien budget annexe des prestations sociales agricoles. Les dépenses prises en charge par le nouveau fonds de financement seront de deux ordres : les dépenses techniques du fonds et les charges et moyens de gestion du fonds.

Liste des dépenses techniques à la charge du Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles

Dépenses de prestations	Versements destinés au paiement des différentes prestations servies par le fonds aux non-salariés agricoles (famille, maladie-maternité-invalidité, vieillesse, veuvage), à l'exception des majorations de pensions accordées en fonction du nombre d'enfants et des prestations de l'assurance vieillesse complémentaire obligatoire allouées en application des articles L. 732-56 à L. 732-62 et L. 762-35 à L. 762-39 du code rural.
Participation financière de l'Etat prévue à l'article L. 732-58 du code rural	Participation financière de l'Etat au financement du régime de retraite complémentaire obligatoire des non-salariés agricoles.
Contributions du régime des exploitants agricoles à d'autres régimes	Contributions du régime des non-salariés agricoles aux assurances sociales des étudiants et au régime d'assurance obligatoire des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés.
Contribution aux dépenses relatives aux systèmes d'information de l'assurance maladie	Contribution du régime des exploitants agricoles aux dépenses relatives aux systèmes d'information de l'assurance maladie prévus par l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.
Charges financières	Charges financières du fonds.

(2) Le besoin de financement massif du FFIPSA en 2005

En raison du déséquilibre démographique qui le caractérise, le régime de protection sociale des non-salariés agricoles présente traditionnellement un besoin de financement, qui était comblé, jusqu'en 2003, par une subvention d'équilibre du budget de l'Etat.

Toutefois, la participation de l'Etat sous forme de subvention d'équilibre ou de dotation n'étant plus automatique – elle était nulle en 2004 – **le résultat net du BAPSA en 2004 serait déficitaire de 860 millions d'euros d'après les prévisions de la commissions des comptes de la sécurité sociale.**

En outre, pour l'exercice 2005, en l'absence d'affectation de C3S (- 775 millions d'euros en 2005) et de dotation de l'Etat au FFIPSA, et compte tenu du maintien de la quote-part du droit de consommation sur les tabacs de 2004 en 2005, le résultat net atteindrait - 1,5 milliard d'euros en 2005.

Lors de l'examen des dispositions de l'article 1^{er} *quinquies* précité du présent projet de loi de financement, M. Xavier Bertrand, secrétaire d'Etat à l'assurance maladie a indiqué que le gouvernement avait « *pleinement conscience des difficultés financières de ce fonds* » et a souhaité préciser que les assurés sociaux relevant du FFIPSA ne seraient en aucune façon « *affectés, gênés, pénalisés, par les difficultés de financement du fonds* ».

A cet égard, il convient de souligner que les dispositions de **l'article 35** du présent projet de loi de financement, qui fixent le **plafond du recours à l'emprunt pour le régime des exploitants agricoles en 2005 à 6,2 milliards d'euros**, en augmentation de 2,1 milliards d'euros par rapport à 2004 devraient permettre d'assurer la pérennité du financement des prestations sociales des non salariés agricoles.

Enfin, le secrétaire d'Etat à l'assurance maladie a également indiqué que le gouvernement avait « *missionné les trois inspections interministérielles, l'IGF, l'IGAS et l'IGA, afin d'analyser les causes des difficultés, notamment démographiques et économiques, rencontrées par ce régime, et d'être en mesure de proposer des solutions durables* ».

Votre rapporteur pour avis estime qu'il est aujourd'hui plus qu'urgent pour le gouvernement de proposer des solutions de financement pérennes pour le régime de protection sociale des exploitants agricoles.

Exploitants agricoles

(en millions d'euros)

	2002	2003	%	2004	%	2005	%
Total des prestations	14.457	14.756	2,1	14.900	1,0	14.890	- 0,1
Prestations légales	14.125	14.558	3,1	14.720	1,1	14.716	- 0,0
Prestations légales maladie	5.791	6.043	4,4	6.261	3,6	6.298	0,6
Prestations légales AT	20	68	----	67	- 2,1	67	0,4
Prestations légales vieillesse	8.314	8.446	1,6	8.393	- 0,6	8.351	- 0,5
Prestations légales famille	0	0	----	0	----	0	----
Prestations extralégales	66	93	39,9	102	9,6	95	- 6,6
Autres prestations	208	13	- 93,5	13	- 4,3	13	- 0,0
Dotations nettes aux provisions	58	92	59,0	65	- 28,8	66	0,3
Pertes sur créances irrécouvrables	1	1	- 0,3	1	2,6	1	- 0,1
Transferts	128	126	- 1,5	163	29,5	130	- 20,6
Autres charges techniques	24	53	----	53	0,5	53	0,0
Diverses charges techniques	11	0	----	0	----	0	----
Charges financières	55	37	- 32,3	44	19,3	60	35,0
Autres charges techniques	25	5	- 81,2	- 4	----	1	----
Charges de gestion courante	568	625	10,0	622	- 0,5	620	- 0,4
Total des charges	15.269	15.602	2,2	15.779	1,1	15.754	- 0,2
Cotisations sociales	1.933	2.014	4,2	2.002	- 0,6	2.016	0,7
Cotisations sociales effectives	1.963	2.042	4,0	2.040	- 0,1	2.052	0,6
Cotisations des actifs	1.915	2.007	4,8	2.009	0,1	2.022	0,6
Cotisations des inactifs	0	1	----	1	0,0	1	0,0
Autres cotisations	27	7	- 74,8	7	- 2,2	7	0,5
Majorations et pénalités	21	27	30,4	24	- 13,8	23	- 4,5
Reprises nettes de provisions	0	- 1	----	0	- 94,2	0	----
Pertes sur créances irrécouvrables	- 30	- 27	- 9,9	- 38	39,2	- 36	- 4,6
Cotisations à charge de l'Etat	0	0	----	0	----	0	----
Cotisations à charge de la sécurité sociale	0	0	----	0	----	0	----
Cotisations fictives d'employeur	0	0	0,0	0	----	0	----
Impôts et taxes affectés	5.934	6.215	++	6.528	5,0	5.890	- 9,8
Transferts	6.168	6.225	-	6.206	- 0,3	6.160	- 0,7
Prise en charge de cotisations FOREC	0	0	- 10,0	0	----	0	----
Contributions publiques	706	701	-	14	- 98,0	14	- 0,3
Autres contributions	0	0	-	0	----	0	----
Contributions diverses	0	0	++	0	----	0	----
Divers produits techniques	370	271	++	77	- 71,4	76	- 2,0
Produits de gestion courante	100	94	- 5,5	95	0,6	93	- 1,9
Total des produits	15.211	15.520	2,0	14.922	- 3,9	14.248	- 4,5
Résultat net	- 58	- 82		- 857		- 1.506	

Source : annexe C au projet de loi de finances sur la sécurité sociale pour 2005

La commission des comptes de la sécurité sociale, dans son rapport de septembre 2004, fait état d'une prévision de déficit du régime social des exploitants agricoles de l'ordre de 1,49 milliard d'euros en 2006 et de 1,47 milliard d'euros en 2007.

2. Une réflexion à mener dans la perspective de la réforme des dispositions organiques relatives aux lois de financement de la sécurité sociale

S'il se félicite de la relative stabilisation des normes et modalités de répartition des impôts et taxes affectés à la sécurité sociale, votre rapporteur pour avis souhaite qu'un effort supplémentaire soit accompli afin de rendre ces règles moins complexes.

En outre, votre rapporteur pour avis estime qu'une réflexion doit être menée s'agissant, d'une part, de la transparence de l'information fournie au Parlement sur le financement des régimes de sécurité sociale et, d'autre part, des remèdes à apporter pour pallier certaines insuffisances des lois de financement de la sécurité sociale. A cet égard, il est particulièrement attentif aux propositions formulées en ce sens par M. Philippe Séguin, Premier président de la Cour des comptes, qui consistent notamment dans :

- la **fixation** d'objectifs financiers clairs, notamment **d'un objectif de solde du budget de la sécurité sociale**. Tel n'est en effet pas le cas à ce jour puisque la loi de financement de la sécurité sociale ne fait que fixer un objectif de dépenses ;

- la fixation d'un objectif de dépenses d'assurance maladie pluriannuel qui permettra une réflexion stratégique de long terme compatible avec la programmation pluriannuelle des finances publiques ;

- l'encadrement plus strict de la technique dite du « rebasage » des objectifs de dépenses d'une année sur l'autre, afin d'en réduire la complexité et l'opacité ;

- la stabilisation des méthodes comptables afin de rendre plus aisée la lecture de l'évolution dans le temps des dépenses de sécurité sociale.

Autant d'éléments qui pourront sans doute être pris en compte au moment de la réforme des dispositions organiques relative aux lois de financement de la sécurité sociale, annoncée par le gouvernement.

IV. LES MESURES RELATIVES À LA TRÉSORERIE

A. LA FIXATION DES PLAFONDS D'AVANCES DE TRÉSORERIE

En application des dispositions du 5° du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, 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.

Six 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 (FSPOEIE) ;
- la Caisse nationale des industries électriques et gazières, créée par la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux industries électriques et gazières.

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

1. La trésorerie du régime général

a) Le plafond d'avances de trésorerie en net recul

L'article 35 du présent projet de loi fixe le plafond de trésorerie du régime général à **13 milliards d'euros**, soit plus de la moitié moins que le plafond de trésorerie fixé pour 2004. Le tableau suivant retrace l'évolution du plafond de trésorerie du régime général depuis 1997 :

Le plafond des avances de trésorerie au régime général depuis la création des lois de financement de la sécurité sociale

(en milliards d'euros)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Plafond inscrit en LFSS	10,06	3,05	3,66	4,42	4,42	4,42	12,5	33	13
Plafond après décret d'urgence	12,2	4,73	4,42	4,42	4,42	4,42	15	33	

Source : d'après le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2004

Le plafond de trésorerie de 33 milliards d'euros applicable en 2004 constitue un record absolu, qui témoigne à lui seul des difficultés rencontrées par le régime général cette année. Toutefois, il faut souligner que l'année 2004 est marquée par la reprise de dette opérée par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, conformément aux dispositions de l'article 76 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

L'article 76 de la loi relative à l'assurance maladie

Pour faire face à la dérive des comptes de l'assurance maladie, l'article 76 de la loi relative à l'assurance maladie prévoit que la CADES reprendra à sa charge :

- les déficits cumulés de la branche maladie, maternité, invalidité et décès arrêtés au 31 décembre 2003 et le déficit prévisionnel au titre de l'exercice 2004, soit environ 35 milliards d'euros : la CADES versera à l'ACOSS 10 milliards d'euros à ce titre le 1er septembre 2004 et une somme qui ne pourra excéder 25 milliards d'euros au plus tard le 31 décembre 2004 ;

- les déficits prévisionnels de la même branche au titre des exercices 2005 et 2006 prévus par les lois de financement de la sécurité sociale de ces mêmes années, dans la limite de 15 milliards d'euros.

Les montants et les dates des versements correspondants sont fixés par décret, après avis du secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale. **Au 14 octobre 2004, date du dernier conseil d'administration de la CADES, celle-ci avait déjà pris en charge 17 milliards d'euros de cette nouvelle dette, le solde devant être transféré avant le 31 décembre 2004.**

En contrepartie de cette charge nouvelle, la vie de la CADES est prolongée jusqu'à extinction de ses missions, tandis que le taux de la CRDS est maintenu à 0,5 %.

En outre, il est précisé que la part des recettes de la branche maladie supérieure aux dépenses de la branche est affectée prioritairement à la CADES, dans les conditions prévues par une loi de financement de la sécurité sociale.

D'après les données de la Commission des comptes de la sécurité sociale, les réalisations du premier semestre 2004 ont été un peu inférieures aux prévisions effectuées lors de l'élaboration de la loi de financement. Montre une variation de trésorerie de -9,3 milliards d'euros sur les six premiers de 2004 (contre -6,7 milliards d'euros sur la même période de 2003), ce qui est inférieur de 1,5 milliard d'euros aux prévisions faites lors de l'élaboration de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004.

La fin de l'année verra une amélioration spectaculaire de la situation de trésorerie de l'ACOSS, grâce aux sommes versées par la CADES au titre de la reprise de dette. Le solde de fin d'année du compte unique de disponibilités courantes de l'ACOSS devrait ainsi redevenir positif, à hauteur de 3,3 milliards d'euros environ. Sans l'opération de reprise de dette de la branche maladie par la CADES, ce solde aurait toutefois été négatif à hauteur de 31,8 milliards d'euros.

Le tableau suivant retrace les principales données relatives à la trésorerie de l'ACOSS en 2003 et 2004.

Les chiffres clés de la trésorerie de l'ACOSS

(en milliards d'euros)

	2003	2004 (p)
Variation de trésorerie	-12,4	+17,3
Variation de trésorerie hors reprise de dette	-12,4	-17,7
Solde du compte au 31 décembre	-14	+3,3
Solde moyen	-5,4	-14,5
Point haut	+5,1 (atteint le 17 janvier)	+3,3 (atteint en décembre)
Point bas	-14,2 (atteint le 11 octobre)	-24,3 (atteint le 12 juillet)
Nombre de jours négatifs	320	365

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

D'après les données figurant à l'annexe C du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, la trésorerie du régime général partirait en 2005 d'un point d'entrée de + 3,3 milliards d'euros. La variation annuelle de trésorerie serait de - 13,4 milliards d'euros, le solde au 31 décembre atteignant - 10,2 milliards d'euros.

Le solde moyen sur cet exercice serait de - 0,7 milliard d'euros. Le point le plus haut est prévu au mois de février avec + 11,1 milliards d'euros tandis que le besoin de trésorerie le plus élevé serait de - 10,7 milliards d'euros au cours du mois de décembre.

Ces résultats ne prennent toutefois pas en compte l'hypothèse d'une nouvelle opération de reprise de déficit par la CADES, telle que la loi précitée du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie le permet. En effet, l'article 76 de la loi relative à l'assurance maladie prévoit que les déficits prévisionnels de la branche maladie au titre des exercices 2005 et 2006 seront couverts par des transferts de la CADES, dans la limite de 15 milliards d'euros.

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, le montant du plafond d'avances de trésorerie fixé pour 2005 (13 milliards d'euros) permet de laisser une marge de sécurité par rapport au point bas actuellement prévu (- 10,7 milliards d'euros), pour prendre en compte les incertitudes

macroéconomiques et les incertitudes sur le calendrier précis des encaissements et des tirages.

b) La modernisation des instruments de financement de l'ACOSS

L'ACOSS a poursuivi en 2004 la modernisation de ses instruments de financement. Ainsi, **pour la première fois, elle a recouru à des intermédiaires financiers autres que la Caisse des dépôts et consignations (CDC) pour couvrir une partie de son besoin de trésorerie.** Ce recours au marché, en complément des avances consenties par la CDC, a été autorisé par le gouvernement au printemps 2004 et prend la forme d'emprunts à court terme, de mise en concurrence par appel d'offres auprès des spécialistes en valeur du Trésor ou de sélection des prêteurs par adjudication.

Une première ligne de trésorerie, d'un montant global de 3 milliards d'euros pour une durée de trois mois, a ainsi été souscrite début juin auprès de quatre banques. Un second emprunt, d'un montant de 4 milliards d'euros, a ensuite été souscrit pour une durée de six semaines sur les mois de septembre et octobre. Six opérateurs financiers, dont les quatre banques déjà retenues pour le premier emprunt, ont été sélectionnés.

Malgré cette diversification des financements, la CDC reste le banquier de référence de l'ACOSS. Elle devrait ainsi avancer à l'ACOSS plus de 20 milliards d'euros au cours de certaines périodes de l'année 2004. Ce maintien du recours à la CDC permet de bénéficier d'une certaine souplesse en ajustant très finement (au jour le jour) les financements aux besoins et en garantissant, à tout moment, la disponibilité des fonds nécessaires au fonctionnement normal du régime général.

Les avances de trésorerie qu'elle consent à celui-ci sont régies par une convention signée le 16 octobre 2001. L'ACOSS informe chaque mois la CDC du montant prévisionnel des avances qu'elle entend solliciter pour le mois en cours et le mois suivant. Le coût de ces avances au jour le jour 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.

Par ailleurs, ce dispositif d'avances au jour le jour est complété depuis le mois de juin 2003 par la mise en place, par la CDC, d'avances prédéterminées. L'ACOSS peut désormais emprunter à l'avance, pour une période donnée, un certain montant (minimum 500 millions d'euros). Le taux de référence reste l'EONIA, mais la marge est plus faible (0,10 point de pourcentage initialement, abaissé depuis à 0,07 puis 0,05 point) du fait de la réduction de l'incertitude pour le prêteur (l'ACOSS s'engage un mois à l'avance sur le montant et la durée exacts de l'emprunt). Ce mode de financement complète les avances au jour le jour pour les périodes où le

besoin de trésorerie est élevé et certain : afin d'éviter le risque de sur-mobilisation des avances, le montant des avances prédéterminées ne représente en effet qu'une partie du besoin prévisionnel de trésorerie d'une période donnée, l'ajustement quotidien aux besoins se faisant grâce aux avances au jour le jour.

Ces dispositifs ordinaires d'avances sont plafonnés à 20 milliards d'euros en 2004, dont 15 milliards d'euros pour les seules avances prédéterminées. Au-delà de ce montant, l'ACOSS a conclu avec la CDC un accord pour bénéficier, du 1^{er} juin au 31 décembre 2004, d'une facilité de trésorerie exceptionnelle de 5 milliards d'euros, dont les modalités sont semblables à celles des avances prédéterminées.

2. Les autres plafonds d'avances de trésorerie

L'article 35 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale fixe par ailleurs le plafond d'avances de trésorerie pour 2005 à 6,2 milliards d'euros pour le régime des exploitants agricoles (contre 4,1 milliards d'euros en 2004).

L'augmentation du plafond d'avances de trésorerie du régime des exploitants agricoles traduit les difficultés auxquelles est confronté ce régime, dont le déficit devrait s'établir en 2005 à 1,5 milliard d'euros environ, contre 857,4 millions d'euros en 2004.

Les plafonds fixés pour la CNRACL (500 millions d'euros) et pour la CANSSM (200 millions d'euros) sont stables. Aucun plafond n'est fixé pour le FSPOEIE en 2005, la situation de ce régime ne le nécessitant pas, ce dont votre rapporteur pour avis se félicite.

En revanche, **un plafond de 500 millions d'euros est fixé pour la nouvelle Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG)**. L'exposé des motifs du présent projet de loi indique que cette autorisation d'emprunt de trésorerie est ouverte *« au seul usage de la gestion de l'assurance vieillesse pour sa partie adossée au régime de base géré par la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés »*.

B. LA RÉFORME DE LA COMPTABILITÉ DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE

1. Les travaux du Haut conseil de la comptabilité des organismes de sécurité sociale

Le Haut conseil de la comptabilité des organismes de sécurité sociale, créé par le décret du 19 septembre 2001, a mis en place trois groupes de travail pour améliorer la lisibilité et la qualité des comptes des organismes de sécurité sociale.

Le groupe de travail sur la lisibilité des comptes tels qu'ils sont présentés tant aux conseils d'administration des organismes de sécurité sociale qu'à l'administration, a rendu ses conclusions le 21 novembre 2003.

Un deuxième groupe de travail a été créé pour examiner le contenu des comptes réciproques entre organismes de sécurité sociale. Il avait pour objet de vérifier que toute opération de transfert ou de compensation correspondant à des opérations internes entre organismes ou régimes de sécurité sociale se contrebalancent : les produits reçus par les uns, correspondants aux charges liées aux versements effectués par les autres. Les premiers travaux de ce groupe de travail ont été terminés pour la clôture des comptes 2003 puis se sont prolongés au cours du premier semestre 2004.

Le troisième groupe de travail qui porte sur la gouvernance et les comptes de la sécurité sociale a pour objet de faire un état des lieux de l'organisation financière et comptable des régimes et organismes de sécurité sociale en vue d'arriver, à terme, à la certification des comptes de la sécurité sociale, à l'instar de ce qui sera fait par la Cour des comptes pour les comptes de l'Etat, dans le cadre de la mise en œuvre de la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances (LOLF).

2. Les dispositions de l'article 34 du présent projet de loi de financement

C'est dans le prolongement de cette démarche que s'inscrit **l'article 34** du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, qui vise à améliorer la qualité des comptes des organismes de sécurité sociale et à préparer l'évolution vers la certification de ceux-ci.

Le premier alinéa du nouvel article L. 114-6 du code de la sécurité sociale créé par l'article 34 du présent projet de loi s'inspire de la LOLF, en prévoyant que « *les comptes des régimes et organismes de sécurité sociale*

doivent être réguliers, sincères et donner une image fidèle de leur patrimoine et de leur situation financière ».

Cet article crée en outre une obligation légale, pour les organismes nationaux de sécurité sociale, de valider les comptes des organismes locaux de leur réseau et d'établir des **comptes combinés** de branche ou de régime. L'article D. 114-4-2 du code de la sécurité sociale prévoyait jusqu'à présent la centralisation des comptes mais ne retenait pas la notion de comptes combinés. Les procédures d'établissement des comptes au niveau local sont également mieux définies : les comptes annuels et infra annuels des organismes de base seront ainsi présentés par l'agent comptable, établis sous sa responsabilité et visés par le directeur avant d'être transmis à l'organisme national pour validation.

Les comptes annuels et les comptes combinés annuels devront être adressés au ministre chargé de la sécurité et à la Cour des comptes, ainsi que, dans le cas des comptes des régimes de protection sociale agricole, au ministre chargé de l'agriculture.

L'Assemblée nationale a précisé, sur proposition de notre collègue député Bernard Perrut, que les mêmes obligations seraient applicables aux comptes des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales, ce que votre rapporteur pour avis juge opportun.

Les modalités d'application des ces dispositions seront fixées par décret. L'exposé des motifs précise que les organismes de sécurité sociale devront prendre en compte les délais de transmission des comptes à la mission comptable permanente des organismes de sécurité sociale, qui, à compter des comptes de l'exercice 2005, interviendra au plus tard le 28 février de chaque année, pour permettre à la Commission des comptes de la sécurité sociale de présenter les comptes annuels à la commission des comptes de printemps.

L'objectif de ces dispositions est de permettre l'élaboration de comptes en état d'être certifiés, même si cette opération n'est pas prévue à ce stade. Les travaux doivent encore être poursuivis en la matière, notamment dans le cadre du Haut conseil de la comptabilité des organismes de sécurité sociale, afin de préciser les conditions, les étapes et les modalités de la certification des comptes de la sécurité sociale, de même que l'institution qui en sera responsable.

CHAPITRE DEUX

LA RECHERCHE DE LA MAÎTRISE DES DÉPENSES DE SÉCURITÉ SOCIALE

I. LA BRANCHE MALADIE : DES DISPOSITIONS D'AMPLEUR LIMITÉE S'INSCRIVANT DANS LE DROIT FIL DE LA RÉFORME DU 13 AOÛT 2004

A. CONTENIR LA DYNAMIQUE DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE : À QUEL PRIX ?

1. Le déficit de l'assurance maladie se situe à un niveau historiquement élevé en 2004

a) *Des chiffres records depuis 2002*

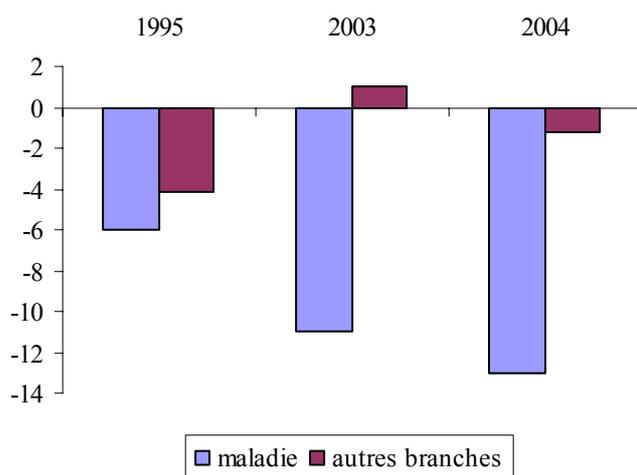
La branche maladie du régime général de la sécurité sociale a été en constant déficit depuis le début des années 90. Toutefois la dégradation du solde de l'assurance maladie s'est accélérée depuis la fin de cette décennie : inférieur à un milliard d'euros en 1999, de l'ordre de 2 milliards d'euros en 2000 et 2001, le déficit de l'assurance maladie a augmenté de près de 4 milliards d'euros chaque année depuis 2002 pour atteindre un record historique de 13,2 milliards d'euros en 2004.

Même au plus fort de la croissance économique, l'assurance maladie n'a jamais renoué avec un solde positif et le redressement des comptes du régime général intervenu entre 1996 et 2000 s'est accompagné du maintien d'un déficit de l'assurance maladie deux fois supérieur en 2000 à ce qu'il était en 1991. Le niveau actuel du déficit de l'assurance maladie interdit tout retour spontané à l'équilibre.

Le déficit très important du régime général s'explique presque intégralement en 2004 par celui de l'assurance maladie qui atteint un niveau sans précédent. Comparativement, le déficit de l'année 1995 n'était que de 6 milliards d'euros.

Evolution comparée du solde de la branche maladie et des autres branches du régime général

(en milliards d'euros)



Source : commission des comptes de la sécurité sociale

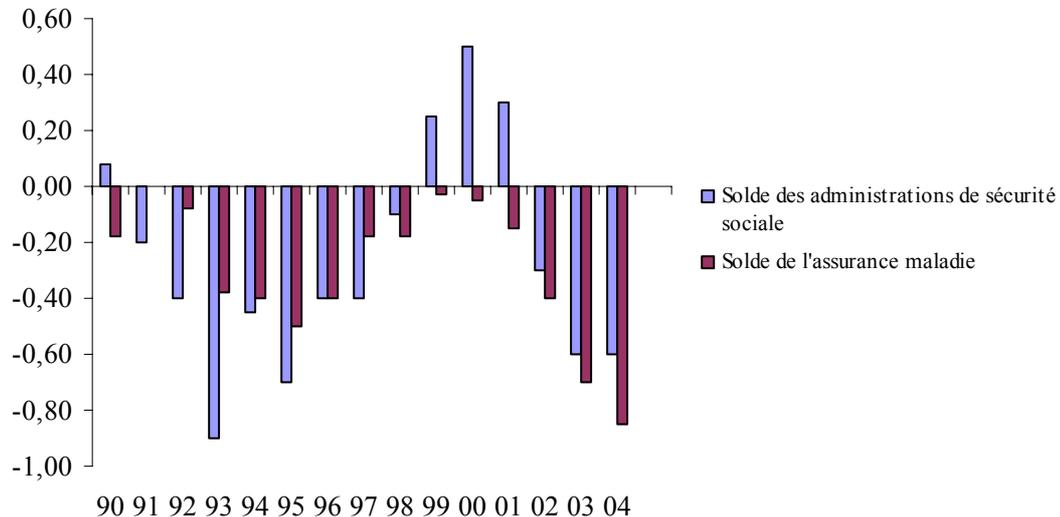
Dès 2002, ce déficit avait atteint le point bas de 1995, soit plus de 6 milliards d'euros. Il a continué à se dégrader en 2003 pour atteindre 11,1 milliards d'euros, soit + 5 milliards d'euros en un an. Ce déficit pour 2003 représentait plus de 9 % des recettes totales de la branche maladie et plus d'un cinquième du déficit du budget de l'Etat prévu en loi de finances pour 2003.

Si le ralentissement notable des recettes en 2002 et 2003 a affecté toutes les branches du régime général de manière indifférenciée, la progression des dépenses d'assurance maladie a été sans commune mesure avec celle des dépenses des autres branches.

Il augmenterait encore en 2004, bien au-delà des prévisions gouvernementales contenues dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 et malgré les mesures d'économies mises en œuvre par ce texte, puisqu'il se situerait, d'après les prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale du 21 septembre 2004, à 13,2 milliards d'euros, soit 2,3 milliards d'euros de plus que les prévisions résultant du vote de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004.

Le déficit de l'assurance maladie pèse lourdement sur les comptes sociaux

(en points du PIB)



Source : INSEE

b) Une dérive avant tout structurelle des dépenses d'assurance maladie

Aujourd'hui, c'est la dérive structurelle des dépenses d'assurance maladie qui est en cause. Au terme d'une accélération continue depuis 2000, ces dépenses ont, en outre, connu en 2002 et 2003 des augmentations particulièrement fortes où se sont d'ailleurs conjuguées les incidences simultanées de plusieurs facteurs : une croissance rapide de la consommation de soins, l'augmentation régulière du taux moyen de remboursement et la mise en œuvre de mesures dont le coût financier a été très élevé (revalorisations tarifaires des professionnels de santé, réduction du temps de travail dans les établissements publics de santé notamment et plans de développement dans le secteur médico-social).

Il faut noter qu'en quatre ans, de 1999 à 2003, les dépenses d'assurance maladie auront augmenté de 26 % alors que sur la même période la progression du PIB s'est élevée à + 15,5 % seulement.

(1) Les chiffres de l'ONDAM depuis 2000 attestent d'une dérive affectant tous les postes de dépenses

D'abord concentrée sur les médicaments et les dispositifs médicaux, la dérive des dépenses s'est étendue aux honoraires et aux établissements entre 2001 et 2003. Dès lors, les dépenses qui augmentaient rapidement depuis 1997, notamment les médicaments, ont continué à progresser rapidement,

tandis que celles qui évoluaient plus modérément, notamment les honoraires et les établissements, ont nettement accéléré depuis 2002 pour se rapprocher du rythme des précédentes.

Evolutions annuelles des réalisations de l'ONDAM de l'année N par rapport à la base définitive de l'année N-1

en milliard d'euros	Encaissements-Décaissements		Droits constatés		
	2000	2001	2002	2003	2004 (p)
Métropole	5,5%	5,5%	7,1%	6,2%	5,0%
Soins de ville	8,0%	7,5%	7,8%	7,3%	5,1%
Versements aux établissements	3,4%	3,7%	6,4%	5,1%	4,9%
Etablissements sanitaires	3,0%	3,7%	6,0%	4,8%	4,0%
Médico-social	5,2%	4,9%	7,9%	6,4%	8,6%
Personnes Handicapées	4,2%	6,2%	4,4%	3,9%	8,3%
Personnes Âgées	7,1%	2,5%	15,3%	11,2%	9,1%
Cliniques privées	3,6%	2,6%	7,5%	5,2%	5,7%
Ressortissants français et DOM	8,4%	10,1%	10,3%	9,1%	9,5%
ONDAM	5,6%	5,6%	7,2%	6,2%	5,2%

Source : ministère de la santé et de la protection sociale

Il faut toutefois se réjouir de l'infléchissement des dépenses d'assurance maladie à partir de 2003, après un pic en 2002 où le taux d'évolution des dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM avait atteint un niveau record de + 7,2 %, pour des raisons principalement conjoncturelles liées aux revalorisations d'honoraires des professions de santé libérale s'agissant des dépenses de soins de ville et à la mise en place de la réduction du temps de travail dans les hôpitaux s'agissant des dépenses des établissements.

Récapitulatif de l'impact sur 2004 et 2005 des mesures intervenues depuis 2002 sur les remboursements d'honoraires des professions de santé

(en millions d'euros)

	Mesures intervenues en 2002	Mesures intervenues en 2003	Mesures intervenues en 2004	
	Effet année pleine	Effet année pleine	Effet en 2004	Effet en 2005
Omnipraticiens	627	70	12	0
Spécialistes	110	219	15	1
Chirurgiens-dentistes	0	74	0	2
Sages-femmes	2	0	0	0
Infirmières	200	119	0	6
Masseurs-kinésithérapeutes	55	21	32	3
Orthophonistes	25	3	1	0
Orthoptistes	4	0	0	0
Biologistes	90	0	1	1
Transports sanitaires	44	40	10	0
Total honoraires	1 157	546	72	12

Source : ministère de la santé et de la protection sociale

● **Pour 2003, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie avait été fixé par la loi de financement de la sécurité sociale à 123,5 milliards d'euros, en augmentation de 5,3 % par rapport à la base 2002** telle qu'estimée en septembre 2002. Il convient de rappeler que cette base 2002 intégrait d'importants transferts de l'Etat vers l'assurance maladie, principalement les crédits de remplacement des protocoles hospitaliers (300 millions d'euros), le financement des centres de soins spécialisés aux toxicomanes (110 millions d'euros) et le Fonds de modernisation des cliniques privées (180 millions d'euros).

Selon les comptes définitifs des régimes, les dépenses du champ de l'ONDAM se sont finalement élevées à 124,6 milliards d'euros en 2003, en progression de 6,2 %. Le dépassement par rapport à l'objectif fixé a donc été de près de 1,1 milliard d'euros.

La forte progression des dépenses de soins de ville en 2002 (+ 7,8 %) s'est poursuivie en 2003 à un rythme à peine moins soutenu (+ 7,3 %). La tendance des volumes a été forte sur la quasi-totalité des postes, à l'exception des indemnités journalières dont le rythme d'évolution s'est ralenti significativement. Les mesures de revalorisation des honoraires, pour un coût estimé à 740 millions d'euros, ont également fortement contribué à la croissance des dépenses de ville en 2003. **La relative décélération de ces dépenses tient donc essentiellement aux mesures d'économies sur le médicament.**

Les versements des régimes d'assurance maladie aux établissements ont augmenté à un rythme relativement plus rapide (+ 5,1 %) : deux à trois de plus que la tendance de long terme. Cette croissance porte sur l'ensemble des postes qui évolue chacun à un rythme soutenu : 4,8 % pour les établissements publics, 5,2 % pour les cliniques privées et enfin 6,4 % pour le secteur médico-social dans un contexte de croissance soutenu depuis plusieurs années.

Enfin, il faut souligner une forte croissance des dépenses dans les départements d'outre-mer : + 9,5 %.

• Pour 2004, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie a été fixé par la loi de financement de la sécurité sociale à 129,7 milliards d'euros, en augmentation de 4 % par rapport à la base 2003 telle qu'estimée en septembre 2003.

Selon les prévisions réalisées par la commission des comptes de la sécurité sociale à partir des données en dates de soins fin mai 2004, l'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 conduirait à un montant de dépenses de 131 milliards d'euros soit une progression des dépenses de 5,2 % par rapport aux dépenses constatées en 2003 et un dépassement de l'objectif de 1,3 milliard d'euros dont 900 millions d'euros au titre des seuls soins de ville.

En effet, l'année 2004 devait être marqué par un léger ralentissement des dépenses ambulatoires qui paraît néanmoins insuffisant pour espérer un respect de l'objectif. Cet infléchissement est lié aux remboursements d'honoraires de certains professionnels de santé libéraux et aux indemnités journalières. En revanche, les médicaments et les dispositifs médicaux poursuivent une progression très soutenue dans le prolongement de la tendance des années antérieures.

L'infléchissement constaté sur les remboursements d'honoraires est lié d'une part à un moindre impact des hausses tarifaires par rapport aux deux années précédentes, d'autre part à une relative stabilisation des volumes de certaines professions.

Une décélération relative du rythme d'évolution de l'activité pourrait donc s'observer en 2004 : de l'ordre de 2 % contre 4 % pour la tendance de long terme. Plusieurs explications peuvent être avancées concernant ce ralentissement, parmi lesquelles des mesures prises récemment, notamment des suppressions d'exonérations de ticket modérateur pour certains actes, l'absence d'épidémie en début d'année, l'annonce de la réforme de l'assurance maladie.

On note toutefois une accélération des dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux.

Les dépenses en établissements devraient, quant à elles, s'élever à 66 milliards d'euros en 2004, soit 150 millions d'euros de plus que l'objectif. Leur croissance, voisine de celle de 2003 (4,9 % contre 5,1 %, resterait sensiblement plus forte que la tendance de long terme. Une certaine décélération peut être constatée dans les établissements sanitaires publics tandis que les dépenses afférentes aux cliniques et aux établissements médico-sociaux continuent de croître à un rythme plus soutenu.

