

N° 71

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2005-2006

Annexe au procès-verbal de la séance du 9 novembre 2005

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 2006**, 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 Beauvils, 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 Jégou, 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^{ème} législ.) : 2575, 2609, 2610 et T.A. 496

Sénat : 63 et 73 (2005-2006)

Sécurité sociale.

SOMMAIRE

| | <u>Pages</u> |
|---|--------------|
| AVANT-PROPOS | 9 |
| CHAPITRE PREMIER - UN CADRE ORGANIQUE RÉNOVÉ MAIS DES COMPTES TOUJOURS DÉGRADÉS | 11 |
| I. LE PREMIER PLFSS SOUS L'EMPIRE DE LA NOUVELLE LOI ORGANIQUE RELATIVE AUX LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (LOLFSS) | 11 |
| A. UNE MODIFICATION NÉCESSAIRE DU CADRE ORGANIQUE DÉFINI EN 1996 | 11 |
| 1. <i>L'introduction de la notion de loi de financement de la sécurité sociale dans le droit constitutionnel et le droit organique</i> | 11 |
| a) La réforme constitutionnelle du 22 février 1996 | 11 |
| b) La réforme organique du 22 juillet 1996 | 12 |
| 2. <i>Les apports essentiels et les limites constatées de la réforme organique de 1996</i> | 13 |
| a) Les principaux apports de la réforme de 1996..... | 13 |
| b) Les limites du cadre organique défini en 1996 | 14 |
| B. LES PRINCIPALES DISPOSITIONS DE LA NOUVELLE LOI ORGANIQUE RELATIVE AUX LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE | 15 |
| 1. <i>La sincérité et la transparence des équilibres financiers de la sécurité sociale</i> | 15 |
| 2. <i>L'affirmation du principe d'autonomie financière de la sécurité sociale</i> | 16 |
| 3. <i>L'introduction d'une dimension pluriannuelle des lois de financement</i> | 17 |
| 4. <i>La définition de programmes de qualité et d'efficience introduisant une démarche de performance</i> | 17 |
| II. DES COMPTES PARTICULIÈREMENT DÉGRADÉS MALGRÉ LA RÉDUCTION DU DÉFICIT DE L'ASSURANCE MALADIE EN 2005 | 19 |
| A. DES COMPTES PARTICULIÈREMENT DÉGRADÉS | 19 |
| 1. <i>Les comptes définitifs pour 2004</i> | 19 |
| 2. <i>Les comptes rectifiés pour 2005 : « la multiplication des foyers de déficit »</i> | 20 |
| a) La situation du régime général : un redressement de l'assurance maladie permettant de compenser la dégradation de la situation des autres branches | 22 |
| b) La situation financière particulièrement dégradée du Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA)..... | 26 |
| B. DES PRÉLÈVEMENTS SOCIAUX CROISSANTS | 28 |
| 1. <i>Une hausse des prélèvements sociaux inéluctable en l'absence de profondes réformes de structure</i> | 29 |
| a) Des prélèvements sociaux représentant plus de la moitié des prélèvements obligatoires en 2006 | 29 |
| b) Une situation particulièrement dégradée des finances sociales appelant des mesures correctrices : les voies à explorer | 31 |
| c) La nouvelle loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale interdit d'accroître la durée d'amortissement de la dette sociale | 34 |
| 2. <i>Les problèmes de partage des ressources entre comptes sociaux et comptes de l'Etat</i> | 35 |
| a) L'affectation de recettes à une autre personne morale : les domaines respectifs des lois de finances et des lois de financement de la sécurité sociale | 35 |
| b) La réforme du financement des exonérations de cotisations sociales, un enjeu pour la clarification des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale..... | 36 |
| c) La question des dettes de l'Etat à l'égard de la sécurité sociale | 37 |

| | |
|--|----|
| III. L'ÉQUILIBRE PRÉVISIONNEL POUR 2006 DÉFINI PAR LE PRÉSENT PROJET DE LOI DE FINANCEMENT ET LES PERSPECTIVES PLURIANNUELLES | 40 |
| A. L'ÉQUILIBRE PRÉVISIONNEL POUR 2006 : DES OBJECTIFS VOLONTARISTES | 40 |
| 1. <i>Les tableaux d'équilibre figurant dans le présent projet de loi de financement misent sur une amélioration notable du solde du régime général</i> | 40 |
| 2. <i>L'évolution des recettes</i> | 43 |
| a) <i>L'évolution des recettes des régimes obligatoires de base et du régime général</i> | 43 |
| b) <i>L'évolution des recettes des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base</i> | 44 |
| 3. <i>L'impact des mesures nouvelles pour 2006 sur les régimes de la sécurité sociale</i> | 45 |
| a) <i>L'impact sur l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale</i> | 45 |
| b) <i>L'impact sur le régime général de la sécurité sociale</i> | 46 |
| B. LES PERSPECTIVES PLURIANNUELLES DISPONIBLES DANS LE PRÉSENT PROJET DE LOI DE FINANCEMENT | 47 |
| 1. <i>Les perspectives pluriannuelles du solde des régimes obligatoires de base et du régime général de la sécurité sociale</i> | 48 |
| 2. <i>Les perspectives pluriannuelles des organismes concourant au financement des régimes de base de la sécurité sociale</i> | 52 |
| C. LES MESURES DE RECETTES POUR 2006 | 53 |
| 1. <i>Les conditions d'assujettissement des intérêts des plans d'épargne-logement (PEL) aux prélèvements sociaux</i> | 53 |
| 2. <i>La suppression de l'abattement applicable aux cotisations patronales dues au titre des contrats de travail à temps partiel conclus avant la réduction du temps de travail</i> | 54 |
| 3. <i>Les conditions d'assujettissement à l'impôt sur le revenu et aux cotisations sociales des indemnités versées aux salariés en cas de rupture du contrat de travail et aux dirigeants en cas de départ forcé</i> | 55 |
| 4. <i>Les assiettes des cotisations et contributions sociales</i> | 58 |
| 5. <i>Le renforcement de la procédure du recours contre tiers</i> | 60 |
| 6. <i>La possibilité offerte aux entreprises de verser un bonus individuel de 1.000 euros maximum</i> | 61 |
| 7. <i>L'assujettissement à la C3S des organismes publics qui exercent leur activité de façon concurrentielle</i> | 63 |
| 8. <i>Les restrictions apportées à la circulation des tabacs</i> | 65 |
| 9. <i>La modification des taxes pesant sur les entreprises pharmaceutiques</i> | 67 |
| 10. <i>L'approbation du montant des compensations d'exonération</i> | 70 |
| 11. <i>La lutte contre le travail dissimulé</i> | 71 |
| 12. <i>Le renforcement des dispositifs de lutte contre la fraude</i> | 73 |
| IV. LES MESURES RELATIVES À LA TRÉSORERIE, À LA DETTE ET À LA COMPTABILITÉ | 74 |
| A. LA FIXATION DES PLAFONDS D'AVANCES DE TRÉSORERIE | 74 |
| 1. <i>Les règles posées par le nouvel article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale</i> | 74 |
| 2. <i>Le plafond d'avances de trésorerie du régime général en nette augmentation</i> | 75 |
| a) <i>Les besoins de trésorerie ont été limités, en 2005, par les reprises de dette</i> | 75 |
| b) <i>Un plafond d'avances de trésorerie relevé de 5,5 milliards d'euros en 2006</i> | 77 |
| 3. <i>Les plafonds d'avances de trésorerie des autres régimes</i> | 78 |
| B. LA GESTION DE LA DETTE | 78 |
| 1. <i>Les reprises de déficits déjà opérées par la CADES en application de la loi relative à l'assurance maladie (41,61 milliards d'euros)</i> | 78 |
| 2. <i>Les prévisions d'amortissement de dette</i> | 79 |

| | |
|--|-----------|
| C. LA COMPTABILITÉ DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE : UNE PLUS GRANDE TRANSPARENCE..... | 80 |
| 1. La règle de sincérité posée par le nouvel article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale | 80 |
| 2. La certification des comptes du régime général : le rôle de la Cour des comptes | 81 |
| 3. La certification des comptes des autres régimes ou organismes concourant au financement de l'ensemble des régimes : le recours aux commissaires aux comptes | 83 |
| 4. La responsabilité des agents comptables..... | 85 |
| CHAPITRE DEUX - LES MESURES DE DÉPENSES RELATIVES AUX QUATRE BRANCHES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ET À LA CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE (CNSA)..... | 87 |
| I. LA BRANCHE MALADIE | 87 |
| A. L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE : DES RAISONS D'ESPÉRER ? | 87 |
| 1. Une décélération notable des dépenses d'assurance maladie depuis 2003 | 87 |
| a) Le ralentissement des dépenses de soins de ville en 2004 mais le dépassement important de l'ONDAM hospitalier | 88 |
| b) La décélération sans précédent des dépenses de soins de ville en 2005 mais le dynamisme des autres postes de l'ONDAM..... | 91 |
| 2. Un objectif de dépenses pour 2006 volontariste voire optimiste | 94 |
| B. DES MESURES FAISANT SUITE À LA RÉFORME DE L'ASSURANCE MALADIE DU 13 AOÛT 2004..... | 97 |
| 1. Un aménagement lié à la mise en place progressive du nouveau protocole de soins pour les patients atteints d'une affection de longue durée (ALD)..... | 97 |
| 2. L'aménagement des procédures de conciliation | 98 |
| 3. Les dispositions relatives au dispositif du médecin traitant et aux médecins remplaçants | 99 |
| a) Deux dérogations aux règles relatives au dispositif du médecin traitant..... | 99 |
| b) La possibilité de définir des aides conventionnelles destinées aux médecins remplaçants | 99 |
| 4. La limitation de la règle d'imputation du ticket modérateur sur le forfait journalier pour les actes dont le tarif est égal ou supérieur à 91 euros | 100 |
| 5. La pérennisation du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie | 101 |
| 6. Les mesures destinées à maîtriser l'évolution des dépenses liées à la consommation de médicaments..... | 103 |
| a) L'évolution des dépenses liées à la consommation de médicaments..... | 103 |
| b) Les dispositions relatives au remboursement de certaines spécialités pharmaceutiques | 104 |
| 7. Les aménagements au régime des contrats responsables..... | 107 |
| a) Rappel du droit existant : des dispositions fortement amendées au Sénat lors de la discussion du projet de loi relatif à l'assurance maladie | 107 |
| b) Les aménagements adoptés par l'Assemblée nationale à l'article 36 bis du présent projet de loi de financement..... | 108 |
| C. LES INTERROGATIONS PERSISTANTES LIÉES AUX CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DE LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ (T2A) DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ | 109 |
| 1. Le principe de la tarification à l'activité : une modernisation attendue du mode de financement de l'ensemble des établissements de santé | 109 |
| 2. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a posé le principe de l'application de la tarification à l'activité à l'ensemble des établissements de santé | 112 |
| a) La définition des règles relatives à la mise en œuvre de la tarification à l'activité | 112 |
| b) Une réforme d'application progressive | 114 |

| | |
|--|------------|
| 3. Les conditions de mise en œuvre de la T2A en 2005 | 122 |
| a) Dans les établissements publics ou participant au service public hospitalier | 122 |
| b) Dans les établissements privés | 124 |
| 4. Le bilan de l'application de la T2A dans les établissements de santé publics et privés | 125 |
| a) Les premières simulations à partir de l'activité 2003 | 125 |
| b) Le bilan de l'année 2004, à partir des résultats basés sur l'activité 2004 | 126 |
| c) L'évolution de l'activité entre 2000 et 2004 | 127 |
| 5. Les aménagements prévus par le présent projet de loi de financement | 128 |
| 6. Les interrogations persistantes quant à la mise en œuvre de la T2A | 130 |
| a) Quel taux de financement par les tarifs d'activité dans les établissements publics en 2006 ? | 130 |
| b) Comment évaluer les MIGAC ? | 130 |
| c) Quels outils pour l'analyse des coûts dans les établissements hospitaliers ? | 131 |
| D. LE FINANCEMENT PAR L'ASSURANCE MALADIE DE DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES | 133 |
| 1. Les modalités de financement de l'indemnisation des victimes de préjudices résultant de la contamination par le VIH par voie transfusionnelle | 133 |
| a) Le financement par l'assurance maladie de l'indemnisation des victimes de préjudices résultant de la contamination par le VIH par voie transfusionnelle | 133 |
| b) La question de la dotation de l'ONIAM pour 2006 | 134 |
| 2. Le financement de stocks de produits de santé en cas de menace sanitaire grave | 137 |
| a) La contribution de l'assurance maladie au fonds de concours pour 2005 | 137 |
| b) La contribution de l'assurance maladie au fonds de concours pour 2006 | 139 |
| c) La nécessité de clarifier le financement du plan gouvernemental de protection contre un risque de pandémie de grippe d'origine aviaire | 139 |
| 3. Le financement des fonds médicaux et hospitaliers | 140 |
| a) Le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) | 140 |
| b) Le fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) | 145 |
| 4. Le transfert à l'assurance maladie du financement des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD) | 150 |
| 5. Les dispositions relatives à la couverture maladie universelle complémentaire | 150 |
| a) Le financement du fonds CMU | 151 |
| b) Une prise en charge désormais unifiée des dépenses de CMU complémentaire | 151 |
| II. LA BRANCHE VIEILLESSE | 155 |
| A. LE FONDS DE SOLIDARITÉ VIEILLESSE : UNE SITUATION BUDGÉTAIRE TRÈS DIFFICILE | 155 |
| 1. Les missions du FSV | 155 |
| 2. L'évolution du solde du FSV | 156 |
| B. QUEL SERA VRAIMENT LE RÔLE DU FONDS DE RÉSERVE POUR LES RETRAITES ? | 158 |
| 1. Des réserves qui devraient atteindre 20,86 milliards d'euros en cumulé fin 2005 et 22,42 milliards d'euros d'ici fin 2006 | 159 |
| 2. Des projections qui, en l'absence de recettes nouvelles, restent modestes | 161 |
| C. LES MESURES DU PRÉSENT PROJET DE LOI RELATIVES À L'ASSURANCE VIEILLESSE | 163 |
| 1. L'intégration juridique du régime d'assurance vieillesse des ministres des cultes au sein du régime général | 163 |
| 2. La limitation aux personnes résidant sur le territoire national du bénéfice du minimum vieillesse | 163 |
| 3. La réforme des régimes d'avantage social vieillesse des professions de santé | 164 |

| | |
|--|-----|
| III. LA BRANCHE ACCIDENT DU TRAVAIL - MALADIES PROFESSIONNELLES | 165 |
| A. L'OBJECTIF DE DÉPENSES DE LA BRANCHE ET LE MONTANT CONTESTABLE DE LA COMPENSATION VERSÉE À L'ASSURANCE MALADIE | 165 |
| 1. <i>L'objectif de dépenses pour 2006</i> | 165 |
| 2. <i>La compensation versée à la branche maladie : un montant contestable</i> | 165 |
| B. LE DRAME DE L'AMIANTE : UN ENJEU BUDGÉTAIRE MAJEUR | 166 |
| 1. <i>Les projections relatives au coût des indemnisations des victimes de l'amiante</i> | 167 |
| 2. <i>La situation du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA)</i> | 169 |
| 3. <i>La situation du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)</i> | 170 |
| 4. <i>Les conclusions de la mission commune d'information du Sénat sur l'amiante</i> | 170 |
| C. LES RÉFLEXIONS EN COURS RELATIVES À L'ÉVOLUTION DE LA BRANCHE | 171 |
| 1. <i>Les réflexions relatives à la réparation intégrale du préjudice</i> | 171 |
| 2. <i>Une position d'attente pour le moment</i> | 173 |
| IV. LA BRANCHE FAMILLE | 174 |
| A. LES MESURES RELATIVES AUX PRESTATIONS FAMILIALES | 174 |
| 1. <i>L'aménagement du complément de libre choix d'activité (CLCA)</i> | 174 |
| 2. <i>L'allocation journalière de présence parentale</i> | 177 |
| 3. <i>Le maintien des anciennes prestations de petite enfance jusqu'en décembre 2009</i> | 179 |
| B. LE TRANSFERT À LA BRANCHE FAMILLE DE LA PRISE EN CHARGE DES DÉPENSES LIÉES AUX MAJORATIONS DE PENSIONS POUR ENFANTS | 184 |
| 1. <i>Un transfert mis en place depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001</i> | 184 |
| 2. <i>Un transfert reconduit par le présent projet de loi de financement</i> | 185 |
| V. LA CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE | 186 |
| A. 2005 : UN ORGANISME CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE | 186 |
| 1. <i>Le rôle de la CNSA en 2005</i> | 186 |
| 2. <i>Les comptes de la CNSA en 2005</i> | 187 |
| 3. <i>Le financement complémentaire du plan « autisme » en 2005</i> | 188 |
| B. 2006 : UN ORGANISME RECEVANT UNE PARTIE DES CRÉDITS DE L'ONDAM | 189 |
| 1. <i>Le rôle de la CNSA en 2006</i> | 189 |
| 2. <i>Des missions élargies par le présent projet de loi de financement</i> | 191 |
| 3. <i>Les comptes de la CNSA en 2006 : 13,83 milliards d'euros de charges</i> | 192 |
| EXAMEN EN COMMISSION | 195 |
| AMENDEMENTS ADOPTÉS PAR LA COMMISSION | 205 |

AVANT-PROPOS

Mesdames, Messieurs,

Le présent projet de loi de financement est le premier à être élaboré dans le cadre de la nouvelle loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS) du 2 août 2005. La rénovation du cadre organique était nécessaire compte tenu des limites de forme et de fond que présentait celui adopté en 1996.

Les principales modifications introduites par la nouvelle loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale précitée consistent dans le renforcement de la sincérité et de la transparence des équilibres financiers de la sécurité sociale, l'affirmation du principe d'autonomie financière de la sécurité sociale, l'introduction d'une dimension pluriannuelle dans la présentation des prévisions de recettes et des objectifs de dépenses. Enfin, la définition de programmes de qualité et d'efficacité qui devraient permettre, à terme, de mesurer l'efficacité de la dépense publique dans le domaine des finances sociales.