Décomposition de l'ONDAM 2004 et prévisions pour 2004

(en milliards d'euros)

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

Source : ministère de la santé et de la protection sociale

• L'article 16 du présent projet de loi de financement tient compte des prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale du 21 septembre 2004 puisqu'il fixe à 131 milliards d'euros l'objectif national de dépenses d'assurance maladie révisé de l'ensemble des régimes obligatoires de base pour 2004.

Or, force de constater que M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale, a informé la représentation nationale, lors de l'examen du présent projet de loi de financement à l'Assemblée nationale, que *« les données récentes de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés confirment un infléchissement très significatif de l'évolution des dépenses de soins. Après une évolution de 5,9 % en 2001, de 7,2 % en 2002 et de 6,2 % en 2003, les dépenses d'assurance maladie augmenteront cette années d'environ 4,5 % »*.

Votre rapporteur pour avis ne peut que s'étonner de la non prise en compte de ces données actualisées par les dispositions de l'article 16 du présent projet de loi de financement puisque le niveau de l'ONDAM révisé pour 2004 n'a pas été modifié en fonction des informations fournies par le ministre. Ceci n'œuvre pas dans le sens d'une plus grande sincérité des lois de financement de la sécurité sociale.

En outre, la Cour des comptes, dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2004 a critiqué cette technique dite du « rebasage » de l'ONDAM, en estimant certes nécessaire de fonder le calcul de l'ONDAM sur des bases réalistes tenant compte du niveau des dépenses atteint en fin d'année précédente, mais en soulignant que *« la révision de l'objectif lui même n'a de sens que si elle intervient dans une LFSS rectificative à un moment de l'année où des mesures peuvent encore être prises pour éviter ou limiter les dépassements. La pratique actuelle a pour effet de ne pas faire apparaître la réalité de l'évolution des dépenses »*.

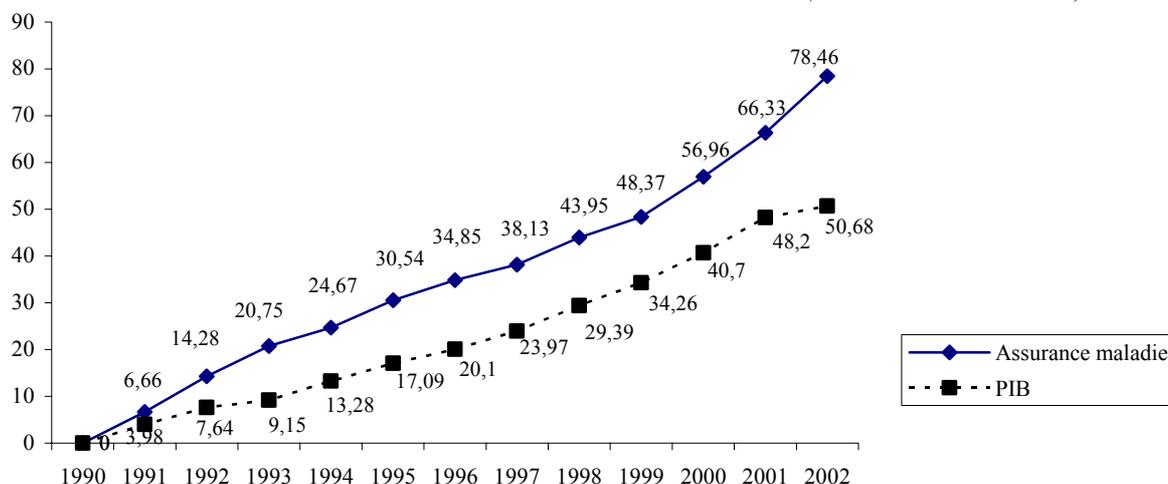
(2) Les facteurs structurels de l'évolution des dépenses d'assurance maladie

La croissance des dépenses d'assurance maladie est une tendance lourde depuis plus de vingt ans, liée notamment à l'influence de facteurs structurels à l'œuvre dans l'ensemble de nos sociétés modernes, **tel le vieillissement de la population ou encore l'amélioration des techniques médicales.**

Dans son rapport sur la sécurité sociale datant de septembre 2003, la Cour des comptes souligne que *« l'écart de croissance entre le PIB et la consommation finale des ménages d'une part, les dépenses d'assurance maladie d'autre part, se creuse nettement en 2001 et 2002. L'écart annuel moyen de croissance entre PIB et dépenses d'assurance maladie est de 1,47 point entre 1990 et 2002 et de 3,1 points en 2001-2002. D'environ 15 points entre 1996 et 2000, l'écart cumulé passe de 20 points en 2001 à 28 points en 2002 »*.

Evolution comparée des dépenses d'assurance maladie et du PIB

(en %, monnaie courante)



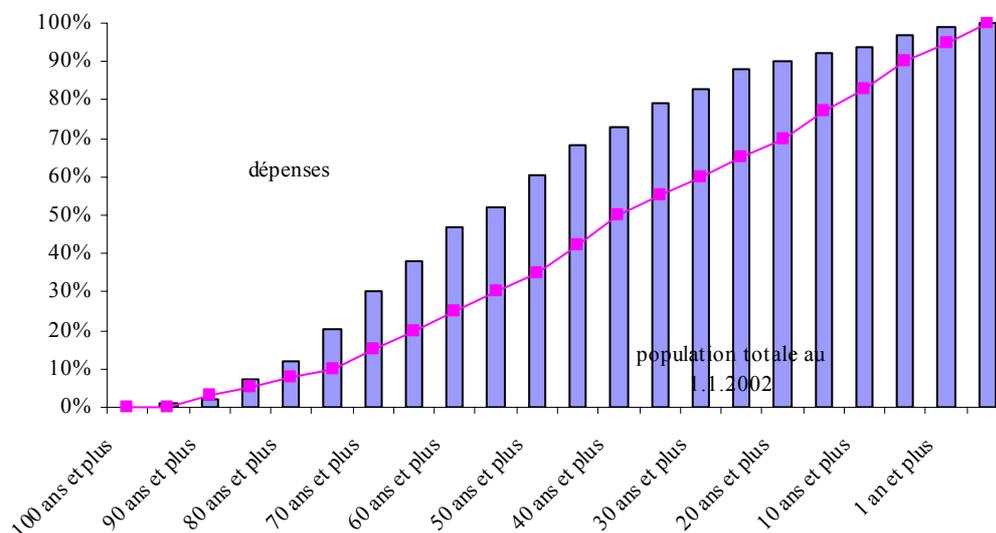
Source : Cour des comptes

La **consommation des soins** a connu une augmentation rapide depuis 1997 : cette augmentation est liée à des facteurs structurels : le vieillissement de la population qui se traduit par une hausse du nombre de personnes âgées dont la consommation médicale est élevée ; corrélativement, l'épidémiologies des affections de longue durée (principalement les maladies cardiovasculaires, les cancers, les troubles mentaux et la diabète) qui sont plus fréquentes avec l'âge mais dont le risque intrinsèque de survenue augmente également ; enfin, le progrès technique qui met à disposition des patients des traitements plus efficaces mais aussi plus coûteux.

D'après une étude réalisée par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés publiée en juillet 2003¹, « aujourd'hui, le régime général consacre un peu plus de la moitié de ses dépenses de soins de ville (mais aussi de ses dépenses hospitalières) aux malades âgées de 55 ans et plus, et un peu moins d'un tiers (30 %) à ceux qui sont âgés de 70 ans au moins. Ces derniers représentent un peu plus de 10 % de la population totale. Bien que la consommation médicale croisse avec l'âge, la part que représentent les dépenses de ces personnes dans la dépense totale du régime général n'est pas encore très importante, pour une raison bien simple : au-delà de 70 ans, la mortalité devient forte et les effectifs des générations concernées commencent à diminuer sensiblement : à 70 ans, les probabilités de décès à un an sont aujourd'hui de l'ordre de 3 % pour les hommes et de 1 % pour les femmes et ces probabilités progressent évidemment en même temps que ces générations avancent en âge ».

¹ Point de conjoncture n° 15 – juillet 2003 : Le vieillissement de la population et son incidence sur l'évolution des dépenses de santé.

La part des dépenses de soins de ville consacrées à des patients âgés



Lecture du graphique : 30 % des dépenses de soins de ville du régime général concernent des patients âgés de 70 ans au moins. Les personnes de ces âges représentaient 12 % de la population totale au 1^{er} janvier 2002.

Source : CNAMTS (juillet 2003)

En outre, une récente étude, publiée par le Comité de politique économique de l'Union européenne en novembre 2003, consacrée à l'évaluation de l'impact du vieillissement sur les finances publiques, révèle que, en moyenne, le vieillissement de la population conduira dans les Etats membres, d'ici à 2050, à une augmentation des dépenses publiques comprises entre 3 % et 7 % du PIB si aucune mesure correctrice n'est prise. Dans la plupart des Etats membres, cet impact budgétaire débutera dès 2010, les répercussions les plus importantes étant attendues entre 2010 et 2030.

En France, compte tenu du vote de la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites, l'augmentation des dépenses publiques devrait être, malgré tout d'après ce rapport, de 2,4 % du PIB.

En outre, la croissance des dépenses de santé devrait se traduire, dans l'ensemble des Etats membres, par des augmentations de dépenses publiques comprises entre 1,5 % et 4 % du PIB.

Les études disponibles mesurant l'impact du vieillissement de la population sur l'évolution des dépenses de santé

Le vieillissement a aujourd'hui un coût : les dépenses de santé des plus de 60 ans sont trois fois plus élevées que celle des trentenaires et les personnes âgées de plus de 70 ans consomment 30 % des dépenses totales.

D'après une étude réalisée par la DREES¹, **les facteurs démographiques seraient tendanciellement à l'origine d'environ 1 point par an de croissance des dépenses totales de santé en volume, dans la plupart des pays d'Europe occidentale. En outre, au sein de ces facteurs démographiques structurels, l'impact du vieillissement serait de l'ordre de 0,7 % par an sur la période 2000-2020.**

A l'avenir, la croissance du nombre de personnes âgées devrait induire une croissance des dépenses d'assurance maladie. Selon les projections démographiques publiées par l'INSEE en 2001, la France compterait en 2020 1,4 fois plus de personnes de 60 ans et plus, qu'en 2000, et 1,8 fois plus de personnes de 80 ans et plus, (3,2 fois plus en 2040). Ainsi en 2020, la France compterait 17 millions de personnes de 60 ans et plus et près de 4 millions de personnes de 80 ans et plus. A l'horizon 2040, il y aurait près de 7 millions de personnes de 80 ans et plus.

A cet égard, la DREES² a réalisé des **projections du nombre de personnes âgées dépendantes à l'horizon 2020 puis 2040**, afin d'appréhender les effets des évolutions démographiques futures en fonction de différents scénarii possibles d'évolution de la dépendance aux âges élevés.

A l'horizon 2040, le vieillissement de la population devrait conduire, dans les trois hypothèses, à une augmentation tendancielle du nombre de personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans. Une première accélération aurait lieu à partir de 2010 et une seconde à partir de 2030. Sur la période 2000-2020, la hausse serait de l'ordre de 16 % dans le scénario optimiste, 25 % dans le scénario central et de 32 % dans le scénario pessimiste. Entre 2020 et 2040, le nombre de personnes âgées dépendantes augmenterait dans des proportions légèrement supérieures. Au total, sur les quarante années, l'augmentation serait de 35 % dans le scénario optimiste, 55 % dans le scénario central ou de 80 % dans le scénario pessimiste. **Cette hausse serait en outre concentrée sur les 80 ans et plus.**

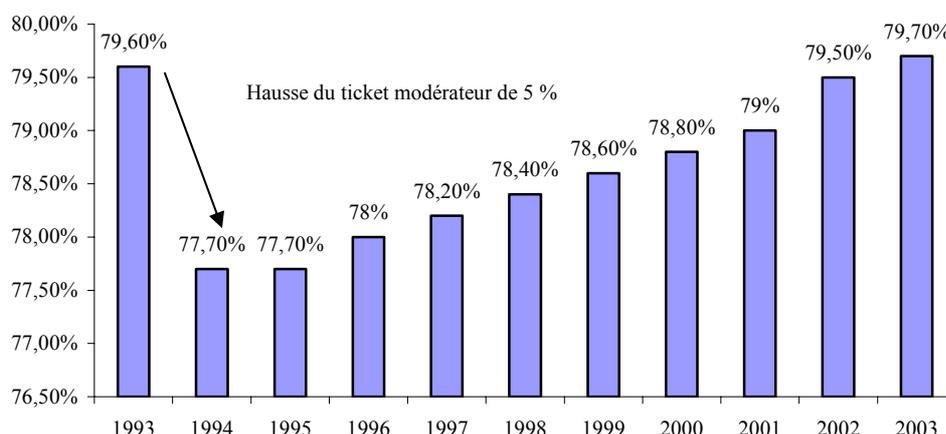
La croissance tendancielle est également favorisée, d'après le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2003, par *« la grande liberté dont l'ensemble des acteurs disposent dans le système de soins. Les gains potentiels du système de soins en termes d'efficacité sont sans doute très importants. On peut ainsi simplement rappeler que la France est selon l'OCDE le premier consommateur de médicament par habitant, au-delà même des Etats-Unis, sans que le bénéfice en termes de santé soit démontré »*.

¹ Direction de la recherche, des études et de l'évaluation statistiques (DREES) – Etudes et résultats n° 175, juin 2002, Comparaison internationale des dépenses de santé.

² DREES – Etudes et résultats n° 160, février 2002, Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040.

A l'augmentation de la consommation, s'ajoute une **croissance régulière du taux moyen de remboursement** : le nombre des assurés exonérés du ticket modérateur augmente très rapidement et celui des patients admis en « affection longue durée » ouvrant droit à l'exonération totale du ticket modérateur s'accroît d'environ 6 % par an. Au total, les dépenses relatives aux personnes exonérées du ticket modérateur représentent plus de la moitié des remboursements. Parallèlement au développement des exonérations de ticket modérateur, on constate une **déformation générale de la consommation de soins au profit des soins les mieux pris en charge par l'assurance maladie**, ce qui a tendance à augmenter le taux moyen de remboursement des soins. S'agissant des soins de ville, l'effet de cette seule amélioration tendancielle du taux de remboursement conduit à un surcoût pour l'assurance maladie de 350 millions d'euros en 2002.

Evolution du taux moyen de prise en charge du régime général



Source : commission des comptes de la sécurité sociale

c) L'insoutenabilité à moyen terme du déficit de l'assurance maladie

- (1) L'augmentation des charges financières supportées par la branche maladie au titre du financement de son déficit

La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), comme l'ensemble des caisses nationales du régime général, voit sa trésorerie gérée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) et intégrée au compte unique des disponibilités courantes tenu par celle-ci. Ce compte est ouvert à la Caisse des dépôts et consignations qui, selon des modalités définies par une convention conclue avec l'ACOSS consent des avances et rémunère les excédents de trésorerie.

L'ACOSS est chargée de cette gestion commune de la trésorerie des branches, en assure l'individualisation en réalisation comptable. Ainsi, les intérêts créditeurs et débiteurs imputés sur le compte unique sont répartis entre les branches en fonction du solde comptable quotidien de leur trésorerie constaté par l'ACOSS : les soldes comptables négatifs de chaque branche produisent donc des intérêts débiteurs au taux moyen consenti par l'ACOSS.

La CNAMTS, au titre de la branche maladie, s'est vu imputer les montants suivants d'intérêts débiteurs nets :

Intérêts débiteurs de la CNAMTS au titre des années 2002, 2003 et 2004

(en millions d'euros)

2002	2003	2004
311	380,6	560

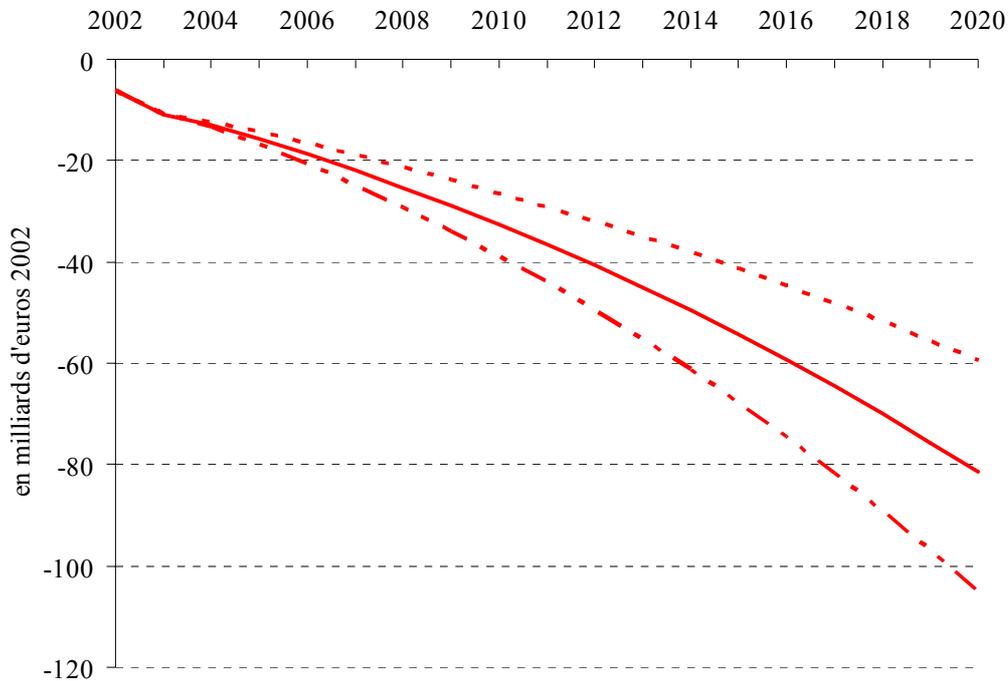
Source : ministère de la santé et de la protection sociale

(2) Le niveau du déficit tendanciel de l'assurance maladie à moyen/long terme

Dans son rapport du 23 janvier 2004, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a établi trois scénarii d'évolution tendancielle du déficit de l'assurance maladie en fonction du taux de croissance de l'économie et du différentiel entre ce taux et le taux de croissance des dépenses d'assurance maladie (trois hypothèses d'écart de croissance ont été retenues : + 1%, + 1,5 % et + 2%).

Ainsi, en l'absence de mesures correctrices et en retenant un taux de croissance des dépenses d'assurance maladie supérieur de 1,5 % à celui du produit intérieur brut (PIB), l'accumulation des déficits (hors charges d'intérêt) représenterait plus de 260 milliards d'euros en 2013 et 640 milliards d'euros en 2020, soit 30 % du PIB. En retenant ces hypothèses, le déficit tendanciel annuel de l'assurance maladie s'élèverait à 29 milliards d'euros en 2010 et à 66 milliards d'euros en 2020 (hors charges de la dette et en euros constants 2002).

Solde tendanciel de la CNAM y compris charge de la dette
(avec un taux d'intérêt réel à 2,5%)



Hypothèse de progression des dépenses : PIB + - - - 1% — 1,50% - · - 2%

Source : Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (janvier 2004)

En outre, dans son rapport sur l'exécution de l'ONDAM 2003, la CNAMTS indique que, « malgré les mesures inscrites dans la dernière loi de financement de la sécurité sociale, le déficit de la CNAMTS devrait être compris entre 13 et 14 milliards en 2004. Sans prendre en compte à ce stade de nouvelles mesures de redressement, ce déficit serait de l'ordre de 17 à 18 milliards en 2005 et il augmenterait de 3 milliards chaque année ».

Pour aller un peu plus loin dans cette esquisse financière, la CNAMTS indique que l'on peut, « à titre exploratoire pour les années 2006 et 2007, faire l'hypothèse d'une croissance de l'économie qui resterait légèrement supérieure à sa croissance tendancielle, et d'une masse salariale un peu plus dynamique qu'en 2004. Le cadre macro-économique ainsi bâti est très frustré et parfaitement conventionnel, mais il permet de préciser ce que seraient les conditions de l'équilibre à moyen terme du régime général, dans un environnement plutôt favorable ».

La CNAMTS précise que **la mise en œuvre rapide de la réforme de l'assurance maladie devrait soulager fortement la branche maladie du régime général dès 2005, puisque son déficit pourrait alors revenir à 8 milliards d'euros cette année-là.**

Toutefois, elle estime que « le retour à l'équilibre supposera d'infléchir durablement la tendance à la dégradation structurelle du déficit ».

Sans cette action structurelle sur les dépenses, ces efforts d'économie risqueraient en effet d'être contrecarrés par cette croissance tendancielle du déficit : si la tendance observée au cours des dernières années devait se maintenir, il ne serait pas certain que le déficit du régime général d'assurance maladie puisse être ramené à moins de 5 milliards d'euros en 2007 ».

Il est aujourd'hui évident que, à elle seule, la croissance économique ne sera pas suffisante pour réduire le déficit de l'assurance maladie : le rythme nécessaire pour engendrer des recettes permettant de couvrir un déficit progressant de 2,8 milliards d'euros par an serait en effet de 2 points supérieur à la croissance potentielle (2,2 %). En outre, l'augmentation des prélèvements, si elle peut s'avérer indispensable, ne serait toutefois pas une solution pérenne. A titre d'exemple, il faudrait, une fois le régime remis à l'équilibre, une hausse de 1 point de CSG tous les trois ans, pour ne pas, de nouveau, recommencer à accumuler du déficit. Symétriquement, la baisse des taux de remboursement qui serait nécessaire pour rééquilibrer le système serait incompatible avec le rôle social que joue l'assurance maladie. Enfin, la dette ne peut pas croître indéfiniment, le coût de la consommation actuelle ne pouvant être systématiquement rejeté sur les générations futures.

2. Les principales dispositions de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a pour objectif de réaliser 10 milliards d'euros d'économies sur les dépenses et 5 milliards d'euros de recettes supplémentaires à l'horizon 2007. La réforme comprend à la fois des mesures de rétablissement financier mais aussi des mesures dites « structurelles » dont l'objet est de modifier l'organisation du système de soins et le comportement des acteurs dans le sens d'une prise en charge de meilleure qualité. Par ailleurs la loi réforme la « gouvernance » du système afin d'améliorer son pilotage.

a) La maîtrise médicalisée des dépenses de santé

Les projections réalisées par le ministère de la santé et de la protection sociale font état d'économies d'un montant de 3,5 milliards d'euros à l'horizon 2007 liées à la mise en œuvre des mesures de maîtrise médicalisée de la réforme du 13 août 2004.

Parmi ces mesures, il faut citer :

- le **dossier médical personnel** : au plus tard le 1er juillet 2007, chaque bénéficiaire de l'assurance maladie disposera d'un dossier médical personnel, constitué d'informations permettant le suivi des actes et prestations de soins effectués en ambulatoire ou en établissements de santé. L'accès du professionnel de santé au dossier médical conditionnera, dans des conditions qui seront fixées par décret, le niveau de prise en charge des actes et prestations par l'assurance maladie.

- les **protocoles de soins** : le protocole de soins établi par le médecin traitant et le médecin conseil de la caisse définit la liste des actes et prestations pris en charge au titre de l'ALD. Ce protocole de soins est révisable en fonction de l'état de santé du patient et des avancées thérapeutiques. Le patient devra le présenter aux médecins qu'il consulte pour bénéficier de l'exonération du ticket modérateur.

- le **médecin traitant** : tout assuré ou ayant droit d'au moins 16 ans devra choisir un médecin traitant (généraliste ou spécialiste) chargé d'orienter le patient dans le système de soins. Si l'assuré n'a pas effectué ce choix ou s'est adressé directement à des médecins relevant de certaines spécialités, le ticket modérateur pourrait être majoré. En outre, les médecins spécialistes consultés pourront être autorisés à pratiquer des dépassements sur le tarif des actes et consultations. Les discussions conventionnelles préciseront les conditions de mise en œuvre de ce nouveau dispositif.

- la **participation forfaitaire des assurés** : pour responsabiliser les assurés sociaux, une participation forfaitaire d'un euro pour chaque acte ou consultation pris en charge par l'assurance maladie et réalisé par un médecin hors hospitalisation sera laissée à leur charge. L'assuré acquittera également cette participation pour tout acte de biologie. Seront exonérés les ayants droits mineurs, les bénéficiaires de la CMU complémentaire et les femmes enceintes.

- la **sanction des pratiques frauduleuses et des dérives des pratiques** : les abus et fraudes seront susceptibles de faire l'objet d'une pénalité financière. Cette sanction pourra être prononcée à l'égard du professionnel de santé, d'un établissement de santé ou d'un patient par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, après l'intervention d'une commission locale rassemblant l'ensemble des acteurs concernés.

- le **contrôle des indemnités journalières (IJ) « maladie »** : sont renforcées les obligations en cas d'arrêt maladie et les procédures de contrôles des assurés et des prescripteurs (mise sous entente préalable des gros prescripteurs d'IJ).

b) La réforme de la gouvernance de l'assurance maladie

Volet important de la réforme, la nouvelle gouvernance vise à améliorer le pilotage du système de santé.

La loi crée l'**Union nationale des caisses d'assurance maladie** (UNCAM) union des trois principales caisses nationales (CNAM, CANAM, MSA) qui aura pour responsabilité de négocier les conventions médicales, de fixer les taux de remboursement et de modifier la liste des actes et prestations admis au remboursement. Elle modifie aussi le fonctionnement des instances dirigeantes des caisses d'assurance maladie en redéfinissant les rôles respectifs des conseils des caisses et des directeurs.

En outre, les conditions de représentation des caisses seront renforcées au sein du comité économique des produits de santé (CEPS) et du nouveau conseil d'hospitalisation.

Les caisses nationales d'assurance maladie auront la responsabilité de proposer, avant la fin du premier semestre de chaque année, un **projet d'orientation budgétaire** pour l'année suivante (charges et produits) de leur caisse ainsi que les mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre prévu par le cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie fixé par le Parlement.

L'évolution des dépenses de l'assurance maladie sera soumise à la surveillance d'un **comité d'alerte**. En cas d'alerte, les caisses devront proposer des mesures de redressement.

Les représentants des mutuelles, des institutions de prévoyance et des sociétés d'assurance seront réunis au sein d'une **Union nationale des organismes de protection sociale complémentaire**. Celle-ci rendra un avis sur les décisions prises par l'UNCAM en matière d'admission au remboursement des actes et prestations et de taux de remboursement.

La loi crée la **Haute autorité de santé** qui sera chargée de procéder à l'évaluation du service médical rendu, de donner des avis sur la prise en charge des actes et prestations et d'émettre des recommandations sur les bonnes pratiques. Elle reprend aussi les missions de l'ANAES, qui est supprimée.

c) L'élargissement des recettes de l'assurance maladie

Enfin, la loi vise à accroître les recettes des régimes d'assurance maladie.

Le **rendement de la CSG est accru en 2005**. La déduction forfaitaire de 5 % pour frais professionnels effectuée sur les revenus d'activité et les

allocations de chômage assujetties à la CSG est ramenée à 3 % sur les revenus perçus à compter du 1^{er} janvier 2005. Si le taux de la CSG reste inchangé pour les salariés et les chômeurs, il est porté de 6,2 % à 6,6 % pour les pensions de retraites, les pensions d'invalidité et les allocations de préretraites ; de 7,5 % à 8,2 % sur les revenus du patrimoine et les revenus de placement et de 7,5 % à 9,5 % sur les produits du jeu.

Dès le 1er janvier 2005, la **contribution sociale de solidarité des sociétés** (C3S) au taux de 0,13 % fera l'objet d'une contribution additionnelle de 0,03 %.

Enfin, parmi les autres sources de financement figurent la hausse de la taxe sur les dépenses de promotion des dispositifs médicaux et des médicaments ainsi que la revalorisation de la contribution sur le chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques.

En outre, la durée de vie de la CADES est allongée jusqu'à extinction de ses missions, c'est-à-dire le remboursement de la dette sociale.

Par ailleurs, la loi instaure une **aide à l'acquisition d'une complémentaire santé** dont bénéficieront les assurés dont les ressources se situent au dessus du seuil de la CMU dans la limite de 15 %. Le montant de cette aide sera de 150 euros les assurés de 25 à 60 ans, de 250 euros pour les plus de 60 ans et de 75 euros pour les moins de 25 ans.

**Impact financier de la réforme de l'assurance maladie en 2007, d'après les projections du
ministère de la santé et de la protection sociale**

(en milliards d'euros)

1. Organisation et fonctionnement du système de soins	
Maîtrise médicalisée	3,5
Produits de santé	2,3
Hôpital (hors revalorisation du forfait journalier)	1,6
Amélioration de la gestion des indemnités journalières	0,8
Systématisation du recours contre tiers	0,3
Economies sur les frais financiers (reprise de la dette par la CADES)	1,1
Diminution des coûts de gestion de la CNAMTS	0,2
Total Offre de soins	9,8
2. Participation de l'utilisateur	
Contribution de 1 € par acte	0,7
Revalorisation du forfait journalier hospitalier	0,3
Total participation de l'utilisateur	1,0
3. Redressement financier	
Transfert d'une partie des droits sur les tabacs de l'Etat à la CNAMTS	1,0
Création d'une contribution additionnelle à la C3S	0,9
Relèvement de la CSG :	
élargissement de l'assiette de la CSG des actifs	1,0
relèvement de 0,4 point du taux de CSG des retraités imposables	0,6
relèvement de 0,7 point du taux sur les revenus du patrimoine	0,6
augmentation de 2 points du taux de CSG sur les jeux	0,1
Total volet recettes	4,2
Total des mesures	15,0

Source : ministère de la santé et de la protection sociale

Ainsi que votre rapporteur pour avis l'a indiqué *supra*, l'impact financier de la réforme de l'assurance maladie présenté par le ministère de la santé et de la protection sociale diverge sensiblement des projections du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie selon lesquelles les mesures de la loi précitée du 13 août 2004 devrait aboutir à un redressement du solde de l'assurance maladie de 7,8 milliards d'euros en 2007, au lieu de 15 milliards d'euros.

d) Un calendrier volontariste de publication des décrets d'application de la réforme

Le gouvernement a rendu public un calendrier prévisionnel de publication des décrets d'application des dispositions de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, en insistant sur la nécessité d'une mise en œuvre rapide de ces mesures.

Article de loi	Décrets d'application
1. – Décrets dont la publication est imminente ou déjà intervenue	
72 et 75	2 décrets relatifs au volet recettes de la réforme : mesures techniques CSG et contribution sociale de solidarité
6	Décret sur le respect de l'ordonnancier bizonne par les médecins (décret n° 2004-1050 du 4 octobre 2004)
	Décret sur la reconnaissance de la maladie d'Alzheimer comme affection de longue durée spécifique (décret n° 2004-1049 du 4 octobre 2004)
64	Décret abrogeant le conseil pour la transparence des statistiques de l'assurance maladie du fait de la création de l'institut des données de santé (décret n° 2004-1048 du 4 octobre 2004)
2. – Installation des nouvelles instances : publication d'ici la mi-octobre	
53, 55, 58, 66	Décrets en conseil d'Etat Gouvernance : composition des conseils et fonctionnement des différentes caisses CNAMTS, UNCAM, URCAM, CPAM (décret n° 2004-1075 du 12 octobre 2004)
40	Décret créant le comité d'alerte et définissant ses modalités d'intervention (décret n° 2004-1077 du 12 oct. 2004)
47	Décret portant création du comité de la démographie médicale (décret n° 2004-1078 du 12 octobre 2004)
43	Décret modifiant la composition du comité économique des produits de santé
45	Arrêté portant création du conseil de l'hospitalisation (arrêté du 8 octobre 2004)
35 et 36	Décret en conseil d'Etat créant la Haute autorité
3. – Dispositif de maîtrise médicalisée : publication prévue pour le 15 novembre	
35	Décret en conseil d'Etat relatif aux médicaments remboursables
55	Décret prévoyant les modalités du partenariat entre l'UNCAM et l'Union des complémentaires
53, 58 et 66	Décret modifiant diverses dispositions du code de la sécurité sociale relatives aux conseils des caisses d'assurance maladie
67	Décret en conseil d'Etat précisant les conditions de fonctionnement des missions régionales de santé (ARH-URCAM)
48	Décret en conseil d'Etat relatif à la procédure d'opposition et d'arbitrage dans les discussions conventionnelles
49	Décret en conseil d'Etat relatif à l'élargissement de la convention
55	Décret en conseil d'Etat relatif à la composition de l'Union nationale des professionnels de santé
13	Décret relatif aux accords de bon usage de soins à l'hôpital
24	Décret relatif à la procédure de concertation entre le médecin conseil et le médecin du travail pour les arrêts de plus de trois mois
63	Décret en conseil d'Etat relatif à l'intégration des directeurs de caisses et des médecins conseils à l'Inspection générale des affaires sociales
42	Décret en conseil d'Etat relatif à la gestion de la nomenclature générale des actes des professionnels
20	Décret relatif à la contribution par acte
17	Arrêté sur l'usage détourné de certains médicaments
26	Décret relatif au contrôle d'activité des médecins
27 et 28	Décret relatif aux conditions de prolongation des arrêts de travail et aux sanctions encourues en cas d'envoi tardif de l'arrêt de travail
29	Décret relatif à la récupération des indus
74	Décret en conseil d'Etat sur la taxe sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques
22	Décret sur l'information de l'assuré lors de la délivrance de médicaments

4. – Maîtrise médicalisée (suite) et nouvelles missions de la CNAM : publication prévue dans la 1ère quinzaine de décembre		
7	Décret relatif au médecin traitant	
7	Arrêté définissant les missions du médecin traitant salarié	
41 (en lien avec 7 et 20)	Décret en conseil d'Etat relatif à la modulation des taux de remboursement	
58	Décret en conseil d'Etat relatif à la liste d'aptitudes pour les caisses de base	
56	Décret en conseil d'Etat relatif à la mise en place du crédit d'impôt	
16	Décret en conseil d'Etat relatif à l'accréditation des médecins	
14	Décret en conseil d'Etat relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles	
15	Arrêté portant création de l'observatoire de la sinistralité	
68	Décret en conseil d'Etat sur l'expérimentation des agences régionales de santé	
67	Décret en conseil d'Etat adaptant les dispositions sur la permanence des soins	
5. – Dernière vague de décrets : publication prévue en janvier 2005		
5	Décret en conseil d'Etat relatif à l'identifiant santé	
23	Décret en conseil d'Etat relatif aux pénalités financières	
34	Décret en conseil d'Etat définissant la charte de la visite médicale (seulement si échec des négociations menées par le comité économique des produits de santé)	
57	Décret en conseil d'Etat définissant le cahier des charges des contrats complémentaires responsables	
21	Décret en conseil d'Etat relatif à la carte électronique	
64	Décret en conseil d'Etat prévoyant les conditions de création de l'Institut des données de santé	
6. – Autres dispositions		Date prévisionnelle de publication
8	Majoration de tarif en cas d'accès à un spécialiste hospitalier sans adressage par un médecin traitant	En fonction des négociations conventionnelles
76	Décret fixant les dates et montants des transferts CADES	Prévu en 2005 et 2006. Rien en 2004.
64	Décret en conseil d'Etat relatif aux données issues des systèmes d'information des membres	31 mars 2005
2	Décret relatif à la mise en place du dossier médical personnel	Second semestre 2005
<i>Source : ministère de la santé et de la protection sociale</i>		

3. La fixation d'objectifs de dépenses optimistes pour 2005

a) *Un ONDAM pour 2005 en augmentation de 3,2 % seulement*

(1) Un ONDAM pour 2005 volontariste ou irréaliste ?

Lors de l'examen du présent projet de loi de financement à l'Assemblée nationale, le secrétaire d'Etat à l'assurance maladie a souhaité « *insister particulièrement sur l'objectif à la fois ambitieux et réaliste que se fixe le gouvernement en termes de maîtrise des dépenses dès 2005, qui est un*

élément centrale de la réussite de la réforme. (...) l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (...) pour 2005 est en progression de 3,2 %. La comparaison avec les valeurs des années précédentes témoigne de notre volontarisme et de notre ambition, même s'il est vraisemblable qu'à périmètre comparable – c'est-à-dire sans prendre en compte la contribution forfaitaire d'un euro et l'augmentation du forfait hospitalier – l'ONDAM 2005 se situerait plutôt autour de 3,8 % ».

Ainsi que l'indique la commission des comptes de la sécurité sociale, dans son rapport du 21 septembre 2004, « *il s'agit d'un objectif ambitieux qui suppose dès 2005 un fort impact de la réforme sur les dépenses. Par rapport à une tendance annuelle des dépenses d'assurance maladie généralement estimée autour de 5,5 %, les économies nécessaires sont de l'ordre de 3,5 milliards d'euros* ».

L'article 17 du présent projet de loi de financement fixe ainsi l'objectif national des dépenses d'assurance maladie pour 2005 à 134,9 milliards d'euros. Comparé à l'ONDAM révisé pour 2004, fixé par l'article 16 à 131 milliards d'euros, l'ONDAM pour 2005 serait ainsi en progression nominale de 2,98 %. Le tableau suivant permet de comprendre le passage de l'ONDAM rebasé pour 2004 à celui servant au calcul de l'ONDAM pour 2005.

Passage de l'ONDAM réalisé en 2004 à l'ONDAM 2005

(en milliards d'euros)

ONDAM 2004 révisé	131
Transferts et rebasages	- 0,3
Base 2004 intégrant les transferts 2005	130,7
Tendance (y compris effet report) : + 5,5 %	+ 7,21
Mesures nouvelles en 2005	+ 0,44
Mesures d'économies tous régimes	- 3,5
ONDAM 2005	134,9

Source : ministère de la santé et de la protection sociale

Lors de l'examen du présent projet de loi de financement à l'Assemblée nationale, le secrétaire d'Etat à l'assurance maladie a indiqué que la maîtrise médicalisée devrait permettre de réaliser, en 2005, une réduction de dépenses de près d'un milliard d'euros, auxquels s'ajoutent 300 millions d'euros correspondant à la maîtrise des dépenses liées aux indemnités journalières.

**Effets sur l'ONDAM 2005 des mesures d'économies dans le champ du régime général –
Prévisions du ministère de la santé et de la protection sociale**

(en milliards d'euros)

Mesures	Impact financier en 2005
Maîtrise médicalisée	1,0
Indemnités journalières	0,3
Plan médicament	0,7
Contribution forfaitaire de 1 euro	0,6

Modernisation de la gestion hospitalière	0,2
Forfait journalier	0,1
Total des mesures d'économies	2,9

Source : ministère de la santé et de la protection sociale

Le secrétaire d'Etat à l'assurance maladie a également indiqué que la réduction des dépenses liée à la maîtrise médicalisée sera principalement possible grâce à la promotion du bon usage du médicament, pour 300 millions d'euros, à la mise en place du médecin traitant, pour 200 millions d'euros, à une maîtrise des dépenses de transport sanitaire, pour 100 millions d'euros, et au respect du périmètre de prise en charge à 100 % au moyen de l'ordonnancier bizona, pour 350 millions d'euros.

Votre rapporteur pour avis estime que les prévisions présentées par le gouvernement sont particulièrement volontaristes et que de sérieux doutes peuvent être exprimés quant à la réalisation de l'ONDAM fixé pour 2005.

En effet, si l'on s'en remet aux prévisions du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie s'agissant du rendement des mesures d'économies de la réforme de l'assurance maladie en 2005, l'impact sur les dépenses d'assurance maladie peut être évalué de la manière suivante :

**Effets sur l'ONDAM 2005 des mesures d'économies dans le champ du régime général –
Prévisions du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie**

(en milliards d'euros)

Mesures	Impact financier en 2005
Maîtrise médicalisée	0
Indemnités journalières	0,1
Plan médicament	0,1
Contribution forfaitaire de 1 euro	0,5
Modernisation de la gestion hospitalière	0
Forfait journalier	0,1
Total des mesures d'économies	0,8

Source : ministère de l'économie, des finances et de l'industrie

Outre une évaluation divergente de l'impact financier des mesures d'économies sur le solde de l'assurance maladie en 2005, de l'ordre de 2,1 milliards d'euros, le ministère de la santé et celui de l'économie, des finances et de l'industrie ont une approche différente des dépenses nouvelles engendrées par les dispositions de la loi du 13 août 2004. En effet, d'après les prévisions du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie et grâce aux informations recueillies par votre rapporteur pour avis, on peut estimer à près de 1,1 milliard d'euros le coût d'application de ces mesures nouvelles¹.

¹ Dont 300 millions d'euros liés à la mise en place du dossier médical personnel, 300 millions d'euros liés à la coordination de l'accès aux spécialistes, près de 25 millions d'euros liés à la gestion des structures de la nouvelle gouvernance, 400 millions d'euros liés à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire.

La commission des comptes de la sécurité sociale le souligne également dans son rapport du 21 septembre 2004 : « ***une grande incertitude pèse sur le rendement de ces mesures de maîtrise médicalisée. Leur réussite suppose des efforts importants de tous les acteurs et un changement des comportements*** ».

(2) La ventilation des quatre enveloppes de l'ONDAM pour 2005

La ventilation de l'ONDAM pour 2005 est retracée dans le tableau suivant.

Ventilation de l'évolution de l'ONDAM pour 2005

	<i>(en %)</i>
Soins de ville	2.1 %
Hôpital public	3.6 %
Cliniques privées	3.6 %
Personnes âgées	11.4 %
Personnes handicapées	5.4 %
ONDAM Global	3.2%

Source : ministère de la santé et de la protection sociale

S'agissant de l'ONDAM hospitalier, le ministre de la santé et de la protection sociale a indiqué, lors de l'examen du présent projet de loi de financement, qu'il progresserait de 3,6 % « ***ce qui représente, cette année, pour l'hôpital public, une augmentation des dépenses de 1,8 milliard d'euros*** ». En outre, il a indiqué qu'il serait demandé aux « *directeurs des ARH¹ de réaliser 850 millions d'euros d'économies sur trois ans dans le seul domaine de la politique d'achats. En effet, d'un établissement à l'autre, le montant, par exemple, des achats de textiles à usage unique, de fournitures de bureau ou de matériel informatique peut varier de 200 %, voire de 350 %. De telles erreurs de gestion ne sont pas acceptables. Ces 850 millions d'euros demandés en trois ans sont indépendants du taux de 3,6 % retenu pour l'ONDAM, mais ils permettront (...) de donner de nouvelles marges de manœuvre aux établissements qui réaliseront ces économies de gestion* ».

D'après les informations recueillies par votre rapporteur pour avis, 150 millions d'euros d'économies devraient être engagées par les hôpitaux publics dès 2005. A l'horizon 2007, les économies attendues sont de l'ordre de 2 % sur les achats de médicaments, de 10 % sur les dispositifs médicaux et les fournitures hôtelières générale et de 5 % sur la majeure partie des prestations de services.

Enfin, il convient de noter qu'en prenant en compte la contribution forfaitaire de 1 euro et l'augmentation du forfait journalier, l'ONDAM global se situerait à + 3,8 %. S'agissant des soins de ville, si on fait le même raisonnement, l'évolution de l'ONDAM se situerait à + 3,1 %.

¹ *Agences régionales de l'hospitalisation.*

(3) La fongibilité entre les enveloppes de l'ONDAM

L'article 10 du présent projet de loi de financement vise à instituer une totale fongibilité entre les enveloppes de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie.

Dans le droit existant, l'ONDAM voté par le Parlement est ensuite décomposé par le gouvernement en quatre enveloppes différentes : médecine de ville, hôpital public, cliniques privées et établissements médico-sociaux. La dotation aux réseaux est formée par redéploiements sur ces quatre enveloppes. La réforme portant tarification à l'activité modifie cette procédure pour 2005 en fusionnant l'enveloppe hôpital public et cliniques privées et en créant des enveloppes spécifiques pour certaines activités des établissements.

Depuis la création de l'ONDAM, lorsqu'un établissement ou un service d'établissement change de statut, lorsqu'une prestation est financée par une autre enveloppe, la dépense correspondante est transférée d'une enveloppe de l'ONDAM à l'autre : il s'agit de la fongibilité des enveloppes de l'ONDAM.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a organisé une fongibilité complète entre les différentes composantes de l'ONDAM relatives aux établissements de santé, en omettant d'y inclure les établissements médico-sociaux.

L'article 10 du présent projet de loi de financement propose ainsi d'élargir la fongibilité des enveloppes hospitalières aux établissements médico-sociaux, de procéder à la même modification s'agissant de l'enveloppe des soins de ville et de l'enveloppe médico-sociale.

b) Une augmentation de l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès de 2,2 % en 2005

L'article 18 du présent projet de loi de financement fixe l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant de plus de 20.000 cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres à 148,3 milliards d'euros pour 2005, soit une progression de + 2,2 % par rapport à l'objectif révisé pour 2004 fixé par l'article 31 du présent projet de loi de financement, et de 3,3 % par rapport à l'objectif initialement fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004.

Comme pour l'ONDAM, il ne s'agit pas d'une autorisation de dépenser au sens budgétaire du terme.

Les dépenses concernées comprennent les prestations sociales légales et extra-légales, les prestations de services sociaux visant à abaisser le coût

d'accès au système de soins, les frais de gestion administrative des régimes, les transferts entre régimes et les frais financiers.

Le rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale de septembre 2003 estimait que la coexistence de l'ONDAM et de l'objectif de la branche, non cohérents entre eux, nuisait à la clarté de la loi de financement de la sécurité sociale. Celui de septembre 2004 souligne la complexité de la comparaison en notant qu'à la suite des revalorisations d'honoraires de 2002 et 2003, l'augmentation des cotisations des professionnels de santé prises en charge par l'assurance maladie a été prise en compte dans l'objectif de la branche et non dans l'ONDAM. Ainsi, en 2004, **des dépenses qui, en raison de leur nature, auraient dû figurer dans l'ONDAM, ont en fait été intégrées dans l'objectif de branche.**

B. POURSUIVRE LA RÉFORME DU MODE DE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

1. Le principe de la tarification à l'activité : une modernisation attendue du mode de financement de l'ensemble des établissements de santé

La tarification à l'activité est un mode de financement qui vise à fonder l'allocation des ressources aux établissements de santé publics et privés sur la nature et le volume de leur activité réalisée, mesurée, pour l'essentiel, sur la base du classement de chaque séjour hospitalier dans l'un des groupes homogènes de malade (GHM) de la classification utilisée dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). A chaque GHM produit par l'établissement est alors appliqué le tarif correspondant, la liste de ces tarifs étant fixée et publiée au niveau national.

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.

L'année 2003 a été fortement marquée par la préparation du nouveau mode de financement de l'hospitalisation de court séjour des établissements. Alors que le recueil standardisé du PMSI n'a pas changé dans sa forme, la mise en œuvre de la tarification à l'activité, dès janvier 2004 pour les établissements sous dotation globale, a nécessité une nouvelle présentation des données agrégées sur l'activité des établissements, ciblant leur production en matière de séjours d'hospitalisation de court séjour.

L'instauration de ce nouveau mode de financement représente un facteur de modernisation décisif des établissements dont les ressources sont

aujourd'hui constituées soit par une dotation globale tenant faiblement compte de l'activité réelle (secteur public), soit par des tarifs de prestations fortement segmentés et peu harmonisés. En outre, la dichotomie des règles de financement entre les secteurs publics et privés freine les coopérations indispensables entre les établissements.

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 sur la sécurité sociale (septembre 2002)

Toutefois, 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.

Les bénéfices attendus de la tarification à l'activité résident notamment dans :

- une plus grande médicalisation du financement des établissements de santé ;
- 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 et à la mise en œuvre de nouveaux modes de régulation des dépenses hospitalières ;
- la suppression des disparités tarifaires actuelles non justifiées entre l'hospitalisation publique et privée ;
- le développement des outils de pilotage médico-économique (contrôle de gestion) au sein des hôpitaux publics et privés.

Une première simulation financière d'une application de cette réforme avait 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 avait 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 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.**

L'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 a prévu le **lancement d'une expérimentation conduite par la mission nationale pour la tarification à l'activité** créée par l'article 23 de cette même loi.

En 2003, six régions² et soixante établissements³, ainsi que les établissements participant déjà à l'étude nationale des coûts hospitaliers, ont été retenus pour participer à cette expérimentation, à l'issue d'un appel d'offres. Le panel ainsi constitué a permis de représenter l'ensemble des catégories d'établissements, publics et privés, et l'ensemble des situations

¹ Médecine, chirurgie, obstétrique.

² Ile de France, Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Bretagne, La Réunion.

³ Suite à l'appel à candidature lancé par le ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées auprès 1.600 établissements susceptibles de prendre part à cette expérimentation, 280 établissements publics et privés ont répondu ; 60 d'entre eux ont été retenus alors que l'objectif initial était de 40.

possibles vis-à-vis de la nouvelle tarification, notamment en termes de niveau actuel de ressources comparé à l'activité réelle.

Les travaux ainsi conduits ont permis de tester la faisabilité sur le terrain des différentes options de mise en œuvre de la réforme, de détecter les éventuels points de blocage et d'identifier les aménagements nécessaires en termes d'outillage technique et réglementaires, de délais et de calendrier. Ils ont également permis de mettre au point une procédure d'optimisation des délais de production des informations sur l'activité, en vue d'une diffusion à l'ensemble des établissements et d'alimenter la réflexion sur la recherche d'une meilleure valorisation de certaines prestations ou activités de soins, telles que la réanimation, les soins palliatifs et les séjours comportant la pose de prothèses.

2. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a généralisé l'application de la tarification à l'activité à l'ensemble des établissements de santé

a) La définition des règles relatives à la mise en œuvre de la tarification à l'activité

(1) Les principes fondateurs de la réforme tarifaire

L'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 définit les principes fondateurs sous-tendant la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A).

D'après les dispositions de cet article, l'activité des établissements de santé sera désormais mesurée grâce à une approche médicalisée et économique utilisant la classification en groupes homogènes de malades (GHM). Un GHM caractéristique d'un séjour définit un groupe homogène de séjour (GHS) correspondant qui, lui-même, permet de définir un tarif forfaitaire de séjour comprenant l'ensemble des dépenses nécessaires au traitement du patient pour un diagnostic donné. Idéalement, un même GHS doit connaître une tarification identique quel que soit le lieu d'implantation ou le statut de l'établissement considéré. Dans ce schéma, la concurrence par comparaison au tarif de référence devrait inciter les établissements de santé à optimiser leurs coûts.

Le champ de la tarification à l'activité touche l'ensemble des établissements publics et privés mais est restreint aux activités MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) tant en hospitalisation qu'en solutions alternatives (hospitalisation à temps partiel, hospitalisation à domicile, chirurgie ambulatoire, etc.).

Dès lors, par rapport au découpage actuel de l'ONDAM et aux règles d'imputation des dépenses dans les différents objectifs et enveloppes, la mise en place de la tarification à l'activité entraîne des changements importants.

La tarification constitue un financement mixte associant, d'une part, une dotation pour assurer l'ensemble des missions de service public, d'autre part, un dispositif médicalisé pour l'activité de soins qui prend en compte la nature et le volume d'activité des établissements afin de financer au plus près de la mobilisation des ressources nécessaires aux soins.

Schéma cible de la tarification à l'activité : un financement mixte

L'idée générale du schéma cible, défini par l'article 25 de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 précitée, est de procéder à un financement mixte distinguant :

- les **missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation** (MIGAC), qui recouvrent d'une manière générale toutes les missions et activités non couvertes par le PMSI, pour le secteur public comme le secteur privé, et qui seront financées par une dotation de financement fixée indépendamment de l'activité réalisée.

Il s'agit de reconnaître, d'une part, qu'un certain nombre de missions n'ont pas vocation à être financées par les modalités de la tarification à l'activité car leurs ressources ne doivent pas être soumises aux variations de l'activité réalisée – ce sont les missions d'intérêt général – il s'agit, d'autre part, d'identifier une ressource de financement spécifique d'aide à la contractualisation, destinée à accompagner la démarche de contractualisation entre les établissements de santé publics et privés et les ARH.

Les dépenses concernées sont notamment celles liées à la recherche, à l'enseignement, aux dispositifs à caractère social et aux programmes d'amélioration de la qualité ;

- les **missions de soins** ayant vocation à être financées directement à l'activité : un objectif annuel de dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie est ainsi défini, il est commun aux établissements de santé publics et privés.

Un décret fixe le contenu de cet objectif qui doit regrouper deux types de dépenses : d'une part, les dépenses relatives aux médicaments et aux produits et prestations facturables en sus des tarifs des prestations, d'autre part les dépenses relatives à la facturation des prestations de l'ensemble des établissements et aux consultations externes des établissements publics et privés auparavant financés par la dotation globale de financement ;

- **certaines activités de soins particulières** (telles les urgences et les prélèvements d'organes) financées par une modalité particulière de financement mixte correspondant à un montant de ressources annuelles fixe mais déterminé en fonction de l'activité réalisée, consistant dans le versement d'un forfait annuel pour financer les coûts fixes d'une activité.

L'Etat fixe les éléments de tarification relatifs à l'allocation de ressources aux établissements publics et privés : les tarifs nationaux des prestations d'hospitalisation, les montants de forfaits annuels et, de manière exceptionnelle, nonobstant l'objectif général de convergence des tarifs, les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels des établissements implantés dans certaines zones géographiques afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques modifiant de manière manifeste, permanente et substantielle, le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée. Ces éléments prennent effet à compter du 1^{er} mars 2004.

Il convient ici de souligner que si la mise en œuvre de la T2A est commune aux établissements publics et privés, et vise à une harmonisation de leur mode d'allocation des ressources, la réforme s'inscrit toutefois dans une démarche de financement hors honoraires des professionnels de santé du secteur privé. Les échelles relatives de tarifs seront donc spécifiques à chaque secteur et indépendantes l'une de l'autre. Il est toutefois envisagé de faire converger ces barèmes pour obtenir à terme un seul et unique barème de tarifs recouvrant des charges identiques.

(2) Le champ d'application de la tarification à l'activité

Le champ d'application de la T2A est limité aux activités de MCO quelles que soient leur modalité : hospitalisation avec ou sans hébergement, hospitalisation à domicile ainsi que les consultations et soins externes. Sont ainsi exclus du champ de la réforme, les domaines de la psychiatrie, des soins de suite ou de réadaptation et les soins de longue durée qui demeurent financés selon le modèle d'allocation des ressources antérieurement en vigueur.

C'est pourquoi l'article 26 de la loi de financement redéfinit les conditions de financement des activités de soins non MCO des établissements antérieurement financés par dotation globale. Il instaure une dotation annuelle de financement pour les activités de soins de suite ou de réadaptation (SSR), de psychiatrie et les soins de longs séjours des établissements publics de santé et des établissements de santé privés, antérieurement financés par dotation globale.

En outre, le champ de cette tarification couvre l'ensemble des établissements, publics et privés.

Les dispositions applicables aux établissements de santé publics concernant les activités exercées et leurs modalités de tarification ont ainsi été étendues par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 aux établissements de santé privés à but non lucratif ayant opté pour le régime de

financement par dotation globale et aux établissements de santé privés admis à participer à l'exécution du service public hospitalier.

Sont toutefois exclus du champ d'application de la réforme les hôpitaux locaux, les établissements du service de santé des armées, les établissements nationaux de Fresnes et de l'Institution nationale des invalides, ainsi que les établissements de Saint-Pierre-et-Miquelon et de Mayotte, jusqu'à leur intégration dans le régime de financement de droit commun.

b) Une réforme d'application progressive

Si la tarification à l'activité a pour objectif la convergence des modalités de financement et des tarifs entre secteur public et privé à une échéance de huit ans, les différences existant actuellement entre leurs modes de financement imposent une progressivité de la réforme. Cette progressivité s'est traduite, dans le texte de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, par :

- un champ d'application limité aux activités MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) en 2004 ;
- un impact sur 10 % des budgets hospitaliers (pour les établissements publics et ceux participant au service public hospitalier) en 2004 ;
- l'application d'un coefficient correcteur pour les établissements privés afin de tenir compte des différences tarifaires.

Ainsi, l'année 2004 a connu l'application de la première étape de la réforme par l'instauration progressive du nouveau mode de financement dans les établissements de court séjour dans les disciplines de MCO.

- (1) Trois étapes successives dans le secteur public ou participant au service public hospitalier

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 définit trois étapes s'agissant de l'application de la tarification à l'activité dans les établissements de santé publics ou participant au service public hospitalier :

- la première étape concerne l'année 2004 : le cadre budgétaire et comptable, la procédure budgétaire ainsi que les modalités d'allocation des ressources actuelles sont maintenues. Toutefois, les budgets des établissements sont déterminés et ajustés sur la base de l'activité mesurée par le PMSI ;
- la deuxième étape concerne la préparation de la campagne budgétaire de 2005 : la mise en place de la nouvelle procédure budgétaire entraîne la réforme du régime budgétaire et comptable des établissements. Les

recettes liées à l'activité sortent du cadre de financement par la dotation globale. En revanche, pour des raisons de faisabilité technique, les données relatives à l'activité et aux médicaments et dispositifs médicaux facturables en sus transitent par les ARH, qui notifient ensuite à la caisse pivot de l'établissement le montant à payer à ce titre ;

- la troisième étape, prévue pour 2006, permet aux établissements de facturer directement à l'assurance maladie, sans passer par l'agence régionale de l'hospitalisation, leurs prestations d'hospitalisation ainsi que les spécialités médicales et les prestations facturables en sus.

En outre, l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 fixe les dispositions transitoires applicables pour la période 2005-2012 et permet une entrée en vigueur progressive des nouvelles modalités de financement des établissements de santé compatible avec les effets induits tant sur l'organisation interne des établissements (notamment la modification des systèmes d'information et de facturation) que sur leurs ressources.

S'agissant de la mise en œuvre progressive de la tarification à l'activité, il convient de distinguer les modalités applicables au secteur privé et celle applicable au secteur public et participant au service public hospitalier.

Une progressivité de la T2A différentielle entre le secteur privé et le secteur public

1- Les modalités du passage à la T2A s'agissant des établissements privés

D'après les dispositions de l'article 34 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, La tarification à l'activité est applicable aux établissements de santé privés mentionnés au *d* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, à savoir les établissements privés autres que ceux à but non lucratif et ayant contractualisé avec l'ARH, dès le 1^{er} octobre 2004. Toutefois, l'impact du changement de modalités d'allocation de ressources sur le revenu des établissements conduit à prévoir un dispositif de transition qui régule dans le temps l'évolution des recettes des établissements.

Cette disposition transitoire a pour objet la définition des modalités techniques de régulation de l'effet revenu induit par la réforme. A cet effet, elle prévoit que les tarifs de prestations de chaque établissement seront égaux au tarif national, éventuellement corrigé du coefficient géographique, auquel s'applique un coefficient de transition et, le cas échéant, un coefficient de haute technicité propre à l'établissement.

Dès lors, les établissements privés factureront les groupes homogènes de séjours (GHS) issus des groupes homogènes de malades (GHM) et les autres prestations relevant du champ d'application de la tarification à l'activité sur la base d'un **tarif national affecté d'un coefficient correcteur MCO**.

Un coefficient correcteur est ainsi appliqué aux tarifs nationaux de l'ensemble des GHS pour déterminer les tarifs applicables à l'établissement. Ce coefficient est composite dans la mesure où il intègre trois coefficients différents :

- un coefficient de haute technicité, le cas échéant, lié au classement de l'établissement, pour les activités de médecine ou de chirurgie à soins particulièrement coûteux ;
- un coefficient lié aux éventuels surcoûts géographiques supportés par l'établissement ;

- un coefficient de transition qui vise à lisser l'impact de réforme.

Le coefficient de transition est destiné à permettre de gérer une période de convergence des tarifs des GHS propres aux établissements vers les tarifs nationaux. Il permet de limiter l'impact de la réforme et d'assurer la progressivité de sa montée en charge.

Le coefficient de transition est déterminé pour 2004 de manière à ce que les recettes d'assurance maladie que l'établissement aurait perçues en 2003, en application du nouveau dispositif de tarification, soient égales, à activité identique à celle de l'année 2002, aux recettes d'assurance maladie qu'il a perçues l'année 2002 majorées du taux d'évolution de ses tarifs pour l'année 2003. La base de référence utilisée pour déterminer ce coefficient est l'activité décrite par le PMSI 2002.

Les composantes haute technicité et surcoûts géographiques du coefficient MCO sont pérennes dans la mesure où elles rémunèrent des surcoûts justifiés de l'établissement. La composante transition sera supérieure à 1 pour les établissements dont les tarifs historiques sont supérieurs aux tarifs nationaux et inférieur à 1 dans le cas contraire. Elle est destinée à converger progressivement vers 1, au plus tard en 2012.

La convergence des coefficients de transition est organisée à un double niveau :

- au plan national, chaque année, l'Etat arrête, outre les éléments de tarification relatifs à l'allocation de ressources aux établissements publics et privés, les coefficients moyens régionaux ainsi que les écarts maximums qui peuvent être maintenus entre les tarifs nationaux et les tarifs des établissements des régions après application des coefficients de transition ;

- au plan régional, l'Etat fixe les règles de modulation du coefficient de transition entre les établissements de la région dans le respect du coefficient régional et de l'écart maximum autorisé. Les tarifs de chaque établissement sont ensuite fixés par application du coefficient de transition de l'établissement au tarif national, éventuellement corrigé du coefficient géographique, dans un avenant au contrat d'objectifs et de moyens.

2- Les modalités du passage à la T2A s'agissant des établissements publics et participant au service public hospitalier

Les établissements publics et privés participant au service public hospitalier, auparavant financés par la dotation globale de financement, facturent les GHS et les autres prestations relevant du champ d'application de la tarification à l'activité sur la base d'un tarif national sans coefficient correcteur.

En effet, la gestion de la transition destinée à lisser dans le temps l'effet revenu induit par la mise en œuvre de la tarification à l'activité ne se fait pas par l'application d'un coefficient correcteur – solution retenue pour le secteur privé – mais par l'application d'un mécanisme spécifique, permettant une prise en charge des prestations d'hospitalisation par les organismes d'assurance maladie sous la double forme d'une fraction du tarif, évolutive au cours du temps, et d'une dotation annuelle complémentaire.

A titre exceptionnel toutefois, les tarifs nationaux peuvent être corrigés, pour certains établissements, d'un coefficient correcteur géographique rendant compte des surcoûts structurels relatifs à leur implantation dans certaines zones.

Dans le secteur public et PSPH, la gestion de la transition est opérée par le maintien d'une part, décroissante dans le temps, de ressources allouées forfaitairement. Cette part de ressources est appelée « dotation annuelle complémentaire ». Les prestations d'hospitalisation seront donc prises en charges par les organismes d'assurance maladie sous la double forme d'une fraction du tarif et d'une dotation annuelle complémentaire correspondant à la fraction non couverte par le tarif.

L'existence d'une ressource forfaitaire vise à garantir à chaque établissement le maintien d'une année sur l'autre d'une ressource au moins égale à x % de celle de l'année précédente. La part de la ressource forfaitaire a vocation à diminuer d'une année sur l'autre.

Les recettes issues de la facturation des tarifs sont directement proportionnelles à l'activité et dépendent du niveau des tarifs fixés pour l'année, alors que les recettes issues de la dotation annuelle complémentaire sont indépendantes de l'activité et du niveau des tarifs nationaux.

La part financée à l'activité a vocation à s'accroître progressivement aux dépens de la part financée par la dotation annuelle complémentaire, qui doit disparaître définitivement en 2012.

Enfin, la part des ressources issues de la facturation des tarifs et celle correspondant à la dotation annuelle complémentaire sont fixées chaque année par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

En outre, il est prévu qu'à mi-chemin de la réforme, en 2008, 50 % des dépenses des établissements correspondant au champ de la réforme devront être financées à l'activité.

(2) L'application de la réforme tarifaire dans le secteur public et privé sous dotation globale de financement en 2004

Dans le secteur public et privé sous dotation globale de financement, cette première année d'application a été une année de transition à plus d'un titre.

Au plan du cadre budgétaire, d'abord, on a assisté au maintien du mécanisme d'encadrement des dépenses par la dotation globale de financement (DGF).

Au plan de l'allocation des ressources, ensuite, l'année 2004 a été marquée par :

- l'application des paramètres du dispositif réformé avec l'ensemble des composantes du futur système pour les activités concernées par la réforme, à savoir : les tarifs de prestations, la dotation annuelle complémentaire, les dispositifs de financement des médicaments et dispositifs médicaux innovants et coûteux, l'enveloppe de missions d'intérêt général ;

- l'application de la tarification à l'activité sur 10 % de la part du budget MCO correspondant à l'activité de soins ;

- le maintien de la part des Missions d'Intérêt Général (MIGAC) dans les conditions de taux antérieures (13 %¹) pour les centres hospitaliers et universitaires (CHU) et les centres de lutte contre le cancer (CLCC).

A cet égard, **votre rapporteur pour avis souhaite que la liste des missions d'intérêt général et des activités de soins dispensés à certaines**

¹ Il s'agit d'un taux forfaitaire de 13 % de dépenses supplémentaires imputables aux charges d'enseignement et de recherche des CHU et CLCC.

populations spécifiques donnant lieu à un financement par la dotation MIGAC puisse être établie rapidement par le pouvoir réglementaire. En effet, ainsi que le souligne notre collègue député Yves Perrut, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, *« le périmètre et le niveau adéquat des dotations des missions d'intérêt général – recours, enseignement, innovation et recherche – et d'aides à la contractualisation (MIGAC) font l'objet d'intenses débats. Là encore, il est nécessaire que la fixation du champ et du montant des MIGAC ne conduise pas à dénaturer l'application de la tarification à l'activité. (...) Il est à noter que les cliniques privées pourront bénéficier d'une dotation MIGAC dans la mesure où il sera reconnu qu'elles exercent des missions d'intérêt général. La liste des MIGAC devrait être connue en décembre ».*

En 2004, la détermination des dotations régionales a intégré le nouveau modèle d'allocation dénommé tarification à l'activité en identifiant les ressources calculées en fonction de l'activité et celle dont les financements ne dépendent pas de cette dernière. La part des ressources allouées en fonction de l'activité représentait en début de campagne 8,9 % des dotations régionales (et 7,7 % dans les DOM). Ces montants paraissent modestes, mais sont déjà significatifs et peuvent permettre un effort de correction des inégalités de ressources et la prise en compte de l'efficacité des structures.

De manière plus détaillée, ont été calculés et valorisés :

1/ Les **tarifs des séjours, nommés GHS** (Groupe Homogène de Séjour) sur la base des GHM (Groupe Homogène de Malade correspondant à des typologies de pathologie). Sur ce point, il importe de noter qu'un certain nombre de GHS ont bénéficiés de tarifs revalorisés pour tenir compte des crédits alloués au titre de mesures spécifiques, comme par exemple les GHS de radiothérapie qui ont été réévalués par redistribution des crédits prévus pour le renforcement des équipes. Il en a été de même des crédits affectés au titre de la mise aux normes des activités de périnatalité ;

2/ Les **tarifs de prestations pour activités spécifiques** notamment d'Interruption Volontaire de Grossesse dont le montant a été parallèlement majoré de manière substantielle (29 %) ;

3/ Les **consultations et actes externes** valorisées sur la base de la nomenclature des actes professionnels en cours, la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ;

4/ Le **financement des services d'urgences**, sur la base d'un forfait couvrant la majeure partie de la permanence des soins, et un forfait par passage, auquel ont été intégrées les mesures nouvelles issues du plan

« urgences », se traduisant par une augmentation des forfaits annuels de 12 % en moyenne,

5/ Pour ce qui concerne les **médicaments et dispositifs médicaux implantables coûteux**, une liste a été dressée, et le financement prévu à 100 % de la dépense engagée.

Ainsi, dès 2004, l'activité réelle des établissements a été prise en compte, même si le financement correspondant n'a été appliqué qu'à hauteur de 10 % des tarifs nationaux cibles, et l'ensemble des autres activités de soins ont été calculées en tenant compte du volume et de la nature du service rendu.

Les ressources ne dépendant pas de l'activité ont été, elles, financées par dotation, et les dépenses liées aux missions d'intérêt général reconduites.

La perspective d'une application de ce nouveau dispositif a amené les gestionnaires à réfléchir à la qualité de leurs outils de pilotage, comptabilité analytique, outils de gestion et à se doter d'un programme d'actions.

Indépendamment des calculs économiques, des travaux visant à une plus grande rationalisation des pratiques ont été lancés qui concernent notamment :

- l'assouplissement des règles de la commande publique introduite en janvier 2004, avec introduction des centrales d'achats publics et plus grande liberté d'organisation interne et de négociation ;

- au plan des pratiques médicales, contrat de bon usage des produits et prestations remboursés en sus des GHS. Le projet de décret qui fait actuellement l'objet d'une concertation sera finalisé pour la fin de l'année 2004 et application dès 2005.

(3) L'application de la réforme tarifaire dans le secteur des cliniques privées en 2004

Dans le secteur privé commercial, l'année 2004 a également constitué la première année d'entrée dans la réforme.

Les modalités de transition prévues sont très différentes de celles qui viennent d'être exposées pour le secteur public. En effet, la mise en place conjointe de l'autre grande réforme visant au financement des actes professionnels (CCAM) a nécessité des applications rendues plus complexes.

Ainsi, l'incapacité de conserver une partie des modalités de financement antérieures a conduit les services du ministère de la santé et de la protection sociale à proposer un schéma de financement à l'activité, sur la base de tarifs par GHS, d'emblée à 100 %. La modulation permettant la transition et la gestion des effets revenus se fait par le truchement d'un « coefficient correcteur ».

Ce coefficient, spécifique à chaque établissement vient pondérer le différentiel entre le chiffre d'affaires réel et celui résultant de l'application des tarifs nationaux¹.

Durant l'année 2004, ont été examinées, négociées et arbitrées les modalités de financement des diverses activités, et notamment la prise en compte dans ce secteur de la réanimation ou des soins de périnatalité.

Toutefois, dans ce secteur, les modalités de tarification par séjour, directement à l'assurance maladie, ont engendré un très important travail de modification des systèmes d'information et de tarification des cliniques privées. Les sociétés informatiques (secteur en difficulté structurelle) ont eu du mal à faire face à l'important déploiement des logiciels. Les régimes obligatoires d'assurance maladie ont modifié leurs chaînes de liquidation et modifié le contenu des produits de liquidation. Les liens informatiques entre assurances obligatoires et complémentaires ont été refondés au regard des accords avec la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). Les modèles de bordereaux de tarification à destination des régimes obligatoires mais aussi des régimes complémentaires ont été revus en totalité dans les mêmes limites.

Pour faire en sorte que le dispositif puisse être totalement opérationnel, la date de mise en place de la réforme a ainsi été repoussée au 1er décembre 2004.

(4) La montée en puissance future de la tarification à l'activité

L'échéancier de montée en charge est prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 : 50 % des dépenses correspondant au champ de la réforme devront être financées à l'activité en 2008.

Il serait donc justifié d'envisager une poursuite de la montée en charge avec des taux régulièrement majorés. Le taux qui sera appliqué

¹ Dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2004, la Cour des comptes indique que « les tarifs applicables aux établissements ont été affectés d'un coefficient géographique se traduisant par une majoration de 10 % pour Paris et la petite couronne, de 5 % pour la Corse, de 25 % pour les départements français d'Amérique et de 30 % à la Réunion. Ces coefficients n'ont pas été établis sur une base technique mais ont correspondu à des décisions politiques, en particulier en ce qui concerne Paris et la petite couronne, la grande couronne ne bénéficiant pas de cet avantage ».

devrait être de 20 %. Toutefois, le taux définitif résultera des analyses d'impact, de l'examen des difficultés rencontrées par les établissements.

A cet égard, la mise en place par le ministre de la santé et de la protection sociale le 25 mai 2004 de la mission d'audit et d'accompagnement, chargé de répondre à la demande de tout établissement qui rencontrerait des difficultés dans l'application de la T2A, sera de nature à éclairer ces choix.

(5) Les économies potentielles à attendre de la mise en œuvre de la tarification à l'activité

Le chiffrage d'économies à très court terme c'est à dire fin 2004 pour une réforme qui s'engage début 2004 n'est pas réalisable.