Autant de nouveaux outils qui devraient permettre au Parlement de se prononcer sur les grands enjeux du financement de la sécurité sociale en disposant d'une information mieux documentée et plus approfondie. Toutefois, force est de constater que le rôle du Parlement se trouve accru aujourd'hui, davantage par la transparence qui renforcera le degré de contrainte politique pesant sur le système de sécurité sociale, que par la contrainte juridique découlant de l'approbation d'objectifs de dépenses ou de prévisions de recettes.

Le contexte dans lequel intervient le présent projet de loi de financement a donc quelque peu évolué par rapport à celui qui prévalait l'an dernier. En effet, **même si l'ensemble des branches de la sécurité sociale devrait être déficitaire en 2006, votre rapporteur pour avis note, avec satisfaction, une nette amélioration du solde de la branche maladie en 2005, amélioration qui devrait se confirmer en 2006.**

Toutefois, la situation financière de l'ensemble de la sécurité sociale reste particulièrement préoccupante avec un niveau historique de déficit (15,2 milliards d'euros) en 2005. En accord avec l'analyse de la commission des comptes de la sécurité sociale, votre rapporteur pour avis tient, en effet, à faire état de la « *multiplication des foyers de déficit* » et notamment de la situation inquiétante de deux fonds : le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) et le Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA).

Aussi votre rapporteur pour avis sera tout particulièrement attentif aux solutions proposées par le gouvernement pour remédier au besoin de financement de ces deux fonds. **Il estime que le temps est venu pour le gouvernement, comme pour la représentation nationale, de prendre ses responsabilités à ce sujet.**

CHAPITRE PREMIER

UN CADRE ORGANIQUE RÉNOVÉ MAIS DES COMPTES TOUJOURS DÉGRADÉS

I. LE PREMIER PLFSS SOUS L'EMPIRE DE LA NOUVELLE LOI ORGANIQUE RELATIVE AUX LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (LOLFSS)

A. UNE MODIFICATION NÉCESSAIRE DU CADRE ORGANIQUE DÉFINI EN 1996

1. L'introduction de la notion de loi de financement de la sécurité sociale dans le droit constitutionnel et le droit organique

En 1996, l'intégration dans la Constitution de la notion de loi de financement de la sécurité sociale et la définition d'un cadre organique relatif à ces lois de financement ont constitué une **étape majeure s'agissant de l'appréhension par le Parlement des enjeux financiers de la sécurité sociale**, qui dépassent ceux du budget de l'Etat puisqu'ils représentent, en dépenses, près de 350 milliards d'euros en 2005, contre quelque 300 milliards d'euros pour les dépenses de l'Etat.

En outre, cette réforme visait, notamment, à prendre la mesure de la *« fiscalisation croissante des ressources de la sécurité sociale et la déconnexion entre le versement de prestations et l'exercice d'une activité professionnelle [qui] ont eu pour conséquence une « publicisation » des finances sociales »*, ainsi que le soulignait notre ancien collègue Charles Descours dans son rapport d'information sur les lois de financement de la sécurité sociale, publié en 1999¹.

a) La réforme constitutionnelle du 22 février 1996

Dans un premier temps, l'article 1^{er} de la loi constitutionnelle n° 96-138 du 22 février 1996 a modifié l'article 34 de la Constitution afin d'y introduire un alinéa disposant que *« les lois de financement de la sécurité sociale déterminent les conditions générales de son équilibre financier et, compte tenu de leurs prévisions de recettes, fixent ses objectifs de dépenses, dans les conditions et sous les réserves prévues par une loi organique »*.

¹ Rapport d'information n° 43 (1998-1999), fait au nom de la commission des affaires sociales sur les lois de financement de la sécurité sociale, par notre ancien collègue Charles Descours, *« Les lois de financement de la sécurité sociale : un acquis essentiel, un outil perfectible »*.

En outre, l'article 3 de la loi constitutionnelle précitée du 22 février 1996 a introduit dans la Constitution un nouvel article 47-1 qui précise la procédure d'adoption par le Parlement des lois de financement de la sécurité sociale. Ainsi, cet article dispose que :

« Le Parlement vote les projets de loi de financement de la sécurité sociale dans les conditions prévues par une loi organique.

« Si l'Assemblée nationale ne s'est pas prononcée en première lecture dans le délai de vingt jours après le dépôt d'un projet, le Gouvernement saisit le Sénat qui doit statuer dans un délai de quinze jours. Il est ensuite procédé dans les conditions prévues à l'article 45.

« Si le Parlement ne s'est pas prononcé dans un délai de cinquante jours, les dispositions du projet de loi peuvent être mises en œuvre par ordonnance.

« Les délais prévus au présent article sont suspendus lorsque le Parlement n'est pas en session et, pour chaque assemblée, au cours des semaines où elle a décidé de ne pas tenir séances, conformément au deuxième alinéa de l'article 28.

« La Cour des comptes assiste le Parlement et le Gouvernement dans le contrôle de l'application des lois de financement de la sécurité sociale ».

b) La réforme organique du 22 juillet 1996

Dans un second temps, la loi organique n° 96-646 du 22 juillet 1996 avait permis de donner un cadre organique à la définition du contenu des lois de financement de la sécurité sociale, à la procédure d'adoption de ces lois et à la nature des documents transmis au Parlement dans le cadre de l'examen de ces lois.

Ainsi, dans son ancienne rédaction, **l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale précisait le contenu des lois de financement de la sécurité sociale :**

- l'approbation des orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et les objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale ;

- la prévision, par catégorie, des recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement ;

- la fixation, par branche, des objectifs de dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres ;

- la fixation, pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) ;

- la fixation, pour chacun des régimes obligatoires de base ou des organismes ayant pour mission de concourir à leur financement qui peuvent légalement recourir à des ressources non permanentes, des limites dans lesquelles ses besoins de trésorerie peuvent être couverts par de telles ressources, ce qui signifie que chaque année la loi de financement fixe la « découvert » maximum des régimes dont la situation justifie le recours à l'emprunt.

En outre, dans son ancienne rédaction, **l'article LO. 111-4 du même code définissait la liste des documents transmis au Parlement** dans le cadre de l'examen annuel du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Ces documents étaient nombreux et d'une inégale pertinence. Parmi ceux-ci, figuraient notamment le rapport dit « annexé » sur les orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et les objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale, un ensemble d'annexes destinées à éclairer le vote du Parlement au moment de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale, enfin le rapport annuel de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement.

Les anciens articles LO. 111-6 et LO. 111-7 du même code décrivaient la procédure d'adoption parlementaire spécifique des lois de financement de la sécurité sociale, en reprenant, pour l'essentiel les dispositions précitées de l'article 47-1 de la Constitution.

Enfin, la loi organique précitée du 22 juillet 1996 avait introduit, **dans le code des juridictions financières, un nouvel article LO. 132-3** précisant que, chaque année, **la Cour des comptes établit un rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.**

2. Les apports essentiels et les limites constatées de la réforme organique de 1996

a) Les principaux apports de la réforme de 1996

Le mérite essentiel de la réforme organique du 22 juillet 1996 avait été de **placer le pilotage financier de la sécurité sociale au cœur du débat parlementaire** et de permettre une rationalisation de la prise de décision politique dans le domaine sanitaire et social, sans remettre en cause, pour autant, le rôle des partenaires sociaux dans la gestion des caisses de sécurité sociale. Grâce à cette réforme, **la discussion annuelle du projet de loi de financement de la sécurité sociale est ainsi devenue un moment important de la vie parlementaire** et un rendez-vous majeur pour l'ensemble des acteurs de la protection sociale.

En outre, il faut souligner que les lois de financement de la sécurité sociale ont permis de mettre en évidence, chaque année, l'ampleur des enjeux financiers de la sécurité sociale.

b) Les limites du cadre organique défini en 1996

Force est de constater que le cadre organique des lois de financement de la sécurité sociale défini en 1996 avait atteint ses limites. Parmi les limites identifiées, on pouvait noter des limites à la fois de forme et de fond, des limites de procédure et de contenu.

Sur la forme :

- d'une part, les débats parlementaires dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale restaient trop convenus s'agissant des orientations de politique sanitaire et sociale ;

- d'autre part, les annexes jointes au projet de loi de financement destinées à améliorer l'information du Parlement étaient trop nombreuses et souvent peu pertinentes ;

- enfin l'articulation formelle entre la loi de financement de la sécurité sociale et la loi de finances restait problématique. **Au total, les lois de financement de la sécurité sociale manquaient donc de lisibilité.**

Sur le fond, la limite principale des lois de financement de la sécurité sociale résidait dans **l'absence de contrainte juridique forte s'agissant du respect des objectifs de dépenses fixés chaque année par le Parlement**, notamment de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) à la différence par exemple de ce qui existe avec la loi de finances. En effet, sauf en 1997, première année d'application du cadre organique défini en 1996, et en 2005, année où il a été respecté en valeur, l'ONDAM n'avait jamais été respecté. En outre, chaque année la technique dite du « rebasage » fausse l'appréciation du Parlement s'agissant de l'évolution des dépenses d'assurance maladie d'une année sur l'autre. Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002¹ toutefois, il faut noter la volonté d'améliorer la sincérité des lois de financement en y intégrant des dispositions rectifiant les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses de l'année précédente. Toujours est-il que **les mécanismes de pilotage financier de la sécurité sociale n'ont jamais réellement fonctionné, d'où l'affaiblissement, au fil des ans, de la portée du vote du Parlement dans le domaine des finances sociales.**

En outre, l'impossibilité pour le Parlement de se prononcer sur le solde des régimes de sécurité sociale, alors que celui-ci est pourtant directement affecté par les mesures contenues dans le projet de loi de financement, affaiblissait également la portée du vote du Parlement.

Autre limite de fond, celle concernant **l'étroitesse du champ des lois de financement de la sécurité sociale** : certains des fonds concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale n'étaient pas inclus dans le champ de compétences des lois de financement, dès lors aucun débat parlementaire n'était possible s'agissant de leur équilibre financier.

¹ Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001.

Enfin, il faut noter une limite liée à **l'absence de dimension pluriannuelle des lois de financement de la sécurité sociale** alors même que, dans le domaine de la sécurité sociale, certaines des mesures mises en œuvre peuvent affecter l'équilibre financier de la sécurité sociale non seulement pour l'année à venir mais aussi pour les exercices ultérieurs. Cette limite pouvait s'assimiler à un manque de transparence sur les enjeux financiers réels des lois de financement de la sécurité sociale.

B. LES PRINCIPALES DISPOSITIONS DE LA NOUVELLE LOI ORGANIQUE RELATIVE AUX LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

La loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS) a profondément modifié le cadre organique relatif aux lois de financement de la sécurité sociale dans un sens qui a été approuvé par votre rapporteur pour avis¹.

Les principales modifications introduites par la nouvelle loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale précitée consistent dans le renforcement de la sincérité et de la transparence des équilibres financiers de la sécurité sociale, l'affirmation du principe d'autonomie financière de la sécurité sociale, l'introduction d'une dimension pluriannuelle dans la présentation des prévisions de recettes et des objectifs de dépenses, enfin, la définition de programmes de qualité et d'efficience qui devraient permettre, à terme, de mesurer l'efficacité de la dépense publique dans le domaine des finances sociales.

1. La sincérité et la transparence des équilibres financiers de la sécurité sociale

La nouvelle loi organique prévoit une présentation des recettes et des dépenses par branche permettant de voter des tableaux d'équilibre en rapprochant prévisions de recettes et objectifs de dépenses à trois niveaux : pour le régime général, pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ainsi que pour les organismes concourant au financement de ces régimes (fonds de financement dotés de la personnalité morale, à savoir actuellement le Fonds de solidarité vieillesse - FSV - et le Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles - FFIPSA). **Cette nouvelle universalité des lois de financement de la sécurité sociale permet le rapprochement des recettes et des dépenses et donc un vote sur les soldes (équilibre ou déséquilibre) branche par branche. Cet élément est essentiel, dans la mesure où il permettra au Parlement d'avoir une vision d'ensemble des finances de la sécurité sociale et de mettre en évidence les équilibres ou les déséquilibres financiers.**

¹ *Rapport pour avis n° 256 (2004-2005) au nom de la commission des finances.*

En outre, **la loi de financement est élargie**, non seulement aux organismes qui concourent au financement des régimes de base de sécurité sociale, mais aussi à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) par le biais du vote de l'objectif annuel d'amortissement de la dette sociale par la caisse et au Fonds de réserve des retraites (FRR) par le biais de l'approbation chaque année du montant prévisionnel de l'abondement du fonds.

Par ailleurs, pour permettre une plus grande clarté dans la détermination des composantes de l'ONDAM, la loi organique rend obligatoire sa déclinaison dans les lois de financement en cinq sous-objectifs au moins

Enfin, la LOLFSS prévoit l'application des principes de sincérité, de régularité et de fidélité des comptes des régimes et organismes pour garantir la bonne appréhension par la représentation nationale de leur patrimoine et de leur situation financière. Ainsi, une mission de **certification de la régularité, de la sincérité et de la fidélité des comptes des caisses nationales et des comptes combinés du régime général est confiée à la Cour des comptes**, qui devrait s'acquitter de cette mission à travers la publication d'un rapport spécial. La Cour des comptes vérifiera le respect de ces principes, notamment en certifiant les comptes des organismes nationaux du régime général et les comptes combinés de chaque branche et de l'activité de recouvrement du régime général.

2. L'affirmation du principe d'autonomie financière de la sécurité sociale

Calqué sur la rédaction de l'article 36 de la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances (LOLF) qui dispose que l'affectation, totale ou partielle, à une autre personne morale d'une ressource établie au profit de l'Etat ne peut résulter que d'une disposition d'une loi de finances, le III de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale prévoit que l'affectation, totale ou partielle, d'une recette exclusive de la sécurité sociale à une personne morale autre que les organismes gérant un régime obligatoire de base de sécurité sociale ou concourant à leur financement, ne peut résulter que d'une disposition d'une loi de financement de la sécurité sociale.

En outre, la nouvelle loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale prévoit également un monopole des lois de financement sur les mesures dérogeant au principe de compensation par le budget de l'Etat des mesures de réduction, d'exonération ou d'abattement d'assiette de cotisations ou de contributions sociales.

Enfin, la loi de financement de l'année prévoit un vote sur le montant inscrit en loi de finances au titre de la compensation de ces mesures de réduction, d'exonération ou d'abattement, montant qui figure dans une annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année.

3. L'introduction d'une dimension pluriannuelle des lois de financement

Désormais, la structuration en quatre parties de la loi de financement de la sécurité sociale permet de **mettre en perspective les mesures proposées pour l'année à venir**. En effet, ces quatre parties portent respectivement sur :

- le dernier exercice clos ;
- l'exercice en cours ;
- les prévisions de recettes et l'équilibre général de l'année à venir ;
- les dépenses de l'année à venir.

En outre, un **cadre pluriannuel des prévisions financières** est institué. En effet, le projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année sera désormais accompagné d'un **rapport décrivant les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général ainsi que l'ONDAM pour les quatre années à venir**. La loi de financement de la sécurité sociale pourra également contenir des dispositions affectant l'équilibre financier de la sécurité sociale, non seulement pour l'exercice à venir mais aussi pour les exercices ultérieurs.

4. La définition de programmes de qualité et d'efficience introduisant une démarche de performance

Une des annexes les plus novatrices introduite par la LOLFSS est celle présentant pour les années à venir les **programmes de qualité et d'efficience** relatifs aux dépenses et aux recettes de chaque branche de la sécurité sociale : ces programmes comporteront un diagnostic de situation, des objectifs retracés au moyen d'indicateurs précis dont le choix est justifié, une présentation des moyens mis en œuvre pour réaliser ces objectifs et l'exposé des résultats atteints.

Cette démarche, directement inspirée de celle de la LOLF, devrait permettre de mesurer, même dans le domaine des finances sociales, l'efficacité de la dépense publique. Dans le domaine de l'assurance maladie par exemple, trois types d'indicateurs pourront être définis : un indicateur d'accessibilité des soins, un indicateur de qualité des soins et enfin un indicateur de « soutenabilité » du système de soins.

*

Ainsi, il faut se féliciter de l'amélioration du cadre organique relatif aux lois de financement de la sécurité sociale. Toutefois, votre rapporteur pour avis ne peut que souligner la différence irréductible, en

termes de degré de contrainte, entre une loi de financement et une loi de finances dans la mesure où seule la loi de finances constitue un acte de prévision et d'autorisation sur un ensemble de dépenses et de recettes, qui a pour effet de limiter les pouvoirs des autorités chargées de son exécution.

La portée du vote du Parlement sur les objectifs de dépenses n'est pas, en tant que telle, renforcée par la LOLFSS. **La question qui continue à se poser est celle de la crédibilité de l'autorité du vote du Parlement. Celui-ci voit finalement son rôle accru davantage par la transparence qui renforcera le degré de contrainte politique pesant sur le système de sécurité sociale, que par la contrainte juridique découlant de l'approbation d'objectifs de dépenses ou de prévisions de recettes.**

II. DES COMPTES PARTICULIÈREMENT DÉGRADÉS MALGRÉ LA RÉDUCTION DU DÉFICIT DE L'ASSURANCE MALADIE EN 2005

Innovation introduite par la LOLFSS, le présent projet de loi de financement contient, dans sa **première partie**, des **dispositions relatives à l'exercice 2004** qui permettent notamment d'approuver, au titre de l'exercice 2004, les tableaux d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale d'une part, du seul régime général d'autre part, des organismes concourant au financement des régimes obligatoires enfin.

En outre, la **deuxième partie** du présent projet de loi de financement, contenant des **dispositions relatives à l'année 2005**, présente les tableaux d'équilibre rectifiés pour 2005 des ensembles précités.

A. DES COMPTES PARTICULIÈREMENT DÉGRADÉS

1. Les comptes définitifs pour 2004

L'article 1^{er} du présent projet de loi de financement vise à l'approbation, au titre de l'exercice 2004, des soldes des régimes suivants.