Des économies devraient toutefois être réalisées :

- en terme de délai, mais pas à très court terme car elles résulteront de la modification des comportements des acteurs.

- en terme de montant, elles seront difficilement repérables et donc chiffrables, car l'économie de productivité ainsi dégagée sera compensée par l'évolution des besoins de soins, en fonction notamment du vieillissement de la population, du recul de certaines pathologies en terme de pronostic, mais aussi par un accès facilité aux innovations.

Ainsi, la part des économies engendrées devra être évaluée au regard de la productivité acquise c'est-à-dire par exemple de la relance de l'activité développée dans les structures, alors que l'activité accusait ces dernières années une stabilité, voir dans certains domaines une légère baisse (un redémarrage très modéré semble exister sur le dernier trimestre 2003).

Dans un autre ordre d'idées, l'augmentation des dépenses sur des médicaments et dispositifs médicaux innovants devra être rapportée au bénéfice médical tiré de leur utilisation.

Les dépenses exigées par la création d'incitatifs comme par exemple le développement des greffes d'organes, devront également être comparées aux résultats obtenus dans ce domaine.

Le sujet est celui de la performance hospitalière, de l'optimisation des moyens mis à disposition, et surtout de la possibilité de mieux faire avec des moyens identiques au bénéfice des malades.

La réforme a donc pour objet une plus grande rationalisation de la gestion, une meilleure connaissance des coûts de production, une plus grande efficience.

Il est accompagné par des démarches parallèles visant à attirer l'attention des gestionnaires sur les gains de productivité ou encore sur les modes de gestion potentiellement économes, notamment dans des domaines tels que la radiothérapie ou les achats hospitaliers.

L'objectif d'optimisation se traduira dans de nouveaux modes d'organisation, une gestion optimale des plateaux techniques, des flux contrôlés dans les services, des modes d'hospitalisation bien répartis entre hospitalisation à temps complet et alternatives : hôpital de jour et chirurgie ambulatoire.

La comparaison aux ratios par fonction, l'analyse des écarts aux référentiels (même s'ils ne correspondent pas à des objectifs à atteindre), issus des travaux menés par certains établissements ou dans le cadre de l'Etude Nationale des Coûts, est de nature à impulser des économies substantielles dans certains secteurs et ou certains établissements. Des pistes d'économies doivent en être dégagées permettant une plus rapide adaptation à la réforme.

3. Les dispositions « correctrices » du présent projet de loi de financement

Le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale contient diverses dispositions visant à préciser les conditions de mise en œuvre de la tarification à l'activité ou à corriger certaines des dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 ou de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie s'étant révélées inapplicables.

a) Des précisions quant aux conditions d'application de la T2A

L'article 6 du présent projet de loi de financement, outre la correction d'erreurs et d'imprécisions des deux lois précitées, propose de réglementer les conditions de tarification des consultations et actes réalisés dans les services de consultation externe des établissements de santé financés sous dotation globale. En outre, cet article prend également en compte l'introduction du mécanisme du médecin traitant, vise à financer intégralement sur la base de tarifs l'activité de prélèvements d'organes et de tissus, et avance de deux mois l'application des tarifs des établissements de santé en 2005.

Ainsi, le **I** de l'article 6 précité vise à modifier les dispositions de l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale qui applique à l'hôpital le dispositif du médecin traitant et précise que la majoration appliquée aux patients qui, sans prescription préalable de leur médecin traitant, consulte un spécialiste hospitalier, ne s'applique ni aux consultations et actes réalisés dans le cadre de l'activité libérale des praticiens hospitaliers, ni aux consultations et actes réalisés en cas d'urgence.

Désormais, une base légale sera donnée à la tarification des consultations et actes réalisés dans les services de consultations externes et dans les services d'urgence des établissements publics de santé ou privés participant au service public hospitalier. Ces prestations seront prises en charge par les régimes d'assurance maladie, sur la base de tarifs fixés par conventions. Pour les activités de soins de suite ou de réadaptation, la part prise en charge par les régimes de l'assurance maladie est incluse dans la dotation annuelle mentionnée à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale, relative au financement des activités spécifiques situées en dehors du champ d'application de la T2A. Enfin, l'exclusion de l'activité libérale des praticiens de l'application du dispositif de majoration à l'hôpital est réaffirmée.

Le **II** de l'article 6 précité vise les dispositions transitoires de la T2A et propose que les dispositions de l'article 24 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 entrent en vigueur le 5 octobre 2004, et non le 1^{er} janvier 2005, date d'entrée en vigueur prévue par erreur par la loi de financement pour 2004 précitée.

L'Assemblée nationale a adopté un nouveau paragraphe **II bis** afin de préciser que le processus de convergence des tarifs nationaux entre les établissements de santé d'une part, entre les secteurs publics et privés d'autre part, doit être achevé au plus tard le 1^{er} janvier 2012, avec au moins 50 % de l'effort de convergence atteint en 2008.

Le **III** de l'article 6 précité vise à corriger des erreurs relatives au calendrier de l'application progressive de la tarification à l'activité. Il avance notamment du 1^{er} mars 2005 au 1^{er} janvier 2005 la date d'entrée en vigueur, en 2005, des tarifs des établissements de santé. Cette entrée en vigueur anticipée est essentiellement justifiée par des motifs techniques et par la nécessité d'élaborer des budgets hospitaliers prévisionnels pour 2005 avec des tarifs identiques sur toute la durée de l'exercice. En outre le III précité précise, d'une part, que le financement des actes et consultations externes est intégré au dispositif d'application progressive de la T2A, conduisant à augmenter chaque année la proportion du budget des activités de MCO financée sur la base de tarifs à l'activité (de 10 % en 2004 à 100 % en 2012), d'autre part, que le financement des prestations de prélèvement d'organes ou de tissus est exclu de cette montée en charge progressive et s'appliquera donc intégralement sur la base des tarifs à l'activité. Enfin, l'Assemblée nationale a adopté un amendement visant à différer l'application de la T2A dans les établissements de santé de Guyane jusqu'au 1^{er} janvier 2008, dans la mesure où ceux-ci ne sont pas encore prêts techniquement. Dans l'intervalle, il est proposé d'appliquer aux établissements de santé anciennement sous dotation globale de Guyane le financement par dotation annuelle prévu pour les établissements de santé ou les activités de santé qui ne rentrent pas dans le dispositif de la T2A.

Le **IV** de l'article 6 propose un aménagement technique des dispositions de l'article 36 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie en précisant la portée d'une disposition d'abrogation se rapportant à l'article L. 161-5 du code de la sécurité sociale relatif aux modalités de prise en charge des produits et prestations.

Enfin, l'Assemblée nationale a adopté un nouveau paragraphe **V** visant à étendre le dispositif de régularisation des aides opératoires aux aides opératoires bénévoles notamment, jusqu'en 2005.

b) Les avances de trésorerie consenties aux établissements privés et aux professionnels exerçant à titre libéral dans ces établissements

L'article 7 du présent projet de loi de financement vise à faciliter la mise en œuvre dans les établissements privés de la T2A et de la nouvelle classification des actes médicaux.

Il est apparu que l'adaptation des procédures et des systèmes d'information de ces établissements ne permettra pas à tous ces établissements de pouvoir passer sans difficulté à la tarification à l'activité à la date prévue et se trouveront dans l'incapacité technique de facturer les prestations d'hospitalisation issues de la nouvelle classification établie à partir des données issues du PMSI.

C'est pourquoi l'article 7 précité propose d'autoriser les caisses mentionnées à l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale à verser des avances de trésorerie à ces établissements et aux professionnels de santé libéraux y travaillant qui seraient dans l'incapacité technique de facturer des prestations d'hospitalisation dans le nouveau dispositif de tarification à l'activité.

La mise en œuvre de la tarification à l'activité dans les cliniques privées aurait du intervenir au 1^{er} octobre 2004. Toutefois, de nombreuses difficultés techniques ont poussé le gouvernement à repousser de deux mois, au 1^{er} décembre 2004, cette application et à autoriser les caisses des régimes de l'assurance maladie à consentir des avances de trésorerie à ces établissements et aux professionnels de santé exerçant à titre libéral dans ces établissements, pendant deux mois à compter de la mise en œuvre de la nouvelle classification des prestations prise en application de l'article L. 122-22-6 du code de la sécurité sociale, à savoir la mise en place des tarifs correspondant aux groupes homogènes de séjour (GHS).

Le montant de ces avances de trésorerie sera ensuite déduit des sommes dues au titre des factures afférentes aux soins dispensés postérieurement à la mise en œuvre de cette nouvelle classification tarifaire.

La charge financière résultant pour le régime dont dépend la caisse-pivot du versement de ces avances de trésorerie pour le compte des autres régimes doit être compensée par l'ensemble de ces régimes.

D'après les informations recueillies par votre rapporteur pour avis, toutes les modalités pratiques du versement de ces avances ne sont pas précisées dans la loi, mais le seront pas voie contractuelle, plus souple que la voie réglementaire.

Enfin, l'Assemblée nationale a adopté deux nouveaux paragraphes **II** et **III** visant à valider, dans le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, le report de deux mois de l'application de la tarification à l'activité dans l'hospitalisation privée, du 1^{er} octobre au 1^{er} décembre 2004.

c) La possibilité de majorations des prix et des tarifs de responsabilité des médicaments et des dispositifs médicaux dans les départements d'outre-mer

L'article 8 du présent projet de loi de financement vise à étendre le champ des majorations qui s'appliquent, dans le droit existant, aux prix des médicaments dans les départements d'outre-mer afin de prendre en compte les frais particuliers qui, dans chaque DOM, grèvent le coût de ces médicaments par rapport à leur coût en métropole. Ainsi, il est précisé que les médicaments remboursables par les organismes de sécurité sociale dans les DOM comprennent également ceux mentionnés à l'article L. 162-22-7, à savoir les médicaments facturés à l'assurance maladie en sus des groupes homogènes de séjour (GHS) pris en charge dans le cadre de la tarification à l'activité¹.

L'article 8 propose ainsi d'étendre le champ des majorations aux trois domaines suivants :

- les tarifs forfaitaires de responsabilité prévus à l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale ;
- les prix de cession des médicaments rétrocédés figurant sur la liste mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 162-17 du même code ;
- les tarifs de responsabilité, et le cas échéant, les prix des produits et prestations mentionnés aux articles L. 165-1 et L. 162-22-7 du même code.

4. La poursuite de la mise en œuvre du plan d'investissement national « Hôpital 2007 » et la dotation du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés

¹ Il s'agit de médicaments particulièrement coûteux, comme certaines molécules de la chimiothérapie, qui sont mal pris en compte par les forfaits de séjour (GHS) en raison notamment du caractère variable de leur prescription.

(FMESPP)

a) Le plan « Hôpital 2007 » : réaliser six milliards d'euros d'investissements supplémentaires entre 2003 et 2007

Selon des études concordantes réalisées en 2001 et 2002, le montant de l'investissement courant lié au renouvellement des équipements dans les établissements de santé peut être évalué à 1,6 milliard d'euros par an, auquel il convient d'ajouter entre 11 et 14 milliards d'euros supplémentaires pour la mise à niveau des bâtiments et du système d'information, à réaliser sur une période comprise entre 5 et 15 ans.

Une accélération de l'effort d'investissement est donc apparue indispensable, d'une part pour respecter au mieux les textes en vigueur sur les normes de sécurité et les plans de santé publique (plan cancer, plan urgences, plan santé mentale), d'autre part, pour moderniser un patrimoine vétuste et restructurer conformément à la politique de recomposition de l'offre de soins inscrite dans les schémas régionaux d'orientation sanitaire (SROS).

Le plan d'investissement national « Hôpital 2007 » a donc été lancé dans le but de réaliser 6 milliards d'euros d'investissements supplémentaires entre 2003 et 2007, correspondant à une augmentation de l'investissement moyen annuel de 30%. Il concerne aussi bien les établissements publics de santé que les établissements de santé privés, participant ou non au service public hospitalier. Il permet de ramener à 5 ans le délai de rattrapage du retard d'investissement accumulé.

(1) Le dispositif mis en place par la circulaire du 20 mars 2003

Le plan s'appuie sur trois instruments mis en place simultanément.

1/ des **financements supplémentaires** :

- des aides en capital, à hauteur de 1,5 milliard d'euros pour les cinq ans, versées par le Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés (FMESPP), destinées aux trois catégories d'établissements de santé ;

- des aides en fonctionnement en crédits ONDAM, destinées aux établissements publics et privés sous dotation globale, représentant une dotation moyenne annuelle de 90 millions d'euros (70 millions d'euros en 2003). Ces aides financent le surcoût des emprunts mobilisés, ainsi que les dotations aux amortissements. Elles peuvent en outre financer les loyers de longue durée induits par les opérations externalisées.

2/ des **dispositions juridiques nouvelles** permettant d'externaliser la réalisation de certaines opérations.

L'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé, élaboré dans le cadre du plan « Hôpital 2007 » et de la loi du 2 juillet 2003 habilitant le gouvernement à simplifier le droit, crée de nouveaux instruments juridiques de réalisation des investissements dans le domaine hospitalier, notamment des baux emphytéotiques, des baux de conception-réalisation-maintenance, et la délégation de maîtrise d'ouvrage à des collectivités territoriales, des sociétés d'économie mixte ou des entreprises privées. Au total, les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ont proposé la réalisation d'une trentaine d'opérations suivant ces procédures.

Ces nouvelles possibilités s'ajoutent aux modalités classiques d'investissement direct des établissements de santé et diversifient les moyens offerts à ceux-ci pour réaliser leurs investissements.

3/ Un **appui technique et opérationnel** fourni par la Mission d'Appui à l'Investissement National Hospitalier (MAINH), relayé dans les régions par un réseau de correspondants spécialisés.

(2) La mise en œuvre du plan « Hôpital 2007 »

Au plan national, à partir d'une enveloppe d'aides prévisionnelles de 6 milliards d'euros sur 5 ans, les ARH ont présenté une liste de plans d'investissement dont le montant total s'établit à **10,2 milliards d'euros et comporte 937 opérations**.

Les aides en capital sont financées par le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) créé par l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001¹. Dans le cadre du plan Hôpital 2007, le FMESPP constitue ainsi une ressource essentielle du volet investissement, puisqu'il finance les aides en capital, à hauteur de 1,5 milliard d'euros pour les 5 ans. Alors que les aides en fonctionnement ne peuvent être versées aux établissements de santé qui ne sont pas financés par dotation globale, les aides en capital sont destinées aux trois catégories d'établissements de santé, mais prioritairement aux établissements privés ne participant pas au service public hospitalier. Ce sont près de 30 % des subventions en capital que les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ont attribué aux établissements privés sous OQN.

Annuellement, le FMESPP verse 300 millions d'euros aux établissements de santé, jusqu'en 2007.

¹ *Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000.*

En outre, **les accompagnements de surcoûts d'exploitation**, qui visent à compenser les surcoûts occasionnés par les emprunts contractés par les établissements de santé frais financiers et dotations aux amortissements, représentent un montant total de 430 millions d'euros, permettant de financer à 100 % un montant total d'investissement de 4,5 milliards d'euros.

La revue annuelle des ARH menée en 2004 a permis de faire le bilan des réalisations 2003 et de faire le point sur les perspectives de réalisations 2004 et 2005. Le bilan annuel du plan d'investissement 2007 a ainsi permis de dégager les points suivants :

- en 2003, 1,1 milliard d'euros d'investissements ont été financés. Les crédits alloués au titre du FMESPP ont été consommés à hauteur de 292,15 millions d'euros pour 298,971 millions d'euros délégués ; les crédits délégués en ONDAM ont été intégralement délégués aux établissements de santé (71,77 millions d'euros) ;

- les prévisions d'investissements 2003 ont été réalisées aux trois quarts, de sorte que près de 70 % des investissements aidés ont été réalisés ;

- les réalisations des opérations inscrites au plan représentent d'ores et déjà plus de 750 millions d'euros d'investissements supplémentaires dont près de 550 millions d'euros dans les seuls établissements publics de santé (EPS) ;

- le niveau des investissements antérieurs dans les établissements publics de santé a été maintenu ;

- **au total, les investissements réalisés en 2003 dans les EPS ont progressé de 20 % pour un effet levier attendu du plan de 30%. Selon les données provisoires de la direction générale de la comptabilité publique, les investissements totaux des EPS s'élèvent à 3,546 milliards d'euros.** A titre indicatif, cette progression annuelle correspond à l'augmentation cumulée des investissements hospitaliers sur les trois dernières années. Cette progression a bénéficié à l'immobilier pour 58 %, aux équipements techniques et médicaux pour 21 % et aux équipements hôteliers et informatiques pour 21 %.

Ainsi, le plan d'investissement « Hôpital 2007 » notifié en septembre 2003 a permis le lancement effectif d'une dynamique d'investissement.

Compte tenu de l'absence d'effet substitutif et de la dynamique d'investissement lancée, l'intégralité des aides 2004 ouvertes a été déléguée aux ARH, de manière à inciter à une réalisation rapide.

Pour 2004, les allocations des crédits en ONDAM et FMESPP aux ARH ont été modulées selon les rythmes d'investissement. Au total, 301,823 millions d'euros ont été délégués au titre du FMESPP et

90,447 millions d'euros au titre des accompagnements de surcoûts. En outre, les prévisions régionales d'investissements pour 2004 sont de 1,9 milliard d'euros.

b) Les dispositions relatives au FMESPP dans le présent projet de loi de financement

Les 23 et article 26 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 avaient permis la fusion du Fonds pour la modernisation des cliniques privées (FMCP) et du Fonds de modernisation des établissements de santé (FMES), ayant abouti à la création du nouveau Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), devenu le support financier unique de l'aide à l'investissement des établissements de santé. Cette modification a contribué à rationaliser le dispositif d'aide à l'investissement hospitalier.

Parmi les missions du FMESPP figurent notamment le financement des dépenses d'investissement et de fonctionnement des établissements de santé et des groupements de coopération sanitaire ainsi qu'une mission d'expertise et d'audit hospitaliers placés auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, ayant pour objet de procéder ou de faire procéder à des audits de la gestion et de l'organisation de l'ensemble des activités 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. L'extension des missions du FMESPP a ainsi conduit à distinguer deux grands volets : le volet « ressources humaines » et le volet « investissement ».

Les ressources du FMESPP sont constituées par une contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie.

Dotations du Fonds de modernisation des établissements de santé depuis 2000

(en millions d'euros)

2000	2001	2002	2003	2004
106,71	91,46	152,45	450	470

Source : ministère de la santé et de la protection sociale

D'après les informations recueillies par votre rapporteur pour avis, les plus-values financières réalisées depuis la création du fonds laissent apparaître un résultat financier net cumulé de près de 12 millions d'euros, au 31 décembre 2002. Ces crédits ont été utilisés au cours de l'année 2003.

L'article 9 du présent projet de loi de financement prévoit une extension des missions du FMESPP et fixe le montant de sa dotation financière pour 2005.

(1) L'extension des missions du FMESPP proposée par le présent projet de loi de financement

Dans sa rédaction initiale, le I l'article 9 du présent projet de loi de financement proposait d'étendre les missions du FMESPP en prévoyant qu'il sera chargé, d'une part, afin de tenir compte de la réforme portant tarification à l'activité, d'effectuer les versements aux établissements de santé des sommes dues au titre des dépenses évitées par la mise en œuvre des accords cadres et des accords locaux, y compris les accords d'initiative locale, mentionnés à l'article L. 6113-12 du code de la santé publique¹, d'autre part, d'assurer le financement des postes de conseillers généraux des hôpitaux.

A l'initiative de notre collègue député Yves Bur, rapporteur pour avis au nom de la commission des finances, l'Assemblée nationale a adopté un amendement, avec l'avis favorable de la commission saisie au fond mais contre l'avis du gouvernement, visant à supprimer la dispositions élargissant les missions du FMESPP au financement « *des emplois de conseillers généraux des hôpitaux, placés auprès du ministre chargé de la santé, qui assurent à sa demande des missions d'études et d'assistance technique, selon des modalités définies par décret* ».

A l'occasion de la présentation de cet amendement, notre collègue député Yves Bur a en effet indiqué, « *nous considérons que l'Etat doit financer sur son budget ses propres experts, qui doivent déjà être nombreux au sein de la DHOS, dont on attend toujours d'ailleurs qu'elle se saisisse des questions relatives au retour sur investissement du plan Hôpital 2007. Alors que des sommes considérables ont été investies dans le cadre de ce plan, nous ignorons quels en sont les effets sur la gestion des établissements* ».

Votre rapporteur pour avis partage entièrement cette analyse et n'est donc pas favorable au financement par le FMESPP des emplois de conseillers généraux des hôpitaux, malgré les propos de M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale qui a indiqué que « *choisis parmi les directeurs des hôpitaux et les médecins hospitaliers expérimentés, les conseillers généraux assureront des missions d'études mais aussi des enquêtes portant sur la gestion administrative et financière des établissements, et des missions d'assistance technique, d'audit de contrôle de gestion. Ils pourront également avoir la responsabilité d'assurer l'administration provisoire d'un établissement public de santé. Ils seront donc au service des établissements de santé pour améliorer de façon concrète et sur le terrain le fonctionnement, l'organisation et la gestion. Leur action*

¹ Cette disposition introduite par l'article 13 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie prévoit que des accords-cadres peuvent être conclus entre les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les fédérations nationales représentatives des établissements de santé en vue d'améliorer les pratiques hospitalières. Ces accords comporteront des objectifs quantifiés et pourront prévoir un versement aux établissements de santé d'une partie des dépenses évitées par la mise en œuvre de l'accord.

contribuera à l'optimisation des ressources consacrées à l'hôpital par l'assurance maladie. Il est donc naturel que celle-ci participe directement (...) au financement de ces emplois ».

A cet égard, votre rapporteur pour avis ne peut que s'étonner de voir figurer, au sein des montants alloués au FMESPP en 2004, au titre du volet « ressources humaines », une somme de 2,5 millions d'euros correspondant au financement de « conseillers généraux des hôpitaux ». Faut-il comprendre que cette somme a été allouée au financement de ces emplois en l'absence de tout fondement législatif ou juridique ?

Le **II** de l'article 9 du présent projet de loi de financement prévoit que l'élargissement proposé des missions du fonds est également applicable à Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon.

(2) La dotation du FMESPP pour 2005

Le **III** de l'article 9 dispose que le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du FMESPP est fixé, pour l'année 2005, à **405 millions d'euros**.

D'après les informations recueillies par votre rapporteur pour avis, s'agissant du volet « ressources humaines » du FMESPP, les perspectives d'utilisation du fonds pour l'année 2005 s'articulent autour de deux problématiques :

- l'accompagnement social des opérations de restructuration, notamment des ajustements liés au passage à la tarification à l'activité susceptibles de se traduire par des redéploiements d'effectifs, et impliquant des besoins accrus en termes d'aides individuelles ;

- le maintien des efforts engagés en termes de promotion professionnelle à un niveau équivalent de celui de 2003 et 2004, sous réserve de la création du nouveau dispositif de financement de la formation professionnelle et de ses délais de mise en œuvre.

S'agissant du volet « investissements », l'ouverture de crédits proposée pour 2005 doit permettre la mise en œuvre de la troisième tranche du plan d'investissement « Hôpital 2007 ».

Votre rapporteur pour avis estime toutefois que la dotation du FMESPP pour 2005 doit être réduite afin de tenir compte du vote de l'Assemblée nationale refusant d'élargir les missions du fonds au financement des emplois de conseillers généraux des hôpitaux. Il proposera donc un amendement visant à porter à 400 millions d'euros la

**participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au fonds en
2005.**

Fonds pour la modernisation des Etablissements de santé publics et privés (FMESPP)

Montants alloués au Fonds depuis sa création

		Montants alloués au Fonds (en euros)									
		1999	2000	2001	2002	2003	2004	Total	2005 (PLFSS)		
Abondements prévus par la LFSS	montants annuels	45 734 705,00	106 714 312,00	91 469 410,00	152 450 000,00	450 000 000,00	470 000 000,00	1 316 368 427,00	405 000 000,00		
	montants cumulés	45 734 705,00	152 449 017,00	243 918 427,00	396 368 427,00	846 368 427,00	1 316 368 427,00		1 721 368 427,00		
	Textes	decret n° 98-1223 du 29/12/1998	decret n° 2000-1325 du 26/12/2000	loi n° 2000-1257 du 23/12/2000 modifiée	loi n° 2001-1246 du 21/12/2001	loi n° 2002-1487 du 20/12/2002	loi n° 2003-1199 du 18/12/2003				
Répartition thématique des crédits ouverts	Volet "Ressources humaines"	Aides individuelles		45 734 705,00	-15 244 902,00	30 489 803,00	0,00	30 000 000,00	48 740 000,00	139 719 606,00	
		Aides collectives	CLACT		60 979 630,00	56 037 410,00	0,00			117 017 040,00	
			Projets sociaux		60 979 300,00		0,00		75 000 000,00	60 000 000,00	250 207 850,00
			Promotions professionnelles				54 228 550,00				
			IFSI Fonctionnement				13 787 700,00	8 019 458,00		21 807 158,00	
			IFSI Investissement								
			Fonctionnement/investissement				88 273 270,00			88 273 270,00	
		Total	0,00	121 958 930,00	56 037 410,00	156 289 520,00	83 019 458,00	60 000 000,00	477 305 318,00		
		Autres	Conseillers généraux des hôpitaux						2 500 000,00	2 500 000,00	
		Missions hôpital 2007	Mission T2A					2 000 000,00	3 870 000,00	5 870 000,00	
	Mission AINH						6 000 000,00	6 230 000,00	12 230 000,00		
	Mission EAH						5 000 000,00	7 000 000,00	12 000 000,00		
	Total						13 000 000,00	17 100 000,00	30 100 000,00		
	Reserve canicule					5 000 000,00		5 000 000,00			
	Reserve investissement					20 000 000,00		20 000 000,00			
	Autres	Expérimentation PMSI-SSR					6 000 000,00		6 000 000,00		
		Etude Compaqh					390 000,00	150 000,00	540 000,00		
		Acréditation manuel V2						2 865 000,00	2 865 000,00		
		Soutien exceptionnel IFSI						2 000 000,00	2 000 000,00		
		Soutien aux établissements privés sous OQN						25 545 000,00	25 545 000,00		
	Volet investissement	Plan hôpital 2007	Subventions/volet investissement				300 000 000,00	328 900 000,00	628 900 000,00		
	Total	montants annuels	45 734 705,00	106 714 028,00	86 527 213,00	156 289 520,00	457 409 458,00	487 800 000,00	1 340 474 924,00		
		montants cumulés	45 734 705,00	152 448 733,00	238 975 946,00	395 265 466,00	852 674 924,00	1 340 474 924,00			
Crédits non notifiés (hors reprise FMCP et hors résultats financiers)	montants annuels	0,00	284,00	4 942 197,00	-3 839 520,00	-7 409 458,00	-17 800 000,00	-24 106 497,00			
	montants cumulés	0,00	284,00	4 942 481,00	1 102 961,00	-6 306 497,00	-24 106 497,00				
Reprise des crédits FMCP (destinés à financer l'étude COMPAQH)	montant					230 000,00		230 000,00			
Résultats financiers nets	montants annuels	-141 866,44	486 616,78	6 178 262,35	5 453 147,66			11 976 160,35			
	montants cumulés	-141 866,44	344 750,34	6 523 012,69	11 976 160,35	11 976 160,35	11 976 160,35				
Total des crédits disponibles (non notifiés)	montants annuels	-141 866,44	486 900,78	11 120 459,35	1 613 627,66	-7 179 458,00	-17 800 000,00	-11 900 336,65			
	montants cumulés	-141 866,44	345 034,34	11 465 493,69	13 079 121,35	5 899 663,35	-11 900 336,65				

NB : L'étude COMPAQH, précédemment financée par le FMCP, bénéficie d'un financement FMESPP pour un montant de 370 000 euros dont 140 000 euros au titre du FMESPP 2003 et 230 000 euros mis en réserve

Source : Annexe B1 au PLFSS 2005

C. DES MESURES HÉTÉROGÈNES DANS LE PRÉSENT PROJET DE LOI DE FINANCEMENT

1. Mesures diverses ayant un impact sur le solde de la branche maladie

Le présent projet de loi de financement contient diverses mesures, de portée hétérogène, ayant un impact sur le solde de la branche maladie du régime général.

a) La prise en charge par l'assurance maladie des consultations de prévention destinées aux adolescents en classe de cinquième

L'article 11 du présent projet de loi de financement propose de modifier les dispositions de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale afin de préciser que la participation de l'assuré aux frais liés aux consultations de prévention destinés aux mineurs, effectués dans le cadre des programmes de santé définis par le code de la santé publique, peut être limitée ou supprimée.

Cette mesure s'inscrit dans le droit fil du thème de la conférence de la famille du 29 juin 2004, consacrée à l'adolescence, qui a notamment prévu la mise en place d'un entretien de santé destiné aux adolescents en classe de cinquième, mise en œuvre qui devrait faire l'objet d'une expérimentation dans plusieurs régions au début de l'année 2005. En effet, d'après Mme Marie-Josée Roig, ministre de la famille et de l'enfance, ce dispositif sera expérimenté dans deux régions en 2005, l'examen devrait être facultatif et réalisé en dehors de l'établissement scolaire.

Ces entretiens, qui s'inscrivent dans le cadre des programmes de santé définis par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, doivent être considérés comme des consultations médicales périodiques au sens de l'article L. 1411-6 du code de la santé publique. Ils seront pris en charge intégralement par l'assurance maladie et les bénéficiaires seront dispensés de tout reste de charge et de toute avance de frais. Les dispositions de l'article 11 du présent projet de loi de financement prévoient donc une exonération du ticket modérateur pour ces entretiens de santé.

D'après les informations fournies à votre rapporteur pour avis, il s'agira de proposer aux adolescents, à une période de l'existence où l'on consulte le moins et où la consommation de soins est la plus basse, un entretien d'écoute et de prévention permettant de repérer des troubles sanitaires et sociaux susceptibles d'altérer leur développement afin de mettre

en place une prise en charge précoce et adaptée de pathologies non encore installées.

A terme, cette consultation approfondie, réalisée par des médecins libéraux en lien avec les médecins scolaires, devrait être fortement conseillée en début d'année scolaire aux 740.000 adolescents entrant en cinquième. Son coût est estimé à 15 millions d'euros par an.

b) L'affiliation des enseignants et documentalistes contractuels ou agréés des établissements privés sous contrat au régime d'assurance maladie des fonctionnaires

L'article 12 du présent projet de loi de financement propose d'affilier au régime d'assurance maladie des fonctionnaires de l'Etat les maîtres et documentalistes contractuels ou agréés, qui exercent leurs fonctions dans des établissements d'enseignement privés sous contrat.

En effet, dans le droit existant, ces personnels contractuels ou agréés relèvent du régime général de la sécurité sociale s'agissant de la prise en charge du risque maladie mais sont rémunérés par l'Etat et bénéficient des mêmes prestations que leurs homologues de l'enseignement public.

L'article 12 du présent projet de loi de financement propose de les rattacher au régime de prise en charge du risque maladie des fonctionnaires dans le but de réaliser une simplification administrative importante dans la gestion du régime.

Le **I** de cet article propose d'insérer dans le chapitre II (« *Régime des fonctionnaires de l'Etat et des magistrats* ») du titre premier du livre VII du code de la sécurité sociale une nouvelle section 4 bis intitulée « **Dispositions applicables aux maîtres et documentalistes de l'enseignement privé** », composée d'un article unique L. 712-10-1.

Ce nouvel article prévoit que les maîtres et documentalistes contractuels ou agréés, en activité dans les établissements privés sous contrat, seront soumis aux dispositions prévues par les articles L. 712-1 (concernant les bénéficiaires du régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès des fonctionnaires), L. 712-3 (prestations versées en cas d'arrêt de travail), L. 712-9 (cotisations des fonctionnaires et de l'Etat), et l'article L. 712-10 (cotisations des fonctionnaires pour des prestations nouvelles) du code de la sécurité sociale.

Le **II** de cet article propose d'insérer une nouvelle section 1 bis intitulée « Dispositions applicables aux personnels enseignants et de documentation liés à l'Etat par contrat » dans la section consacrée aux personnes salariées des professions agricoles du chapitre II du titre II du livre VII du code rural afin de prévoir que les dispositions précitées du code de la

sécurité sociale relatives au régime d'assurance maladie des fonctionnaires s'appliqueront également aux enseignants et personnels de documentation contractuels, en activité dans des associations ou organismes responsables des établissements d'enseignement agricole privés liés à l'Etat par contrat.

Enfin, le **III** de l'article 12 prévoit que l'ensemble de ces dispositions sera applicable à compter du 1^{er} septembre 2005.

D'après les informations recueillies par votre rapporteur pour avis, l'affiliation des enseignants et personnels de documentation contractuels ou agréés, en activité dans les établissements privés sous contrat, au régime d'assurance maladie des fonctionnaires, devrait entraîner une perte de recettes pour le régime général de l'ordre de **35 millions d'euros en 2005 et de 142 millions d'euros en année pleine.**

En outre, il convient de souligner que la question de la convergence des retraites entre enseignants et documentalistes en activité dans des établissements privés sous contrats d'une part, et enseignants du secteur public, fonctionnaires de l'Etat, d'autre part, continue de se poser avec acuité puisqu'un article traitant de ce sujet figurait dans l'avant-projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 mais avait été retiré par le gouvernement en raison de l'avis du Conseil d'Etat qui estimait qu'il s'agissait d'un cavalier social. Interrogé sur ce point lors du débat à l'Assemblée nationale, M. Xavier Bertrand, secrétaire d'Etat à l'assurance maladie, a indiqué que le gouvernement étudiait « *actuellement quel dispositif législatif serait le plus adapté en la matière sachant que le régime additionnel de retraite ne pouvait figurer dans le PLFSS* ».

c) La dotation du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV)

(1) Les 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 annuellement dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale en fonction des besoins du fonds.

Le FAQSV a pour rôle de soutenir des projets innovants en matière de qualité et de coordination des soins de ville.

A ce titre, il 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 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003¹ a étendu 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).

En outre l'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004² a étendu les missions du FAQSV définies par l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 précitée en vue du financement des infrastructures relatives au partage des données médicales, à travers l'expérimentation à compter de 2004 et jusqu'au 31 décembre 2006, de la mise en œuvre d'outils nécessaires à l'hébergement et au partage entre professionnels de santé des données médicales informatisées, dans quatre régions pilotes.

L'impact des financements attribués par le fonds doit faire l'objet d'une évaluation transmise au Parlement au plus tard le 30 juin 2005 et porter notamment sur l'organisation, la continuité et la sécurité des soins ainsi que sur les dépenses des régimes obligatoires d'assurance maladie.

Evolution du montant maximal de dépenses autorisé et de la dotation du FAQSV depuis sa création

(en millions d'euros)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Montant maximal de dépenses autorisé	106,7	106,7	106,7	106,72	106	106
Dotation du FAQSV	76,2	76,2	0	76,23	20	15

Le **I de l'article 13** du présent projet de loi de financement propose de fixer, pour 2005, le montant maximal des dépenses du FAQSV à

¹ Loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002.

² Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003.

106 millions d'euros, soit un montant identique à 2003 et 2004. Suite à l'adoption d'un amendement du gouvernement par l'Assemblée nationale, il précise également que ce fonds est doté de 60 millions d'euros - et non plus 30 millions d'euros dans sa rédaction initiale - soit un quadruplement de la dotation pour 2004 et un triplement de celle allouée en 2003.

Ainsi que l'a indiqué M. Xavier Bertrand, secrétaire d'Etat à l'assurance maladie, l'abondement du FASQV de 60 millions d'euros au titre de l'exercice 2005, « *permettra de porter la dotation disponible à un peu plus de 103 millions d'euros. Le fonds aura donc les moyens de faire face au défi de la permanence des soins et de l'évaluation des pratiques professionnelles* ».

En outre, le **II** de l'article 13 précité, ajouté par un amendement gouvernemental lors de l'examen de cet article à l'Assemblée nationale, prévoit de prolonger d'une année la durée de vie de ce fonds qui est ainsi portée de huit à neuf ans, si bien que l'existence du FAQSV est assurée jusqu'au 31 décembre 2007.

Les comptes du FAQSV

(en millions d'euros)

	2002	2003	2004 (p)
Ressources	76,6	20	15
<i>Participation des régimes d'assurance maladie</i>	<i>76,2</i>	<i>20</i>	<i>15</i>
<i>Autres produits</i>	<i>0,4</i>		
Dépenses	50,3	54,5	80
Solde annuel	26,3	- 34,5	- 65
Solde cumulé	143	108,5	43,5

Source : ministère de la santé et de la protection sociale

Enfin, il faut préciser que le secrétaire d'Etat à l'assurance maladie a annoncé, lors de l'examen de cet article à l'Assemblée nationale qu'une mission de l'inspection générale des affaires sociales serait diligentée en 2005 afin de savoir quelle politique en matière d'amélioration de la qualité des soins de ville doit être menée sur le long terme.

Votre rapporteur pour avis sera très attentif aux conclusions de cette mission et aux décisions concernant l'avenir du FAQSV.

d) La dotation de l'Office national des accidents médicaux (ONIAM)

L'article 14 du présent projet de loi de financement visait, dans sa rédaction initiale, à fixer le montant de la dotation de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM), pour 2005, à 30 millions d'euros.

(1) La création de l'ONIAM par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Créé par l'article 98 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des maladies et à la qualité du système de santé, l'ONIAM est un établissement public administratif, placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé. Il a pour missions principales d'indemniser les victimes d'aléas thérapeutiques et d'assurer le bon fonctionnement du dispositif de réparation des accidents médicaux.

Le dispositif opérationnel de l'ONIAM repose sur :

- des **commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux** (CRCI) qui rendent, après expertise, un avis indiquant si le dommage est indemnisable ou non (lien avec une activité ou un produit de santé, caractère de gravité des dommages subis), l'étendue des dommages subis et le régime d'indemnisation applicable ;

- l'**ONIAM** lui-même, qui présente une offre d'indemnisation, visant la réparation intégrale des préjudices subis par la victime, lorsque le dommage résulte d'un aléa thérapeutique ou d'une infection nosocomiale aux conséquences graves (loi du 30 décembre 2002 relative à la responsabilité civile médicale¹, dite loi « About »).

Si la responsabilité d'un professionnel ou d'un établissement de santé est engagée, l'indemnisation est à la charge de l'assureur du responsable, qui doit faire une offre à la victime. Si ce n'est pas le cas, l'indemnisation est à la charge de l'Office, au titre de la solidarité nationale.

Dans le cadre de ce dispositif, la loi du 4 mars 2002 a également créé une **Commission nationale des accidents médicaux** (CNAM), placée auprès des ministres de la santé et de la justice, qui a pour missions :

- d'établir la liste nationale des experts en accidents médicaux ;
- d'assurer la formation de ces experts en matière de responsabilité médicale ;
- d'établir des recommandations sur la conduite des expertises ;
- de veiller à une application homogène de la loi par les CRCI ;
- d'évaluer l'ensemble du dispositif dans le cadre d'un rapport annuel remis avant le 15 octobre au gouvernement et au Parlement.

¹ *Loi n° 2002-1577 du 30 décembre 2002.*

D'après les informations recueillies par votre rapporteur pour avis, le bilan de la Commission nationale des accidents médicaux reste cependant maigre à ce jour : plus de deux ans après la parution du décret constitutif de cette commission, seule la mission d'évaluation du dispositif a été effectivement remplie. Le retard pris dans l'élaboration de la liste nationale des experts en accidents médicaux, des recommandations sur la conduite des expertises et en matière d'application homogène de la loi par les CRCI pourrait rapidement s'avérer préjudiciable au fonctionnement de l'ensemble du dispositif.

(2) L'évolution des dotations et des missions de l'ONIAM depuis sa création

En application de l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, l'Office est financé par une dotation de l'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année en loi de financement de la sécurité sociale. L'ONIAM a ainsi été doté de 70 millions d'euros chaque année au titre des exercices 2002, 2003 et 2004.

L'année 2003 a été consacrée pour l'essentiel à la mise en place du dispositif prévu par la loi du 4 mars 2002. Ce dispositif est aujourd'hui pleinement opérationnel : toutes les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation de métropole sont désormais installées, près de 5.000 dossiers de demande d'indemnisation ont été déposés, un millier d'avis au fond ont été rendus, après expertise, par les commissions régionales et l'ONIAM a déjà indemnisé près de 200 victimes.

D'après les informations recueillies par votre rapporteur pour avis, en 2005, le nombre de nouveaux dossiers déposés devrait atteindre 4.500. Compte tenu des tendances observées en 2004, environ un millier de dossiers devrait faire l'objet d'une indemnisation par l'ONIAM. Cette forte croissance par rapport à l'année 2004 s'explique par un phénomène de décalage dans le temps inhérent au dispositif : les victimes sont indemnisées par l'ONIAM en moyenne un an après le dépôt de leur dossier auprès des CRCI. Les indemnisations versées en 2005 correspondront donc aux dossiers déposés en 2004.

En outre, le montant moyen des indemnisations, qui a tendance à croître en raison de l'arrivée de dossiers plus lourds, devrait se situer autour de 50.000 euros. Sous ces hypothèses, les dépenses d'indemnisation atteindraient donc 50 millions d'euros en 2005.

Subsiste néanmoins une **incertitude forte liée à la prise en charge financière par l'ONIAM des infections nosocomiales graves** (décès ou taux d'IPP supérieur à 25 %) en application de la loi du 30 décembre 2002 précitée. On estime à plusieurs milliers par an le nombre de décès imputables à une

infection nosocomiale. Les prévisions pour 2005 ne tiennent pas compte de l'impact que pourrait avoir un afflux de demandes d'indemnisation fondées sur des décès résultant d'infections nosocomiales.

Enfin, il convient de rappeler que les missions de l'ONIAM ont été récemment élargies.

Ainsi, la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique transfère à l'Office :

- l'indemnisation des victimes d'accidents résultant de vaccinations obligatoires, aujourd'hui effectuée par la Direction générale de la santé ;

- l'indemnisation des victimes contaminées par le VIH, aujourd'hui assurée par le Fonds d'indemnisation des transfusés et hémophiles (FITH) qui disparaît ;

- l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux résultant des mesures d'urgence prises en cas de menace sanitaire grave, en application du nouvel article L. 3110-1 du code de la santé publique.

Par ailleurs, la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a créé un Observatoire des risques médicaux, rattaché à l'ONIAM, chargé de recueillir et d'analyser l'ensemble des données relatives aux accidents médicaux, affections iatrogènes et infections nosocomiales et à leur indemnisation¹.

(3) La question de la dotation de l'ONIAM pour 2005

A l'initiative de notre collègue député Yves Bur, rapporteur pour avis au nom de la commission des finances, l'Assemblée nationale a supprimé l'article 14 du présent projet de loi de financement, contre l'avis de la commission saisie au fond et avec un avis de sagesse du gouvernement.

Parmi les arguments développés par notre collègue député Yves Bur, en faveur de la suppression de la dotation de l'ONIAM pour 2005, figurait notamment le montant du fonds de roulement de l'ONIAM qui, fin 2003, s'élevait à 136,7 millions d'euros alors même que l'ONIAM estime que les indemnisations versées atteindront 6 millions d'euros fin 2004.

Ainsi que l'a souligné le rapporteur pour avis de la commission des finances, *« le fonds de roulement continuera de croître pour atteindre 195 millions d'euros à la fin de l'année 2004. Pour 2005, les prévisions de dépenses de dépenses sont de l'ordre de 60 millions d'euros, dont 50 millions au titre des indemnisations (...) même en tenant compte de l'ensemble des*

¹ Article L. 1142-9 du code de la santé publique.

dépenses prévisibles pour l'année 2005 (...) la trésorerie de précaution serait de l'ordre de 135 millions d'euros ».

Le secrétaire d'Etat à l'assurance maladie a, pour sa part, reconnu qu'en période de montée en charge du dispositif, seule une part modeste des crédits avait été consommée. Il a toutefois ajouté : *« ce qui semble aujourd'hui un fonds de roulement important pourrait très vite s'avérer insuffisant si le nombre des demandes d'indemnisation devait continuer de croître. L'incertitude est particulièrement forte quant à l'évolution de l'indemnisation des victimes d'infections nosocomiales. En maintenant un flux de dotations, même restreint, le Parlement lisserait les éventuels effets ultérieurs de ressaut dans la contribution de l'ONIAM ».*

Votre rapporteur pour avis ne peut que se montrer sensible aux arguments développés par notre collègue député Yves Bur s'agissant de l'importance du fonds de roulement actuel de l'ONIAM. Il estime toutefois que la montée en puissance du dispositif d'indemnisation des accidents médicaux dans les années à venir pourrait se révéler telle qu'une attitude budgétaire précautionneuse semble aujourd'hui légitime.

e) La participation de l'assurance maladie au financement du plan Biotox

Rendu public le 5 octobre 2001, le plan Biotox détermine les responsabilités incombant à chaque ministère en cas d'acte terroriste de nature biologique et prévoit un ensemble de mesures en matière de prévention, de surveillance, d'alerte et d'intervention en cas de crise.

Le financement du plan Biotox repose sur des crédits imputés sur la section budgétaire « santé, famille, personnes handicapées et cohésion sociale » ainsi que sur des crédits provenant de l'assurance maladie, *via* le fonds de concours n° 35.1.6.955, relatif à la *« participation de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés à l'achat, au stockage et à la livraison de traitements pour les pathologies résultant d'actes terroristes ».*

Au total, 171 millions d'euros ont ainsi été rattachés au budget de la santé, de la famille, des personnes handicapées et de la solidarité (chapitre 34-98, article 42) en 2003, selon les données du « jaune » « Etat récapitulatif des crédits de fonds de concours (2003/2004/2005) », annexé au projet de loi de finances pour 2005. **Le II de l'article 15 du présent projet de loi prévoit que 62 millions d'euros seront rattachés à ce titre en 2004**, cette contribution étant répartie entre les différents régimes.

La participation de l'assurance maladie devait, selon les termes de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004¹, servir à l'achat, au stockage et à la livraison de produits destinés à la prophylaxie ou aux traitements d'un grand nombre de personnes « *exposées à un agent microbien, toxique, chimique ou radiologique utilisé dans le cadre d'un acte terroriste* ».

Le I de l'article 15 du présent projet de loi de financement propose d'élargir le champ de la participation de la CNAMTS en prévoyant qu'elle pourra servir à l'achat, au stockage et à la livraison de produits destinés à la prophylaxie ou aux traitements d'un grand nombre de personnes « *exposées à une menace sanitaire grave quelle que soit son origine ou sa nature* ».

L'exposé des motifs de l'article 15 du présent projet de loi précise ainsi qu'»'entreraient dans le champ de cette participation la prévention et le traitement des crises sanitaires graves d'origine non terroriste telles que des épidémies (pandémie grippale), des menaces d'épidémies ou encore les alertes liées à des risques environnementaux.

L'idée sous-jacente est que les crises sanitaires, quelles que soient leur nature, requièrent des mesures de prévention identiques, à savoir la constitution de stocks de produits nécessaires à la détection, à la prévention et au traitement d'un grand nombre de personnes exposées et de victimes.

2. Des mesures s'inscrivant dans le droit fil de la réforme du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

Lors de l'examen du présent projet de loi de financement, l'Assemblée nationale a adopté plusieurs articles nouveaux, d'importance variable, visant à prolonger les dispositions de la loi du 13 août 2004 précitée, relative à l'assurance maladie.

a) Les prérogatives de la Haute autorité de santé

L'article 35 de la loi du 13 août 2004 précitée, relative à l'assurance maladie, a créé la **Haute autorité de santé (HAS), autorité publique indépendante à caractère scientifique dotée de la personnalité morale**, chargée, notamment, de procéder à l'évaluation périodique du service attendu des produits, actes ou prestations de santé et du service qu'ils rendent, de contribuer par ses avis à l'élaboration des décisions relatives à l'inscription au remboursement et à la prise en charge par l'assurance maladie de ces produits, actes ou prestations de santé, d'élaborer les guides de bon usage des soins ou les recommandations de bonne pratique, d'établir et de mettre en œuvre des

¹ *Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003.*

procédures d'évaluation des pratiques professionnelles et d'accréditation des professionnels et des équipes médicales, d'établir et de mettre en œuvre les procédures de certification des établissements de santé, enfin de participer au développement de l'évaluation de la qualité de la prise en charge sanitaire de la population par le système de santé¹.

En outre, l'article 161-39 du code de la sécurité sociale dispose que la Haute autorité de santé peut procéder, à tout moment, à l'évaluation du service attendu d'un produit, d'un acte ou d'une prestation de santé ou du service qu'ils rendent. Elle peut être également consultée, notamment par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, sur le bien-fondé et les conditions de remboursement d'un ensemble de soins ou catégories de produits ou prestations et, le cas échéant, des protocoles de soins les associant.

Le **nouvel article 6 bis** du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, adopté par l'Assemblée nationale, à l'initiative de notre collègue député Jean-Louis Bernard, avec l'avis favorable du gouvernement et de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, vise à compléter l'article 161-39 précité du code de la sécurité sociale afin de préciser que les entreprises, établissements, organismes et professionnels concernés sont tenus de transmettre à la HAS les informations qu'elle demande pour procéder à ces évaluations, après les avoir rendues anonymes.

b) Le recouvrement des indus par les caisses d'assurance maladie auprès des établissements de santé

A l'initiative de notre collègue député Yves Bur, rapporteur pour avis au nom de la commission des finances, l'Assemblée nationale a adopté un **nouvel article 15 bis**, avec l'avis favorable de la commission saisie au fond et du gouvernement, visant à permettre aux caisses d'assurance maladie de récupérer plus facilement l'indu auprès des professionnels de santé et des établissements qui n'ont pas respecté les règles de facturation ou de tarification.

Ainsi, le **I** de l'article 15 *bis* du présent projet de loi de financement propose une nouvelle rédaction de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale de manière à préciser qu'en cas d'inobservation des règles de tarification ou de facturation des actes, prestations et produits figurant sur les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-17 et L. 165-1 du code de la sécurité sociale, d'une part, des frais de transports mentionnés à l'article L. 321-1 du même code d'autre part, l'organisme de prise en charge recouvre l'indu correspondant auprès du professionnel ou de l'établissement à l'origine du non-respect de ces règles. Il en est de même en cas de facturation en vue du remboursement, par les organismes d'assurance maladie, d'un acte non effectué ou de prestations et produits non délivrés.

¹ Article L. 161-37 du code de la sécurité sociale.

En outre, la procédure de l'action en recouvrement est précisément décrite :

- cette action, qui se prescrit par deux ans à compter de la date de paiement de la somme indue, s'ouvre par l'envoi au professionnel ou à l'établissement d'une notification de payer le montant réclamé ou de produire leurs observations ;

- en cas de rejet des observations de l'intéressé, le directeur de l'organisme d'assurance maladie adresse, par lettre recommandée, une mise en demeure de payer dans le délai d'un mois ;

- lorsque la mise en demeure reste sans effet, le directeur de l'organisme peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère le bénéfice de l'hypothèque judiciaire.

Le **II** de l'article 15 *bis* modifie les dispositions de l'article L. 133-4-1 du code de la sécurité sociale afin de prévoir que les mutuelles sont tenues informées des procédures de récupération de l'indu auprès d'un assuré social.

c) L'élargissement du champ d'application de la procédure d'expertise médicale

A l'initiative de notre collègue député Yves Bur, rapporteur pour avis au nom de la commission des finances, l'Assemblée nationale a adopté un **nouvel article 15 ter**, avec l'avis favorable de la commission saisie au fond et du gouvernement, visant à élargir les possibilités de recours à l'expertise médicale.

Ainsi, l'article 15 *ter* propose de compléter les dispositions de l'article L. 141-1 du code de la sécurité sociale de façon à étendre la procédure d'expertise médicale aux contestations d'ordre médical portant sur les modalités de prise en charge thérapeutique. En effet, dans le droit existant, seules les contestations d'ordre médical relatives à l'état du malade ou à l'état de la victime peuvent donner lieu à la procédure d'expertise médicale. Il est notamment fait recours à cette procédure en cas de désaccord d'ordre médical entre le médecin traitant et le médecin conseil. Les nouvelles dispositions adoptées par l'Assemblée nationale devraient notamment s'appliquer dans le cadre des affections de longue durée.

d) La contribution forfaitaire due par les assurés des régimes spéciaux

L'article 15 quater du présent projet de loi de financement résulte de l'adoption par l'Assemblée nationale d'un amendement de notre collègue député Yves Bur.

Il vise d'une part à préciser que la participation forfaitaire à la charge des assurés, qui a été instituée par la loi précitée du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et dont le montant devrait être fixé par décret à un euro, s'appliquera aux assurés qui relèvent de l'un des régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1 du code de la sécurité sociale.

L'article R. 711-1 définit ces régimes spéciaux, qui concernent : les administrations, services, offices, établissements publics de l'Etat, des établissements industriels de l'Etat et de l'Imprimerie nationale, pour les fonctionnaires, les magistrats et les ouvriers de l'Etat ; les régions, départements et communes ; les établissements publics départements et communaux n'ayant pas le caractère industriel ou commercial ; le régime d'assurance des marins français ; les entreprises minières ou assimilées ; la SNCF et les chemins de fer d'intérêt général secondaire et d'intérêt local ainsi que les tramways ; les exploitations de production, de transport et de distribution d'énergie électrique et de gaz, la Banque de France ainsi que le Théâtre national de l'Opéra de Paris et la Comédie française.

Votre rapporteur pour avis approuve le principe de cet amendement, qui clarifie la situation des régimes spéciaux au regard de la participation forfaitaire à la charge des assurés, même s'il relève qu'il avait été indiqué à notre collègue Adrien Gouteyron, rapporteur pour avis du projet de loi relatif à l'assurance maladie au nom de la commission des finances, que cette extension interviendrait par décret. Dès lors que le gouvernement a accepté cet amendement, votre rapporteur pour avis ne peut qu'approuver cet article qui contribue à l'équité.

Le II de cet article tend par ailleurs à prévoir que la participation forfaitaire à la charge des assurés est réputée ne pas être couverte par les contrats d'assurance complémentaires, sauf disposition expresse en ce sens. M. Yves Bur a en effet indiqué que *« dans la plupart des contrats de prévoyance, collective ou individuelle, la définition du complément de prestation conduirait à ce que l'organisme assureur soit tenu de rembourser la participation forfaitaire de 1 euro, sauf à conclure un avenant. La négociation contractuelle ou la procédure conventionnelle, très lourde, pourrait ne pas aboutir dès le 1^{er} janvier »*.

Votre rapporteur pour avis approuve cette disposition, tant il est vrai que la réussite de la réforme de l'assurance maladie dépendra du

changement de comportement des assurés et de leur responsabilisation, à laquelle la participation forfaitaire contribuer.

Rappelons que, d'après les informations alors communiquées à notre collègue Adrien Gouteyron, rapporteur pour avis du projet de loi relatif à l'assurance maladie, la contribution à la charge de l'assuré pourrait, sur la base d'un montant fixé à un euro, permettre à l'assurance maladie de réaliser environ 570 millions d'euros d'économies.

D. LES ÉCONOMIES POSSIBLES DANS LE DOMAINE DES MÉDICAMENTS

Le présent projet de loi ne comporte aucune disposition en matière de politique du médicament, qui a déjà fait l'objet de mesures dans les lois de financement de la sécurité sociale précédentes et dans la loi précitée du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Pour autant, votre rapporteur pour avis estime nécessaire de faire le point sur ce sujet, qui représente un important gisement d'économies pour la sécurité sociale.

Le médicament représente en effet un poste important de dépenses – les remboursements du régime général à ce titre atteignent 15,4 milliards d'euros en 2003 – qui connaît qui plus est une évolution forte (+ 8,2 % en glissement annuel entre avril 2003 et avril 2004, d'après les données de la CNAMTS relatives aux remboursements effectués par le régime général), en raison à la fois d'une croissance des volumes prescrits et d'un glissement de la consommation vers les produits les plus chers.

Différentes actions ont déjà été entreprises pour freiner la croissance des dépenses de médicament, notamment la promotion du bon usage des médicaments. Dans son rapport sur l'exécution de l'ONDAM 2003 de juin 2004, la CNAMTS relève ainsi que la campagne fondée sur un accord de bon usage des soins (AcBUS) visant à favoriser le bon usage des antibiotiques a permis de diminuer la consommation d'antibiotiques de 10,2 % au cours de l'hiver 2002-2003, engendrant une économie de 50 millions d'euros environ, pour une campagne d'information dont le coût représentait 6 millions d'euros.

Par ailleurs, l'accord du 5 juin 2002 conclu avec les médecins généralistes a permis de développer l'usage des génériques, dont la prescription est passée de 28 % du marché des médicaments généricables en juin 2002 à 60 % en décembre 2003.

La mise en œuvre du tarif forfaitaire de responsabilité (TFR), institué par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003, a également

contribué à la maîtrise des dépenses de médicaments. Le TFR, qui concerne, depuis septembre 2003, 29 molécules, soit plus de 400 spécialités pharmaceutiques commercialisées pour un total de 72 groupes génériques, permet en effet de rembourser les médicaments d'un même groupe générique sur la base du TFR fixé¹, et non sur la base du prix de vente. L'économie liée au TFR est estimée à 110 millions d'euros en année pleine.

De même, la baisse du taux de remboursement des médicaments à service médical rendu faible ou modéré a contribué à la réalisation d'économies.

Des actions significatives ont donc été entreprises ces dernières années, qu'il convient toutefois de poursuivre. Comme l'a relevé le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, la France figure en effet au deuxième rang mondial de consommation de médicaments par habitant et au premier rang des pays de l'OCDE pour la part des dépenses de produits pharmaceutiques dans le PIB (2 %). Une action résolue doit donc être menée en ce domaine.

1. Le développement des génériques : une source encore importante d'économies

D'après les données de la commission des comptes de la sécurité sociale, le développement du marché des génériques a permis à l'assurance maladie de réaliser une économie de 500 millions d'euros en 2003.

A la fin de l'année 2003, on comptait 124 molécules « généricables » différentes, c'est-à-dire pour lesquelles il existe au moins un médicament générique. Le potentiel d'économie restant sur ces molécules est de 300 à 370 millions d'euros en année pleine, dans le cas où tous les médicaments du répertoire seraient remboursés au prix du générique.

Il faut par ailleurs signaler qu'une centaine de molécules verront leurs brevets tomber dans le domaine public entre le 1^{er} janvier 2004 et le 31 décembre 2007. Le coût actuel pour l'assurance maladie des médicaments de marques correspondant à ces molécules s'élève à 3,8 milliards d'euros par an pour 260 millions de boîtes vendues. A elles seules, 15 de ces molécules représentent plus de 55 % de ce coût.

Toutes choses égales par ailleurs, l'arrivée à échéance des brevets de médicaments entre 2004 et 2007, sur la base des volumes actuels, conduira à

¹ *Le TFR est équivalent au prix fabricant hors taxe moyen des génériques auquel a été appliquée une marge calculée comme pour tout autre médicament, et non plus alignée sur celle du princeps.*

un répertoire des génériques représentant environ 30 % du marché des médicaments remboursables vendus en ville.

Le potentiel d'économie pour l'assurance maladie liée à l'arrivée de nouveaux génériques est considérable, puisqu'il atteindrait environ **1,2 milliard d'euros fin 2008 si tous ces médicaments étaient remboursés au prix du générique**. Au total, la Commission des comptes de la sécurité sociale estime que le maximum d'économie réalisable sur les génériques - déjà existants, ou arrivant sur le marché - d'ici à fin 2008 est de 1,5 milliard d'euros. En outre, on soulignera que la baisse du prix de certains génériques pourrait également être une source importante d'économies.

Votre rapporteur pour avis relève par ailleurs que le tarif forfaitaire de responsabilité, qui consiste à rembourser les princeps sur la base des génériques, peut se révéler à double tranchant, ainsi que l'a noté la Cour des comptes dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2004. En effet, l'alignement du prix des princeps sur le TFR, qui se révèle très intéressant à court terme, limite fortement la pénétration des génériques et risque à terme de réduire le taux de substitution des génériques aux princeps. La Cour des comptes estime que *« dans tous les cas, une meilleure incitation à prescrire en dénomination commune, assortie d'une formation adéquate des médecins et de l'adaptation des logiciels de prescription, serait une mesure utile pour développer les médicaments génériques »*. Votre rapporteur pour avis relève que certaines dispositions de la loi précitée du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, comme l'amélioration de la qualité des logiciels d'aide à la prescription, y contribueront.

2. L'évaluation du service médical rendu : une voie à poursuivre

La commission de la Transparence a réévalué, de fin 1998 à mars 2001, le service médical rendu (SMR) des 4.490 spécialités pharmaceutiques remboursables vendues en France. Le service médical rendu prend notamment en compte la gravité de la pathologie à laquelle le médicament est destiné, l'efficacité et les effets indésirables, la place dans la stratégie thérapeutique au regard des autres thérapies disponibles et l'intérêt pour la santé publique. Les travaux de la commission de la Transparence ont ainsi conduit à attribuer, selon les médicaments, un service médical rendu majeur, important, modéré, faible ou insuffisant pour justifier la prise en charge par l'assurance maladie.

Dans 18,6 % des cas, soit pour 835 médicaments, elle a été amenée à le déclarer « insuffisant ». Par ailleurs, elle a considéré que 840 médicaments dont le taux de remboursement était de 65 % présentaient en fait un SMR faible ou modéré, situation justifiant selon la réglementation un remboursement au taux de 35 %.

Des conséquences partielles avaient alors été tirées :

- d'une part, en portant à 35 % le taux de remboursement des spécialités à SMR insuffisant dont le taux de prise en charge était auparavant de 65% : un premier arrêté concernant les vasodilatateurs et nootropes a été pris en août 2000, abrogé et remplacé par un arrêté pris en septembre 2001, et un second concernant les autres spécialités a été pris en décembre 2001 ;

- d'autre part, en demandant au comité économique des produits de santé (CEPS) de rechercher, par la voie conventionnelle, des baisses de prix qui se sont achevées à l'été 2002.

Des mesures ont continué d'être prises en ce domaine. Le gouvernement a ainsi baissé, par arrêté du 18 avril 2003, le taux de remboursement de 616 spécialités pour lesquels la commission de la transparence a jugé que le service médical rendu (SMR) est faible ou modéré et qui, en conséquence, n'ont vocation à être pris en charge par la sécurité sociale qu'au taux de 35 %. **Cette mesure représente une économie estimée à 356 millions d'euros pour l'assurance maladie obligatoire en année pleine.**

En outre, un arrêté du 24 septembre 2003 a radié de la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux, 82 spécialités sur les 835 dont le service médical rendu avait été considéré comme insuffisant par la commission de la transparence lors de leur réévaluation. Cette première vague concerne les médicaments dont la commission de la transparence avait estimé qu'ils n'avaient « pas de place dans la stratégie thérapeutique ». **Le montant remboursé par l'assurance maladie de ces spécialités s'élevait à 43 millions d'euros.**

Cette politique de réévaluation du taux de prise en charge des spécialités pharmaceutiques en fonction de leur service médical rendu doit être poursuivie. Il a été indiqué à votre rapporteur pour avis qu'une deuxième vague de médicaments était en cours de réexamen par la commission de la Transparence. Ces médicaments ne sont pas de prescription obligatoire et viendront donc renforcer le marché de l'automédication. La troisième étape concernera les médicaments restants, majoritairement de prescription obligatoire.

Signalons que la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a confié cette mission de réévaluation à la haute autorité de santé, qui devra se prononcer sur l'évaluation d'une stratégie thérapeutique dans sa globalité, à partir du travail de réévaluation opéré par la commission de la Transparence.

3. La modification des comportements : un enjeu essentiel

La modification des comportements apparaît comme un vecteur essentiel de la réussite de la réforme de l'assurance maladie.

La progression de la pénétration des génériques dans le répertoire et de la consommation d'antibiotiques, qui a baissé de 17 % entre 2001 et 2003, montrent que cette évolution des comportements est possible.

Néanmoins, il apparaît que le comportement des médecins en matière de prescription et celui des pharmaciens pour la substitution demeurent les facteurs déterminants de la consommation de médicaments. Or la substitution des médicaments par le pharmacien représente une source non négligeable d'économies. La Cour des comptes, dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2004, indique ainsi, d'après des études menées par la CNAMTS, que l'économie potentielle en cas d'alignement sur un prix générique de la classe à environ 100-130 millions d'euros pour les inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine et à 250-310 millions d'euros pour les statines.

De manière générale, les économies liées au bon usage des médicaments sont potentiellement importantes. La Cour des comptes estime ainsi l'économie potentielle liée au bon usage des médicaments hypolipémiants peut être évaluée à 660 millions d'euros.

4. La politique de négociation des remises entre l'Etat et les industriels : une efficacité incertaine

Dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2004, la Cour des comptes met en évidence le caractère complexe et l'effet incertain, sinon contradictoire, de la politique de négociation des remises entre l'Etat et les industriels.

En effet, depuis 1994, des conventions sont fixées chaque année entre les laboratoires et le Comité économique des produits de santé (CEPS). Afin de fixer des remises, c'est-à-dire des versements effectués par les laboratoires au profit de l'assurance maladie en fonction de la progression de leur chiffre d'affaires lorsqu'il y a dépassement du « taux K ».

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 (respectivement inférieur à 0,5 %, compris entre 0,5 et 1 % et supérieur à 1 %). 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. Le taux K a été fixé à 4 % en 2003 et à 3 % en 2004. La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a fixé le taux K applicable en 2005, 2006 et 2007 à 1 %.

La fixation du « taux K » revêt, dans ce cadre, une réelle importance, en influant sur la négociation des remises conventionnelles entre le CEPS et l'industrie pharmaceutique. La fixation du « taux K » à 1 % revient donc indirectement à exercer une pression visant à modérer fortement la croissance des dépenses de médicament.

Les remises ainsi négociées entre le CEPS et les fabricants sont au nombre de trois :

- les remises dites de classe thérapeutique, qui pèsent sur les produits les moins innovants ou dont les taux de croissance en volume sont élevés et qui visent à ne pas pénaliser les médicaments innovants pour des pathologies graves ;

- les remises sur chiffre d'affaires, qui ne peuvent être plus élevées que la taxe payée par les laboratoires refusant la démarche conventionnelle (système dit de « clause de sauvegarde ») ;

- les remises par produits, fixées pour des médicaments pour lesquels existe notamment un risque de mésusage.

Toutefois, la Cour des comptes relève que divers dispositifs d'exonérations, de plafonnements ou de crédits de remise complexifient ce système et en minorent la portée.

S'interessant particulièrement aux crédits de remise, qui compensent les baisses de prix des médicaments à service médical rendu faible ou insuffisant, et donc la diminution du chiffre d'affaires, la Cour note qu'il existe une « *contradiction entre, d'une part, l'objectif de cette politique conventionnelle de remises qui vise à promouvoir les produits innovants pour des pathologies graves et, d'autre part, l'instauration de crédits de remise pour des médicaments dont la faible efficacité justifie une baisse de prix* ».

La Cour souligne en outre le faible rendement financier de ces dispositifs, les remises nettes totales représentant une part limitée et décroissante des ventes de médicaments remboursables, passée de 2,03 % en 2000 à 1,2 % en 2002).

Suivant l'analyse de la Cour des comptes, votre rapporteur pour avis estime qu'il convient de reconsidérer avec attention le système de la politique conventionnelle entre l'Etat et l'industrie pharmaceutique, afin d'éviter des contradictions telles que celles constatées.

II. LE DÉFICIT CROISSANT DE LA BRANCHE ACCIDENT DU TRAVAIL-MALADIES PROFESSIONNELLES (AT-MP)

A. LE CONTEXTE : UNE BAISSSE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES ACCIDENTS DE TRAJET MAIS UNE AUGMENTATION DES CAS DE MALADIES PROFESSIONNELLES

1. La diminution des accidents

Les données provisoires pour l'année 2003 indiquent une **diminution du nombre des accidents du travail**. Le nombre d'accidents du travail survenus enregistre une diminution de 3,7 % en 2003 par rapport à 2002. La diminution déjà constatée en 2002 se confirme, ainsi que le montre le tableau suivant :

Les accidents du travail (AT)

	2002 (données définitives)	2003 (données provisoires)
AT survenus	1.326.355 (- 1,7 %)	1.276.732 (- 3,7 %)
AT avec arrêt	759.980 (+ 0,6 %)	721.227 (- 5,1 %)
AT mortels	686 (- 9,9 %)	661 (- 3,7 %)

Source: CNAMTS

La **baisse du nombre d'accidents de trajet** se confirme également, en particulier en ce qui concerne les accidents mortels survenus en 2003, comme le montre le tableau qui suit.

Les accidents de trajet

	2002 (données définitives)	2003 (données provisoires)
Accidents survenus	127.567 (- 1,5 %)	120.074 (- 5,9 %)
Accidents avec arrêt	89.592 (- 0,4 %)	82.859 (- 7,5 %)
Accidents mortels	615 (- 6,4 %)	508 (- 17,4 %)

Source: CNAMTS

2. L'augmentation des maladies professionnelles

En revanche, **le nombre de nouveaux cas de maladies professionnelles continue de croître** (+ 11,8 % en 2002 et + 9,8 % en 2003), en particulier le nombre de cas mortels (+ 16,7 % en 2002 et + 13,8 % en 2003). Parmi ces maladies reconnues, il convient, à partir des données 2002, de souligner l'importance des affections péri-articulaires (68,9 %), des affections provoquées par les poussières d'amiante (12,2 %) et des lombalgies (6,9 %).

La hausse des maladies professionnelles s'explique en grande partie par une meilleure reconnaissance juridique du droit des salariés et une plus grande sensibilisation du corps médical à l'origine potentiellement professionnelle de certaines pathologies.

Le tableau qui suit retrace l'évolution des maladies professionnelles :

Les maladies professionnelles (MP)

	2002 (données définitives)	2003 (données provisoires)
MP reconnues	39.919	43.847
MP avec arrêt	31.461	34.642
MP mortelles	426	485

Source: CNAMTS

B. LES COMPTES DE LA BRANCHE : UN DÉFICIT QUI S'ACCROÎT PLUS QUE PRÉVU

1. L'évolution du résultat net de la branche : un déficit qui s'accroît dans des proportions importantes

Le tableau suivant retrace l'évolution du résultat net de la branche accident du travail et maladies professionnelles du régime général (CNAM AT-MP) depuis 2000.

Evolution du résultat net de la CNAM AT-MP

(en droits constatés et en millions d'euros)

CNAM AT-MP	2000	2001	2002	2003	2004	2005
résultat net	350	19,5	-45,4	-475,6	-505	-704,3

Source: direction de la sécurité sociale

On voit que la branche, alors qu'elle était structurellement excédentaire jusqu'en 2002, connaît depuis lors un déficit qui va croissant, puisqu'il devrait dépasser 700 millions d'euros en 2005.

2. Les données 2004 et les perspectives pour 2005

En 2004 comme en 2005, les charges devraient croître davantage que les produits, ce qui explique l'accroissement du déficit.

En 2004, les cotisations patronales globales, comme l'ensemble des produits de la branche, progresseraient de 3 %. L'ensemble des charges de la branche augmenterait en revanche de 3,1 %, pour atteindre près de 9,3 milliards d'euros.

L'écart entre les recettes et les dépenses s'accroîtrait en 2005. En effet, les recettes totales de la branche n'augmenteraient que de 2,7 %, pour atteindre 9,03 milliards d'euros, alors que l'ensemble des charges progresserait de 4,7 %, pour s'élever à 9,7 milliards d'euros. Les prestations augmenteraient de 3,2 %, en lien avec la croissance des prestations du champ de l'ONDAM, qui prend en compte les premiers effets de la réforme de l'assurance maladie. Les charges de transferts techniques vers les autres régimes et fonds progresseraient de 12,1 % du fait, essentiellement, des hypothèses retenues pour les contributions aux fonds amiante en 2005 : 600 millions d'euros pour le FCAATA et 200 millions d'euros pour le FIVA, soit à chaque fois 100 millions d'euros supplémentaires par rapport à la dotation 2004.