Solde des régimes de sécurité sociale et organismes concourant à leur financement en 2004

(en milliards d'euros)

| | |
|--|--------|
| Ensemble des régimes obligatoires de base | |
| Branche maladie | - 11,7 |
| Branche vieillesse | 0,6 |
| Branche famille | - 0,3 |
| Branche AT-MP | - 0,1 |
| Toutes branches | - 11,5 |
| Régime général | |
| Branche maladie | - 11,6 |
| Branche vieillesse | 0,3 |
| Branche famille | - 0,4 |
| Branche AT-MP | - 0,2 |
| Toutes branches | - 11,9 |
| Organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base | |
| Fonds de solidarité vieillesse | - 0,6 |
| Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie | 0 |

L'article 1^{er} du présent projet de loi de financement indique également le montant des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites en 2004, qui s'élève à 2,2 milliards d'euros, ainsi que le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) en 2004, qui s'élève à 3,3 milliards d'euros.

En outre, l'article 2 du présent projet de loi de financement propose d'approuver l'annexe A décrivant les mesures prises pour l'affectation des

excédents ou la couverture des déficits constatés à l'occasion de l'approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2004, cette annexe résultant également d'une innovation issue de la LOLFSS.

S'agissant du régime général de la sécurité sociale :

- **le déficit de la branche maladie de 11,6 milliards d'euros a été couvert par des versements de la CADES**, conformément aux dispositions de l'article 76 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie qui a en effet prévu que la couverture des déficits cumulés de la branche maladie au 31 décembre 2003 et du déficit prévisionnel au titre de l'exercice 2004 serait assurée par des transferts de la CADES à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) dans la limite d'un montant total de 35 milliards d'euros ;

- **l'excédent de la branche vieillesse de 0,3 milliard d'euros en 2004 sera affecté au Fonds de réserve pour les retraites (FRR) en 2005** conformément aux dispositions de l'article L. 251-6-1 du code de la sécurité sociale ;

- **les déficits des branches famille (0,4 milliard d'euros) et accidents du travail – maladies professionnelles (0,2 milliard d'euros) en 2004 ont été couverts par le recours aux emprunts de trésorerie** que peut conclure le régime général dans la limite du plafond fixé dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005.

S'agissant des organismes concourant au financement des régimes de base de la sécurité sociale :

- **le déficit du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) de 0,6 milliard d'euros** au titre de l'exercice 2004 est **inscrit au bilan** du FSV en fonds de roulement négatif ;

- le Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA) ne s'est substitué au BAPSA qu'à compter du 1^{er} janvier 2005 et ne figure donc pas dans l'annexe précitée ;

- enfin, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) n'est intervenue que pour abonder la Caisse nationale d'assurance maladie du régime général à hauteur de 0,1 milliard d'euros.

2. Les comptes rectifiés pour 2005 : « la multiplication des foyers de déficit »

La sécurité sociale est aujourd'hui confrontée à une situation budgétaire particulièrement difficile. De ce point de vue, l'année 2005 est marquée par « *la multiplication des foyers de déficit* », pour reprendre l'expression de M. François Monier, secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale, dans son rapport provisoire de septembre 2005.

En effet, alors que le solde de l'ensemble des régimes de base de sécurité sociale suivait jusqu'à présent celui du régime général, il s'en écarte aujourd'hui en raison de l'apparition d'un déficit important du régime de protection sociale des exploitants agricoles (FFIPSA¹), comme le montre le tableau suivant :

Evolution des soldes des régimes de base de sécurité sociale et des fonds, avant mesures nouvelles prévues par le présent projet de loi de financement

(en milliards d'euros)

| | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|---------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Régime général | -10,2 | -11,9 | -11,9 | -11,5 |
| dont branche maladie | -11,1 | -11,6 | -8,3 | -7,2 |
| dont branche accidents du travail | -0,5 | -0,2 | -0,5 | -0,6 |
| dont branche vieillesse | 0,9 | 0,3 | -2 | -2,4 |
| dont branche famille | 0,4 | -0,4 | -1,1 | -1,2 |
| Autres régimes de base | -0,2 | 0,4 | -1,3 | -1,2 |
| dont régime des exploitants agricoles | -0,1 | -0,1 | -1,9 | -1,9 |
| dont CNRACL | 0,3 | 0,2 | 0,5 | 0,2 |
| dont CNAVPL | 0,1 | 0,1 | 0 | 0 |
| Ensemble des régimes de base | -10,4 | -11,5 | -13,2 | -12,7 |
| FSV | -0,9 | -0,6 | -2 | -1,7 |
| FOREC | -0,6 | | | |
| Total (régimes et fonds) | -11,9 | -12,2 | -15,2 | -14,4 |

Source: commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2005)

Note : ces prévisions n'intègrent pas les mesures correctrices éventuelles contenues dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006.

Au total, ce tableau, dont les projections pour 2006 ne tiennent pas compte des mesures de redressement prévues par le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, montre que la problématique du déficit de la sécurité sociale n'est plus celle du seul régime général, ce dernier devant par ailleurs faire l'objet d'une analyse différente suivant les branches considérées.

L'article 3 du présent projet de loi de financement, tel qu'adopté par l'Assemblée nationale², qui vise désormais à l'approbation des tableaux d'équilibre rectifiés des régimes de sécurité sociale et organismes concourant à leur financement, au titre de l'année 2005, confirme l'analyse de la commission des comptes de la sécurité sociale.

¹ Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles, établissement public qui a « pris le relais » du BAPSA à compter du 1^{er} janvier 2005.

² L'Assemblée nationale a adopté un amendement supprimant l'article 4 du présent projet de loi de financement, relatif au tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base, et intégrant ses dispositions au sein de l'article 3.

Solde des régimes de sécurité sociale et organismes concourant à leur financement en 2005

(en milliards d'euros)

| | |
|--|---------------|
| Ensemble des régimes obligatoires de base | |
| Branche maladie | - 9,4 |
| Branche vieillesse | - 2,1 |
| Branche famille | - 1 |
| Branche AT-MP | - 0,4 |
| Toutes branches | - 12,9 |
| Régime général | |
| Branche maladie | - 8,3 |
| Branche vieillesse | - 2 |
| Branche famille | - 1,1 |
| Branche AT-MP | - 0,5 |
| Toutes branches | - 11,9 |
| Organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base | |
| Fonds de solidarité vieillesse | - 2 |
| Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles | - 1,7 |
| Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie | 0 |

Source : PLFSS 2006

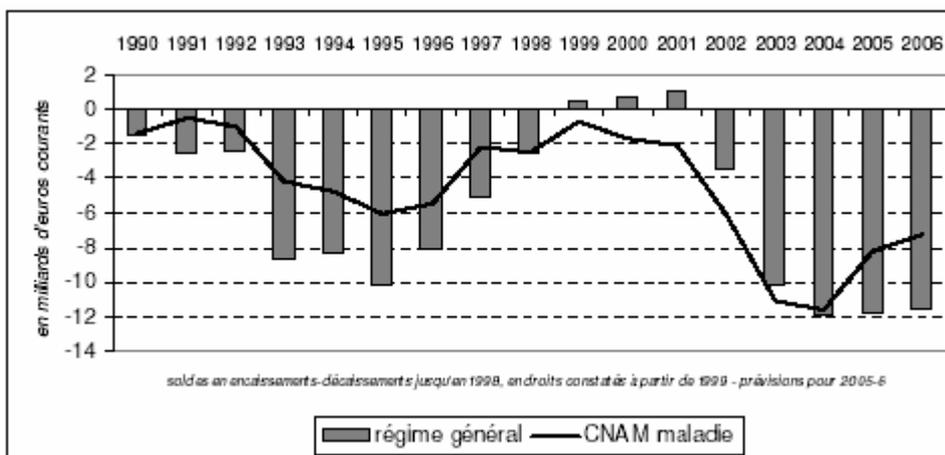
Le déficit du régime général est estimé par le gouvernement à 11,9 milliards d'euros en 2005, soit le même niveau exactement qu'en 2004. Toutefois, **sur un champ élargi englobant l'ensemble des régimes de base ainsi que les organismes concourant à leur financement, le déficit de la sécurité sociale atteindrait en 2005 un niveau record de 15,2 milliards d'euros**, soit un creusement de 3 milliards d'euros par rapport à 2004. Ainsi que l'a précisé M. François Monier, secrétaire général de la sécurité sociale dans le rapport précité, « *la sécurité sociale s'installe dans une situation de déficit très élevé. La phase actuelle de déficit (...) dépasse en gravité et bientôt en durée celle que la France avait connue au milieu des années 1990 après la récession de 1993, sans qu'on puisse l'attribuer cette fois à une conjoncture aussi négative* ».

a) La situation du régime général : un redressement de l'assurance maladie permettant de compenser la dégradation de la situation des autres branches

La stabilisation du déficit du régime général entre 2004 et 2005 masque une évolution divergente des branches, la branche maladie connaissant un début de redressement grâce aux dispositions prises dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie (apport substantiel de recettes et ralentissement des dépenses) tandis que les trois autres branches enregistrent un déficit croissant.

Le tableau suivant retrace l'évolution des soldes du régime général dans son ensemble et de la branche maladie depuis 1990.

Evolution des soldes du régime général et de la branche maladie depuis 1990



Source : commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2005)

(1) Le redressement de la branche maladie

L'amélioration du solde de la branche maladie devrait être très significative puisque le déficit à la fin de l'année 2005 s'établirait, selon les projections de la commission des comptes de la sécurité sociale, à **8,3 milliards d'euros, en baisse de 3,3 milliards d'euros par rapport à 2004**. Ce résultat doit être d'autant plus salué que le déficit tendanciel pour 2005 avait été évalué, au moment de la réforme de l'assurance maladie, à 16,3 milliards d'euros, soit 8 milliards d'euros de plus que le déficit attendu à la fin de l'année.

Ainsi, **l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) fixé pour 2005 (134,9 milliards d'euros) devrait, pour la première fois depuis 1998, être respecté en valeur**. Cette évolution très positive tiendrait notamment à une faible évolution des dépenses de soins de ville, alors que les objectifs des établissements de santé pourraient être dépassés de 650 millions d'euros. La commission des comptes de la sécurité sociale souligne toutefois quelques ombres qu'il conviendra de suivre avec attention, à savoir la consommation des médicaments, le respect des engagements conventionnels pris par les professionnels de santé et les versements aux établissements sanitaires qui excèdent l'objectif assigné.

La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a également connu une **baisse de ses frais financiers de 400 millions d'euros** en raison de la **reprise de 35 milliards d'euros de déficits par la CADES fin 2004**.

Cette embellie découle également du **surcroît de recettes** enregistré à la suite des mesures prévues par loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. La CNAMTS bénéficierait ainsi, en particulier, d'une hausse de recettes de CSG évaluée à 2,7 milliards d'euros, d'une augmentation d'un milliard d'euros du produit des droits sur les tabacs, ainsi que de

800 millions d'euros correspondant au produit de la contribution additionnelle à la C3S.

Dans son rapport de juillet 2005, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie insiste sur l'importance des recettes dans le redressement actuel : **« à système de recettes inchangées, la progression des dépenses prévues en 2005 serait supérieure à celle des recettes et le déficit 2005 serait de plus de 12,5 milliards d'euros ».**

La branche maladie, dont le déficit au titre de l'année 2005 a d'ores et déjà été transféré à la CADES, devrait connaître un déficit de **7,2 milliards d'euros, hors mesures nouvelles prévues par le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, soit une diminution de 1,1 milliard d'euros par rapport à 2005.** D'après les analyses de la commission des comptes de la sécurité sociale, cette évolution résulterait à la fois d'un nouveau ralentissement des dépenses et d'une croissance dynamique des recettes.

Si l'on se peut se féliciter du ralentissement de la progression des dépenses, la situation n'en reste pas moins préoccupante, puisque, en dépit de cette amélioration, le déficit – avant mesures correctrices du projet de loi de financement de la sécurité sociale – serait plus élevé que ceux connus au cours de la période 1993-1997, dont le point bas, atteint en 1995, s'établissait à environ 6 milliards d'euros.

L'analyse du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

« Selon le rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2005, le déficit probable de la branche assurance maladie du régime général s'établirait pour l'année 2005 à 8,3 milliards d'euros.

« Dans ces conditions et compte tenu des déficits des années antérieures, il resterait 6,7 milliards d'euros de disponible dans le plafond de transfert de dette à la CADES pour financer le déficit de 2006.

« Il n'est pas prévu à ce jour de recettes supplémentaires en 2006 (à l'exception d'une nouvelle tranche d'augmentation du forfait journalier). A taux de prise en charge inchangé, le déficit de l'assurance maladie ne sera contenu à 6,7 milliards d'euros que si l'ONDAM pour 2006 progresse à un rythme inférieur à l'évolution de ses recettes (résorber 1,6 milliard d'euros de déficit pour le ramener de 8,3 à 6,7 milliards d'euros représente 1,2 % de l'ONDAM).

« La réalisation des économies prévues dans le plan de redressement est donc le gage de la tenue du déficit dans la limite précitée.

« Le retour vers l'équilibre en 2007 est un objectif extrêmement ambitieux à taux de prise en charge et à structure de recettes inchangés. Un équilibre des comptes dès 2007 conduirait en effet à fixer l'ONDAM 2007 au même niveau en valeur absolue que 2006.

« Rien ne serait pire pour y parvenir que de brusquer le cours des réformes en cours, dans les soins de ville comme dans le secteur hospitalier. La continuité est ici le gage du succès.

« Si l'évolution de la dépense remboursable ne permet pas d'atteindre l'équilibre attendu, il faudrait étudier la combinaison optimale entre un déport sur la CADES (mais le Haut Conseil n'y est pas favorable), un ajustement des taux de prise en charge et/ou un ajustement des recettes ».

Source : rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, juillet 2005

Si la réforme de l'assurance maladie menée en 2004 conduit à un redressement qu'il convient de saluer, les efforts doivent encore être poursuivis pour parvenir à l'équilibre de cette branche, qui ne sera pas atteint en 2007, contrairement à l'objectif affiché par le gouvernement lors de la discussion du projet de loi relatif à l'assurance maladie. **Le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale devrait toutefois contribuer à limiter le déficit de la branche, les mesures qu'il propose devant permettre de ramener le déficit de l'assurance maladie à 6,1 milliards d'euros fin 2006.**

(2) La dégradation de la situation des autres branches

Au contraire de la branche maladie, la **branche vieillesse** connaîtrait une dégradation de sa situation. Si celle-ci était prévue, elle a toutefois été anticipée d'environ deux ans en raison de la montée en charge du dispositif de **retraite anticipée pour les « carrières longues »**, qui a bénéficié à plus de 180.000 personnes au 30 juin 2005. La commission des comptes de la sécurité sociale évalue à 290.000 personnes les bénéficiaires de cette mesure d'ici la fin 2006. **Le coût de ce dispositif est ainsi passé de 560 millions d'euros en 2004 à 1,3 milliard d'euros en 2005 et devrait atteindre 1,7 milliard d'euros en 2006.** Les prestations versées par la CNAV ont également crû, du fait de **l'intégration des retraites des agents des industries électriques et gazières.**

D'après les projections du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, le déficit de la branche vieillesse serait toutefois limité à 1,4 milliard d'euros en 2006, en particulier grâce à la hausse de 0,2 point des cotisations vieillesse, représentant un surcroît de recettes de 880 millions d'euros.

Rappelons que la réforme des retraites menée en 2003 devrait permettre de réduire d'environ un tiers le besoin de financement du régime général de l'assurance vieillesse à l'horizon 2020. L'équilibre de la branche vieillesse à l'horizon 2020 repose sur une hausse des cotisations vieillesse qui serait gagée par une baisse des cotisations d'assurance chômage, permise par le retour au plein emploi. 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 n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites permettront d'actualiser les prévisions et d'en tirer les conséquences.

La **branche famille** a également subi une détérioration de son solde financier. Son excédent, important au début de la décennie (1,8 milliard d'euros en 2001) s'est progressivement réduit en 2002 et 2003 pour faire place à un déficit dès 2004 de l'ordre de 400 millions d'euros. Ce déficit s'est creusé en 2005 et atteindrait 1,1 milliard d'euros. Cette dégradation reflète une croissance rapide des charges, liée notamment à la montée en puissance de la

prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) et à une croissance soutenue des dépenses de logement, dans un contexte de progression très modérée des produits entre 2003 et 2005 (moins de 3 % par an). D'après les données de la commission des comptes de la sécurité sociale, en l'absence de mesures nouvelles, la branche famille connaîtrait également en 2006 un **déficit de 1,2 milliard d'euros**, en raison, une fois de plus, de la montée en charge de la prestation d'accueil du jeune enfant (le montant des prestations familiales accordées à la petite enfance devrait croître de 7,2 % en moyenne annuelle entre 2003 et 2007) et du dynamisme des dépenses d'action sociale et de logement.

Après avoir connu une aggravation assez nette de son déficit en 2005, en raison d'une croissance des recettes moins vive que celles des charges, la **branche AT-MP** poursuivrait sur cette tendance mais de manière plus atténuée, le déficit s'accroissant de 100 millions d'euros pour s'établir à 600 millions d'euros, si aucune mesure n'était prévue. **La hausse de 0,1 point des cotisations accidents du travail et maladie professionnelle devrait toutefois ramener ce déficit à 175 millions d'euros en 2006.**

b) La situation financière particulièrement dégradée du Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA)

(1) Dès sa création, le FFIPSA a hérité du handicap financier du BAPSA

(a) Un report à nouveau négatif de 3,2 milliards d'euros du BAPSA sur le FFIPSA au 1^{er} janvier 2005

A sa clôture, le 31 décembre 2004, le budget annexe des prestations sociales agricoles (BAPSA) présentait un **déficit d'exécution en droits constatés de l'ordre de 840 millions d'euros**, d'après les chiffres du rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale dans son rapport de septembre 2005. Ce déficit d'exécution était le résultat d'un dépassement des dépenses de l'ordre de 300 millions d'euros et de moins-values de recettes de près de 500 millions d'euros, essentiellement due à une baisse du rendement des droits sur les tabacs.

En outre, à ce déficit d'exécution, il convient d'ajouter des **dépenses de nature exceptionnelle imputables à l'année 2004** (passage aux droits constatés, mensualisation des retraites et reports de dépenses liées à la dotation globale hospitalière) **pour un montant de 2,4 milliards d'euros.**

Au total, au 1^{er} janvier 2005, date d'entrée en vigueur du FFIPSA, le **résultat définitif du compte de résultat consolidé du BAPSA pour 2004** s'élevait à **3,2 milliards d'euros.**

Selon le rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale de septembre 2005, « *ce déficit cumulé correspond à une créance sur l'Etat qui devra figurer en tant que telle dans le bilan d'ouverture du FFIPSA* ». En effet, le BAPSA, en tant que budget annexe, était soumis au principe

budgétaire d'équilibre annuel, ce qui imposait à l'Etat d'équilibrer annuellement le BAPSA, comme tout autre budget annexe. Or, **contrairement aux recommandations de la Cour des comptes, cette « créance » du FFIPSA sur l'Etat n'a pas été inscrite dans son bilan d'ouverture.**

(b) L'héritage d'une structure de financement remaniée

Dans le cadre de la loi de finances initiale pour 2004¹, la structure de financement du régime de protection sociale des exploitants agricoles a été profondément remaniée avec la suppression de trois des taxes affectées à ce régime :

- la cotisation de 0,70 % incluse dans les taux de TVA, d'un montant de 4,4 milliards d'euros en 2003 ;

- le prélèvement sur le droit de consommation sur les alcools, d'un montant de 23 millions d'euros en 2003 ;

- la taxe sur les tabacs fabriqués, d'un montant de 109 millions d'euros en 2003, fusionnée avec les droits de consommation sur les tabacs à compter du 1^{er} janvier 2004.

En contrepartie, une quote-part du produit des droits de consommation sur les tabacs, fixée en loi de finances, a été affectée au BAPSA en 2004 et au futur FFIPSA à compter du 1^{er} janvier 2005. L'article 41 de loi de finances initiale pour 2004 précitée avait fixé cette quote-part à 52,36 % en 2004, correspondant à un montant de près de 5 milliards d'euros.

En 2005, en plus des droits sur les tabacs, le FFIPSA a bénéficié des autres recettes du BAPSA, parmi lesquelles les cotisations des assujettis, la part de CSG maladie affectée au régime des exploitants agricoles, les participations des autres régimes au titre de la compensation démographique, ou encore les subventions du Fonds de solidarité vieillesse (FSV). En outre, les statuts du FFIPSA prévoient également « *une dotation de l'Etat destinée, le cas échéant, à équilibrer le fonds* ».

(2) Les prévisions des déficits d'exécution du FFIPSA pour 2005 et 2006 font état d'une situation financière critique

(a) Un déficit de 1,7 milliard d'euros prévu pour 2005 et pour 2006

Pour 2005, la prévision du déficit d'exécution du FFIPSA, qui figure dans le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, est de 1,7 milliard d'euros, soit le double de celui enregistré par le BAPSA en 2004. Une ligne de trésorerie auprès du Crédit agricole a permis d'assurer le paiement des prestations, dans le cadre du plafond d'emprunt fixé par l'article

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

66 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005¹ à 6,2 milliards d'euros pour 2005.

Pour 2006, la prévision du déficit d'exécution du FFIPSA, qui figure dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, est, à nouveau, de 1,7 milliard d'euros. En outre, ce projet de loi de financement fixe le **plafond d'emprunt auquel le régime des exploitants agricoles peut recourir pour couvrir ses besoins de trésorerie à 7,1 milliards d'euros, montant qui représente près de la moitié des dépenses de ce régime.**

Votre rapporteur pour avis ne peut que manifester son désaccord à l'égard de ce recours à l'emprunt comme mode de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles, estimant que le découvert n'est pas une solution tenable pour financer un déficit structurel.

(b) Les solutions proposées par le comité de surveillance du FFIPSA du 29 septembre 2005

Dans son avis rendu le 29 septembre 2005, le comité de surveillance du FFIPSA, au sein duquel siège votre rapporteur pour avis, a appelé le gouvernement à prendre ses responsabilités et à analyser les modalités d'application des préconisations budgétaires formulées par le comité de surveillance, à savoir une diversification des ressources et, à moyen terme, une renégociation des règles de compensation démographique.

Votre rapporteur pour avis ne peut qu'encourager le gouvernement à proposer rapidement des solutions au besoin de financement du FFIPSA afin d'éviter la faillite du régime de protection sociale des exploitants agricoles.

B. DES PRÉLÈVEMENTS SOCIAUX CROISSANTS

L'analyse suivante relative au poids croissant des prélèvements sociaux dans l'ensemble des prélèvements obligatoires reprend celle figurant dans le rapport d'information², fait au nom de votre commission des finances, par notre collègue Philippe Marini, rapporteur général, sur l'évolution des prélèvements obligatoires pour 2006, intitulé « *Les prélèvements obligatoires entre volonté et réalités : préparer la refondation du modèle fiscal français* ».

Si la France reste dans le peloton de tête en matière de taux de prélèvements obligatoires, **cela résulte notamment de la dynamique des prélèvements sociaux**, qui occupent une place croissante. Dans le cadre du présent rapport, votre rapporteur pour avis a souhaité aborder deux questions essentielles : la dynamique des prélèvements sociaux d'une part, le partage des prélèvements entre l'Etat et la sécurité sociale d'autre part.

¹ Loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004.

² Rapport d'information n° 33 (2005-2006).

1. Une hausse des prélèvements sociaux inéluctable en l'absence de profondes réformes de structure

a) *Des prélèvements sociaux représentant plus de la moitié des prélèvements obligatoires en 2006*

(1) L'évolution des prélèvements sociaux

Les prélèvements sociaux constituent une part prépondérante des prélèvements obligatoires et représenteront en 2006 plus de la moitié de ceux-ci : **22,1 % du produit intérieur brut (PIB), soit 388,7 milliards d'euros, pour un total de prélèvements obligatoires égal à 44 % du PIB (775,1 milliards d'euros).**

On rappellera que la contribution sociale généralisée devrait rapporter **76,45 milliards d'euros en 2006, contre 57,48 milliards d'euros pour l'impôt sur le revenu.**

Le tableau suivant retrace l'évolution des prélèvements sociaux depuis 2001.

Evolution du taux de prélèvements sociaux

| | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|---|------|------|------|-------|------|------|
| Prélèvements sociaux | 21,4 | 21,4 | 21,6 | 20,5 | 20,9 | 22,1 |
| Evolution effective | | 0 | 0,1 | - 0,2 | 0,1 | 1,2 |
| <i>Dont contribution de l'évolution spontanée</i> | | 0 | 0,1 | 0 | 0,3 | 0,1 |
| <i>Dont contribution des changements de périmètre</i> | | 0 | 0 | 0,9 | 0 | 1,1 |

Source : rapport sur les prélèvements obligatoires et leur évolution, projet de loi de finances pour 2006

On relève que cette évolution tient à trois facteurs :

- l'**évolution spontanée**, qui s'est révélée **globalement neutre** sur cette période ;

- les **mesures nouvelles**, comprises notamment dans la loi portant réforme des retraites¹ et la loi relative à l'assurance maladie², **qui ont systématiquement conduit à un accroissement du taux de prélèvements sociaux** ;

- les **changements de périmètre**, qui concernent la prise en charge des exonérations de cotisations sociales : celle-ci incombait jusqu'en 2003 au Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC). Ce fonds ayant été budgétisé dans le cadre des lois de finances et de financement de la sécurité sociale pour 2004, les allègements de charges sociales ont alors été imputés sur le budget du travail, avant que le gouvernement ne décide, dans le cadre du projet de loi de finances pour 2006,

¹ Loi n° 2003-775 du 21 août 2003.

² Loi n° 2004-810 du 13 août 2004.

de transférer cette charge à la sécurité sociale, en contrepartie de l'affectation de recettes fiscales.

Il convient, en outre, de souligner que la catégorie « ASSO », à laquelle on se réfère dans le tableau précédent pour apprécier l'évolution et le poids des prélèvements sociaux, ne donne pas une vision complète de ces derniers dans la mesure où plusieurs organismes liés à la sécurité sociale sont considérés comme des « organismes divers d'administration centrale » (ODAC) : la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), le Fonds de réserve des retraites (FRR), la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). D'après le rapport du gouvernement sur les prélèvements obligatoires et leur évolution, **le montant des prélèvements obligatoires perçus par ces trois organismes s'est élevé à 7,15 milliards d'euros¹ en 2004.**

Votre rapporteur pour avis relève également que la suppression de l'avoir fiscal, à laquelle votre commission des finances s'était opposée, devrait entraîner, en 2006, une perte de recettes de 550 millions d'euros pour la sécurité sociale, dont 400 millions d'euros pour le régime général, selon le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2005.

(2) Les principales mesures du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale

Plusieurs mesures contenues dans le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale devraient contribuer à accroître le poids des prélèvements sociaux. Les principales mesures, qui pèseront sur les ménages et les entreprises, sont les suivantes :

- **la soumission aux prélèvements sociaux des intérêts produits par les plans d'épargne logement de plus de 10 ans dès la dixième année** : cette mesure, qui ne constitue pas une augmentation des prélèvements obligatoires mais simplement une anticipation de leur perception, devrait avoir pour conséquence une augmentation du rendement de la CSG d'environ **860 millions d'euros** en 2006 ;

- la mise en place d'une **taxe exceptionnelle sur l'industrie pharmaceutique**, qui devrait rapporter **300 millions d'euros** ;

- l'extension de la **contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés** (C3S) au secteur public relevant du secteur marchand, qui devrait représenter une recette de **70 millions d'euros** ;

¹ Le montant est même supérieur et atteint plus de 8 milliards d'euros si l'on inclut dans ce champ le Fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie, aujourd'hui englobé dans la CNSA. Toutefois, ainsi que l'a souligné à plusieurs reprises votre commission des finances, le positionnement de cette CNSA, annoncée comme une cinquième branche de la protection sociale, demeure ambigu. De la même manière, le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (Fonds CMU), qui a perçu 269,5 millions d'euros de prélèvements obligatoires en 2004, est comptabilisé comme un ODAC.

- différentes mesures modifiant le régime des **exonérations de cotisations sociales**, qui devraient rapporter **185 millions d'euros** (fin de l'abattement existant pour le temps partiel, réduction du seuil des exonérations sur les indemnités de rupture du contrat) ;

- enfin, le **relèvement du taux de la taxe versée par les mutuelles au Fonds CMU**, considéré comme un ODAC, qui devrait générer un produit de **170 millions d'euros**.

Ces mesures devraient donc représenter un surcroît de recettes de **1,66 milliard d'euros, soit moins de 0,1 point de PIB**.

Si le projet de loi de financement de la sécurité sociale contient ainsi des mesures accroissant le taux de prélèvements obligatoires, cela tient à la nécessité de faire face à une situation des finances sociales particulièrement dégradée.

Signalons que le gouvernement a, par ailleurs, annoncé l'augmentation de 0,2 point des cotisations sociales vieillesse – cette mesure d'ordre réglementaire étant prévue dans le cadrage financier de la réforme des retraites – ainsi que l'augmentation provisoire de 0,1 point du taux de la cotisation patronale affectée à la branche « accidents du travail – maladies professionnelles » (AT-MP).

Au total, le rapport du gouvernement sur les prélèvements obligatoires et leur évolution estime que **la hausse des prélèvements sociaux résultant de mesures nouvelles représentera 3,21 milliards d'euros en 2006**, comme l'indique le tableau qui suit.

Incidence des principales mesures nouvelles sur les prélèvements sociaux en 2006

(en millions d'euros)

| Mesures | Montant |
|---|----------------|
| PLFSS 2006 | 1 660 |
| Hausses de cotisations au régime général | 1 300 |
| Hausses de cotisations décidées par les partenaires sociaux | 280 |
| Autres mesures Sécurité sociale (*) | - 30 |
| Total | 3 210 |

Source : rapport sur les prélèvements obligatoires et leur évolution, projet de loi de finances pour 2006

() Il s'agit notamment de l'impact sur les cotisations sociales et sur la CSG du changement de mode de recouvrement des indépendants et de l'incidence sur les prélèvements sociaux de la suppression de l'avoir fiscal*

b) Une situation particulièrement dégradée des finances sociales appelant des mesures correctrices : les voies à explorer

Comme le relève M. François Monier dans son avant-propos au rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2005, « *la sécurité sociale s'installe dans une situation de déficit très élevé. La phase actuelle de déficit de la sécurité sociale dépasse en*

gravité et bientôt en durée celle que la France avait connue au milieu des années 1990 après la récession de 1993, mais sans qu'on puisse l'attribuer cette fois à une conjoncture aussi négative. Certes, l'évolution de la masse salariale est depuis 2002 inférieure à sa tendance de longue période, mais elle ne s'est jamais effondrée. Le déficit actuel doit davantage que celui d'il y a dix ans à l'augmentation des dépenses. [...] Dans ces conditions, la simple stabilisation du déficit suppose un apport annuel de recettes nouvelles. Sa réduction requiert des actions très vigoureuses ».

Face à ces défis, votre rapporteur pour avis estime que toutes les pistes de réforme possibles doivent être explorées, sans tabous ni *a priori*, et que, en particulier, les sujets de socialisation des besoins et de structure de financement de la protection sociale doivent être étudiés.

(1) Quelle socialisation des besoins ?

La problématique de la socialisation des besoins est essentielle et doit être explorée, en particulier dans le domaine de la santé.

Dans ce domaine, deux questions principales se posent : d'une part, la question de la répartition des rôles entre régimes obligatoires et organismes complémentaires, d'autre part, la question de la prise en charge par les assurés eux-mêmes de certains frais jusqu'ici supportés par la collectivité.

En France aujourd'hui, 76 % des dépenses de santé sont financés par des fonds publics, un niveau plus élevé que la moyenne des pays de l'OCDE qui se situe à 72 %. Le reste des dépenses de santé est assuré à hauteur de 14 % par les assurances privées et de 10 % par les versements nets des ménages, alors qu'aux Etats-Unis, par exemple, 35 % du total des dépenses de santé sont pris en charge par les assurances privées et 15 % par les consommateurs, et qu'en Suisse, 10 % seulement des dépenses totales de santé sont financées par les assurances privées tandis que 33 % sont payées directement par les consommateurs.

S'agissant de la répartition des rôles entre régimes obligatoires et organismes complémentaires, des propositions existent pour une plus grande rationalisation de ce partage. Ainsi, le groupe de travail de la commission des comptes de la sécurité sociale sur la « *répartition des interventions entre les assurances maladie obligatoires et complémentaires en matière de dépenses de santé* », présidé par M. Jean-François Chadelat, avait proposé, dans son rapport datant du mois d'avril 2003, la création d'une couverture maladie généralisée, consacrant l'existence d'un mécanisme de prise en charge à deux étages, le premier correspondant aux assurances maladie obligatoires, le second aux assurances maladie complémentaires. Le rapport préconisait notamment de **faire des assurances maladie complémentaires des acteurs à part entière de la couverture maladie** et de définir certains actes ou certaines catégories d'actes pour lesquels les complémentaires santé pourraient devenir les acteurs pilotes du dispositif. Parmi ces actes, on peut penser notamment

aux soins optiques, dentaires ou encore au domaine de l'appareillage au sens large.

La piste d'une redéfinition des champs d'intervention respectifs de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance complémentaire mérite donc d'être creusée.

S'agissant de la question de la responsabilisation des assurés sociaux, une réelle réflexion sur la définition des actes qui relèvent de la prise en charge par la collectivité, au nom du principe de solidarité, et de ceux qui relèvent de la responsabilité individuelle de l'assuré, doit aujourd'hui être menée.

Il est, en effet, nécessaire de remettre en perspective l'idée selon laquelle le remboursement social est seul garant de l'accès aux soins et de trouver le **juste équilibre entre solidarité collective et responsabilité individuelle**.

La responsabilisation des assurés sociaux peut prendre différentes formes : l'acceptation du déremboursement des médicaments à service médical rendu insuffisant, le développement des assurances privées et une participation accrue des patients eux-mêmes s'agissant de la couverture de pathologies résultant de conduites à risque imputable au seul assuré (comme par exemple, la pratique d'un sport à haut risque). Ainsi, il est possible d'envisager que des mécanismes d'assurance personnalisée prennent le relais de l'assurance maladie pour la couverture de certains frais accessoires ou relevant directement de la responsabilité individuelle du patient.

Dans cette optique le financement de la protection sociale pourrait reposer sur un **nouvel équilibre entre prélèvements obligatoires et contributions volontaires**.

(2) Quelle structure de financement pour notre protection sociale ?

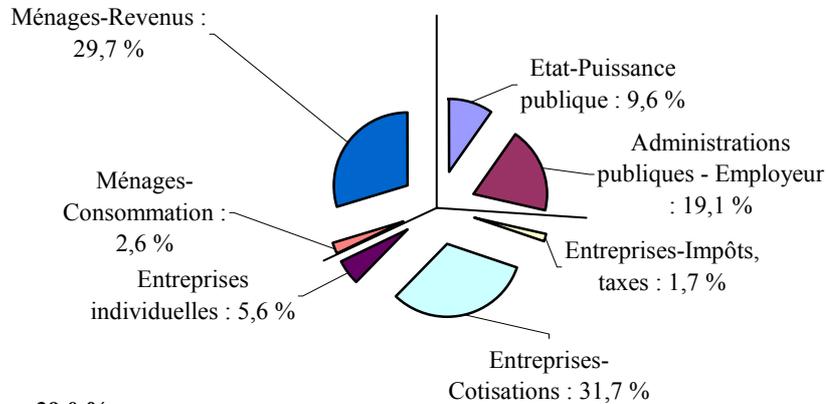
L'autre question essentielle, déjà abordée à de nombreuses reprises par votre commission, tant dans le rapport d'information de notre collègue Jean Arthuis, président, sur « *La globalisation de l'économie* » que dans le cadre des deux derniers rapports d'information sur les prélèvements obligatoires et leur évolution, de notre collègue Philippe Marini, rapporteur général de votre commission des finances, concerne la structure de financement de notre protection sociale.