L'article 22 du présent projet de loi propose de maintenir le reversement à la branche maladie à 330 millions d'euros en 2005.

La sous-déclaration des accidents du travail

Le versement de la branche AT-MP à la branche maladie du régime général a pour but 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 travaux de cette commission étant triennaux, aucun élément nouveau ne justifie de faire varier le montant fixé en 2004.

L'article 23 du présent projet de loi fixe l'objectif de dépenses de la branche AT-MP de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de 20.000 cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres à 10,5 milliards d'euros en 2005.

C. L'INDEMNISATION DES TRAVAILLEURS ET DES VICTIMES DE L'AMIANTE

Le coût du drame de l'amiante monte progressivement en puissance, maintenant que les principaux éléments du cadre législatif sont fixés.

La branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général est le principal contributeur des deux fonds créés pour assurer l'indemnisation des victimes de l'amiante : le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) et le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).

Les contributions de la branche AT-MP pèsent de plus en plus sur les comptes de la branche. La CNAM AT-MP contribuerait ainsi pour près de 3,3 milliards d'euros au financement des fonds sur la période 2002-2005.

Le tableau suivant retrace les dotations versées par la CNAM AT-MP aux fonds liés à l'amiante.

Les dotations de la CNAM AT-MP aux fonds liés à l'amiante

(en millions d'euros)

Contributions de la CNAM AT-MP	2002	2003	2004	2005
au FCAATA	300	450	500	600
au FIVA	180	190	100	200
Total annuel	480	640	600	800
Total cumulé	1 227	1 867	2 467	3 267

Votre rapporteur pour avis tient à souligner l'effort mené en faveur des victimes de l'amiante et rappelle par ailleurs que l'article 8 du projet de loi de finances pour 2005 met en place un dispositif d'exonération fiscale des indemnités versées aux victimes de l'amiante ou à leurs ayants droit par le FIVA ou, le cas échéant, par décision de justice, ce qui devrait représenter un coût de 10 millions d'euros en 2005.

1. Les projections relatives au coût des indemnisations des victimes de l'amiante.

L'article 6 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 avait prévu la remise au Parlement d'un rapport présentant l'impact financier de l'indemnisation des victimes de l'amiante.

La troisième partie de ce rapport présente les perspectives financières pour les vingt prochaines années, tant pour l'indemnisation des victimes que pour la cessation anticipée d'activité, même s'il est précisé que, compte tenu de l'insuffisance des informations disponibles, s'agissant des éléments financiers comme des données épidémiologiques, ces estimations « *doivent être regardées comme des tendances que la littérature actuelle permet de tracer mais qui seront révisées dans les années futures* ».

Dans ce cadre, le rapport estime que le coût annuel moyen de la prise en charge des **pathologies malignes** liées à l'amiante (victimes de mésothéliomes et cancers broncho pulmonaires ainsi que leurs ayants droit) pourrait être compris **entre 493 millions et 928 millions d'euros par an** et, sur 20 ans, entre 9,9 et 18,5 milliards d'euros. Le coût annuel en fin de période devrait être nettement supérieur au coût constaté en début de période (rapport de 1 à 4 au moins).

L'indemnisation des **pathologies bénignes** liées à l'amiante serait quant à elle comprise au total **entre 91 et 177 millions d'euros par an** en moyenne et entre 1,8 et 3,6 milliards d'euros sur les 20 prochaines années, la quasi-totalité de l'indemnisation de ces pathologies étant prise en charge par le FIVA.

Le coût annuel de l'indemnisation de l'ensemble des pathologies liées à l'amiante (hors dispositif de cessation anticipée d'activité) serait donc compris entre 584 millions et 1,1 milliard d'euros par an en moyenne et le coût total sur 20 ans compris entre 11,7 et 22 milliards d'euros. L'essentiel de l'écart entre les hypothèses basse et haute s'explique par les écarts dans les prévisions épidémiologiques qui sont particulièrement importantes pour les cancers broncho-pulmonaires.

Le coût de la cessation anticipée d'activité, financé par le FCAATA, serait également important. Selon les hypothèses retenues pour évaluer ce coût, le nombre de bénéficiaires au titre des listes continuerait à augmenter jusqu'en 2006, pour atteindre un pic de près de 32.000 allocataires. Il diminuerait ensuite progressivement, cette baisse s'accroissant par la suite pour atteindre environ 6.400 bénéficiaires à l'horizon 2022. Pour les salariés entrant dans le dispositif au titre de la maladie professionnelle, la montée en charge du dispositif serait régulière jusqu'en 2016, avec un plafond de 14.395 bénéficiaires, stable jusqu'en 2022.

Sur cette base, **la fourchette de coût de la prise en charge des victimes de l'amiante (indemnisation et cessation anticipée d'activité) serait comprise entre 1,3 et 1,9 milliards d'euros par an et entre 26,8 et 37,2 milliards d'euros pour les vingt prochaines années.** Cet écart important est directement lié à l'état des évaluations épidémiologiques disponibles.

Le tableau suivant retrace ces projections, en indiquant la charge incombant aux différents organismes intervenant dans le champ de prise en charge particulière des victimes de l'amiante :

**Répartition du coût de l'indemnisation de l'amiante
entre les différents organismes**

(en millions d'euros)

	coût annuel		coût sur 20 ans	
	hypothèse basse	hypothèse haute	hypothèse basse	hypothèse haute
Sécurité sociale	264	501	5 823	10 019
FIVA	323	610	6 476	12 206
FCAATA	751	751	15 013	15 013
Total	1 338	1 862	26 772	37 238

Source: rapport du gouvernement au Parlement présentant l'impact financier de l'indemnisation des victimes de l'amiante pour l'année en cours et pour les vingt années suivantes (2004)

C'est dans ce contexte qu'il convient d'examiner la situation du FCAATA et du FIVA, ainsi que la proposition de créer une contribution à la charge des entreprises dans lesquelles les salariés ont été exposés à l'amiante.

2. La situation du FCAATA

a) L'accroissement des charges du fonds

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 ».

Un arrêté du 3 décembre 2001 a étendu le dispositif aux personnes atteintes de plaques pleurales. L'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 a également étendu le dispositif aux salariés agricoles reconnus atteints d'une maladie professionnelle liée à l'amiante. Depuis le 1^{er} janvier 2003, quatre arrêtés complétant et modifiant les listes d'établissements ouvrant droit au bénéfice de l'allocation ont été pris. Le dispositif couvrant les secteurs d'activité où l'amiante a été le plus largement utilisé, il n'est pas envisagé de nouvelle extension de son périmètre.

L'article 21 bis du présent projet de loi précise que l'inscription ou la modification de l'inscription des établissements ou des ports visés au I de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale sur la liste donnant droit aux salariés à bénéficier d'une cessation anticipée d'activité et de l'allocation correspondante ne peut intervenir qu'après information de l'employeur concerné, ce qui paraît être une mesure de bon sens. Il précise que la décision d'inscription d'un établissement ou de modification doit être notifiée à l'employeur et qu'elle fait l'objet d'un affichage sur le lieu de travail concerné.

Votre rapporteur pour avis rappellera par ailleurs, même si cela ne concerne pas le FCAATA, que l'article 96 de la loi de finances rectificative pour 2003 a ouvert la possibilité de cessation anticipée d'activité et de versement d'allocation au profit des fonctionnaires et des agents non titulaires exerçant ou ayant exercé certaines fonctions dans un établissement de construction ou de réparation navales dans lequel était traité de l'amiante, ainsi qu'au profit des agents non titulaires relevant du ministère de la défense

reconnus atteints de certaines maladies professionnelles provoquées par l'amiante.

Au 31 décembre 2003, 25.717 personnes ont bénéficié de cette allocation de cessation anticipée d'activité versée par le FCAATA, contre 18.032 au 31 décembre 2002. L'année 2003 marque également une hausse du nombre de sorties du dispositif, qui ont concerné 1.850 personnes, soit plus de la moitié des sorties observées depuis 1999, qui s'élèvent à 3.201.

Le montant des prestations servies au cours de l'exercice 2003 s'élève à 516 millions d'euros, en progression de plus de 50 % par rapport à 2002. Les charges du FCAATA devraient atteindre environ 660 millions en 2004 et près de 753 millions d'euros en 2005.

b) L'institution d'une nouvelle recette

Pour remplir cette mission, le FCAATA est alimenté par une fraction (0,31 %) du produit du droit de consommation sur les tabacs et par une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général. Celle-ci avait été fixée à 500 millions d'euros en 2004. **L'article 20 du présent projet de loi la fixe à 600 millions d'euros en 2005.**

En outre, une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles des salariés agricoles (100.000 euros en 2003) rembourse au FCAATA la prise en charge des salariés agricoles bénéficiant du dispositif de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante.

Enfin, **l'article 21** du présent projet de loi prévoit l'institution, au profit du FCAATA, d'une **nouvelle contribution, due par les entreprises pour chaque salarié ou ancien salarié à raison de son admission au bénéfice de l'allocation de cessation anticipée d'activité.**

Deux cas sont prévus :

- **lorsque le salarié est atteint par une maladie professionnelle provoquée par l'amiante**, cette contribution est à la charge de l'entreprise qui a supporté ou qui supporte, au titre de ses cotisations pour accidents du travail et maladies professionnelles, la charge de ces dépenses ;

- **lorsque le salarié n'est atteint par aucune maladie professionnelle provoquée par l'amiante**, cette contribution est à la charge :

* soit d'une ou de plusieurs entreprises possédant des établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amiante, des établissements de flochage et de calorifugeage à l'amiante ou des établissements de construction ou de réparation navale ;

En effet, il est prévu lorsque l'établissement est exploité successivement par plusieurs entreprises, la contribution est due par l'entreprise qui exploite l'établissement à la date d'admission du salarié à l'allocation de cessation anticipée d'activité. Toutefois, lorsqu'un salarié a travaillé au sein de plusieurs entreprises exploitant des établissements distincts, **le montant de la contribution est réparti** en fonction de la durée du travail effectué par le salarié au sein de ces établissements pendant la période où y étaient fabriqués ou traités l'amiante ou des matériaux contenant de l'amiante.

* soit d'une ou plusieurs entreprises de manutention ou d'un ou plusieurs organismes gestionnaires de port pour les dockers professionnels et les personnels portuaires assurant la manutention dans les ports dans lesquels l'amiante a été ou est manipulée.

Dans ce cas, lorsqu'un salarié a été employé par plusieurs entreprises ou organismes, **le montant de la contribution est réparti au prorata de la période travaillée dans ces entreprises ou organismes¹.**

Pour des raisons tenant notamment à la simplification du recouvrement, il est précisé que la contribution n'est pas due pour le premier bénéficiaire admis au cours d'une année civile. Ceci permet notamment d'épargner les plus petites entreprises.

Le II de l'article 21 du présent projet de loi fixe les modalités relatives au montant de la contribution.

Celui-ci variera en fonction de l'âge du bénéficiaire au moment de son admission au bénéfice de l'allocation : **il sera égal, par bénéficiaire de l'allocation, à 15 % du montant annuel brut de l'allocation majoré des cotisations à la charge du fonds, multiplié par le nombre d'années comprises entre l'âge d'admission à l'allocation de cessation anticipée d'activité et l'âge de soixante ans.**

Le montant de la contribution fait toutefois l'objet d'un double plafond :

- d'une part, **il ne peut dépasser deux millions d'euros par année civile pour chaque entreprise redevable**, quel que soit le nombre de salariés concernés ;

¹ *Le cas de l'intermittence d'un docker professionnel admis à l'allocation de cessation anticipée d'activité est également précisé : dans ce cas, la contribution correspondant à la période d'intermittence est répartie entre tous les employeurs de main-d'oeuvre dans le port, au prorata des rémunérations totales brutes payées aux dockers professionnels intermittents pendant cette période d'intermittence.*

- d'autre part, **il est plafonné, pour chaque entreprise redevable, à 2,5 % de la masse totale des salaires payés** au personnel pour la dernière année connue.

En outre, il est précisé que **les entreprises placées en redressement ou en liquidation judiciaire sont exonérées de cette contribution.**

Ces dispositions visent notamment à responsabiliser les organismes concernés, qui ont eu, pour certains, tendance à utiliser ce dispositif de cessation anticipée d'activité comme un simple dispositif de préretraite permettant de gérer l'évolution de leurs effectifs.

Cette contribution est appelée, recouvrée et contrôlée, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général, par des URSSAF désignées par le directeur de l'ACOSS. Elle est exigible le premier jour du troisième mois de chaque trimestre civil pour les personnes entrant dans le dispositif au cours du trimestre précédent.

Un décret devrait fixer les modalités d'application de l'article 21, dont les dispositions s'appliqueront aux admissions au bénéfice de l'allocation de cessation anticipée d'activité prononcées à compter du 5 octobre 2004, date d'adoption du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 en conseil des ministres.

Le tableau suivant retrace l'évolution des recettes du FCAATA depuis 2001 :

Evolution des recettes du FCAATA

(en millions d'euros)

Années	2001	2002	2003	2004	2005
Contribution de la branche AT-MP du régime général	205,8	300	450	500	600
Contribution de la branche AT-MP des salariés agricoles			0.1	0,5*	0,7*
Contribution des entreprises					120*
Droits sur les tabacs	31,5	34,3	32,4	29*	29*
Total	237,3	334,3	482,4	529,5	749,7

* estimation.

Source : réponse au questionnaire de votre rapporteur pour avis

3. La situation du FIVA

Le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) a été institué par l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 afin de procéder à la réparation intégrale des préjudices subis par les personnes ayant obtenu la reconnaissance d'une maladie professionnelle occasionnée par l'amiante ou par les personnes ayant été directement exposées à l'amiante.

S'agissant du financement, le tableau suivant montre l'évolution des recettes, des dépenses et des réserves du FIVA de 2001 à 2004 :

Evolution des dotations, des dépenses et des réserves du FIVA

(en millions d'euros)

	2001	2002	2003	2004
Contribution de la CNAM AT-MP	438,3	180	190	100
Contribution de l'Etat	-	38	40	0
Dotations	438,3	218	230	100
Dotations cumulées	438,3	656,3	886,3	986,3
Dépenses	0	14,1	176,7	585*
Réserves	438,3	642,2	695,5	210,5*

* : estimations

Source : réponse au questionnaire de votre rapporteur pour avis

Le rapport d'activité du FIVA couvrant la période mai 2003-juin 2004 met en lumière la montée en charge progressive du fonds : depuis sa création, celui-ci a reçu près de 15.000 dossiers d'indemnisation, dont 10.000 depuis juin 2003.

Au 31 juillet 2004, les dépenses cumulées d'indemnisation s'élevaient à 381 millions d'euros depuis la création du fonds. Les indemnisations versées sur l'exercice 2004 par application du barème d'indemnisation *ad hoc* adopté par le conseil d'administration du 21 janvier 2003, devraient toutefois croître et atteindre près de 585 millions d'euros.

Dans ce contexte, et en l'absence de prévision de dotation de l'Etat en 2005, **l'article 19** du présent projet de loi fixe la contribution au FIVA de la branche AT-MP du régime général à **200 millions d'euros** pour 2005.

Votre rapporteur pour avis s'est toutefois interrogé toutefois sur ce montant, dans la mesure où il paraît inférieur aux besoins du FIVA, qui indique dans son dernier rapport d'activité que les prévisions de dépenses sur 2005 (environ 600 millions d'euros de paiement) font apparaître un besoin de financement de 300 millions d'euros.

Diverses précisions lui ont été apportées : ainsi, il apparaît que les dernières simulations du FIVA tendent à minorer les dépenses 2004, qui ne s'élèveraient plus qu'à 470 millions d'euros, ce qui accroît les réserves disponibles du fonds, lesquelles se monteraient à environ 325 millions d'euros. Dès lors, le montant de ressources du FIVA atteindrait 525 millions d'euros, pour des prévisions de dépenses de 600 millions d'euros. **Il a été précisé à votre rapporteur pour avis que le différentiel pourrait être comblé par une contribution de l'Etat en loi de finances rectificative pour 2004.**

Par ailleurs, le ministère de la santé et de la protection sociale a indiqué à votre rapporteur pour avis que, à la suite de quatre décisions du conseil d'Etat du 3 mars 2004¹, qui ont reconnu la responsabilité de l'Etat du fait de sa carence fautive dans la prévention des risques liés à l'exposition des travailleurs aux poussières d'amiante, le gouvernement souhaite engager une concertation avec l'ensemble des acteurs de ce dossier pour clarifier et sécuriser les procédures d'indemnisation. La question de la contribution de l'Etat au financement de cette indemnisation devrait être intégrée à cette concertation.

D. LES RÉFLEXIONS RELATIVES À L'ÉVOLUTION DE LA BRANCHE

1. Les réflexions relatives à la réparation intégrale du préjudice

A la suite du rapport de M. Roland Masse sur la réparation intégrale des accidents du travail et maladies professionnelles (2001), 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* ».

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

¹ *Assemblée du contentieux sur le rapport de la deuxième sous-section, n° 241153, séance du 20 février 2004, lecture du 3 mars 2004, ministre de l'emploi et de la solidarité c/ consorts Xueref.*

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.

Un comité de pilotage associant la direction de la sécurité sociale, la direction des relations du travail et la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés a donc été mis en place afin d'approfondir l'expertise sur la réparation intégrale dans ses aspects juridiques, financiers et organisationnels.

Ce comité de pilotage qui a été conduit par M. Yahiel, puis par M. Laroque, a réalisé une première série de travaux qui ont fait l'objet d'une note d'étape au mois de juillet 2003. Ces travaux ont été complétés dans le courant du second semestre 2003. Dans le même temps, une consultation des partenaires sociaux et des associations les plus concernées a été menée par M. Laroque sur le fondement de la note d'étape. Un rapport définitif sur les enjeux et la faisabilité de la réforme a été remis au ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité en mars 2004.

Les études ont porté sur une comparaison entre d'une part, la réparation actuelle des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT-MP) et d'autre part, soit une réparation intégrale de tous les AT-MP, soit une réparation intégrale des seuls AT-MP avec incapacité permanente, soit une réparation intégrale des AT-MP avec une incapacité permanente supérieure ou égale à 10 %, soit une réparation intégrale des AT-MP avec une incapacité permanente supérieure ou égale à 20 %.

Les études réalisées font apparaître le coût potentiellement très important d'une réforme complète du dispositif d'indemnisation, compris entre 1 et 4 milliards d'euros.

Elles montrent également que **la réforme occasionnerait dans certains cas des distorsions du droit par rapport au système actuel.** Les perdants seraient les personnes plutôt âgées, à salaire relativement élevé, avec des taux d'incapacité moyens, les retraités et les ayants droit dans de nombreux cas. Les gagnants seraient des personnes jeunes avec des taux

d'incapacité élevés et une incidence professionnelle importante mais aussi des personnes ayant subi des préjudices entraînant une incapacité faible ou nulle.

Une réforme de l'indemnisation devrait par ailleurs adapter les règles de mise en jeu de la responsabilité de l'employeur et redéfinir celles de la faute inexcusable.

2. Une position d'attente pour le moment

L'article 54 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie invite les partenaires sociaux à présenter au gouvernement et au Parlement des propositions de réforme de la gouvernance de la branche AT-MP, ainsi que, le cas échéant, d'évolution des conditions de prévention, de réparation et de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Le gouvernement a indiqué à votre rapporteur pour avis qu'il saisirait dans les plus brefs délais les partenaires sociaux afin qu'ils engagent cette concertation et qu'il souhaitait connaître leurs attentes et leurs points d'accord avant toute décision.

Votre rapporteur pour avis estime également qu'il convient d'attendre les propositions des partenaires sociaux, afin de disposer de la base de réflexion la plus large possible pour amorcer une évolution de la branche AT-MP.

III. LA BRANCHE FAMILLE EN LÉGER DÉSÉQUILIBRE

A. LA DÉGRADATION PROGRESSIVE DU SOLDE DE LA BRANCHE FAMILLE

Alors que depuis 1998, les comptes de la branche famille du régime général présentés par la commission des comptes de la sécurité sociale étaient en excédent, ils présenteraient un léger déficit de l'ordre de 180 millions d'euros en 2004 et resterait proche de l'équilibre en 2005.

Résultats de la branche famille du régime général

(en milliards d'euros)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005 (p)
Famille	1,4	1,7	1,0	0,4	- 0,18	0,0
Régime général	0,7	1,2	- 3,5	- 10,2	- 14,0	- 10,1

Source : commission des comptes de la sécurité sociale

D'après la commission des comptes de la sécurité sociale, la disparition de l'excédent de la branche famille ne devrait cependant constituer qu'une situation temporaire liée à la dégradation de la conjoncture économique.

1. La réduction de l'excédent de la branche famille en 2003

L'excédent de la branche famille atteint 400 millions d'euros en 2003, en réduction de 603 millions d'euros par rapport à 2002.

Les dépenses de prestations légales ont cru de manière modérée en 2003 : + 2,1 % contre + 3,2 % en 2002. Ce ralentissement s'observe plus particulièrement sur les prestations destinées à la petite enfance, principalement pour des raisons démographiques, ainsi que sur les allocations logement, en raison, d'une part, de la fin de la montée en charge en 2002 de la réforme des barèmes, d'autre part, de la non revalorisation des allocations au 1^{er} juillet 2003.

Les prestations extra-légales ont connu également un fort ralentissement en 2003, avec une croissance de 3,6 % contre 12 % en 2002. En revanche, les dépenses de prestations liées au handicap sont demeurées dynamiques : + 4,7 % pour l'ensemble AAH/AES en 2003.

Les transferts à la charge de la branche famille ont augmenté de 22,2 % en 2003. Cette hausse résulte de l'accroissement de la part des majorations pour enfants des pensions de retraites à la charge de la CNAF (via un transfert au FSV), passé de 30 % en 2002 à 60 % en 2003. La dépense supplémentaire induite pour la branche famille a été d'environ 1 milliard d'euros en 2003.

En outre, les produits de la branche famille n'ont progressé que de 2,8 % en 2003, en raison principalement de la faible croissance de la masse salariale du secteur privé, + 1,9 % en 2003.

Ainsi, les cotisations et contributions sur les revenus d'activité ont cru modérément en 2003 de 2,5 % alors que dans le même temps la croissance des exonérations compensées par le FOREC a poursuivi son ralentissement. Par ailleurs, comme les autres branches, la CNAF a enregistré en 2003 le remboursement d'une partie de la dette contractée par le FOREC envers le régime général en 2000. Ce remboursement, s'élevant à 232 millions d'euros, figure dans les comptes parmi les reprises sur provisions.

2. La branche famille déficitaire en 2004, pour la première fois depuis 1998

La branche famille devrait être déficitaire en 2004 à hauteur de 180 millions d'euros. Toutefois ce déficit disparaîtrait presque complètement en 2005.

Ainsi, la progression des dépenses de prestations devrait être dynamique en 2004 (+3,5 %) avant de ralentir en 2005 (+ 2,8%).

Les prévisions d'évolution des prestations sont très contrastées :

- les dépenses au titre de l'APJE, l'allocation d'adoption, l'APE, l'AGED et l'AFEAMA commenceraient à décroître en 2004 puisque les naissances postérieures au 1^{er} janvier 2004 ouvrent dorénavant droit à la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) ;

- la montée en charge de la PAJE s'étalera entre 2004 et 2007 ;

- les dépenses d'allocations logement devraient sensiblement ralentir en 2005 du fait de l'absence de revalorisation des barèmes au 1^{er} juillet 2004, de la montée en charge de mesures d'économie mises en œuvre en 2004 et 2005 et de l'amélioration de la situation du marché de l'emploi en 2005 ;

- enfin les dépenses de prestations extralégales devraient rester dynamiques en 2004 et en 2005, notamment en raison du transfert aux CAF, en 2005, des prestations de services des crèches auparavant financées par l'Etat.

Les produits, en faible progression en 2005, devraient s'accélérer en 2005, grâce à la croissance plus soutenue de la masse salariale du secteur privé.

L'ensemble des recettes assises sur les revenus salariaux du secteur privé (cotisations, contributions, exonérations compensées par l'Etat) devrait croître un peu plus rapidement en 2004 qu'en 2003 en raison de l'accélération de la masse salariale (+ 2,8 % en 2004 contre + 1,8 % en 2003). En 2005, cette accélération devrait s'amplifier (+ 4 %).

En outre, la branche famille a bénéficié en 2004 de la deuxième partie du remboursement de la dette contractée par le FOREC en 2002, pour un montant de 204 millions d'euros.

Coûts estimés des mesures nouvelles en 2004 et 2005

(en millions d'euros)

	2004	2005
Allocations familiales	100	100
PAJE	265	350
ALF	- 20	- 55
Allocation d'éducation spéciale	79	64
Total des mesures sur prestations légales	424	459
Dotation FNH-FNAL	- 20	- 55
Majorations pour enfants	971	990
Plans crèches	170	125
Transfert des prestations des fonctionnaires		80
Congé de paternité	213	220
Doublement de la prime d'adoption		2

Source : ministère de la santé et de la protection sociale

3. Un premier bilan de la mise en œuvre de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE)

La prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004 pour tous les enfants nés ou adoptés à compter de cette date. Elle remplacera progressivement les allocations destinées à la petite enfance et achèvera sa montée en charge lors de l'exercice 2007.

a) Présentation de la prestation

La PAJE a remplacé l'allocation pour jeune enfant, l'allocation d'adoption, l'allocation parentale d'éducation, l'allocation de garde d'enfant à domicile et l'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée.

Elle se compose de :

- une **prime à la naissance ou à l'adoption**, d'un montant de 812 euros, versée, sous condition de ressources, au 7^{ème} mois de grossesse ou à compter de l'arrivée de l'enfant au foyer des adoptants ;

- une **allocation de base**, d'un montant mensuel de 162 euros, versée, sous condition de ressources, jusqu'aux 3 ans de l'enfant.

- un **complément de libre choix d'activité**, versé au parent qui choisit de ne pas exercer d'activité professionnelle ou qui travaille à temps partiel pour s'occuper d'un enfant de moins de 3 ans (6 ans en cas de naissances multiples d'au moins 3 enfants).

Le complément peut être attribué à **taux plein** (504 euros par mois) ou à **taux partiel** en fonction de la quotité d'activité exercée (383 euros ou 289 euros par mois).

Le parent doit avoir travaillé deux ans au cours d'une période de référence qui varie en fonction du rang de l'enfant :

- 2 ans pour un enfant de rang un ;
- 4 ans pour un enfant de rang deux ;
- 5 ans pour un enfant de rang trois et plus.

Lorsqu'il est attribué pour un enfant de rang un, le complément est versé pour une durée maximale de six mois, à l'issue de la naissance ou du congé de maternité. Lorsqu'il est attribué pour un enfant de rang deux ou plus, ce complément est versé jusqu'aux trois ans de l'enfant ;

- un **complément de libre choix du mode de garde**, attribué jusqu'aux 6 ans de l'enfant, lorsque celui-ci est gardé par une assistante maternelle agréée ou une garde à domicile. Il prend en charge d'une part les cotisations sociales dues pour l'emploi (100 % pour une assistante maternelle et 50 % pour une garde à domicile dans la limite d'un plafond) et d'autre part une partie de la rémunération versée au salarié, dans la limite d'un plafond variable en fonction des revenus du ménage.

Le complément est attribué par enfant en cas de garde par une assistante maternelle et par famille en cas de garde à domicile.

La personne ou le ménage doit justifier d'un revenu minimum tiré d'une activité professionnelle pour ouvrir droit au complément de libre choix du mode de garde.

Le montant du complément est réduit de moitié lorsque l'enfant est âgé de 3 à 6 ans.

Le complément est également attribué, dans des conditions spécifiques, lorsque la famille recourt à une entreprise privée ou une association pour la garde des enfants.

b) Nombre de bénéficiaires et montants

Les premiers éléments chiffrés fournis par la caisse nationale des allocations familiales (régime général, métropole et DOM) démontrent une forte montée en charge de la prestation au cours des six premiers mois de l'année et un fort taux de recours au complément de libre choix d'activité de rang un, institué par la PAJE.

Toutefois les données fournies ci-après sont celles relatives au mois de juin 2004, l'estimation du nombre global de familles ayant bénéficié de l'une des modalités de la PAJE au cours du premier semestre 2004 ne pouvant être, à ce stade de l'année, techniquement déterminée à partir des fichiers statistiques de la caisse nationale des allocations familiales.

Le bilan définitif de la PAJE au titre de l'année 2004 ne pourra être obtenu qu'au début de l'année 2005.

Ainsi, au mois de juin 2004 :

- plus de 50.000 familles ont bénéficié de la prime à la naissance, dont environ 140 au titre de l'adoption ;

- près de 300.000 familles ont bénéficié de l'allocation de base (données provisoires, probable révision à la hausse) ;

- plus de 50.000 familles ont bénéficié du complément de libre choix d'activité, dont 11.000 au titre du rang un ;

- enfin, on comptait plus de 16.000 familles bénéficiaires du complément de libre choix du mode de garde au mois de juin.

Il est rappelé, que la montée en charge de la PAJE sera progressive jusqu'au 1^{er} janvier 2007, date où l'ensemble des familles bénéficiera de cette prestation.

D'après la commission des comptes de la sécurité sociale, dans son rapport du 21 septembre 2004, au total, les dépenses liées à la PAJE devraient s'élever, en 2004, à près de 1,9 milliard d'euros, car, aux phénomènes de montée en charge, s'ajoutent des effets de champ liés notamment au relèvement des plafonds de ressources de la l'allocation de base de la PAJE par rapport à l'APJE et à l'ouverture du complément d'activité aux enfants de range 1 ainsi qu'à de possibles effets de comportement dus à une meilleure solvabilisation de l'offre de garde.

En 2005, les dépenses totales liées à la PAJE s'élèveraient à 4,7 milliards d'euros.

Le coût supplémentaire induit par la mise en place de la PAJE est estimé à **850 millions d'euros environ par an en 2007** (dont 450 millions d'euros pour l'allocation de base).

Le coût total des mesures en faveur des jeunes enfants devrait donc représenter 8,4 milliards d'euros par an en 2007.

c) Cumul avec l'allocation de parent isolé

Avant l'entrée en vigueur de la PAJE, l'allocation de parent isolé (API) était cumulable avec l'allocation pour jeune enfant courte (versée du quatrième mois de la grossesse jusqu'aux trois mois de l'enfant) et l'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée.

Le décret a reconduit ses règles de cumul : la prime à la naissance, l'allocation de base versée jusqu'aux trois mois de l'enfant et le complément de libre choix du mode de garde de la PAJE sont cumulables avec l'API.

Ces dispositions ont été appliquées rétroactivement depuis le 1^{er} janvier 2004.

4. L'objectif de dépenses de la branche famille fixé par le présent projet de loi de financement

L'article 27 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale fixe l'objectif de dépenses de la branche famille de l'ensemble des régimes obligatoires de base de plus de 20.000 cotisants à **46,2 milliards d'euros, soit 12,6 % du total des dépenses entrant dans le champ du présent projet de loi de financement.**

Cet objectif de dépenses progresse de 2,7 % par rapport à l'objectif 2004 révisé, qui s'établit à 45 milliards d'euros d'après les dispositions de l'article 31 du présent projet de loi de financement.

Il convient de rappeler que l'objectif de dépenses de la branche famille s'établissait à 45,5 milliards d'euros en loi de financement de la sécurité sociale pour 2004. Cet objectif a donc été révisé à la baisse de 1 %.

B. LES MESURES NOUVELLES CONTENUES DANS LE PRÉSENT PROJET DE LOI DE FINANCEMENT

1. L'allongement de la durée du congé de maternité postnatal en cas de naissance prématurée

A l'initiative de notre collègue député Marie-Françoise Clergeau, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour la famille, l'Assemblée nationale a adopté, contre l'avis du gouvernement, un **nouvel article 24 A** visant à allonger la durée du congé de maternité postnatal en cas de naissance prématurée.

Cet article vise en effet à compléter les dispositions de l'article L. 122-26 du code du travail afin de préciser qu'en cas de naissance prématurée avant la vingt-huitième semaine d'aménorrhée, la durée du congé de maternité postnatal est étendue de douze semaines ; avant la trente-troisième semaines, de huit semaines ; avant la trente-septième semaine, de quatre semaines.

Ainsi que l'a indiqué notre collègue député Marie-Françoise Clergeau, *« chaque année, en France, près de 45.000 naissances prématurées surviennent, nécessitant l'hospitalisation de l'enfant pour suppléer à l'inachèvement de son développement intra-utérin. Durant cette période d'hospitalisation, la présence de la mère est requise pour des raisons évidentes, tant psychologiques que médicales, en particulier pour la technique du peau à peau. Cette période, qui couvre les semaines de grossesse non menées à terme, correspond généralement à la durée d'un congé de maternité. Or, ce congé de maternité se trouve épuisé lorsque l'enfant sort de l'hôpital, obligeant la mère à s'en séparer immédiatement, à un stade de développement équivalent à une naissance à terme et nécessitant donc sa présence ».*

Mme Marie-Josée Roig, ministre de la famille et de l'enfance, a toutefois indiqué, lors de l'examen de cet article à l'Assemblée nationale, que le Sénat avait adopté, lors de la deuxième lecture du projet de loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, un nouvel article 1^{er septies} ayant le même objet.

En effet, l'article 1^{er septies} du projet de loi précité complète les dispositions de l'article L. 122-26 du code du travail afin de préciser que *« lorsque l'accouchement intervient plus de six semaines avant la date prévue pour l'accouchement et exige l'hospitalisation postnatale de l'enfant, la période de suspension du contrat de travail [dans le cadre du congé de maternité] est prolongée à due concurrence de la différence entre la date prévue de l'accouchement et la date réelle de l'accouchement, afin de permettre à la salariée de participer à la dispensation des soins auprès de son enfant, chaque fois que possible, et de bénéficier d'actions d'éducation à la santé préparant le retour à domicile ».*

En outre, la ministre de la famille et de l'enfance a précisé que *« le gouvernement souhaite privilégier une réflexion plus globale dans le cadre des travaux préparatoires à la Conférence de la famille de 2005. Un groupe de réflexion se penchera notamment sur les congés parentaux, tandis que les naissances prématurées feront l'objet d'une réflexion spécifique ».*

D'après les informations recueillies par votre rapporteur pour avis, le coût, en 2005, des dispositions de l'article 24 A du présent projet de loi de financement devrait être de l'ordre de 35 millions d'euros pour le régime général et de 5 millions d'euros pour les autres régimes, soit des dépenses supplémentaires de 40 millions d'euros au total.

Votre rapporteur pour avis estime que la cohérence entre les dispositions des différents projets de loi examinés par le Parlement doit être assurée. **C'est pourquoi il est favorable à la suppression de l'article 24 A précité afin de respecter l'antériorité du vote du Sénat sur cette question et en raison de l'insertion de cet article au sein de la section consacrée à la branche famille du présent projet de loi de financement alors même que le congé de maternité postnatal est pris en charge par la branche maladie.**

2. Le doublement du montant de la prime d'adoption

L'article 24 du présent projet de loi de financement vise à compléter les dispositions de l'article L. 531-2 du code de la sécurité sociale afin de majorer la prime versée à l'occasion de l'adoption d'un enfant.

Cette prime est l'une des composantes de la prestation d'accueil du jeune enfant, prestation versée sous conditions de ressources et attribuée au plus tard au deuxième mois après l'arrivée de l'enfant dans sa famille d'adoption.

D'après les informations recueillies par votre rapporteur pour avis, à compter du 1^{er} janvier 2005, le montant de la prime d'adoption sera porté de 812,37 euros (montant au 1^{er} janvier 2004) à 1.624,75 euros, dans le but de permettre une meilleure solvabilisation des frais supportés par les familles adoptives. Aujourd'hui, cette prime bénéficie à environ 1.500 familles sachant que ce nombre devrait être augmenté compte tenu du relèvement du plafond de ressources auquel il a été procédé dans le cadre de la mise en œuvre de la PAJE.

Le coût estimé de cette mesure pour 2005 s'élève à 2 millions d'euros.

3. La réforme du mode de financement de l'Union nationale des associations familiales

L'article 25 du présent projet de loi de financement a pour objet de réformer le financement de l'Union nationale des associations familiales (UNAF) créée par l'ordonnance du 3 mars 1945.

L'UNAF est une institution nationale, ayant le statut d'association loi 1901, reconnue d'utilité publique, chargée de promouvoir, défendre et représenter les intérêts de toutes les familles vivant sur le territoire français, quelles que soient leurs croyances ou leur appartenance politique.

Dans le droit existant, les actions institutionnelles de défense, promotion et représentation des intérêts des familles assurées par l'UNAF et les unions départementales des associations familiales (UDAF) membres de l'UNAF sont financées par un fonds spécial. Institué par la loi du 24 mai 1951, ce fonds est doté de 0,1 % du montant des allocations familiales versées annuellement par la CNAF. Le montant de cette subvention – appelée « fonds spécial » - s'est élevé à 23,3 millions d'euros en 2003, contre 24,8 millions d'euros en 2002.

L'UNAF utilise 30 % de cette subvention pour son fonctionnement et en reverse une partie aux mouvements nationaux agréés en qualité de membres actifs. En outre 66,15 % de cette dotation sont affectés aux UDAF qui elles-mêmes reversent une partie de cette somme aux associations adhérentes. Le solde est affecté aux unions régionales d'associations familiales, soit environ 3,85 %.

Toutefois, ce mode de financement comportait des inconvénients car il ne procurait pas de ressources stables à l'UNAF qui était tributaire du volume des prestations légales, ce qui a conduit notamment à la fin des années 1980 à un tassement sensible de ses ressources.

Dès lors, l'article 25 du présent projet de loi de financement, propose de créer un fonds spécial alimenté par un prorata du montant des prestations familiales versées par la CNAF et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole.

En outre, ce fonds comprendra **deux enveloppes** :

- la première, représentant 80 % du total, servira à financer les missions traditionnelles de l'UNAF et évoluera comme l'inflation ;
- la seconde permettra de financer des actions nouvelles liées à la politique familiale et fera l'objet d'une convention entre l'UNAF et le ministère de la famille. Son indexation sera plus dynamique car basée sur l'évolution des prestations légales.

Par ailleurs, pour éviter tout conflit, le texte liste les prestations comprises dans l'assiette du calcul du prélèvement au bénéfice de l'UNAF. Un mécanisme de lissage est également prévu en cas de création ou de suppression de prestations pour réduire les variations du financement de l'UNAF d'une année sur l'autre. Enfin, le texte prévoit que les modalités de versement du fonds spécial et sa répartition entre les unions d'associations familiales seront fixées par voie réglementaire.

Pour 2005, le montant de ce fonds spécial est fixé à 24,31 millions d'euros, dont 19,448 millions d'euros au titre de la première enveloppe et 4,862 millions d'euros au titre de la deuxième enveloppe.

4. Le transfert à la branche famille de la prise en charge des dépenses liées aux majorations de pensions pour enfants

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, entraînant des charges supplémentaires de l'ordre de 450 millions d'euros pour la branche famille à ce titre.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 a fixé la part prise en charge par la CNAF des dépenses relatives aux majorations de pension pour enfants relevant normalement du FSV à une fraction égale 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 a entraîné des dépenses supplémentaires de l'ordre de 536 millions d'euros pour la CNAF en 2003, soit un transfert total, pour la branche famille, de près de 1,9 milliard d'euros au titre des majorations de pensions pour enfants en 2003.

Enfin, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a fixé un taux de prise en charge identique à celui fixé pour l'année 2003, soit 60 %, ce qui a entraîné un transfert de l'ordre de 1,94 milliard d'euros à la branche famille.

b) Un transfert reconduit par le présent projet de loi de financement

L'article 26 du présent projet de loi de financement 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 2005, soit un taux de prise en charge identique à celui fixé pour l'année 2004, ce qui correspond à un transfert de 1,98 milliard d'euros au total, selon les prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2004.

Dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2002, la Cour des comptes estimait 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 que les prélèvements ainsi effectués aux dépens de la branche famille ont pour effet de neutraliser les excédents de la branche et souhaiterait que ces excédents pussent être 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.

Toutefois, il note que le taux de prise en charge fixé par le présent projet de loi de financement n'augmente pas par rapport à celui de l'année dernière et ne met donc pas en œuvre le taux initialement prévu par l'échéancier de 75 % en 2005, ce dont il faut se féliciter.

IV. LA BRANCHE VIEILLESSE : VERS UN DÉFICIT IMPORTANT

A. UNE BRANCHE DÉSORMAIS EN DÉFICIT

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 obligatoires.

1. Les objectifs de dépense de la branche

L'article 31 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, l'**objectif de dépenses révisé** de la branche vieillesse et veuvage de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de 20.000 cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres s'établit **pour 2004** à

146,8 milliards d'euros, contre 146,6 milliards d'euros prévus par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004.

Pour 2005, l'objectif de dépenses est fixé par l'article 30 du présent projet de loi à **156,7 milliards d'euros**, soit une hausse de 6,7 % par rapport à l'objectif révisé pour 2004. Cet objectif a été revu à la baisse par l'Assemblée nationale, sur proposition du gouvernement, afin de tenir compte de l'accord passé avec la CNAVTS concernant le versement de la soulte, dans le cadre de l'adossement au régime général du régime des industries électriques et gazières (IEG).

2. Les comptes de la branche : les effets de la mesure « départs anticipés »

a) La branche devient déficitaire en 2004

L'ensemble des prestations versées par les régimes de retraite de base s'élève à 138,5 milliards d'euros en 2003. Le régime général représente 47 % de ce total.

Le rythme d'augmentation des prestations irait croissant sur la période 2003-2005 (entre 3,4 % et 4,7 % par an) pour l'ensemble des régimes de base, même si les évolutions seraient assez différentes d'un régime à l'autre. S'agissant du régime général, l'accélération sensible des pensions s'expliquerait par la montée en charge des retraites anticipées (cf. *infra*).

En 2003, l'excédent de la CNAV est en diminution de 713 millions d'euros par rapport à celui de l'exercice 2002, pour s'établir à 946 millions d'euros, ce qui résulte d'une progression des charges plus vive que celle des dépenses.

La branche basculerait en déficit en 2004 : celui-ci atteindrait 71 millions d'euros, ce qui s'explique par une progression des charges de 4,2 %, contre 2,8 % pour les recettes.

La dégradation du solde de la branche vieillesse du régime général, amorcée en 2003, **s'accentuerait encore en 2005** : la commission des comptes de la sécurité sociale estime ainsi que le solde serait **négatif de 1,4 milliard d'euros en 2005**.

Le tableau suivant retrace l'évolution des charges et des produits de la CNAVTS :

Evolution des charges et des produits de la CNAVTS

(en millions d'euros)

CNAVTS	2002	2003	%	2004	%	2005	%
Charges nettes	68 052,8	71 490,7	5,1	74 594,5	4,3	78 200,9	4,8
Produits nets	69 711,8	72 436,5	3,9	74 523,9	2,9	76 787,6	3,0
Résultat	1 659,0	945,9		- 70,6		-1 413,3	

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2004

b) La montée en puissance des retraites anticipées dans le régime général

Même si l'évolution tendancielle des effectifs de retraités reste lente, la croissance des prestations s'accélère à partir de 2004, avec la montée en charge des mesures de la loi portant réforme des retraites¹, et particulièrement avec les départs anticipés à la retraite avant 60 ans, dont la montée en puissance se poursuivra en 2005. C'est ainsi que les prestations légales progresseraient de 5 % en 2004 et de 5,2 % en 2005, contre 3,8 % lors de l'exercice 2003.

Par ailleurs, la réforme des pensions de réversion, avec la baisse de l'âge minimum de perception, aura des effets financiers à partir de 2005. Enfin, la révision à la hausse des prévisions d'inflation accroît les charges de la branche par le biais des revalorisations.

L'estimation de l'impact de ces mesures pour l'année 2005 demeure fragile. En effet, la plupart de ces mesures, comme le relèvement de la durée de proratisation des pensions, montent en charge très progressivement. Certaines, comme la retraite anticipée pour les carrières longues, ne montent pas en charge linéairement. Enfin, les modifications de comportement que la réforme peut induire, comme la baisse de la décote ou l'instauration d'une surcote, concernent plutôt des assurés qui prendront leur retraite au cours des prochaines années.

La mesure ayant l'effet le plus important en 2004 et en 2005 est celle permettant aux personnes ayant effectué une carrière longue de partir à la retraite avant l'âge de 60 ans. **Le coût en est estimé à 630 millions d'euros en 2004, soit moins que ce qui avait été initialement envisagé, et pourrait atteindre 1,3 milliard d'euros en 2005.** Inversement, les économies résultant du relèvement de la durée de proratisation (calcul de la pension sur 152 trimestres pour les assurés de la génération 1944, sur 154 trimestres pour

¹ Loi n° 2003-775 du 21 août 2003.

ceux de la génération 1945) et du différé de départ en retraite pour les bénéficiaires de la surcote, sont évaluées à **250 millions d'euros en 2005**.

Vers une montée en puissance des départs anticipés

Les assurés qui estiment pouvoir bénéficier d'un départ anticipé doivent demander à leur caisse de retraite une attestation justifiant qu'ils remplissent bien les conditions d'ouverture du droit. Une fois l'attestation obtenue, ils peuvent déposer une demande de retraite, précisant la date de départ souhaitée.

On rappellera que la possibilité de départ anticipé est fonction de l'âge de début de carrière et des durées cotisées et validées, comme le rappelle le tableau suivant :

Les conditions de départ anticipé à la retraite

âge du début de carrière	âge de départ à la retraite	durée validée	dont durée cotisée
moins de 16 ans	56 ou 57 ans	42 ans	42 ans
moins de 16 ans	58 ans	42 ans	41 ans
moins de 17 ans	59 ans	42 ans	40 ans

Les premières attestations ont été délivrées par la CNAVTS dès 2003. Au 31 juillet 2004, les CRAM ont produit plus de 150.000 attestations (favorables ou non). On estime à près de 85 %, soit 130.000, les attestations autorisant un départ en retraite anticipée.

À cette même date, environ 82.000 demandes de retraite anticipée ont déjà été liquidées par la CNAV. Si l'on prolonge les tendances observées, 132.000 personnes au total devraient bénéficier de la mesure en 2004, soit 53 % des bénéficiaires potentiels.

En 2004, le nombre de bénéficiaires est plus faible que celui qui avait été anticipé initialement, pour deux raisons principales :

- la montée en charge est plus lente que prévu : une fois les attestations produites, les départs effectifs se répartissent sur plusieurs trimestres et les possibilités d'attribution d'une date de liquidation rétroactive sont limitées par la condition de cessation d'activité. En outre, certaines conventions collectives ont dû s'adapter à la nouvelle législation pour ouvrir le bénéfice de la prime de départ à la retraite avant 60 ans ;

- le taux de recours des personnes âgées de 59 ans en 2004 est particulièrement faible. Il semble que nombre de bénéficiaires potentiels aient renoncé à reconsidérer leur date de départ à la retraite pour l'anticiper de seulement quelques mois. Or, cette classe d'âge représente une forte proportion du potentiel éligible puisqu'il leur est plus aisé de réunir les conditions requises pour bénéficier de la retraite anticipée.

Etant désormais bien au fait du dispositif, l'ensemble des acteurs (bénéficiaires potentiels, entreprises...) devrait l'intégrer dans leurs décisions, contribuant par là-même à réduire le délai entre obtention de l'attestation et départ effectif. Compte tenu de ces éléments, les prévisions pour 2005 retiennent l'hypothèse d'un taux de recours de 75 % (soit 90.000 nouveaux départs), tel que prévu initialement en rythme de croisière.

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

c) Les perspectives du régime à plus long terme

On rappellera que la réforme des retraites devrait permettre de réduire d'environ un tiers le besoin de financement du régime général, ainsi que le montre le tableau suivant :

Impact de la réforme des retraites sur le solde du régime général à horizon 2020

(en millions d'euros)

Solde CNAV 2020 avant mesures	-15.500
Mesures d'économies et recettes supplémentaires	
Relèvement de la durée requise pour le taux plein et de la durée de proratisation entre 2008 et 2020	4.300
Relèvement de la durée de référence dite « de proratisation » des pension (152 trimestres en 2004, 154 en 2005, 156 en 2006, 158 en 2007)	1.800
Instauration d'une surcote	1.500
Ressources supplémentaires (0,2 point de cotisation)	900
Sous-total recettes	8.500
Mesures de justice – dépenses ou moindres recettes	
Allègement de la décote	- 1.400
Harmonisation pluri-pensionnés et mono-pensionnés	- 900
Retraites anticipées « longues carrières »	- 300
Garantie pour les faibles retraites	- 600
Autres mesures (réforme de la réversion et du veuvage, retraite anticipée « travailleurs handicapés »)	- 200
Sous-total dépenses	- 3.100
Solde CNAV 2020	- 10.400

Source : commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2003

La réforme des retraites devrait ainsi permettre de réduire d'un tiers le besoin de financement du régime général, mais ne permet pas à elle seules de le combler totalement.

C'est pourquoi le gouvernement a annoncé que le besoin de financement restant serait comblé par une nouvelle hausse des cotisations vieillesse à partir de 2008 et jusqu'en 2020. Celle-ci devrait être compensée à due concurrence par une baisse des cotisations chômage, qui serait rendue possible par la baisse du taux de chômage. Des rendez-vous réguliers ont été prévus, en 2008, 2012 et 2016. Ils permettront d'actualiser les prévisions et d'en tirer les conséquences, notamment en terme de financement.

Lors de son audition devant la commission des affaires sociales du Sénat, le 27 octobre 2004¹, Mme Danièle Karniewicz, présidente de la CNAVTS, a toutefois estimé certaine la perspective de difficultés financières jusqu'en 2020, quelles que soient les hypothèses retenues. A ce titre, elle a précisé que ses services avaient procédé à une actualisation des données prospectives réalisées pour le Conseil d'orientation des retraites (COR) en 2001, sur la base des deux paramètres d'évolution suivants : une progression

¹ *Se reporter au Bulletin des commissions des la semaine du 25 octobre.*

annuelle du salaire moyen de 1,6 % et une baisse progressive du taux de chômage de 9,9 % de la population active en 2004 à 4,5 % en 2020. Sur ces bases, **le déficit prévisionnel de la CNAVTS à cette date s'établirait à 8,9 milliards d'euros (valeur 2003) par an, ce qui devrait mécaniquement se traduire par une hausse des cotisations de 1,84 point. En l'absence de la loi portant réforme des retraites, ce déficit prévisionnel aurait atteint un niveau encore plus élevé – 14 milliards d'euros par an à cette même échéance – équivalant à un relèvement de 2,9 points de cotisations.**

d) L'extension de la possibilité de départ anticipé à la retraite pour les fonctionnaires affiliés à la CNRACL

La possibilité de départ anticipé à la retraite pour les fonctionnaires ayant commencé à travailler très jeunes n'avait pas été ouverte par la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites. Toutefois, le relevé de décisions du 15 mai 2003 avait prévu qu'un groupe de travail serait mis en place afin de cerner cette question.

Au terme de ces travaux, le ministre de la fonction publique a conduit, en juin 2004, une concertation avec les organisations syndicales représentatives de la fonction publique sur les modalités d'accès et de mise en œuvre de la mesure aux fonctionnaires de l'Etat, des collectivités locales et des hôpitaux.

L'article 29 du présent projet de loi, dont l'entrée en vigueur est fixée au 1^{er} janvier 2005, étend le dispositif de retraite anticipée aux fonctionnaires affiliés à la caisse de retraite des agents des fonctions publiques territoriale et hospitalière (CNRACL), tandis que l'article 73 du projet de loi de finances pour 2005 prévoit le même dispositif pour les fonctionnaires de l'Etat.

Les conditions requises pour partir à la retraite avant l'âge de 60 ans sont les suivantes :

**Les conditions de départ anticipé à la retraite
dans la fonction publique**

date d'ouverture du droit	âge du début de carrière	âge de départ à la retraite	durée validée	dont durée cotisée
1 ^{er} janvier 2008	moins de 16 ans	56 ou 57 ans	42 ans	42 ans
1 ^{er} juillet 2006	moins de 16 ans	58 ans	42 ans	41 ans
1 ^{er} janvier 2005	moins de 17 ans	59 ans	42 ans	40 ans

La montée en charge du dispositif est donc progressive jusqu'au 1^{er} janvier 2008, comme le sont la plupart des dispositions de la réforme des retraites applicables aux fonctionnaires.

Les conditions retenues sont identiques à celles retenues pour les salariés du privé, ce qui était nécessaire du point de vue de l'équité.

Ainsi, il est prévu de prendre en compte au titre de la durée cotisée, dans la limite respectivement de quatre trimestres et sans que le nombre de trimestres ayant donné lieu à cotisations ou réputés tels puisse excéder quatre trimestres au cours d'une même année civile, les périodes de service national et les périodes de congés maladie. De la même manière, il est tenu compte pour la durée validée de l'ensemble des bonifications et majorations à caractère familial.

Le coût de cette mesure devrait avoisiner 68 millions d'euros pour la CNRACL, et 70 millions d'euros pour la fonction publique de l'Etat.

e) Clarifier le droit applicable aux versements aux régimes de retraite supplémentaire

La loi précitée du 21 août 2003 portant réforme des retraites a institué une contribution¹ au Fonds de solidarité vieillesse (FSV) à laquelle sont soumis certains régimes de retraite supplémentaire dits à caractère aléatoire, c'est-à-dire que le salarié ne perçoit les sommes que s'il achève sa carrière dans l'entreprise. Ces régimes à caractère aléatoire s'opposent aux régimes dits à droits certains.

En contrepartie de la contribution sociale au FSV, les contributions à ces régimes à caractère aléatoire sont exonérées de charges sociales, de CSG et de CRDS.

Votre rapporteur pour avis vous proposera un amendement de clarification, sur un sujet qui a donné matière à contentieux, en étendant ce dispositif à l'ensemble des régimes de retraite supplémentaire non externalisés auprès d'organismes tiers (institutions de retraite, mutuelles, compagnies d'assurance), c'est-à-dire y compris aux régimes à droits certains.

En revanche, les contributions aux régimes externalisés à droits certains resteraient soumises aux cotisations sociales, à la CSG et à la CRDS, au-delà d'un seuil à fixer par voie réglementaire.

Ceci permettrait de garantir des ressources supplémentaires au fonds de solidarité vieillesse, alors que, dans la situation comparable à laquelle étaient soumis les régimes à caractère aléatoire avant la loi du 21 août 2003

¹ Lorsque le bénéficiaire a opté pour l'assujettissement des rentes, le taux de la contribution s'élève à 8 % pour la partie excédant un tiers du plafond de la sécurité sociale (soit 9.904 euros en 2004). Lorsque le bénéficiaire a opté pour l'assujettissement des primes ou des provisions, la contribution est prélevée au taux de 6 % (12 % à partir de 2009 pour les régimes non externalisés).

précitée, en pratique, l'assujettissement aux cotisations sociales était loin de s'appliquer à l'ensemble des entreprises en l'absence de contrôle.

B. LE FONDS DE SOLIDARITÉ VIEILLESSE (FSV)

1. Les missions du FSV

Créé par la loi n° 93-936 du 22 juillet 1993, le FSV a pour mission de « *prendre en charge les avantages d'assurance vieillesse à caractère non contributif relevant de la solidarité nationale* », ce qui correspond à quatre ensembles de dépenses de solidarité assumées par les régimes vieillesse :

- les allocations aux personnes âgées correspondant au minimum vieillesse,

- les majorations de pensions accordées en fonction du nombre d'enfants et pour conjoint à charge,

- la validation gratuite de périodes au titre de l'assurance vieillesse pour : les périodes de volontariat du service national, de chômage, de perception d'allocations de cessation anticipée du travail ou de perception de l'allocation de préparation à la retraite pour les anciens combattants d'Afrique du Nord ;

- depuis 2001, la prise en charge de cotisations de retraite complémentaire (AGIRC-ARRCO) au titre des périodes de préretraite et de chômage indemnisées par l'Etat, en application de la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002.

Les ressources du FSV

Les ressources du fonds ont connu des changements de périmètre importants entre 2000 et 2003, plusieurs recettes lui étant antérieurement affectées ayant notamment servi à assurer le financement du Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC), alors que de nouvelles dépenses étaient mises à sa charge. Ses recettes sont actuellement les suivantes :

- une fraction de CSG, au taux de 1,05 % ;
- 20 % du produit du prélèvement social de 2 % assis sur les revenus du patrimoine et des placements ;
- une partie du produit de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) ;
- une participation de la CNAF à la prise en charge des majorations de pensions pour enfants à charge, pour un montant égal à 60 % des sommes concernées ;
- les produits des opérations de placement que le fonds est habilité à pratiquer ;
- le produit de deux contributions créées par la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites : la contribution des employeurs sur les avantages de préretraite ou de cessation anticipée d'activité versée par les entreprises ou pour leur compte à d'anciens salariés du régime général et du régime agricole, après le 27 mai 2003 et la contribution sur les régimes de retraite à prestations définies qui conditionnent la constitution de droits à prestations à l'achèvement de la carrière dans l'entreprise et dont le financement n'est pas individualisé, à compter du 1er janvier 2004 ou de l'exercice 2004. Le rendement de ces deux mesures est estimé globalement par la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2003 à 100 millions d'euros pour 2004, mais les renseignements transmis à votre rapporteur pour avis font apparaître que le rendement est très faible, puisqu'il se situe autour de 4 millions d'euros au début du mois de novembre 2004.

Par ailleurs, il faut signaler que les fonds consignés au 31 décembre 2003 à la Caisse des dépôts et consignations au titre de la compensation démographique, soit 70 millions d'euros, sont venus abonder le FSV en 2004, conformément aux dispositions de la loi du 21 août 2003 précitée portant réforme des retraites.

2. Une situation financière préoccupante

Le tableau suivant retrace l'évolution du solde du FSV :

Variation des réserves du FSV de 2002 à 2005

(en millions d'euros)

	2002	2003	2004	2005
Solde du FSV	- 1 353,4	- 933,7	- 429,1	- 1 167,4
Solde cumulé du FSV (avant versement au FRR)	123,1	- 1 056,8	- 1 485,9	- 2 653,3
Versement au FRR				
Solde cumulé du FSV (après versement au FRR)	- 123,1	- 1 056,8	- 1 485,9	- 2 653,3

Source : communication des comptes de la sécurité sociale septembre 2004

Celui-ci montre que **la situation du FSV est préoccupante** : en effet, le déficit prévisionnel pour 2005 est très élevé, et le montant du déficit cumulé connaîtra un quasi doublement entre 2004 et 2005. Ceci pose à la fois un problème de traitement des flux et de traitement du stock du déficit.

Dans la situation actuelle, les recettes du FSV ne lui permettent en effet plus d'assumer ses missions dans de saines conditions financières. A cet égard, la solution de compromis retenue par le gouvernement et la CNAVTS dans le cadre du dossier de la soulte des IEG (cf. *infra*), qui entraîne notamment des charges supplémentaires d'environ 50 millions d'euros par an en moyenne, aggravera encore la situation de cet établissement. En outre se pose le problème du **stock de déficit**. A supposer que l'on parvienne à dégager des recettes supplémentaires au profit du FSV, 2,7 milliards d'euros de déficit devront encore être résorbés. Il faut toutefois préciser que la situation du FSV est dépendante de la situation économique, et en particulier de l'évolution du chômage.

Il faut souligner que la situation déficitaire du FSV rejaillit sur la CNAVTS, qui doit supporter les charges de trésorerie qu'impliquent les retards de paiement de la part du FSV.

C. LE FONDS DE RÉSERVE POUR LES RETRAITES (FRR) ET LE TRAITEMENT DE LA SOULTE DES INDUSTRIES ÉLECTRIQUES ET GAZIÈRES

Le Fonds de réserve pour les retraites (FRR) a été créé par la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999. Il a d'abord été géré par le FSV au sein d'une section comptable spécifique, avant que la loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001, portant diverses dispositions d'ordre social, ne le transforme, à compter du 1^{er} janvier 2002, en **établissement public de l'Etat à caractère administratif**. Toutefois, dans l'attente de la constitution effective du fonds, et conformément à la loi, le FSV a continué, de manière transitoire et pour le compte du fonds, à gérer et à recueillir les recettes du FRR jusqu'au 30 juin 2002. Dans ce cadre, le FSV avait été autorisé à placer les recettes du FRR sur un compte de dépôt rémunéré au Trésor¹.

La **mission « principale »** du FRR, ainsi que le précise le 1^o du II de l'article 28 du présent projet de loi pour tenir compte de la nouvelle compétence donnée au fonds s'agissant de la gestion de la soulte des industries électriques et gazières (IEG), consiste à **gérer les sommes qui lui sont affectées et mises en réserve jusqu'en 2020, pour permettre ensuite de lisser jusqu'en 2040 l'évolution des taux de cotisation aux régimes éligibles au fonds**, c'est-à-dire le régime général (CNAVTS), le régime des

¹ Ce compte avait fait l'objet d'une rémunération sur la base du taux moyen des bons du Trésor à taux fixe et intérêts précomptés (BTF trois mois) moins 0,05 %, émis au cours de la période.

salariés agricoles, financièrement intégré au régime général, le régime des artisans (CANCAVA) et le régime des industriels et commerçants (ORGANIC), en application des articles L. 222-1 et L. 621-3 du code de la sécurité sociale.

La direction du fonds est assurée par un directoire composé de trois membres, présidé par le directeur général de la Caisse des dépôts et consignations, et un conseil de surveillance composé de 20 membres. La gestion administrative du fonds est assurée par la Caisse des dépôts et consignations, sous l'autorité du directoire. La gestion financière est confiée par appel d'offres à des établissements financiers.

1. La situation actuelle du FRR

a) Des réserves qui devraient atteindre 19,1 milliards d'euros en cumulé fin 2004

Les recettes perçues en 2003 par le FRR se sont élevées à 3,7 milliards d'euros, provenant pour l'essentiel (84 %) du reversement de l'excédent de la CNAVTS enregistré en 2002 et de la part du produit du prélèvement social de 2 % sur les revenus du capital. Elles devraient être moindres en 2004, pour s'établir à 2,6 milliards d'euros, provenant pour l'essentiel du produit des placements financiers (plus de 500 millions d'euros, selon les prévisions), du prélèvement social de 2 % et du versement de l'excédent de la CNAVTS enregistré en 2003.

Les différentes catégories de 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 :

- **une fraction du solde du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés (C3S)** : aucun versement ne peut être effectué en 2004.

- **le versement de tout ou partie des excédents du FSV** : la situation du FSV en 2002, 2003 et 2004 interdit tout reversement au titre de ces exercices.

- **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. Elle a aussi été excédentaire en 2003. Le montant de son solde 2004 est encore incertain. Le résultat de son exercice 2005 sera négatif.

- **une fraction égale à 65 % du produit du prélèvement social de 2 %** portant sur les revenus du patrimoine et les produits de placement ;

- **les versements prévus au compte d'affectation spéciale « produits de cessions de titres, parts et droits de sociétés »** : le FRR n'a pour le moment bénéficié d'aucun versement au titre de son exercice 2004.

- **toute autre ressource affectée au FRR** : cet intitulé recouvre actuellement deux types de recettes :

* le reversement des réserves constituées par les excédents des exercices antérieurs au 1er janvier 2003 par le régime de retraite géré par la Caisse de Prévoyance sociale de Mayotte.

* des ressources secondaires, créées par la loi n° 2001-152 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.

- **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.

Les réserves accumulées par le FRR au 31 août 2004 s'élèvent à 16,7 milliards d'euros environ. Elles devraient s'élever à environ 19,1 milliards d'euros fin 2004, pour atteindre près de 20,9 milliards d'euros fin 2005, hors soultte des industries électriques et gazières, comme le montre le tableau suivant :

Evolution de la situation financière du FRR

(en millions d'euros)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
PRODUITS	306	2 865	3 863	5 838	3 715	2 628	1 808
CSSS	305						
Excédent FSV (N-1)			287				
Excédent CNAVTS (N-1)		767	484	1 518	1 659	946	
Prélèvement de 2 % sur les revenus du capital		890	972	1 116	1 116	1 182	1 208
Caisses d'épargne		718	718	718	433	0	0
Versement CDC		457					
UMTS			1 239	619			
Recettes des privatisation (ouverture du capital ASF, Crédit Lyonnais...)				1 600			
Contribution de 8,2 % (PPESV)				0			
Réserves de la Caisse de protection sociale de Mayotte					82		
Intérêts des placements	1	33	163	261	425	500	600
Produits sur cessions de titres			0	6			
CHARGES	0	3	22	4	13	51	51
Frais de gestion administrative		0	0	0	13	51	51
Fiscalité	0	3	16	0			
Charges sur cessions de titres			6	4			
Résultat net	306	2 862	3 841	5 834	3 702	2 577	1 757
Solde cumulé	306	3 168	7 009	12 843	16 545	19 122	20 879

Source : commission des comptes de la sécurité sociale - septembre 2004

Ce calcul tient compte du rendement attendu des actifs l'an prochain, avec un portefeuille investi en moyenne sur l'année à 60 %.

Du fait de la disparition de l'excédent de la CNAVTS, la hausse des réserves résulterait essentiellement du produit des placements financiers et de la part du produit du prélèvement social de 2 %. Les recettes nouvelles du fonds s'érodent ainsi de manière importante depuis 2002, ce qui donne des projections de réserves modestes à long terme.

b) Des projections qui, en l'absence de recettes nouvelles, restent modestes

Le FRR est censé accumuler 152 milliards d'euros à l'horizon 2020.

D'après les dernières informations transmises à votre rapporteur pour avis par le ministère de la santé et de la protection sociale, et sous réserve de l'actualisation de l'estimation du montant cumulé des ressources du fonds à horizon 2020 afin de tenir compte des changements prévisionnels en matière de croissance et de chômage, **les projections actuelles, à législation inchangée, donnent un montant de 90 milliards d'euros**, ce qui est bien en deçà de l'objectif qui avait été assigné au fonds.

Les projections dépendent toutefois des hypothèses d'abondement retenues. Sous l'hypothèse centrale d'un rendement réel des actifs de 4 % par an en moyenne, les simulations menées par le FRR conduisent aux résultats suivants :

- si le FRR devait être abondé, sur la période 2006-2020, d'un montant équivalent à sa seule ressource pérenne (soit 1,2 milliard d'euros 2005), alors le montant anticipé de ses réserves s'élèverait à 67 milliards d'euros 2005 en 2020 (soit 90 milliards d'euros, en valeur nominale, sous l'hypothèse d'une inflation à 2 %) ;

- si, à l'inverse, le FRR devait continuer à percevoir, sur la période 2006-2020, des transferts annuels équivalents aux montants observés en moyenne entre 2000 et 2004 (soit 4 milliards d'euros par an), alors ses réserves s'élèveraient à 123 milliards d'euros 2005 en 2020 (soit 165 milliards d'euros, en valeur nominale, sous l'hypothèse d'une inflation à 2 %).

On rappellera que, d'après les informations fournies l'an passé à notre collègue Adrien Gouteyron, alors rapporteur pour avis, par le président du conseil de surveillance du FRR, **des réserves de 150 milliards d'euros en 2020 permettraient de couvrir un cinquième des besoins des régimes actuellement éligibles au FRR entre 2020 et 2040.**

c) La modification de la procédure de certification des comptes introduite par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a, sur proposition de nos collègues députés Georges Colombier et Yves Bur, adopté un amendement modifiant la procédure de certification des comptes du FRR.

Dans le droit actuel, l'article L. 135-12 du code de la sécurité sociale dispose en effet que les commissaires aux comptes désignés par le conseil de surveillance « *certifient l'exactitude de l'inventaire de l'actif établi semestriellement par le directoire* ».

Les commissaires aux comptes du FRR ont mis en évidence les difficultés entraînées par la définition de cette mission. En effet, sur un portefeuille de cette ampleur, il n'est pas envisageable que les commissaires vérifient ligne à ligne l'exactitude de l'inventaire. En général, la mission de certification porte sur des comptes, et non sur un actif, et vise à donner une opinion sur ces comptes dans leur ensemble, en terme de régularité et de sincérité, et non d'exactitude.

C'est la raison pour laquelle l'Assemblée nationale a utilement proposé de redéfinir la mission des commissaires aux comptes, en la rapprochant des standards de la profession, ce que votre rapporteur pour avis approuve. Le texte adopté prévoit ainsi qu'ils certifient les comptes annuels et qu'ils émettent un rapport d'examen limité sur les comptes intermédiaires semestriels du fonds avant qu'ils soient soumis par le directoire au conseil de surveillance et qu'ils soient publiés.

2. La politique de placement du FRR

a) La situation actuelle

Depuis le 30 juin 2002, la gestion est assurée directement par l'établissement public lui-même, dont les instances dirigeantes ont progressivement été mises en place.

Dans l'attente de la mise en place effective de la délégation de gestion financière aux établissements financiers, qui nécessite la passation d'appels d'offres, les sommes ont toutefois continué à être collectées sur un compte de dépôt au Trésor, rémunéré dans les mêmes conditions que précédemment. La rémunération de ce compte a varié entre 2,75 % et 3,33 % au cours de l'année 2002. Elle a été d'environ 2 % en 2003 et 2004. Parallèlement, les réserves du fonds ont progressivement été transférées sur des comptes à terme (3 ou 6 mois) ouverts auprès de la Caisse des dépôts et consignations (7,6 milliards d'euros à compter du 1^{er} juillet 2003 et 5,5 milliards d'euros à compter du 2 novembre 2003).

Dans le cadre de la gestion financière déléguée, et à condition qu'il respecte les règles prudentielles définies à l'article R. 135-29 du code de la sécurité sociale, le FRR dispose d'une grande liberté de choix quant aux modalités d'investissement de ses ressources : celles-ci pourront être placées en actions, titres de créances, parts ou actions d'organismes de placement

collectifs et instruments financiers à terme. Il est cependant 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.

Lors de sa réunion du 2 avril 2003, le conseil de surveillance du FRR a adopté les orientations générales de la politique de placement du fonds. Selon ces orientations, 45 % des placements s'effectueront en obligations, dont 7 % à l'international et 55 % en actions (38 % en titres de la zone euro et 17 % en actions internationales). Le directoire du FRR conserve une marge de manoeuvre autour de cette allocation stratégique cible.

Le FRR a lancé, le 31 juillet 2003, un appel d'offres restreint de niveau communautaire en vue d'attribuer à des sociétés de gestion 39 mandats¹ portant sur 12 lots représentatifs de classes d'actifs et de style de gestion. La durée des mandats varie entre trois et cinq ans.

Compte tenu des délais qui ont été nécessaires pour la passation des appels d'offres, la délégation financière doit être progressivement mise en place à compter du second semestre 2004.

Les placements devraient ainsi atteindre 16 milliards d'euros d'ici la fin de l'année 2004. D'après les informations communiquées à votre rapporteur pour avis, 3 milliards d'euros avaient déjà été activés au 31 août 2004.

b) La possibilité de gestion financière directe ouverte par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a, sur proposition de notre collègue député Yves Bur, ouvert au FRR la possibilité de gérer les fonds en cas de défaillance d'un gestionnaire financier.

Le FRR peut en effet être conduit à retirer un mandat à un gestionnaire dans des délais brefs afin de préserver ses intérêts patrimoniaux, or il serait en l'état privé de tout moyen d'action dans l'attente des résultats d'un nouvel appel d'offres, qui représente des délais de plusieurs mois, pendant lesquels les produits financiers potentiels du placement des sommes en cause sont perdus.