On rappellera que l'essentiel du financement de cette dernière repose sur la taxation des revenus, *via* les cotisations sociales et la CSG, ainsi que le montre le graphique suivant, qui distingue les financeurs de la sécurité sociale :

La structure actuelle de financement de la sécurité sociale

Ménages : 32,3 %

Etat : 28,7 %



Entreprises : 39,0 %

Source : commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2005)

Dans un contexte de mondialisation de l'économie, il est essentiel de trouver un mode de financement dynamique qui ne pénalise pas l'emploi, à l'instar notamment de l'idée de « TVA sociale » ardemment défendue et soutenue depuis de nombreuses années déjà par votre commission des finances¹. Ce point est d'autant plus important que, rappelons-le, la soutenabilité à long terme du financement de la branche vieillesse repose sur une diminution très significative du chômage, permettant une compensation entre les cotisations chômage et les cotisations vieillesse.

c) La nouvelle loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale interdit d'accroître la durée d'amortissement de la dette sociale

La nécessité de mener des réformes structurelles apparaît d'autant plus grande que la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale impose de nouvelles contraintes.

En effet, l'article 20 de la loi organique précitée a modifié l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale et **empêche, à l'avenir, d'accroître la durée d'amortissement de la dette sociale.**

Il dispose en effet que « ***tout nouveau transfert de dette à la Caisse d'amortissement de la dette sociale est accompagné d'une augmentation des***

¹ Se reporter notamment au rapport d'information n° 52 (2004-2005) de notre collègue Philippe Marini, rapporteur général, sur les prélèvements obligatoires et leur évolution ainsi qu'au rapport d'information n° 416 (2004-2005) de notre collègue Jean Arthuis, président, sur la globalisation de l'économie et les délocalisations d'activité et d'emplois.

recettes de la caisse permettant de ne pas accroître la durée d'amortissement de la dette sociale ». La durée d'amortissement est alors appréciée « *au vu des éléments présentés par la caisse dans ses estimations publiques* ».

2. Les problèmes de partage des ressources entre comptes sociaux et comptes de l'Etat

A côté de la situation budgétaire de la sécurité sociale proprement dite, il convient de porter une attention particulière aux relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale, notamment à la lumière de l'article 41 du projet de loi de finances pour 2006¹.

a) L'affectation de recettes à une autre personne morale : les domaines respectifs des lois de finances et des lois de financement de la sécurité sociale

L'examen du projet de loi organique relatif aux lois de financement de la sécurité sociale a permis de clarifier le cadre juridique applicable à l'affectation de recettes de l'Etat et de la sécurité sociale, en précisant le domaine réservé respectif des lois de finances et des lois de financement de la sécurité sociale.

L'article 36 de la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances (LOLF) dispose que « *l'affectation, totale ou partielle, à une autre personne morale d'une ressource établie au profit de l'Etat ne peut résulter que d'une loi de finances* ».

L'article 1^{er} de la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS) prévoit une protection similaire du domaine de la loi de financement de la sécurité sociale, sous réserve des dispositions précitées de la LOLF : « *L'affectation, totale ou partielle, d'une recette exclusive des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit ou des organismes finançant et gérant des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, à toute autre personne morale ne peut résulter que d'une disposition de loi de financement. Ces dispositions sont également applicables, sous réserve des dispositions de l'article 36 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances, à l'affectation d'une ressource établie au profit de ces mêmes régimes et organismes à toute autre personne morale que l'Etat* ».

Il ressort des dispositions combinées de ces deux articles que les dispositions affectant des recettes de l'Etat à la sécurité sociale ne peuvent figurer qu'en loi de finances, que la ressource initiale soit exclusivement

¹ Sur cet aspect, on se reportera utilement au commentaire qui en sera fait par notre collègue Philippe Marini, rapporteur général, dans le cadre de l'examen dudit projet de loi de finances.

affectée à l'Etat ou qu'elle soit déjà partagée entre l'Etat et la sécurité sociale.

En revanche, des dispositions affectant à l'Etat, totalement ou partiellement, une recette exclusive de la sécurité sociale ne peuvent figurer qu'en loi de financement de la sécurité sociale.

b) La réforme du financement des exonérations de cotisations sociales, un enjeu pour la clarification des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale

(1) Une débudgétisation permettant le respect de la norme de stabilité des dépenses de l'Etat en volume

Afin d'assurer le financement des allègements généraux de cotisations sociales, l'article 41 du projet de loi de finances pour 2006, tel que déposé par le gouvernement, prévoit de remplacer la dotation budgétaire actuelle inscrite sur le budget du travail par l'affectation à la sécurité sociale d'un panier de recettes.

Les 9 taxes et impôts visés par l'article 41 du projet de loi de finances pour 2006

- a) une fraction égale à 95 % de la taxe sur les salaires ;
- b) le droit sur les bières et les boissons non alcoolisées ;
- c) le droit de circulation sur les vins, cidres, poirés et hydromels ;
- d) le droit de consommation sur les produits intermédiaires ;
- e) les droits de consommation sur les alcools ;
- f) la taxe sur les contributions patronales au financement de la prévoyance complémentaire ;
- g) la taxe sur les primes d'assurance automobile ;
- h) la taxe sur la valeur ajoutée brute collectée par les commerçants de gros en produits pharmaceutiques ;
- i) la taxe sur la valeur ajoutée brute collectée par les fournisseurs de tabacs.

Ce panier de taxes a été fixé de telle sorte que leur produit « corresponde » au montant estimé des allègements de charges en 2006, soit 18,9 milliards d'euros.

Votre rapporteur pour avis tient à souligner que, avant de répondre à une logique de clarification des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale, **la mesure prévue par l'article 41 du projet de loi de finances est une commodité permettant le respect de la norme de stabilité des dépenses de l'Etat en volume, puisqu'elle permet d'exclure une dépense très dynamique, qui doit évoluer spontanément de 17,1 milliards d'euros en 2005 à 18,9 milliards d'euros en 2006.**

Ceci posé, la solution retenue ne constitue pas un simple retour à la situation antérieure à 2004, puisque ces taxes seraient directement affectées à la sécurité sociale et non à un « *fonds de nulle part* » comme c'était le cas avec le FOREC.

Si la solution retenue dans le cadre de l'article 41 retient ainsi une option claire, il convient de s'assurer qu'elle contribue pleinement à la **clarification des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale**.

En outre, elle ne règle en rien la question centrale de la maîtrise des dépenses sociales.

(2) Un nécessaire effort de lisibilité

Votre rapporteur pour avis relève que le panier de taxes proposées par l'article 41 du projet de loi de finances pour 2006 ne contribue pas à la lisibilité ni à la simplicité.

La mesure proposée par l'article précité conduit également au partage de la taxe sur les salaires¹, 95 % du produit de celle-ci allant à la sécurité sociale tandis que les 5 % restants reviendraient à l'Etat.

Deux raisons justifient ce partage de la taxe sur les salaires :

- d'une part, la volonté d'attribuer des recettes correspondant exactement au montant anticipé des allègements de charge ;
- d'autre part, le souhait de conserver une marge de manœuvre pour l'avenir, compte tenu des « clauses de revoyure » prévues par cet article².

Si votre rapporteur pour avis comprend ces contraintes, il estime nécessaire d'**explorer d'autres solutions plus lisibles**, comme l'affectation d'une quote-part de TVA. D'après les informations recueillies auprès du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, un point de TVA à taux normal représente, en 2005, environ 5,7 milliards d'euros³, ce qui signifie que le transfert à la sécurité sociale représenterait environ **3,3 points de TVA**.

c) La question des dettes de l'Etat à l'égard de la sécurité sociale

Alors que l'exposé des motifs de l'article 41 du projet de loi de finances pour 2006 insiste sur la simplification des relations financières entre

¹ Sur ce point, se reporter au rapport d'information n° 8 (2001-2002) de notre collègue Alain Lambert sur la taxe sur les salaires.

² Trois mécanismes sont en effet prévus : une régularisation en 2007 pour tenir compte du montant effectif des exonérations de cotisations sociales en 2006 ; une modification de la liste des impôts et taxes affectés dans le cas où les allègements de charges seraient eux-mêmes modifiés ; des rendez-vous en 2008 et 2009, le gouvernement devant remettre un rapport analysant les écarts éventuels entre les recettes des impôts et taxes affectés et la perte de recettes résultant des allègements de charges l'année précédente. En cas d'écart supérieur à 2 %, une commission indépendante serait alors chargée de rendre un avis sur d'éventuelles mesures d'ajustement.

³ On estime en effet qu'un point de taux super-réduit « rapporte » 449 millions d'euros, un point de taux réduit 2,287 milliards d'euros et un point de taux normal 5,729 milliards d'euros.

l'Etat et la sécurité sociale et qu'existe, plus généralement, une volonté d'établir clairement les responsabilités des différents acteurs, votre rapporteur pour avis estime que la **lumière doit également être faite sur les dettes de l'Etat à l'égard de la sécurité sociale.**

Dans son rapport annuel relatif à la gestion 2004, le contrôleur financier près le ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale et le ministère de la santé et des solidarités souligne la vive croissance des dettes de l'Etat envers la sécurité sociale, au titre de la section budgétaire « santé, famille, personnes handicapées et solidarité ». **Alors que le niveau des dettes au titre de cette section budgétaire était estimé à 450 millions d'euros à la clôture de la gestion 2003, il s'établissait à 720 millions d'euros à la fin de la gestion 2004, soit une progression de plus 60 %.**

Dans son rapport de septembre 2005, la commission des comptes de la sécurité sociale confirme cette évolution des dettes de l'Etat à l'égard de la sécurité sociale, comme le montre le tableau qui suit.

Si l'on ne peut effectuer un rapprochement direct entre ces retards de paiement et le déficit de la sécurité sociale, il convient de souligner que la sécurité sociale supporte néanmoins un coût de trésorerie à ce titre.

Votre rapporteur pour avis est d'autant plus attentif à cette évolution que celle-ci est, dans certains cas, le résultat d'une sous-évaluation récurrente des dotations inscrites en loi de finances initiale. En outre, il relève que certains dérapages auraient peut-être été moindres si le gouvernement avait mis en œuvre les mesures votées par le Parlement, en particulier s'agissant de l'aide médicale de l'Etat.

Situation budgétaire des insuffisances ou excédents des versements de l'Etat aux régimes de sécurité sociale

(en millions d'euros)

| mesure | 2003 | 2004 | | | 2005 | | | |
|---|-----------------------------|---------------|----------------------------|--------------------------------------|---------------|-----------------------|--|--|
| | dettes cumulées fin 2003 | coût * | versements de l'Etat ** | dettes/créances cumulées fin 2004 | coût * | dotations LFI 2005 | insuffisances prévisionnelles au titre de l'année | insuffisances prévisionnelles cumulées |
| Champ "prestations sociales prises en charge par les régimes pour le compte de l'Etat" (I) | | | | | | | | |
| IVG (solde) | -5 | 0 | 5 | 0 | | | | |
| API | -47 | 894 | 771 | -171 | 955 | 863 | -92 | -263 |
| AAH | 19 | 4 784 | 4 763 | -2 | 5 004 | 4 847 | -158 | -160 |
| FSI | -103 | 294 | 272 | -123 | 289 | 300 | 10 | -112 |
| Contribution de l'Etat au fonds CMU | -70 | 962 | 1 037 | 5 | 630 | 695 | 65 | 70 |
| AME (uniquement dépenses CNAMTS, hors soins urgents) | -160 | 438 | 209 | -394 | 390 | 213 | -177 | -571 |
| RMI (dette résiduelle) | -45 | 0 | 0 | -45 | | | | -45 |
| Total (I) | -412 | 7 437 | 7 052 | -730 | 7 269 | 6 918 | -351 | -1 082 |
| Champ "exonérations de cotisations sociales" (II) | | | | | | | | |
| Exonérations ciblées | -840 | 2 579 | 2 377 | -1 042 | 2 824 | 2 461 | -363 | -1 405 |
| Exonérations générales | 0 | 14 981 | 16 330 | 1 349 | 17 631 | 17 140 | -491 | 858 |
| Total (II) | -840 | 17 560 | 18 707 | 307 | 20 455 | 19 601 | -854 | -547 |
| Total (I) + (II) | -1 251 | 24 932 | 25 759 | -423 | 27 724 | 26 519 | -1 205 | -1 629 |

* Coût réel pour 2004 (facturation des régimes), prévisionnel pour 2005 (prévisions des régimes).

** Crédits ouverts en 2004 et versés par l'Etat au titre de cet exercice ou des précédents.

Source: commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2005)

III. L'ÉQUILIBRE PRÉVISIONNEL POUR 2006 DÉFINI PAR LE PRÉSENT PROJET DE LOI DE FINANCEMENT ET LES PERSPECTIVES PLURIANNUELLES

A. L'ÉQUILIBRE PRÉVISIONNEL POUR 2006 : DES OBJECTIFS VOLONTARISTES

1. Les tableaux d'équilibre figurant dans le présent projet de loi de financement misent sur une amélioration notable du solde du régime général

Les **articles 20, 21 et 22** du présent projet de loi de financement visent à l'approbation, pour l'année 2006, des tableaux d'équilibre respectifs de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale, du régime général de la sécurité sociale et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

Si les prévisions relatives au solde des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à savoir du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) et du Fonds de financement des prestations sociales des non salariés agricoles (FFIPSA), ne font pas état d'une amélioration notable, en revanche celles relatives aux soldes des régimes obligatoires de base et du régime général de la sécurité sociale tablent sur un redressement significatif en 2006, respectivement de 2,8 milliards d'euros et de 3 milliards d'euros, en raison notamment de l'amélioration du solde de la branche maladie.

**Solde des régimes de sécurité sociale et organismes concourant à leur financement
en 2005 et 2006**

Prévisions du présent projet de loi de financement

(en milliards d'euros)

| | 2005 | 2006 | évolution 2006 / 2005 |
|--|---------------|---------------|-----------------------|
| Ensemble des régimes obligatoires de base | | | |
| Branche maladie | - 9,4 | - 7 | + 2,4 |
| Branche vieillesse | - 2,1 | - 1,8 | + 0,3 |
| Branche famille | - 1 | - 1,1 | - 0,1 |
| Branche AT-MP | - 0,4 | - 0,1 | + 0,3 |
| Toutes branches | - 12,9 | - 10,1 | + 2,8 |
| Régime général | | | |
| Branche maladie | - 8,3 | - 6,1 | + 2,2 |
| Branche vieillesse | - 2 | - 1,4 | + 0,6 |
| Branche famille | - 1,1 | - 1,2 | - 0,1 |
| Branche AT-MP | - 0,5 | - 0,2 | + 0,3 |
| Toutes branches | - 11,9 | - 8,9 | + 3 |
| Organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base | | | |
| Fonds de solidarité vieillesse | - 2 | - 1,5 | + 0,5 |
| Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles | - 1,7 | - 1,7 | 0 |
| Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie | 0 | - | - |

Cette amélioration notable et sans précédent des soldes des régimes obligatoires de base dans leur ensemble et du régime général de la sécurité sociale résulterait non seulement de prévisions de recettes dynamiques mais surtout d'une augmentation contenue des objectifs de dépenses, ce dont on ne peut que tout particulièrement se féliciter.

Évolution des objectifs de dépenses par branche de l'ensemble des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

| | LFSS 2005 (1) | LFSS 2005 révisée (2) | Taux de croissance (2) / (1) en % | PLFSS 2006 (3) | Taux de croissance (3) / (1) en % | Taux de croissance (3) / (2) en % |
|--|------------------|--------------------------|--|-------------------|--|---|
| Branche maladie | 148,3 | 149,7 | + 0,9 % | 153,4 | + 3,43 % | + 2,47 % |
| Branche vieillesse | 156,7 | 155,2 | - 0,95 % | 161 | + 2,74 % | + 3,73 % |
| Branche accidents du travail et maladies professionnelles | 10,5 | 10,7 | + 1,9 % | 11,1 | + 5,71 % | + 3,73 % |
| Branche famille | 46,2 | 51,2 | + 10,8 % | 53,3 | + 15,36 % | + 4,1 % |
| Total | 361,7 | 362,1 | + 0,1 % | 373,7 | + 3,31 % | + 3,2 % |

Source : PLFSS pour 2005, PLFSS pour 2006

Les objectifs de dépenses fixés dans le présent projet de loi de financement affichent, au total, une augmentation de 3,31 % par rapport aux objectifs fixés par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 précitée, et de 3,2 % par rapport aux objectifs révisés tels que définis par les articles 3 et 7 du présent projet de loi de financement.

A ce stade, votre rapporteur pour avis souhaite faire deux remarques :

- **L'erreur de près de 11 % dans la fixation de l'objectif de dépenses de la branche famille par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005** est particulièrement significative et témoigne, notamment, de la sous-estimation par le gouvernement du coût de la montée en charge de la PAJE, en raison d'une sous-évaluation des bénéficiaires potentiels de cette nouvelle prestation ;

- **L'évolution de près de 2,5 % de l'objectif de dépenses de la branche maladie**, fixé par le présent projet de loi de financement, par rapport à la prévision rectifiée de l'objectif pour 2005 fixée par l'article 7 du présent projet de loi de financement, apparaît volontariste même si on note, en 2005, une nette décélération des dépenses de soins de ville notamment.

S'agissant de l'évolution des dépenses du régime général de la sécurité sociale, la commission des comptes de la sécurité sociale note, dans son rapport précité de septembre 2005, que, « *après avoir été très vive entre 2001 et 2003, en raison de l'envolée des charges d'assurance maladie, la croissance des dépenses du régime général a encore été de l'ordre de 4,5 % par an en 2004 et 2005, un rythme supérieur à la tendance spontanée des recettes* ».

S'agissant, en outre, du montant des dépenses de l'assurance maladie du régime général pour l'année 2005, la commission des comptes de la sécurité sociale indique que « *selon les estimations actuelles, le montant des dépenses serait (...) proche de l'objectif de 134,9 milliards d'euros fixé il y a un an en loi de financement pour 2005. Une autre évolution favorable est la nette décélération des soins de ville (2,7 % en 2005 contre 4,3 % en 2004 et entre 6,5 et 8 % sur la période 2000-2003) même si l'on peut s'interroger sur le caractère durable de certaines de ses composantes* ».

Parmi les zones d'ombre au bilan de l'assurance maladie pour l'année 2005, la commission des comptes de la sécurité sociale cite toutefois le dépassement de l'objectif pour les versements aux établissements sanitaires et regrette que « *du fait de révisions intervenues sur les réalisations des années antérieures et notamment sur 2004, le ralentissement d'ensemble des dépenses d'assurance maladie – une augmentation de 3,8 % en 2005 après 4,9 % en 2004 – se révèle moins prononcé qu'il n'était prévu* ». Enfin, il faut noter que les résultats sont en deçà des attentes quant à l'inflexion de la consommation des médicaments et à la mise en œuvre des engagements conventionnels pris par les professionnels en début d'année.

Pour toutes ces raisons, votre rapporteur pour avis ne peut que se montrer très prudent s'agissant de l'interprétation de l'évolution des objectifs de dépenses des différentes branches des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et du régime général fixés par le présent projet de loi de financement.

2. L'évolution des recettes

a) L'évolution des recettes des régimes obligatoires de base et du régime général

Le tableau suivant présente, par branche, les prévisions de recettes des régimes obligatoires de base en 2006, telles qu'elles figurent dans **l'article 18** du présent projet de loi de financement, ainsi que la variation par rapport à 2005 :

Prévision, par branche, des recettes des régimes obligatoires de base en 2006

(en milliards d'euros)

| Branches | Ensemble des régimes | Variation 2006/2005 (en %) | Régime général | Variation 2006/2005 (en %) |
|---|----------------------|----------------------------------|----------------|----------------------------------|
| Maladie | 146,4 | 4,3 | 125,8 | 4,3 |
| Vieillesse | 159,1 | 3,9 | 81,6 | 4,3 |
| Famille | 52,2 | 4,0 | 51,6 | 3,8 |
| Accidents du travail et maladies professionnelles | 11,0 | 6,8 | 9,7 | 7,8 |
| Toutes branches (hors transferts entre branches) | 363,6 | 4,1 | 263,7 | 4,4 |

On relève que les branches maladie et vieillesse suivent globalement l'évolution moyenne, tandis que la branche famille est en retrait et que la branche AT-MP connaît une croissance de ses recettes bien plus vigoureuse que la moyenne.

A côté de cette présentation par branche, l'analyse par catégorie permet de mettre en évidence que **les impôts et taxes affectés à la sécurité sociale représentent près de la moitié des recettes des branches maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base, et 27 % des recettes des branches famille.** En revanche, **leur impact est nettement plus faible sur les branches AT-MP (13,6 %) et vieillesse (6,8 %).** Le tableau qui suit présente les différentes catégories de recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base.

**Présentation par catégorie des recettes des différentes branches
de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale en 2006**

(en milliards d'euros)

| Catégorie de produits | Maladie | AT-MP | Famille | Vieillesse | Toutes Branches |
|---|----------------|--------------|----------------|-------------------|------------------------|
| Cotisations effectives | 69,2 | 8,2 | 30,1 | 88,5 | 196,0 |
| Cotisations fictives d'employeur | 1,0 | 0,3 | 0,1 | 33,6 | 35,0 |
| Cotisations prises en charge par l'Etat | 1,7 | 0,3 | 0,7 | 1,2 | 3,9 |
| Cotisations prises en charge par la sécurité sociale | 0,0 | 0,0 | 0,3 | 0,0 | 0,0 |
| Impôts et taxes affectées | 70,6 | 1,5 | 14,2 | 10,8 | 97,0 |
| <i>Dont CSG</i> | <i>52,4</i> | <i>0,0</i> | <i>10,7</i> | <i>0,0</i> | <i>63,2</i> |
| Contributions publiques | 0,6 | 0,1 | 6,4 | 5,3 | 12,4 |
| Transferts entre organismes | 0,7 | 0,0 | 0,1 | 19,1 | 15,1 |
| Produits financiers | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,2 | 0,4 |
| Autres produits | 2,6 | 0,4 | 0,2 | 0,5 | 3,7 |
| Total | 146,4 | 11,0 | 52,2 | 159,1 | 363,6 |

Source: annexe 4 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006

*b) L'évolution des recettes des organismes concourant au
financement des régimes obligatoires de base*

L'article 18 du présent projet de loi de financement, tel qu'adopté par l'Assemblée nationale, propose d'arrêter comme suit les prévisions de recettes des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

**Prévision des recettes des organismes concourant
au financement des régimes obligatoires de base en 2006**

(en milliards d'euros)

| Organisme | Recettes | Variation 2006/2005 (en %) |
|--|-----------------|---|
| Fonds de solidarité vieillesse | 13,1 | 4,8 |
| Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles | 13,9 | 1,5 |

Ces organismes faisant l'objet d'analyses plus complètes par ailleurs¹, votre rapporteur pour avis se bornera ici à souligner la **faible croissance des recettes du FFIPSA** par rapport à celles du FSV ou celles de l'ensemble des régimes de base de sécurité sociale.

Par ailleurs, il convient de noter que **la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) n'est plus incluse, à compter de 2006,**

¹ *Se reporter, notamment, aux développements consacrés à l'évolution des comptes et à la branche vieillesse.*

dans la catégorie des organismes concourant au financement des régimes, puisque, au contraire, c'est l'assurance maladie qui lui transférera une partie de l'ONDAM (10,9 milliards d'euros), les établissements et services relevant de l'ONDAM médico-social entrant dans le champ de gestion de cette caisse.

3. L'impact des mesures nouvelles pour 2006 sur les régimes de la sécurité sociale

a) L'impact sur l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale

Le tableau suivant présente l'ensemble des mesures nouvelles à effet en 2006 qui ont été prises en compte dans le calcul des objectifs de dépenses et des prévisions de recettes pour l'ensemble des régimes obligatoires de base.

S'agissant des recettes, le tableau distingue les mesures du présent projet de loi de financement des autres mesures.

En ce qui concerne les mesures ayant un impact sur les dépenses dans le champ de l'ONDAM, leur effet en 2006 est évalué à 4.560 millions d'euros.

Liste des mesures nouvelles à effet sur les comptes des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale en 2006

(en millions d'euros)

| | Tous régimes |
|---|---------------------|
| Mesures d'économies sur les dépenses d'assurance maladie | 4 708 |
| Mesures sur les produits de santé | 2 085 |
| Mesures sur les établissements de santé | 1 140 |
| Revalorisation du forfait journalier hospitalier | 100 |
| Maîtrise médicalisée | 890 |
| Lutte contre les fraudes | 150 |
| Maintien d'un ticket modérateur plafonné sur les actes au-delà de 91 € | 100 |
| Autres mesures (dont solde net sur les indemnités journalières : 20 ME tous régimes) | 95 |
| Revalorisation du forfait CMU | 148 |
| Mesures nouvelles 2006 sur les dépenses des autres branches | 116 |
| Réforme des conditions d'octroi de l'allocation de présence parentale | 21 |
| Nouveau complément de libre choix d'activité | 35 |
| Mesure non législative | 50 |
| Intégration du régime de retraite des cultes au régime général | 10 |
| Mesures nouvelles 2006 sur les recettes | 2 791 |
| Mesures législatives | 1 011 |
| Taxe sur le CA des laboratoires pharmaceutiques | 300 |
| Prélèvement sur les PEL | 717 |
| Réaffectation de droits tabacs vers le fonds CMU | -178 |
| Autres recettes | 172 |
| Autres Mesures | 1 380 |
| Augmentation de 0,2 point du taux des cotisations vieillesse (assiette plafonnée) | 740 |
| Augmentation de 0,1 point du taux des cotisations AT-MP (assiette déplafonnée) | 400 |
| Effet de la hausse de 0,2 point des cotisations retraite sur le transfert de la CNAF à la CNAV au titre de l'AVPF | 50 |
| Effet de la hausse de 0,2 point des cotisations retraite sur la prise en charge des cotisations des chômeurs par le FSV | 90 |
| Contrôles | 100 |
| Clause de sauvegarde pharmaceutique 2006 | 400 |

Source : ministère de la santé et des solidarités

b) L'impact sur le régime général de la sécurité sociale

Le tableau suivant présente l'ensemble des mesures nouvelles à effet en 2006 qui ont été prises en compte dans le calcul des objectifs de dépenses et des prévisions de recettes du régime général.

S'agissant des recettes, le tableau distingue les mesures du PLFSS des autres mesures.

**Liste des mesures nouvelles à effet sur les comptes du régime général de la sécurité sociale
en 2006**

| <i>(en millions d'euros)</i> | |
|---|-----------------------|
| | Régime général |
| Mesures d'économies sur les dépenses d'assurance maladie | 3 968 |
| Mesures sur les produits de santé | 1 751 |
| Mesures sur les établissements de santé | 958 |
| Revalorisation du forfait journalier hospitalier | 84 |
| Maîtrise médicalisée | 748 |
| Lutte contre les fraudes | 126 |
| Maintien d'un ticket modérateur plafonné sur les actes au-delà de 91 € | 84 |
| Autres mesures (dont solde net sur les indemnités journalières : 20 ME tous régimes) | 80 |
| Revalorisation du forfait CMU | 138 |
| Mesures nouvelles 2006 sur les dépenses des autres branches | 129 |
| Réforme des conditions d'octroi de l'allocation de présence parentale | 21 |
| Nouveau complément de libre choix d'activité | 35 |
| Mesure non législative | 50 |
| Intégration du régime de retraite des cultes au régime général | 23 |
| Mesures nouvelles 2006 sur les recettes | 2 727 |
| Mesures législatives | 1 011 |
| Taxe sur le CA des laboratoires pharmaceutiques | 300 |
| Prélèvement sur les PEL | 717 |
| Réaffectation de droits tabacs vers le fonds CMU | -178 |
| Autres recettes | 172 |
| Autres Mesures | 1 380 |
| Augmentation de 0,2 point du taux des cotisations vieillesse (assiette plafonnée) | 740 |
| Augmentation de 0,1 point du taux des cotisations AT-MP (assiette déplafonnée) | 400 |
| Effet de la hausse de 0,2 point des cotisations retraite sur le transfert de la CNAF à la CNAV au titre de l'AVPF | 50 |
| Effet de la hausse de 0,2 point des cotisations retraite sur la prise en charge des cotisations des chômeurs par le FSV | 90 |
| Contrôles | 100 |
| Clause de sauvegarde pharmaceutique 2006 | 336 |

Source : ministère de la santé et des solidarités

**B. LES PERSPECTIVES PLURIANNUELLES DISPONIBLES DANS LE
PRÉSENT PROJET DE LOI DE FINANCEMENT**

Innovation introduite par la LOLFSS, l'annexe B au présent projet de loi de financement, approuvée par son article 9, présente les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régime ainsi que l'objectif

national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) **pour les quatre années à venir.**

Les perspectives pluriannuelles présentées dans cette annexe reposent sur l'évolution moyenne des hypothèses économiques suivantes pour la période 2007-2009¹.

Hypothèses économiques retenues pour les perspectives pluriannuelles 2007-2009

| | |
|------------------------------------|--------|
| Produit intérieur brut (en volume) | 2,6 % |
| Masse salariale du secteur privé | 4,45 % |
| ONDAM | 2,2 % |
| Inflation (hors tabac) | 1,8 % |

Source : annexe B au PLFSS 2006

Ainsi que le précise l'annexe B précitée, le taux de croissance de l'ONDAM retenu suppose une poursuite de l'effort de redressement engagé par la réforme de l'assurance maladie de 2004.

1. Les perspectives pluriannuelles du solde des régimes obligatoires de base et du régime général de la sécurité sociale

L'annexe B précitée prévoit que le solde global du régime général et de l'ensemble des régimes de base de la sécurité sociale se redresserait régulièrement sur la période 2006-2009.

Il s'élèverait, pour le premier, à un déficit de 6,5 milliards d'euros en 2007, 4,2 milliards d'euros en 2008 et 1,8 milliard d'euros en 2009. Pour le second, ce solde correspondrait à un déficit de 7,9 milliards d'euros en 2007, 5,8 milliards d'euros en 2008 et 3,5 milliards d'euros en 2009.

S'agissant de la **branche maladie**, sous l'effet de la croissance modérée de charges entrant dans le champ de l'ONDAM, le déficit se réduirait sensiblement, passant, pour le seul régime général, de 3,5 milliards d'euros en 2007 à 1,7 milliard d'euros en 2008 tandis que le solde redeviendrait excédentaire de 600 millions d'euros en 2009. **Si votre rapporteur pour avis se félicite du scénario ainsi présenté par le gouvernement, il se doit de souligner que le retour à l'équilibre en 2007 de la branche maladie du régime général prévu par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ne sera donc pas au rendez-vous.**

A cet égard, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, dans son rapport adopté le 8 juillet 2005, a souligné que, s'agissant de la mise en œuvre des dispositions contenues dans la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, « *il est peu probable que l'ensemble de ces réformes*

¹ Ce scénario économique est un scénario intermédiaire entre les deux scénarios présentés dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour 2006.

permette à elles seules d'atteindre l'équilibre financier à l'horizon 2007, compte tenu de la situation de départ très dégradée des comptes » et a ajouté que « si l'on ne veut pas accroître la dette au-delà de ce qu'a prévu la loi d'août 2004, le degré de contrainte à imposer au système dans les deux ans à venir, dans le cadre des structures de financement actuelles, reste extrêmement fort ».

Pour conclure, le Haut conseil estime dans son rapport précité que *« la réalisation des économies prévues dans le plan de redressement est donc le gage de la tenue du déficit dans la limite précitée. **Le retour vers l'équilibre en 2007 est un objectif extrêmement ambitieux à taux de prise en charge et à structure de recettes inchangés.** Un équilibre des comptes dès 2007 conduirait en effet à fixer l'ONDAM 2007 au même niveau en valeur absolue que 2006. Rien ne serait pire pour y parvenir que de brusquer le cours des réformes en cours, dans les soins de ville comme dans le secteur hospitalier. La continuité est ici le gage du succès ».*

A cet égard, il est nécessaire de rappeler quelles étaient, en 2004, les projections du ministère de la santé s'agissant de l'impact financier de la réforme de l'assurance maladie en 2007.

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 2004

(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 : | |
| Elargissement 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

La **branche famille** sera confrontée jusqu'en 2007 à la poursuite de la montée en charge de la prestation d'accueil du jeune enfant. A partir de 2008, l'annexe B prévoit cependant que son solde se redresserait rapidement, le déficit passant de 1,2 milliard d'euros en 2007 et 0,3 milliard d'euros en 2009.

La **branche vieillesse** devrait subir sur toute la période 2007-2009 l'effet du choc démographique résultant de l'arrivée à la retraite des générations du « baby boom ». En conséquence, son solde resterait déficitaire sur toute la période et se creuserait chaque année pour s'établir en 2009 à un déficit de 2,2 milliards d'euros pour le régime général et 2,9 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes de base.

Enfin, la **branche accidents du travail – maladies professionnelles** sous l'effet d'une progression ralentie de ses charges, connaîtrait un redressement régulier de son solde qui redeviendrait excédentaire en 2009.

Prévision de recettes et de dépenses sur la période 2006-2009
Ensemble des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

| | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|---|---------------|---------------|---------------|--------------|--------------|--------------|
| Maladie | | | | | | |
| Recettes | 133,4 | 140,3 | 146,4 | 151,5 | 157,3 | 163,3 |
| Dépenses | 145,0 | 149,7 | 153,4 | 156,1 | 160,0 | 163,8 |
| Solde | - 11,7 | - 9,4 | - 7,0 | - 4,6 | - 2,8 | - 0,5 |
| Accidents du travail – maladies professionnelles | | | | | | |
| Recettes | 10,1 | 10,3 | 11,0 | 11,4 | 11,9 | 12,3 |
| Dépenses | 10,2 | 10,7 | 11,1 | 11,4 | 11,7 | 12,1 |
| Solde | - 0,1 | - 0,4 | - 0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,2 |
| Famille | | | | | | |
| Recettes | 48,7 | 50,2 | 52,2 | 54,1 | 56,4 | 58,7 |
| Dépenses | 49,0 | 51,2 | 53,3 | 55,3 | 57,1 | 59,0 |
| Solde | - 0,3 | - 1,0 | - 1,1 | - 1,2 | - 0,7 | - 0,3 |
| Vieillesse | | | | | | |
| Recettes | 147,9 | 153,1 | 159,1 | 165,6 | 172,3 | 179,4 |
| Dépenses | 147,3 | 155,2 | 161,0 | 167,7 | 174,7 | 182,4 |
| Solde | 0,6 | - 2,1 | - 1,8 | - 2,1 | - 2,4 | - 2,9 |
| Toutes branches consolidées | | | | | | |
| Recettes | 335,3 | 349,2 | 363,6 | 377,4 | 390,9 | 408,1 |
| Dépenses | 346,3 | 362,1 | 373,7 | 385,3 | 396,6 | 411,6 |
| Solde | - 11,5 | - 12,9 | - 10,1 | - 7,9 | - 5,8 | - 3,5 |

Source : annexe B au PLFSS 2006

Prévision de recettes et de dépenses sur la période 2006-2009
Régime général

(en milliards d'euros)

| | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|---|---------------|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Maladie | | | | | | |
| Recettes | 113,4 | 120,6 | 125,8 | 130,9 | 136,3 | 141,9 |
| Dépenses | 125,0 | 128,8 | 131,9 | 134,5 | 138,0 | 141,3 |
| Solde | - 11,6 | - 8,3 | - 6,1 | - 3,5 | - 1,7 | 0,6 |
| Accidents du travail – Maladies professionnelles | | | | | | |
| Recettes | 8,8 | 9,0 | 9,7 | 10,1 | 10,6 | 11,0 |
| Dépenses | 9,0 | 9,5 | 9,9 | 10,2 | 10,5 | 10,9 |
| Solde | - 0,2 | - 0,5 | - 0,2 | - 0,1 | 0,1 | 0,1 |
| Famille | | | | | | |
| Recettes | 48,2 | 49,7 | 51,6 | 53,6 | 55,9 | 58,2 |
| Dépenses | 48,6 | 50,8 | 52,8 | 54,9 | 56,6 | 58,5 |
| Solde | - 0,4 | - 1,1 | - 1,2 | - 1,2 | - 0,8 | - 0,3 |
| Vieillesse | | | | | | |
| Recettes | 75,2 | 78,2 | 81,6 | 84,7 | 88,0 | 91,4 |
| Dépenses | 74,9 | 80,1 | 83,1 | 86,4 | 89,8 | 93,6 |
| Solde | 0,3 | - 2,0 | - 1,4 | - 1,7 | - 1,8 | - 2,2 |
| Toutes branches consolidées | | | | | | |
| Recettes | 240,9 | 252,6 | 263,7 | 274,3 | 285,4 | 297,0 |
| Dépenses | 252,8 | 264,5 | 272,7 | 280,8 | 289,5 | 298,7 |
| Solde | - 11,9 | - 11,9 | - 8,9 | - 6,5 | - 4,2 | - 1,8 |

Source : annexe B au PLFSS 2006

2. Les perspectives pluriannuelles des organismes concourant au financement des régimes de base de la sécurité sociale

S'agissant des régimes hors régime général, un développement particulier doit être réservé au **Fonds de financement des prestations sociales des non salariés agricoles**.