C'est la raison pour laquelle l'Assemblée nationale a opportunément prévu que le FRR puisse être autorisé à effectuer une gestion financière directe sans recourir à des mandats de gestion dans des cas exceptionnels, à titre temporaire, pour préserver la sécurité des actifs détenus par le fonds. Les

¹ Il s'agit en fait de 27 mandats de gestion, auxquels s'ajoutent 12 mandats stand-by, qui sont des mandats que le FRR se réserve la possibilité d'abonder en tant que de besoin, notamment par souci de dispersion des risques ou d'indisponibilité d'un ou plusieurs mandats du même lot.

conditions d'application de cette possibilité, qui demeure restreinte, seront fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de l'économie et de la sécurité sociale.

3. La soule des industries électriques et gazières (IEG) : une nouvelle mission pour le FRR

L'article 28 du présent projet de loi modifie certaines dispositions de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières¹, en précisant notamment les modalités de l'adossement du régime des IEG à la CNAVTS.

Le régime des IEG et la loi du 9 août 2004

Depuis la nationalisation de l'électricité et du gaz par la loi du 8 avril 1946, créant deux établissements publics à caractère industriel et commercial (EDF et GDF), le personnel, actif ou pensionné, des industries électriques et gazières relève du Code de la sécurité sociale pour les risques maladie (soins), accidents du travail et prestations familiales légales, ces dernières faisant l'objet d'un régime spécifique au titre de l'article 26 de l'ordonnance de 1967.

Les prestations de base en nature des assurances maladie et maternité sont celles du Régime général, mais sont versées dans la plupart des cas par les caisses mutuelles complémentaires et d'action sociale qui jouent auprès des caisses primaires du Régime général le rôle de sections locales ou de correspondants locaux. Elles sont décrites dans une sous-section comptable spécifique (MB2) des comptes du Fonds national d'assurance maladie tenus par la CNAM.

Pour les autres prestations des risques maladie et maternité (indemnités journalières et assurance complémentaire), le personnel relève d'un régime statutaire approuvé par décret du 22 juin 1946 dont les comptes sont retracés ici.

Les risques vieillesse, invalidité, décès sont gérés dans le cadre du régime spécial des IEG. Les prestations correspondantes sont les seules prestations en espèces pour lesquelles le statut prévoit une cotisation des agents.

Ce régime spécial est entièrement financé par l'employeur et les assurés. Le taux de cotisation des assurés est de 7,85 % depuis le 1^{er} février 1991. Il porte sur le traitement indiciaire et une partie des primes. L'employeur assure l'équilibre de la branche par une contribution. Jusqu'en 2001, elle était retracée en cotisation fictive. Depuis 2002, elle est comptabilisée en cotisation patronale.

La loi relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières qui entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2005 comporte un volet retraite qui crée une caisse nationale des industries électriques et gazières, dotée de la personnalité morale et de l'autonomie financière, chargée de reprendre les risques gérés actuellement par le service IEG pensions.

¹ Sur ce point, se reporter au rapport pour avis n° 400 (2003-2004) de notre collègue Philippe Marini, rapporteur général.

Elle comporte plusieurs dispositions relatives au régime des pensions des industries électriques et gazières et prévoit notamment un adossement financier du régime des IEG au régime général (CNAV) et aux régimes complémentaires (ARRCO-AGIRC). Cet adossement se traduit par le versement, par la caisse nationale des IEG, de cotisations à la CNAV et aux régimes complémentaires. En contrepartie, le régime des IEG bénéficie d'une prise en charge partielle de ses prestations par le régime général et les régimes complémentaires. Ces transferts financiers sont complétés par le versement d'une soulte, dont la fonction est d'assurer la neutralité de cet adossement pour le régime général et les régimes complémentaires.

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

a) Le compromis trouvé par le gouvernement

L'article 28 du présent projet de loi, tel qu'adopté par l'Assemblée nationale, tient compte du compromis trouvé par le gouvernement avec la CNAVTS au sujet de l'adossement du régime des IEG au régime général, qui repose sur les paramètres suivants, ainsi que l'a indiqué Mme Danièle Karniewicz lors de son audition devant la commission des affaires sociales du Sénat le 27 octobre 2004 : une durée de projection de 25 ans, un taux d'actualisation de 2,50 %, la fixation du salaire de base pour le calcul de la pension des retraites à 100 % du plafond de la sécurité sociale pour 2004 et l'exclusion des prestations familiales, lesquelles seront finalement prises en charge par le Fonds de solidarité vieillesse (FSV).

Mme Karniewicz avait insisté sur la nature particulière du compromis conclu au titre du salaire de base : le niveau correspondant à 100 % du plafond de la sécurité sociale semblait initialement incompatible avec les exigences de la CNAVTS, d'une part, en raison de l'écart entre ce taux et le fait que le salaire moyen des actifs des IEG s'établit à 95,6 % du plafond de la sécurité sociale, d'autre part, parce que la valeur retenue pour les assurés sociaux du régime général correspond actuellement à 88 % de ce plafond et devrait, à terme, être ramenée à 85 %. **Seul l'engagement des IEG de prendre en charge la différence entre 95,6 % et 100 % du plafond de la sécurité sociale a rendu possible l'accord.**

Au total, la soulte des IEG correspondra à un « droit d'entrée » de 7,7 milliards d'euros, auxquels s'ajoutera 1,3 milliard d'euros de prestations familiales remboursées à la CNAVTS par le FSV, soit 9 milliards d'euros. Il faut toutefois préciser que ces données ne figurent pas dans le présent projet de loi.

Le versement de la soulte sera étalé dans le temps et payé de la façon suivante¹ :

¹ *S'agissant du déficit public au sens de Maastricht, on rappellera que cette soulte représente une amélioration de 0,4 point de PIB, le déficit public passant ainsi globalement de 3,6 % du PIB en 2004 à 2,9 % du PIB en 2005.*

- un versement initial de 40 % de la soulte, soit 3,08 milliards d'euros en valeur 2005, sera confié au FRR, pour être placé jusqu'en 2020 ; en 2020, la CNAVTS recouvrera son capital de 3,1 milliards d'euros, majoré des intérêts capitalisés depuis 2005 ;

- le solde de 4,62 milliards d'euros sera versé de façon échelonnée par la caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG) à la CNAVTS pendant 20 ans, de 2005 à 2024.

Le 2° du I de l'article 28 du présent projet de loi précise que « *les versements directs à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés sont **garantis par l'Etat** dans des conditions définies en loi de finances* ». **Votre rapporteur pour avis souhaite obtenir des précisions sur ce point.**

Le versement de 3,1 milliards d'euros bloqué au FRR ne pouvant être utilisé qu'à partir de 2020, les versements de la CNIEG, répartis sur 20 ans, ne compenseront pas totalement, dans un premier temps, le surcoût annuel des charges liées à l'adossement. En effet, d'après les informations communiquées par Mme Danièle Karniewicz, **dès 2005, ces versements seraient inférieurs de 48 millions d'euros aux besoins, puis l'écart s'accroîtrait pour atteindre 150 millions d'euros en 2019. Ces déséquilibres ne seront toutefois que transitoires, puisqu'ils seront compensés lors de la restitution de la quote-part de 3,08 milliards d'euros, augmentée des intérêts capitalisés résultant de son placement sur la période.**

On rappellera que, s'agissant des modalités de calcul de la soulte, il a été fait recours à la méthode dite « prospective », consistant à projeter dans l'avenir les données financières, économiques et démographiques du régime adossé et celles du régime d'accueil, afin de prévenir une dégradation exogène des équilibres de ce dernier.

b) Les conséquences pour le Fonds de réserve pour les retraites

Le 2° du II de l'article 28 du présent projet de loi prévoit que le Fonds de réserve pour les retraites assure la gestion d'une partie de la contribution exceptionnelle, forfaitaire et libératoire due à la CNAVTS, conformément à l'accord trouvé entre celle-ci et le gouvernement.

Alors que le texte initial du présent projet de loi prévoyait que la gestion de cette soulte interviendrait dans le cadre d'une deuxième section *ad hoc*, le texte adopté par l'Assemblée nationale revient sur cette idée, mais précise que les conditions et les résultats de la gestion de cette partie de la contribution sont retracés chaque année dans l'annexe des comptes du fonds. Il prévoit en outre que cette partie de la contribution et ses produits financiers, nets des frais engagés par le fonds, sont rétrocédés à la CNAVTS à compter de

2020, dans des conditions fixées par la convention entre la CNAVTS et le FRR.

Cette évolution du dispositif de gestion de la soulte au sein du FRR apparaît tout à fait pertinente, dans la mesure où elle favorise l'efficacité de la gestion, alors que la séparation comptable et financière de la gestion de la soulte des autres réserves du fonds aurait été source de complication. La garantie de transparence sur cette gestion étant par ailleurs donnée grâce aux données qui figureront dans l'annexe des comptes du fonds, votre rapporteur pour avis approuve ce mécanisme.

c) La revalorisation du barème de la contribution tarifaire sur les prestations d'acheminement de gaz naturel et d'électricité

Le VI de l'article 28 du présent projet de loi modifie les barèmes de la contribution tarifaire sur les prestations d'acheminement de gaz naturel et d'électricité, fixés par le V de l'article 18 de la loi du 9 août 2004 précitée relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières.

L'exposé des motifs du présent projet de loi explique en effet que les taux actuellement prévus pour cette contribution affectée à la CNIEG « *ne lui permettent pas de financer l'intégralité des charges qu'elle est censée couvrir* ». Cette situation découle du fait que l'assiette de la contribution n'était pas connue lors du vote de la loi précitée du 9 août 2004 et de la nouvelle définition des tarifs d'acheminement par la commission de régulation de l'énergie.

L'article 28 du présent projet de loi propose donc de modifier les fourchettes de taux de la manière suivante :

Evolution proposée des taux de la contribution tarifaire sur les prestations d'acheminement

fourchette de taux prévue	consommateurs raccordés au réseau public de transport d'électricité	consommateurs raccordés aux réseaux publics de distribution d'électricité	utilisation des réseaux de transport de gaz naturel	utilisation des réseaux publics de distribution de gaz naturel
loi du 9 août 2004	entre 1 % et 10 %	entre 10 % et 20 %	entre 1 % et 10 %	entre 10 % et 20 %
PLFSS pour 2005	entre 10 % et 20 %	entre 20 % et 30 %	entre 10 % et 20 %	entre 15 % et 25 %

EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le mercredi 10 novembre 2004, sous la présidence de M. Jean Arthuis, président, la commission a procédé à l'examen du projet de loi n° 53 (2004-2005) adopté par l'Assemblée nationale, de financement de la sécurité sociale pour 2005, sur le rapport de M. Jean-Jacques Jegou, rapporteur pour avis

M. Jean-Jacques Jegou, rapporteur pour avis, a indiqué dans un premier temps que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 avait été présenté par le gouvernement comme un texte d'ampleur limitée car faisant suite aux votes de trois réformes sociales majeures : la réforme des retraites, la réforme de l'assurance maladie, la réforme du financement de la solidarité nationale pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

Il a également rappelé que le contexte était celui d'une dégradation financière sans précédent des comptes de la sécurité sociale en 2004. Il a ainsi précisé que le régime général connaîtrait en 2004 son déficit le plus élevé jamais atteint après trois années de dégradation exponentielle dans la mesure où son solde financier était passé d'un excédent de 1,2 milliard d'euros en 2001 à un déficit de 14 milliards d'euros en 2004, soit une détérioration moyenne de 5 milliards d'euros par an sur la période. En outre, il a fait observer que si l'on excluait le versement reçu par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) au titre de la dette du FOREC (1,1 milliard d'euros en 2004), le résultat courant du régime général représentait un déficit de 15,1 milliards d'euros en 2004.

Il a constaté que ce déficit était quasi exclusivement concentré sur la branche maladie du régime général, même si, pour la première fois depuis dix ans, toutes les branches seraient déficitaires en 2004. De plus, il a souligné la situation particulièrement dégradée du régime de protection sociale agricole, qui devrait connaître un besoin de financement de l'ordre de 900 millions d'euros en 2004 et de 1,5 milliard d'euros en 2005. A cet égard, il a rappelé qu'à compter du 1er janvier 2005, le nouveau Fonds de financement des prestations des non salariés agricoles (FFIPSA), établissement public administratif, reprendrait les attributions du budget annexe des prestations sociales agricoles (BAPSA).

Au demeurant, il a indiqué que le plafond d'avances de trésorerie de ce régime serait relevé de manière importante en 2005, puisqu'il passerait de 4,1 à 6,2 milliards d'euros, ce qui impliquerait une capacité d'emprunt plus importante du FFIPSA. Il a souligné, qu'au contraire, le plafond d'avances de trésorerie du régime général serait ramené de 33 milliards d'euros à 13 milliards d'euros.

Il a ensuite expliqué que cette dégradation des comptes sociaux avait eu des conséquences inéluctables en termes d'évolution des prélèvements sociaux. Il a observé que les prélèvements sociaux constituaient une part croissante du PIB : 20,5 % en 1997 et 21,8 % en 2003. Il a précisé que cette part devrait s'établir en 2004 à 20,5 %, en raison notamment de mesures de changement de périmètre, liées à la disparition du FOREC, et à 20,6 % en 2005. Enfin, il a constaté que les administrations de sécurité sociale captaient, aujourd'hui, près de la moitié de l'ensemble des prélèvements obligatoires.

Puis, **M. Jean-Jacques Jegou, rapporteur pour avis**, a considéré que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 se proposait de relever le défi de l'amélioration des comptes sociaux et s'inscrivait dans le droit fil des réformes sociales déjà mises en œuvre. Il s'est toutefois interrogé sur la capacité de ces réformes à assurer la soutenabilité à moyen terme des finances sociales.

S'agissant des mesures de recettes contenues dans ce projet de loi de financement de la sécurité sociale, il a souhaité retenir deux éléments.

D'une part, il a indiqué que les mutuelles et les institutions de prévoyance seraient placées sur un pied d'égalité avec les institutions financières au regard de l'assujettissement à la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés (C3S), alors que l'assujettissement à cette contribution variait jusqu'à présent en fonction de la forme juridique de l'organisme concerné. Il a rappelé que le produit total de la C3S se montait à 3,33 milliards d'euros en 2004.

D'autre part, il a précisé qu'un nouvel article introduit par l'Assemblée nationale prévoyait une mesure de coordination avec le projet de loi de finances pour 2005, qui fixait la répartition du produit du droit de consommation sur les tabacs. Il a indiqué que la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) devrait ainsi, conformément aux dispositions de la loi relative à l'assurance maladie, voir le produit qui lui était affecté majoré. Il a relevé qu'elle recevrait 32,5 % du produit du droit de consommation sur les tabacs, soit 3,07 milliards d'euros, cette évolution se faisant au détriment de la part affectée à l'Etat. A cet égard, il a souligné que le produit total du droit de consommation sur les tabacs avait progressé moins que prévu en 2004, puisqu'il devrait s'élever à 9,25 milliards d'euros, alors que 10 milliards d'euros étaient attendus. Par ailleurs, il a fait valoir que la part affectée à la CNAMTS avait été majorée de 90 millions d'euros pour compenser partiellement le transfert, prévu par l'article 77 du projet de loi de finances pour 2005, du produit de la contribution sur les boissons alcooliques de plus de 25° au Fonds de financement de la CMU.

S'agissant des objectifs de dépenses fixés par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, **M. Jean-Jacques Jegou, rapporteur pour avis**, a indiqué qu'ils s'établissaient à 361,7 milliards

d'euros, en augmentation de 4,2 % par rapport aux objectifs révisés pour 2004. Il a déclaré que l'évolution de l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité, décès apparaissait particulièrement optimiste car une grande incertitude pesait aujourd'hui sur le rendement des mesures de maîtrise médicalisée contenue dans la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Puis, il a présenté la situation de chacune des branches de la sécurité sociale.

Dans un premier temps, il a indiqué que, d'après les prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale, la branche maladie serait déficitaire en 2004 de 13,2 milliards d'euros et s'améliorerait en 2005, pour atteindre 8 milliards d'euros.

Il a précisé que cette branche avait été en constant déficit depuis le début des années 1990 et que la dégradation du solde de l'assurance maladie s'était accélérée depuis la fin de cette décennie, puisque le déficit s'était creusé de près de 4 milliards d'euros chaque année depuis 2002 pour atteindre un record historique en 2004.

Il a constaté que, même au plus fort de la croissance économique, l'assurance maladie n'avait jamais renoué avec un solde positif et a donc estimé que le niveau de déficit de l'assurance maladie interdisait tout retour spontané à l'équilibre. Il a précisé que la branche maladie était confrontée, avant tout, à une crise de dépenses, liée notamment au comportement des différents acteurs, à l'allongement de la durée de vie de la population et au progrès technique, qui entraînaient une accélération particulièrement vive du rythme de progression de l'ONDAM. Il a souligné que cette crise de dépenses était, en outre, aggravée par le ralentissement de la conjoncture économique, qui avait rendu moins dynamique l'assiette des cotisations sociale, créant par là même un effet de ciseau entre recettes et dépenses.

Puis, **M. Jean-Jacques Jegou, rapporteur pour avis**, a rappelé qu'à part en 1997, seule année où il avait été respecté, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) voté par le Parlement avait été systématiquement dépassé. Il a précisé que les dépenses entrant dans le champ de cet objectif avaient augmenté en moyenne entre 1997 et 2002 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. Il s'est inquiété de ce que le dépassement se soit accéléré en fin de période, essentiellement sous l'effet d'une croissance des dépenses de soins de ville très supérieure aux objectifs fixés et de mesures conjoncturelles touchant aussi bien les dépenses ambulatoires, telles les revalorisations d'honoraires, que les établissements de santé, avec la mise en œuvre de la RTT dans les hôpitaux. Il a toutefois précisé que ces mesures conjoncturelles devraient épuiser leurs effets à compter de

2005. Enfin, il a souhaité souligner un point encourageant en 2003 et 2004 : la décélération du rythme de progression des dépenses d'assurance maladie.

Puis, il a relevé que le gouvernement avait choisi de fixer la progression de l'ONDAM pour 2005 à + 3,2 % par rapport à l'ONDAM pour 2004 rebasé. Il a indiqué que cette prévision lui paraissait très optimiste, voire irréaliste, dans la mesure où elle se basait sur les projections réalisées par le ministère de la santé s'agissant du rendement financier des mesures d'économies contenues dans la réforme de l'assurance maladie, en contradiction avec les prévisions réalisées par le ministère de l'économie, des finances et de l'industrie. En effet, il a observé que les deux ministères avaient une évaluation divergente de l'impact financier de ces mesures d'économies sur le solde de l'assurance maladie en 2005, de l'ordre de 2,1 milliards d'euros.

Il a jugé nécessaire de souligner qu'une grande incertitude pesait sur le rendement des mesures de maîtrise médicalisée mises en œuvre par la loi du 13 août 2004, dont la réussite supposait des efforts importants de tous les acteurs et un changement des comportements dont les effets devraient s'apprécier sur le long terme.

Il a ensuite relevé que les mesures nouvelles contenues dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 s'agissant de la branche maladie étaient d'ampleur limitée. Il a précisé qu'elles visaient notamment à permettre l'application de la réforme portant tarification à l'activité dans tous les établissements de santé, mise en place par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004.

Il a rappelé que la tarification à l'activité était un mode de financement des établissements de santé, publics et privés, visant à fonder l'allocation de leurs ressources sur la nature et le volume de leur activité réalisée, mesurée pour l'essentiel sur la base des données du programme de médicalisation des systèmes d'information. Il a jugé que l'instauration de ce nouveau mode de financement représentait un facteur de modernisation décisif des établissements. Il a précisé que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 ne prévoyait que des mesures « correctrices » des dispositions votées l'année dernière.

S'agissant de la branche accidents du travail et maladies professionnelles, il a indiqué qu'elle connaîtrait un déficit important de 704 millions d'euros en 2005, après un déficit de 505 millions d'euros en 2004. A cet égard, il a précisé que le poids des contributions aux fonds « amiante » – fonds de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante (FCAATA) et fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) – se faisaient toujours plus lourdes, puisqu'elles progresseraient de 200 millions d'euros en 2005, pour s'établir à 800 millions d'euros.

Puis, il a souhaité insister sur deux éléments.

D'une part, il a précisé que la situation du FIVA n'était pas totalement assurée en 2005, puisqu'il devrait lui manquer environ 75 millions d'euros pour faire face à ses dépenses, d'après les derniers chiffres qui lui avaient été communiqués. Il a indiqué qu'une ouverture de crédits pourrait intervenir en loi de finances rectificative, mais qu'il n'avait pas, à ce stade, d'éléments d'information supplémentaires.

D'autre part, il a constaté que l'équilibre du FCAATA serait atteint grâce à l'institution d'une contribution à la charge des entreprises, due à raison de l'admission d'un salarié ou d'un ancien salarié au bénéfice de l'allocation de cessation anticipée versée par le FCAATA. Il a précisé que cette contribution, qui visait notamment à responsabiliser les entreprises, devrait rapporter 120 millions d'euros en 2005.

S'agissant de la branche famille, il a d'abord rappelé que depuis 1999, ses comptes avaient été en excédent. Il a précisé que cet excédent s'élevait à 1 milliard d'euros en 2002, et à 400 millions d'euros en 2003. Toutefois, il a observé que la branche famille devrait être déficitaire de près de 200 millions d'euros en 2004 et retrouver un équilibre précaire en 2005.

Il a rappelé que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 avait créé la prestation d'accueil du jeune enfant dans un but de simplification, dont le coût devrait être élevé puisqu'elle devrait se traduire par une dépense nouvelle de 140 millions d'euros pour la branche famille en 2004 et d'environ 850 millions d'euros par an en 2007.

Il a reconnu que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 était assez « pauvre » s'agissant des mesures en faveur de la branche famille et cité le doublement de la prime d'adoption et la réforme du mode de financement de l'Union nationale des associations familiales (UNAF) comme les principales dispositions de ce projet de loi de financement.

Enfin, s'agissant de la branche vieillesse, il a indiqué qu'elle connaîtrait un déficit en 2004, à hauteur de 70 millions d'euros, et de 1,4 milliard d'euros en 2005. Il a précisé que la montée en puissance des retraites anticipées dans le régime général devrait se poursuivre et qu'elles représentaient un coût de 630 millions d'euros en 2004 et de 1,3 milliard d'euros en 2005.

Il a observé que cette mesure de départ anticipée à la retraite serait progressivement étendue aux fonctionnaires, selon les mêmes modalités que celles retenues pour le régime général par les dispositions de l'article 29 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 et celles de l'article 73 du projet de loi de finances pour 2005. Il a précisé que cette mesure devrait représenter en 2005 une charge nouvelle de 68 millions d'euros

pour la caisse de retraite des fonctions publiques territoriale et hospitalière et de 70 millions d'euros pour l'Etat.

Puis, **M. Jean-Jacques Jegou, rapporteur pour avis**, a souhaité insister sur la situation difficile que connaîtrait le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) en 2005, avec un déficit de près de 1,2 milliard d'euros en 2005, après 429 millions d'euros en 2004. Il a précisé que son déficit cumulé devrait atteindre près de 2,7 milliards d'euros en 2005, ce qui était très préoccupant et posait à la fois un problème de flux et un problème de stock. En outre, il a relevé que le dispositif de compromis retenu sur la soulte des industries électriques et gazières (IEG) contribuerait à accroître ses difficultés.

A cet égard, il a indiqué que l'article 28 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, tel qu'adopté par l'Assemblée nationale, tenait compte du compromis trouvé par le gouvernement avec la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) au sujet de l'adossement du régime des IEG au régime général.

Il a précisé que la soulte des IEG correspondrait à un « droit d'entrée » de 7,7 milliards d'euros, auxquels s'ajouterait 1,3 milliard d'euros de prestations familiales remboursées à la CNAVTS par le FSV, soit 9 milliards d'euros. Il a toutefois relevé que ces données ne figuraient pas dans les dispositions du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

En outre, il a observé que le versement de la soulte serait étalé dans le temps avec, d'une part, un versement initial de 40 % de la soulte, soit 3,08 milliards d'euros en valeur 2005, et confié au FRR, pour être placé jusqu'en 2020, d'autre part, un recouvrement par la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, en 2020, de son capital de 3,08 milliards d'euros, majoré des intérêts capitalisés depuis 2005. En outre, il a précisé que le solde de 4,62 milliards d'euros serait versé de façon échelonnée par la caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG) à la caisse nationale d'assurance vieillesse pendant 20 ans, de 2005 à 2024.

Par ailleurs, il a indiqué que l'article 28 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 précisait que les versements directs à la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés seraient garantis par l'Etat dans des conditions définies en loi de finances et a déclaré qu'il souhaitait obtenir des précisions sur ce point lors de la discussion en séance publique. Il a également noté que cet article procédait à un ajustement des taux de la contribution tarifaire sur les prestations d'acheminement de gaz naturel et d'électricité.

Enfin, il a précisé que le Fonds de réserve pour les retraites (FRR) assurerait la gestion d'une partie de la soulte dans les mêmes conditions que celles applicables aux autres actifs, sans que qu'elle soit retracée dans une

section ad hoc, mais que les résultats de la gestion de cette partie de la contribution seraient retracés chaque année dans l'annexe des comptes du fonds, ce qui paraissait pertinent, dans la mesure où ce dispositif favorisait l'efficacité de la gestion, alors que la séparation comptable et financière de la gestion de la soule des autres réserves du fonds aurait été source de complication. Quant aux autres réserves du FRR, il a indiqué qu'elles devraient s'élever à 20,9 milliards d'euros fin 2005.

M. Jean-Jacques Jegou, rapporteur pour avis, a alors fait part, à titre personnel, des réserves que lui inspirait ce projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Puis un large débat s'est instauré.

M. Jean Arthuis, président, a remercié le rapporteur pour avis pour sa présentation et a relevé que les mesures proposées par le projet de loi de financement de la sécurité sociale ne répondaient pas tout à fait aux enjeux. Il a souligné la nécessité de s'interroger sur le financement de la protection sociale par les cotisations sociales et a estimé que la discussion de ce projet permettrait, utilement, d'approfondir de nombreux aspects liés à l'évolution des régimes sociaux.

M. Philippe Marini, rapporteur général, a souhaité que le rapporteur pour avis soit aussi direct en séance qu'il l'avait été en commission et a indiqué que les lois de financement de la sécurité sociale constituaient un modèle hybride, qui avait, certes, marqué un progrès en 1996, mais qui avait aujourd'hui montré ses limites. Puis, évoquant notamment le « modèle danois », il a estimé qu'il fallait s'interroger sur la budgétisation des prélèvements alimentant les régimes sociaux. Il a rappelé que le projet de loi de financement de la sécurité sociale ne fixait que des objectifs de dépenses, et a déploré que ces normes d'évolution soient régulièrement dépassées.

M. Maurice Blin a remercié le rapporteur pour avis pour la clarté et la rudesse de son propos. Il a relevé la différence entre le taux de croissance du PIB et le taux de croissance des dépenses sociales sur le long terme. Puis il a remarqué que la dérive des dépenses de santé était générale et s'est interrogé sur la capacité de la société française à l'enrayer, soulignant que la santé était de plus en plus perçue comme un droit de la personne humaine. Il a également mis en évidence l'importance du comportement des usagers, et notamment s'agissant de la consommation de médicaments.

Mme Fabienne Keller a remercié le rapporteur pour avis pour sa présentation et estimé que les conséquences de l'allongement de la durée de la vie n'avaient pas encore été totalement prises en considération. Elle a souligné la nécessité d'améliorer le fonctionnement de la chaîne de soins apportée aux personnes âgées. Puis elle a souhaité obtenir des précisions sur le « plan hôpital 2007 » qui avait permis de relancer l'investissement dans les hôpitaux.

M. Jean Arthuis, président, a mis en évidence les carences du système d'information entre les établissements hospitaliers, qui constituaient une source de gâchis.

Mme Marie-France Beaufls, après avoir indiqué qu'elle ne commenterait pas l'ensemble du débat sur le financement de la sécurité sociale, a relevé que l'importance des dépenses de santé devait être reliée à la faible place accordée à la prévention.

M. Serge Dassault a souhaité obtenir des précisions chiffrées sur le déficit de la sécurité sociale et le montant des différents postes de dépenses.

M. Jean-Jacques Jegou, rapporteur pour avis, a indiqué que le déficit du régime général s'établirait à 10,1 milliards d'euros en 2005, après 14 milliards d'euros en 2004, et a précisé qu'il provenait essentiellement de la branche maladie.

Il a noté que le déficit de l'ensemble des régimes de base d'assurance maladie devrait atteindre 10,8 milliards d'euros en 2005. Il a relevé que le plafond d'avances de trésorerie du régime général serait fixé à 13 milliards d'euros en 2005, après un record historique de 33 milliards d'euros en 2004.

Il a ensuite indiqué que le coût des soins prodigués dans les dix dernières années de la vie était particulièrement élevé et que l'allongement de la durée de la vie était un facteur de croissance structurelle des dépenses de santé.

Il a relevé que les revalorisations d'honoraires avaient constitué un facteur conjoncturel d'augmentation des dépenses d'assurance maladie et a, par ailleurs, estimé que l'on ne mettait pas assez l'accent sur le maintien à domicile des personnes âgées, qui était pourtant bien moins coûteux que l'hospitalisation.

Puis il a rappelé que le « plan hôpital 2007 » avait représenté 1,1 milliard d'euros d'investissement en 2003. Enfin, il a souligné le rôle important que devrait jouer la médecine scolaire en matière de prévention et a indiqué que la loi relative à la politique de santé publique constituait une étape importante en ce domaine.

La commission a ensuite procédé à l'examen des articles.

A l'article 1^{er} bis, elle a adopté un amendement rédactionnel.

A l'article 2 bis, elle a adopté un amendement mettant en cohérence les dispositions de cet article avec celles de l'article 15 bis.

Puis elle a adopté un amendement portant article additionnel après l'article 6, tendant à préciser que le bilan annuel transmis au Parlement en vue

de permettre un suivi des dotations régionales affectées aux missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC) fournirait des informations relatives à la pertinence du périmètre et au niveau de dotation des MIGAC.

A l'article 9, après les interventions de **Mme Nicole Bricq** et de **M. Aymeri de Montesquiou**, elle a adopté un amendement réduisant la dotation du fonds de modernisation des établissements de santé, afin de tenir compte de la suppression de l'élargissement des missions de ce fonds intervenue à l'Assemblée nationale.

Puis elle a adopté un amendement portant article additionnel après l'article 9, tendant à la remise d'un rapport au Parlement sur la mise en œuvre du « plan hôpital 2007 ».

A l'article 16, elle a adopté un amendement abaissant l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) révisé pour 2004, afin de tenir compte des chiffres fournis par le ministre de la santé et de la protection sociale lors de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale à l'Assemblée nationale.

A l'article 21, elle a adopté un amendement rédactionnel.

Puis elle a adopté un amendement supprimant l'article 24 A, une disposition similaire ayant été adoptée au sein du projet de loi pour l'égalité du droit et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. **Mme Nicole Bricq** a alors indiqué qu'elle était opposée à cette suppression.

A l'article 28, après l'intervention de **M. Philippe Marini, rapporteur général**, elle a adopté un amendement de mise en cohérence avec l'article L.135-10 du code de la sécurité sociale.

Puis, après l'intervention de **M. Philippe Marini, rapporteur général**, elle a adopté un amendement portant article additionnel après l'article 29 afin d'étendre aux régimes de retraite supplémentaire non externalisés et à droits certains le prélèvement à la charge des entreprises assis sur les contributions aux régimes de retraite supplémentaire à caractère aléatoire.

A l'article 34 bis, après l'intervention de **Mme Nicole Bricq**, elle a adopté un amendement prévoyant que le mécanisme d'alerte par les organismes de sécurité sociale en cas d'évolution des dépenses de sécurité sociale manifestement incompatible avec les objectifs votés par le Parlement s'adressait à la fois au gouvernement et au Parlement.

A 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 2005 ainsi amendé.

AMENDEMENTS ADOPTÉS PAR LA COMMISSION

ARTICLE 1^{ER} BIS

Rédiger comme suit cet article :

L'article L. 132-3-2 du code des juridictions financières est complété par deux phrases ainsi rédigées :

« Elle établit chaque année, en liaison avec les chambres régionales des comptes, un programme pluriannuel des travaux à mener, notamment sur l'évaluation comparative des coûts et des modes de gestion des établissements financés par l'assurance maladie. Elle en rend compte dans son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. »

ARTICLE 2 BIS

Rédiger ainsi le texte proposé par cet article pour l'article L. 256-5 du code de la sécurité sociale:

« Art. L. 256-5. - Les organismes de sécurité sociale peuvent, pour le recouvrement des sommes indûment versées, engager une action en recouvrement dans les conditions prévues aux sixième à huitième alinéas de l'article L. 133-4. »

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 6

Après l'article 6, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le troisième alinéa de l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ce bilan contient notamment une analyse du bien-fondé du périmètre des missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation des établissements de santé mentionnés au premier alinéa, de l'évolution du montant annuel de la dotation nationale de financement de ces missions et de celle du montant des dotations régionales, ainsi que des critères d'attribution aux établissements. »

ARTICLE 9

Dans le III de cet article, remplacer le chiffre :

405

par le chiffre :

400

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 9

Après l'article 9, insérer un article ainsi rédigé :

Le gouvernement transmettra au Parlement, au plus tard le 1^{er} octobre 2005, un rapport sur la mise en oeuvre du plan d'investissement national « Hôpital 2007 » indiquant notamment les effets sur la gestion des établissements de santé concernés des mesures d'investissement engagées.

ARTICLE 16

Dans cet article, remplacer le chiffre :

131

par le chiffre :

130,3

ARTICLE 21

A. Dans le premier alinéa du III de cet article, après les mots :

recouvrée et contrôlée

supprimer les mots:

par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale,

B. Dans le premier alinéa du III de cet article, remplacer les mots :

régime général, par des organismes

par les mots:

régime général, par les organismes

ARTICLE 24 A

Supprimer cet article.

ARTICLE 28

Rédiger ainsi la première phrase du texte proposé par le 3° du II de cet article pour compléter l'article L. 135-10 du code de la sécurité sociale :

« Par dérogation à l'alinéa précédent, dans des cas exceptionnels, à titre temporaire et pour préserver la sécurité des actifs détenus par le fonds, leur gestion financière peut être assurée par ce dernier sans recourir aux entreprises d'investissement visées à cet alinéa.

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 29

Après l'article 29, ajouter un article additionnel ainsi rédigé :

I. – L'intitulé de la section 5 du chapitre VII du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Contribution sur les régimes de retraite à prestations définies gérés en interne par une entreprise et sur les régimes de retraite conditionnant la constitution de droits à prestations à l'achèvement de la carrière du bénéficiaire dans l'entreprise »

II. – Le premier alinéa du I de l'article L. 137-11 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Dans le cadre des régimes de retraite à prestations définies gérés en interne par une entreprise d'une part, ou de régimes gérés par l'un des organismes visés au a du 2° du présent I conditionnant la constitution de droits à prestations à l'achèvement de la carrière du bénéficiaire dans l'entreprise et dont le financement par l'employeur n'est pas individualisable par salarié

d'autre part, il est institué, au profit du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du présent code, une contribution assise, sur option de l'employeur : »

III. – L'article L. 137-11 du code de la sécurité sociale est complété par un paragraphe ainsi rédigé :

« ... - Pour les régimes de retraite à prestations définies gérés en interne par une entreprise et ne conditionnant pas la constitution de droits à prestations à l'achèvement de la carrière du bénéficiaire dans l'entreprise, et existants à la date de publication de la présente loi, l'option est exercée avant le 30 juin 2005 ».

IV. – La perte de recettes résultant des dispositions des II et III ci-dessus est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

ARTICLE 34 BIS

Rédiger comme suit le texte proposé par cet article pour l'article L. 114-7 du code de la sécurité sociale :

« Art. L. 114-7. - Les organismes nationaux visés au deuxième alinéa de l'article L. 114-6 sont chargés d'alerter le Gouvernement et le Parlement en cas d'évolution des dépenses de la branche ou du régime manifestement incompatible avec le respect des objectifs votés par le Parlement en loi de financement de la sécurité sociale.

« Le Gouvernement informe les commissions compétentes des deux assemblées des mesures prises ou envisagées pour y remédier. »