Ainsi que le précise l'annexe B au présent projet de loi de financement, jusqu'en 2004, le régime de protection sociale des non salariés agricoles bénéficiait d'une subvention de l'Etat destinée à équilibrer le BAPSA. Depuis le 1^{er} janvier 2005, le FFIPSA s'est substitué au BAPSA et ne bénéficie plus d'une subvention d'équilibre systématique par le budget de l'Etat. En outre, ainsi que l'a souligné la Cour des comptes dans son rapport de septembre 2005 sur la sécurité sociale, le FFIPSA disposait, dès l'ouverture de son bilan, d'une créance de 3,2 milliards d'euros sur l'Etat.

La prévision présentée par cette annexe ne tient compte d'aucune dotation de l'Etat sur la période 2005-2009 et fait état d'un creusement du déficit du FFIPSA entre 2006 et 2009 qui passerait ainsi de 1,7 milliard d'euros en 2006, à 1,8 milliard d'euros en 2007 et 2008 et 1,9 milliard d'euros en 2009, soit près de 12 % de ses recettes.

En outre, d'après les informations obtenues par votre rapporteur pour avis, sur les dix années à venir, le besoin de financement du régime de protection sociale des exploitants agricoles devrait augmenter à un rythme se situant, selon les hypothèses retenues, entre 0,8 et 2,2 % par an.

Enfin, d'après les prévisions de l'annexe B précitée, le fonds de solidarité vieillesse (FSV) devrait bénéficier de l'amélioration de la conjoncture et voir son déficit se réduire progressivement entre 2006 et 2009 pour s'établir à 1,4 milliard d'euros en 2007, 1,1 milliard d'euros en 2008 et 500 millions d'euros en 2009.

Fonds de solidarité vieillesse

(en milliards d'euros)

| | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Recettes | 13,4 | 12,5 | 13,1 | 13,4 | 13,9 | 14,5 |
| Dépenses | 14,0 | 14,6 | 14,6 | 14,8 | 15,0 | 15,0 |
| Solde | - 0,6 | - 2,0 | - 1,5 | - 1,4 | - 1,1 | - 0,5 |

Fonds de financement des prestations sociales agricoles

(en milliards d'euros)

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Recettes | 13,7 | 13,9 | 13,8 | 13,8 | 13,7 |
| Dépenses | 15,4 | 15,6 | 15,6 | 15,6 | 15,7 |
| Solde | - 1,7 | - 1,7 | - 1,8 | - 1,8 | - 1,9 |

Source : annexe B au PLFSS 2006

C. LES MESURES DE RECETTES POUR 2006

1. Les conditions d'assujettissement des intérêts des plans d'épargne-logement (PEL) aux prélèvements sociaux

L'article 10 du présent projet de loi de financement propose de modifier les conditions d'assujettissement des intérêts des plans d'épargne-logement (PEL).

Les PEL ont une durée fixée, contractuellement, à 10 ans. Au-delà de cette date, les plans peuvent être prorogés et s'apparentent à des instruments d'épargne « classiques ». L'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale (pour la CSG) et l'article 1600-0 J du code général des impôts (pour la CRDS) disposent que **les intérêts et primes d'épargne des PEL, exonérés d'impôt sur le revenu en application du 9° bis de l'article 157 du code général des impôts, sont assujettis à la CSG et à la CRDS lors du dénouement du contrat.** Les assiettes du prélèvement social de 2 % sur les revenus de placements et de la cotisation de solidarité pour l'autonomie sont fixées par référence à celle de la CSG, ce qui signifie que toute modification de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale se répercute également sur ces prélèvements.

Les 2° et 3° des I et II de l'article 10 du présent projet de loi de financement modifient ces articles afin de prévoir que :

1) d'une part, les intérêts des PEL seront assujettis aux prélèvements sociaux précédemment mentionnés (CSG à 8,2 %, CRDS à 0,5 %, prélèvement social de 2 % et contribution de solidarité pour l'autonomie à 0,3 %) ;

- au **1^{er} janvier 2006** pour les plans de plus dix ans à cette date et pour ceux ouverts avant le 1^{er} avril 1992¹ dont le terme est échu avant le 1^{er} janvier 2006 ; en pratique, cette précision sur les PEL ouverts avant le 1^{er} janvier 1992 est une clause de sécurité qui ne devrait avoir qu'une application très limitée, dans les quelques cas où ces contrats auraient, de manière exceptionnelle, été prorogés ;

- **à la date du dixième anniversaire** du plan ou, pour les **plans ouverts avant le 1^{er} avril 1992, à leur date d'échéance** ;

- **lors du dénouement du plan** si celui-ci intervient avant que la durée du plan n'atteigne dix ans ou avant l'échéance du terme des plans ouverts avant le 1^{er} avril 1992 ;

¹ Les contrats conclus avant le 1^{er} avril 1992 ont une durée fixée contractuellement, et peuvent être conclus pour durée supérieure à 10 ans. Ces contrats sont valables jusqu'à l'expiration du contrat initial ou du dernier avenant, et ne peuvent faire l'objet d'aucune prorogation. Pour ces contrats, le fait générateur est l'échéance du terme (on ne retient pas la notion de dixième anniversaire), lorsqu'ils n'ont pas été dénoués.

- **lors de l'inscription en compte** pour les intérêts courus à compter du 1^{er} janvier 2006 sur des plans de plus de dix ans ou sur des plans ouverts avant le 1^{er} avril 1992 dont le terme est échu. Ceci signifie donc que, au-delà de dix ans, les intérêts perçus au cours de l'année feront l'objet d'un prélèvement à la source tous les ans, conformément à la règle généralement applicable aux produits de placements classiques.

2) d'autre part, les primes d'épargne des PEL continueront d'être assujetties aux prélèvements sociaux lors de leur versement, ce qui est une disposition de bon sens.

Par ailleurs, les **1° des I et II de l'article 10** du présent projet de loi de financement précisent les dispositions des articles L. 136-7 du code la sécurité sociale et 1600-0 J du code général des impôts. Ceux-ci prévoient actuellement que les intérêts et primes d'épargne des comptes d'épargne logement sont assujettis aux prélèvements sociaux respectivement lors de leur inscription en compte et de leur versement. L'article 10 précité précise que ces dispositions ne s'appliquent pas aux intérêts et primes d'épargne des plans d'épargne-logement, également visés par l'article L. 315-1 du code de la construction et de l'habitation. Il s'agit donc d'une **simple précision rédactionnelle**.

D'après l'annexe 9 au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, **cette mesure rapporterait, en 2006, 151 millions d'euros au Fonds de solidarité vieillesse et 717 millions d'euros au régime général, soit 868 millions d'euros au total**. La branche maladie recevrait ainsi 572 millions d'euros supplémentaires en 2006, tandis que la branche vieillesse percevrait 32 millions d'euros et la branche famille, 113 millions d'euros.

Votre rapporteur pour avis constate que **cette mesure, qui, toutes choses égales par ailleurs, n'alourdit pas le taux de prélèvements obligatoires mais prévoit simplement une anticipation de leur perception, permet de dégager une « recette de poche » bienvenue, mais circonstancielle, dans un contexte budgétaire particulièrement tendu**. Il ne peut dès lors que souligner la nécessité de mener des réformes structurelles pour parvenir à un équilibre à terme.

2. La suppression de l'abattement applicable aux cotisations patronales dues au titre des contrats de travail à temps partiel conclus avant la réduction du temps de travail

L'article 11 du présent projet de loi de financement propose de modifier l'article 13 de la loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000 relative à la réduction négociée du temps de travail, afin de **supprimer, à partir du 1^{er} janvier 2006, l'abattement de cotisations patronales dues au titre des contrats de travail à temps partiel conclus avant la réduction de la durée légale du travail**.

La loi précitée du 19 janvier 2000 avait prévu que le dispositif d'abattement de 30 % des cotisations patronales dues au titre des salariés embauchés à temps partiel, prévu par l'article L. 322-12 du code du travail¹, cessait d'être applicable « *un an après l'abaissement de la durée légale du travail à trente-cinq heures pour les entreprises concernées* », soit à compter du 1^{er} janvier 2001 pour les entreprises de plus de 20 salariés et à compter du 1^{er} janvier 2003 pour les entreprises de 20 salariés ou plus.

Il était toutefois précisé que le bénéfice de ces dispositions restait acquis « *aux contrats qui y ouvraient droit à la date d'entrée en vigueur de la réduction de la durée légale du travail* ». L'article 11 du présent projet précise que cette disposition s'éteint le 31 décembre 2005 et ce, « *afin de mettre en cohérence la politique d'exonérations de cotisations sociales* », selon les termes de l'exposé des motifs.

Les employeurs pourront appliquer le dispositif d'allègement général des cotisations patronales de sécurité sociale de droit commun, qui a remplacé les anciennes aides et qui se révèle plus avantageuse que l'abattement supprimé pour les employeurs de salariés dont la rémunération est inférieure à 1,33 fois le SMIC.

Le rapport du gouvernement sur les prélèvements obligatoires et leur évolution précise que les recettes nouvelles résultant de cette mesure devraient s'élever à 100 millions d'euros.

3. Les conditions d'assujettissement à l'impôt sur le revenu et aux cotisations sociales des indemnités versées aux salariés en cas de rupture du contrat de travail et aux dirigeants en cas de départ forcé

L'article 12 du présent projet de loi de financement, largement modifié par l'Assemblée nationale sur proposition de notre collègue député Jean-Pierre Door, rapporteur « recettes et équilibre général » au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, modifie les conditions d'assujettissement à l'impôt sur le revenu et aux cotisations sociales des indemnités versées aux salariés en cas de rupture du contrat de travail et aux dirigeants en cas de départ forcé.

Le I de cet article tend à modifier l'article 80 *duodecies* du code général des impôts, qui dispose aujourd'hui que **toute indemnité versée à**

¹ L'article L. 322-12 a été abrogé à compter du 1^{er} juillet 2005 par l'ordonnance du 18 décembre 2003 relative aux mesures de simplification des formalités concernant les entreprises, les travailleurs indépendants, les associations et les particuliers employeurs. Cependant, une lettre ministérielle du 4 juillet 2005 a précisé que l'ordonnance a tiré les conséquences, en termes de codification, de la loi du 19 janvier 2000 et que l'abattement de 30 % continue à s'appliquer au 1^{er} juillet 2005 au titre des contrats conclus avant l'application de la loi portant réduction du temps de travail.

l'occasion de la rupture du contrat de travail constitue une rémunération imposable, à l'exception :

- des indemnités de licenciement ou de départ volontaire versées dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi,

- des indemnités versées en cas de **licenciement irrégulier** (lorsque celui-ci intervient sans observation de la procédure requise, mais pour une cause réelle et sérieuse),

- et de la **fraction des indemnités de licenciement ou de mise à la retraite qui n'excède pas le montant prévu** par la convention collective de branche, par l'accord professionnel et interprofessionnel **ou, à défaut, par la loi.**

Il est précisé que **la fraction des indemnités de licenciement ou de mise à la retraite ainsi exonérée ne peut être inférieure ni à 50 % de leur montant, ni à deux fois le montant de la rémunération annuelle brute** perçue par le salarié au cours de l'année civile précédant la rupture de son contrat de travail, **dans la limite de la moitié ou, pour les indemnités de mise à la retraite, du quart de la première tranche du tarif de l'impôt de solidarité sur la fortune, soit, respectivement, 372.000 euros et 186.000 euros.**

Le I de l'article 12, tel qu'adopté par l'Assemblée nationale, apporte plusieurs aménagements à cet article, qui, du fait du renvoi opéré par l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, s'appliquent également aux cotisations sociales.

D'une part, il réaffirme le **principe général** selon lequel **toute indemnité versée à l'occasion de la rupture du contrat de travail constitue une rémunération imposable.**

D'autre part, il **réaménage les dérogations dans un sens globalement plus restrictif.**

Les nouvelles règles prévues par l'article 12 du présent projet de loi de financement

Il est prévu que **ne constituent pas une rémunération imposable** :

1- les indemnités versées en cas de **licenciement irrégulier**, ce qui est **déjà le cas aujourd'hui** ;

2- les **indemnités de licenciement** ou de départ volontaire versées **dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi -aujourd'hui totalement exonérées-** pour la fraction n'excédant pas :

a) soit **deux fois et demie** le montant de la rémunération annuelle brute perçue par le salarié au cours de l'année civile précédant la rupture de son contrat de travail, ou **60 % du montant de l'indemnité** si ce seuil est supérieur, **dans la limite de huit fois le plafond de la sécurité sociale** en vigueur à la date du versement des indemnités (242.667 euros) ;

b) soit **le montant de l'indemnité de licenciement** prévue par la convention collective de branche, par l'accord professionnel ou interprofessionnel ou, à défaut, par la loi, **si ce montant est supérieur à huit fois le plafond de la sécurité sociale** en vigueur à la date du versement des indemnités ;

3- la fraction des **indemnités de licenciement** versées **en dehors du cadre d'un plan de sauvegarde** de l'emploi qui n'excède pas :

a) soit **deux fois le montant de la rémunération annuelle brute** perçue par le salarié au cours de l'année civile précédant la rupture de son contrat de travail, ou **50 % du montant de l'indemnité** si ce seuil est supérieur, **dans la limite de six fois le plafond de la sécurité sociale en vigueur** à la date du versement des indemnités (182.000 euros) ;

b) soit **le montant de l'indemnité de licenciement** prévue par la convention collective de branche, par l'accord professionnel ou interprofessionnel ou, à défaut, par la loi, **si ce montant est supérieur à six fois le plafond de la sécurité sociale** en vigueur à la date du versement des indemnités ;

4- la fraction des **indemnités de mise à la retraite** qui n'excède pas :

a) soit **deux fois le montant de la rémunération annuelle brute** perçue par le salarié au cours de l'année civile précédant la rupture de son contrat de travail, ou **50 % du montant de l'indemnité** si ce seuil est supérieur, **dans la limite de cinq fois le plafond de la sécurité sociale** en vigueur à la date du versement des indemnités (151.667 euros) ;

b) soit **le montant de l'indemnité de licenciement** prévue par la convention collective de branche, par l'accord professionnel ou interprofessionnel ou, à défaut, par la loi, **si ce montant est supérieur à cinq fois le plafond de la sécurité sociale** en vigueur à la date du versement des indemnités.

En résumé, le traitement des indemnités concernées par le présent article évolue de la façon suivante :

- **à l'avenir, seules les indemnités versées en cas de licenciement irrégulier seront totalement exonérées** ;

- **l'exonération** des indemnités versées **dans le cadre d'un plan de sauvegarde pour l'emploi** doit être **plafonnée**, mais (en conséquence de l'amendement précité) selon des **modalités différenciées** ;

- en retenant une limite maximale d'exonération fixée par référence au plafond annuel de la sécurité sociale plutôt qu'au barème de l'impôt de solidarité sur la fortune, l'article 12 du présent projet de loi **abaisse le**

montant maximal des exonérations d'impôt sur le revenu, même si le dispositif retenu par l'Assemblée nationale est nettement plus souple que le dispositif initialement envisagé par le gouvernement.

Le **II** de l'article 12 du présent projet de loi est une disposition de **coordination** concernant l'assujettissement à l'impôt sur le revenu des indemnités perçues par les mandataires sociaux et dirigeants : elles seront désormais assujetties, qu'elles soient accordées dans le cas de plans de sauvegarde de l'emploi ou hors de ce cadre, selon les conditions précédemment définies.

Le **III** de l'article 12 du présent projet de loi propose de modifier l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale afin **d'assujettir également aux cotisations sociales les indemnités de départ volontaires versées dans le cadre d'un plan de sauvegarde pour l'emploi, qui ne l'étaient pas jusqu'à présent.**

Le **IV** de cet article prévoit que ces dispositions seront applicables aux indemnités perçues à compter du 1^{er} janvier 2006. Il est toutefois précisé que les indemnités versées en application d'un plan de sauvegarde de l'emploi restent soumises aux dispositions en vigueur avant la promulgation de la présente loi, si l'information des représentants du personnel leur a été transmise avant le 12 octobre 2005.

Le rapport du gouvernement sur les prélèvements obligatoires et leur évolution indiquait que cette mesure avait un impact financier de 45 millions d'euros. **Compte tenu des modifications apportées par l'Assemblée nationale, cette estimation devrait toutefois être revue à la baisse.**

4. Les assiettes des cotisations et contributions sociales

L'**article 13** du présent projet de loi de financement, tel qu'adopté par l'Assemblée nationale, précise les règles applicables à l'assiette des mesures d'exonération ou de réduction de cotisations de sécurité sociale.

Le **I** de cet article précise ainsi que, pour leur mise en œuvre, l'assiette de calcul s'entend des heures rémunérées « *quelle qu'en soit la nature* ». Le texte initial faisait référence aux « *heures de travail effectif accomplies au sens de l'article L. 214-4 du code du travail* ».

La modification apportée par l'Assemblée nationale sur proposition de notre collègue député Jean-Pierre Door, rapporteur au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, **visé à inclure expressément dans l'assiette de calcul des allègements toutes les heures rémunérées qui ne correspondent pas à du temps de travail effectif**, notamment les temps de pause, de restauration, d'habillage et de déshabillage. Le **III** de cet article précise que ces dispositions sont applicables aux

cotisations dues au titre des gains et rémunérations versés à compter du 1^{er} janvier 2006.

Le II de cet article modifie l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale :

- d'une part, afin de prévoir (1°) que **la compensation salariale d'une perte de rémunération induite par une mesure de réduction du temps de travail est également considérée comme une rémunération**, qu'elle prenne la forme, notamment, d'un complément différentiel de salaire ou d'une hausse du taux de salaire horaire. Le III de cet article précise que ces dispositions s'appliquent aux compensations salariales versées à compter du 1^{er} janvier 2006 dans le cadre d'accords collectifs réduisant la durée du travail conclus à compter du 1^{er} octobre 1996 ;

- d'autre part, afin de prévoir (2°) que **sont exclues de l'assiette des cotisations assises sur les rémunérations ou gains versés aux travailleurs salariés et assimilés :**

* d'une part, les contributions destinées au financement des régimes de retraite complémentaire ou versées en couverture d'engagements de retraite complémentaire, mises à la charge des employeurs en application soit d'une disposition législative ou réglementaire, soit d'un accord national interprofessionnel et **dues au titre de la part patronale ;**

* d'autre part, les contributions versées en couverture d'engagements de retraite complémentaire souscrits antérieurement à l'adhésion des employeurs aux institutions mettant en œuvre ces régimes et **dues au titre de la part patronale.**

Le III de cet article précise que ces dispositions s'appliquent aux cotisations dues au titre des contributions versées à compter du 1^{er} janvier 2006. **A l'avenir, seules les contributions versées au titre de la part patronale ouvriront droit à exonération.**

Le ministère de la santé et des solidarités estime en effet que les entreprises profitent actuellement d'un effet d'aubaine leur permettant de distribuer un élément de rémunération sans payer de charges sociales.

En effet, en application de la jurisprudence de la Cour de cassation, la prise en charge par l'employeur de la cotisation salariale à un régime de retraite complémentaire s'analyse comme une contribution patronale au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale. Conformément à la rédaction en vigueur du cinquième alinéa, cette assimilation entraîne l'application du même régime social, à savoir l'exonération totale et sans limite de cotisations et contributions sociales.

D'autre part, les régimes ARRCO et AGIRC ont admis en septembre 2004 que les employeurs puissent modifier (exclusivement dans un sens plus favorable pour les salariés) la clé de répartition des cotisations de retraite à la charge des employeurs et des salariés telle qu'elle est fixée par les

accords fondateurs. **L'usage de cette faculté permet de modifier à la hausse le niveau de la contribution patronale** ; or, en tant que contribution de l'employeur au sens du cinquième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, **elle se trouve exclue en totalité de l'assiette des cotisations et contributions sociales.**

De nombreuses entreprises usant de cette faculté pour minorer le montant de leurs charges sociales, **le dispositif proposé entend donc mettre fin à cet effet d'aubaine et encadrer strictement les possibilités d'exonération de cotisations sociales.**

Le **III** de cet article mentionne systématiquement que l'entrée en vigueur de ces dispositions s'effectue « *sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée et des instances en cours à la date de publication de la présente loi* », ce qui s'expliquait par le caractère rétroactif des dispositions initiales. Toutefois, l'Assemblée nationale ayant supprimé le caractère rétroactif de ces dispositions sur proposition de notre collègue député Jean-Pierre Door, cette formule ne s'appliquera que pour les instances en cours.

Les dispositions de cet article visent à clarifier le droit existant afin d'éviter les nombreux contentieux constatés dans ce domaine (I et 1° du II) et à faire mettre fin à certains effets d'aubaine pour certaines entreprises qui distribuent des éléments de rémunération sans verser de charges sociales (2° du II).

L'impact financier de cette mesure n'est pas précisé.

5. Le renforcement de la procédure du recours contre tiers

L'article 13 bis, issu de l'adoption par l'Assemblée nationale d'un amendement présenté par notre collègue député Yves Bur, vise 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 13 bis 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.

En outre, le **III** de l'article 13 *bis* 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.

Cette mesure avait déjà été adoptée l'an dernier par l'Assemblée nationale. Notre collègue député Yves Bur avait alors indiqué qu'elle permettrait une augmentation des recettes de l'assurance maladie de l'ordre de 9,5 millions d'euros.

Le Sénat avait ensuite, à l'initiative de notre collègue Alain Vasselle, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales, prévu un mécanisme d'indexation régulière, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, des indemnités à verser aux organismes de sécurité sociale. Cet article avait toutefois été censuré par le Conseil constitutionnel, qui avait considéré que cette disposition, par sa faible incidence financière sur les recettes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, n'affecterait pas de façon significative l'équilibre de ces régimes et devait, par suite, être déclarée contraire à la constitution comme étrangère au domaine des lois de financement de la sécurité sociale.

Votre rapporteur pour avis, comme il l'avait fait l'an dernier, approuve la mesure adoptée par l'Assemblée nationale et observe que son impact financier est suffisant pour justifier pleinement sa place en loi de financement de la sécurité sociale.

6. La possibilité offerte aux entreprises de verser un bonus individuel de 1.000 euros maximum

L'article 13 *ter* du présent projet de loi résulte de l'adoption, par l'Assemblée nationale, d'un amendement présenté par le gouvernement.

Il prévoit que les entreprises ou établissements peuvent verser à l'ensemble de leurs salariés un **bonus exceptionnel d'un montant maximum de 1.000 euros par salarié**. Une **condition** est toutefois posée : ces entreprises ou établissements doivent être **couverts par une convention de branche ou un accord professionnel de branche sur les salaires** conclu entre le 1^{er} janvier 2005 et le 15 juin 2006 et applicable en 2006, **ou avoir eux-mêmes conclu un accord salarial** entre le 1^{er} janvier 2005 et le 15 juin 2006, applicable en 2006.

Une possibilité est toutefois offerte aux entreprises et établissements qui ne répondent pas à ces critères de conclure, à titre exceptionnel, un accord salarial selon les modalités fixées par l'article L. 441-1 du code du travail. Ceci signifie que quatre possibilités sont ouvertes au chef d'entreprise pour conclure cet accord : soit dans le cadre d'une convention ou d'un accord collectif de travail ; soit entre le chef d'entreprise et les représentants d'organisations syndicales représentatives ; **soit au sein du comité d'entreprise, ce qui constitue le réel intérêt de cet alinéa** ; soit à la suite de la ratification à la majorité des deux tiers du personnel d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise¹.

Il est précisé que **ce bonus ne peut se substituer** :

- ni à des augmentations de rémunération et à des primes conventionnelles prévues par l'accord salarial ou par le contrat de travail ;

- ni à aucun des éléments de rémunération versés par l'employeur ou qui deviennent obligatoires en vertu de règles légales ou contractuelles.

Le montant et les modalités de versement du bonus exceptionnel sont fixés dans l'entreprise par décision de l'employeur. Celle-ci devra intervenir avant le 30 juin 2006. **Le versement des sommes doit être effectué le 31 juillet 2006 au plus tard.** La décision de l'employeur mentionnant les sommes versées aux salariés devra faire l'objet, avant le 31 décembre 2006, d'une notification à l'URSSAF dont relève l'entreprise.

Cet article prévoit que, dans la mesure où il est exceptionnel et où il ne se substituera à aucun élément de rémunération, **ce bonus est exonéré de toutes cotisations et contributions d'origine légale ou conventionnelle, à l'exception de la CSG et de la CRDS.**

Il contient, en outre, une **entorse au principe de compensation des exonérations de charges sociales**, puisqu'il est expressément prévu que les dispositions de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale ne s'appliquent pas. L'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale dispose en effet que **toute mesure de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale, instituée à compter de la date d'entrée en vigueur de la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale, donne lieu à compensation intégrale aux régimes concernés par le budget de l'Etat pendant toute la durée de son application.**

Il est précisé que le bénéfice de ces exonérations est subordonné à la notification des sommes en cause à l'URSSAF avant le 31 décembre 2006, ainsi qu'au respect des conditions et délais de versement précédemment évoqués.

¹ *S'il existe dans l'entreprise une ou plusieurs organisations syndicales représentatives ou un comité d'entreprise, la ratification doit alors être demandée conjointement par le chef d'entreprise et une ou plusieurs de ces organisations ou ce comité.*

Le ministre de la santé et des solidarités, M. Xavier Bertrand, a indiqué que cette mesure avait pour but de « *soutenir la croissance et la consommation des ménages, en favorisant le partage des résultats de l'activité des entreprises, lorsqu'ils sont positifs* ». **Votre rapporteur pour avis salue cet objectif mais regrette l'entorse faite au principe de compensation des exonérations de charges sociales et souhaite obtenir des précisions sur le montant prévisionnel du coût de cette mesure pour la sécurité sociale.**

On rappellera que la LOLFSS institue un monopole des lois de financement de la sécurité sociale sur les mesures dérogeant au principe de compensation par le budget de l'Etat des mesures de réduction, d'exonération ou d'abattement d'assiette de cotisations ou de contributions sociales.

En outre, lors des débats à l'Assemblée nationale, **le ministre de la santé et des solidarités a également annoncé que ce bonus serait « le même pour tous les salariés de l'entreprise ».** Rien, dans le texte proposé, ne le garantit.

7. L'assujettissement à la C3S des organismes publics qui exercent leur activité de façon concurrentielle

L'article 14 du présent projet de loi de financement tend à élargir le champ d'application de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés (C3S).

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

Ses principales caractéristiques

La C3S a été instituée par la loi n° 70-13 du 3 janvier 1970 portant création d'une contribution sociale de solidarité au profit de certains régimes de protection sociale des travailleurs non-salariés.

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 l'objet d'une réforme en 1995 destinée à augmenter son rendement (loi n° 95-885 du 4 août 1995 portant loi de finances rectificative pour 1995) : extension du champ de recouvrement, de l'assiette et augmentation du taux. L'article 8 de la loi de financement de la sécurité sociale avait également modifié les dispositions relatives à la C3S, afin de sécuriser l'assujettissement des institutions financières et de prévoir l'assujettissement des mutuelles et des institutions de prévoyance, qui n'y étaient pas soumises jusqu'alors.

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.

Le 1° du I de l'article 14 du présent projet de loi de financement propose ainsi de compléter le 1° de l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale afin de prévoir que les sociétés anonymes et les sociétés par actions simplifiées y sont soumises, « *quelles que soient, le cas échéant, la nature et la répartition de leur capital* ». Il s'agirait d'une précision visant, notamment, à inclure dans le champ de la C3S les sociétés d'économie mixte.

Le 2° du I de cet article tend à modifier le 4° de l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale, qui dispose que l'assujettissement à la C3S « *des entreprises publiques et sociétés nationales, quelle qu'en soit la nature juridique, soumises aux dispositions des articles L. 442-1 à L. 442-17 du code du travail relatifs à la participation des salariés aux fruits de l'expansion des entreprises ou dont la moitié du capital social est détenu, ensemble ou séparément, par l'Etat, par une ou plusieurs entreprises publiques ou par une ou plusieurs sociétés nationales* ».

Le texte proposé par cet article prévoit que **la C3S s'appliquera désormais aux personnes morales de droit public, dans la mesure où elles sont assujetties à la TVA**, en application de l'article 256 B du code général des impôts. Celui-ci dispose que **ces personnes morales ne sont pas assujetties à la TVA pour l'activité de leurs services administratifs, sociaux, éducatifs, culturels et sportifs lorsque leur non-assujettissement n'entraîne pas de distorsions dans les conditions de la concurrence**. Il détaille en revanche les opérations pour lesquelles elles y sont assujetties¹.

¹ Livraisons de biens neufs fabriqués en vue de la vente, distribution de gaz, d'électricité et d'énergie thermique, opérations des économats et établissements similaires, transports de biens, à l'exception de ceux effectués par la Poste, transports de personnes, opérations des organismes d'intervention agricoles portant sur les produits agricoles et effectuées en application des règlements portant organisation commune du marché de ces produits, organisation d'expositions à caractère commercial, prestations de services portuaires et aéroportuaires, entreposage de biens meubles, organisation de voyages et de séjours touristiques, diffusion ou redistribution de programmes de radiodiffusion ou de télévision, télécommunications ; fourniture d'eau dans les communes d'au moins 3.000 habitants ou par les établissements publics de coopération intercommunale dont le champ d'action s'exerce sur un territoire d'au moins 3.000 habitants.

Le 3° du I de l'article 14 précité propose également d'insérer un 4° *bis* au sein de l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale afin de prévoir **l'assujettissement à la C3S des groupements d'intérêt public assujettis à la TVA**, en application des dispositions du chapitre correspondant du code général des impôts autres que l'article 256 B visé au 4° de l'article L. 651-1 précité, tel qu'il ressort de la nouvelle rédaction proposée par le 2° du I de cet article.

Le II de cet article modifie l'article L. 651-3 du code de la sécurité sociale, qui fixe l'établissement de la contribution suivant les organismes.

Le 1° du II vise ainsi à prévoir que **la part du chiffre d'affaires des groupements d'intérêts publics correspondant à des refacturations de prestations de services à leurs membres ou associés**, que ces GIP soient assujettis à la TVA sur le fondement de l'article 256 B du code général des impôts ou d'un autre fondement, **n'est pas soumise à la C3S**.

A contrario, le 2° du II modifie le troisième alinéa de l'article L. 651-3 du code de la sécurité sociale afin de prévoir que ces GIP devront tenir compte, pour la détermination de leur contribution, de la part du chiffre d'affaires correspondant à des ventes de biens réalisées avec les sociétés en nom collectif ou les groupements d'intérêt économique (y compris les groupements européens) et acquittant la contribution, dans lesquels ils détiennent une participation au moins égale à 20 %, à condition que ces biens soient utilisés pour les besoins d'opérations de production effectuées par ces sociétés ou groupements.

Cette mesure paraît assez équitable : dès lors que ces organismes publics exercent leur activité de façon concurrentielle, il paraît en effet cohérent, dans une optique de libre concurrence, de les assujettir à la C3S comme le sont les organismes privés.

Le rendement de cette mesure est en revanche assez flou : en effet, l'exposé des motifs de l'article 14 indique qu'elle devrait rapporter **70 millions d'euros** en 2006, dont 14 millions d'euros pour la CNAMTS au titre de la C3S additionnelle. Le rapport du gouvernement sur les prélèvements obligatoires et leur évolution évalue, quant à lui, le rendement de cette mesure à **140 millions d'euros**, soit le double de la somme annoncée dans l'exposé des motifs. **D'après les informations communiquées à votre rapporteur pour avis, le rendement de la mesure serait bien de 70 millions d'euros.**

8. Les restrictions apportées à la circulation des tabacs

L'article 14 *bis* du présent projet de loi de financement, issu de l'adoption par l'Assemblée nationale, contre l'avis du gouvernement, d'un amendement de notre collègue député Yves Bur, rapporteur pour avis au nom de la commission des finances, propose de **restreindre la liberté de circulation des tabacs**, en modifiant les dispositions des articles 575 G et 575 H du code général des impôts.

Ces articles disposent respectivement que :

- les tabacs manufacturés ne peuvent circuler après leur vente au détail, par quantité supérieure à **2 kilogrammes**, sans document d'accompagnement ;

- à l'exception des fournisseurs dans les entrepôts, des débitants dans les points de vente, des personnes physiques ou morales qui approvisionnent les titulaires du statut d'acheteur-revendeur, des acheteurs-revendeurs ou, dans des quantités fixées par arrêté du ministre chargé du budget, des revendeurs, nul ne peut détenir dans des entrepôts, des locaux commerciaux ou à bord des moyens de transports plus de **10 kilogrammes** de tabacs manufacturés.

L'article 14 *bis* du présent projet de loi de financement propose de ramener ces limites respectivement à **200 grammes** (au lieu de 2 kilogrammes) et **2 kilogrammes** (au lieu de 10 kilogrammes).

Cette mesure paraît contraire au droit communautaire. Il convient en effet de rappeler que **l'article 30 du traité instituant la Communauté européenne pose le principe de la libre circulation des marchandises.**

S'agissant plus spécifiquement des tabacs, le régime est précisé par la **directive 92/12/CEE** du 25 février 1992 relative au régime général, à la détention, à la circulation et aux contrôles des produits soumis à accises.

L'article 8 de la directive précitée dispose que, « *pour les produits acquis par les particuliers, pour leurs besoins propres et transportés par eux-mêmes, le principe régissant le marché intérieur dispose que les droits d'accise sont perçus dans l'Etat membre où les produits sont acquis* ».

L'article 9 de la directive précitée renverse ce principe lorsque les produits mis à la consommation dans un Etat membre sont détenus à des fins commerciales dans un autre Etat membre. Dans ce cas, **l'accise est due sur le territoire duquel les produits se trouvent** et devient exigible auprès du détenteur du produit. Cet article précise les données que l'Etat membre doit prendre en compte pour apprécier la finalité commerciale de la détention des produits.

**Comment apprécier la finalité commerciale de la détention des produits de tabac :
les règles posées par l'article 9 de la directive 92/12/CEE**

« Pour établir que les produits visés à l'article 8 sont destinés à des fins commerciales, les États membres doivent, entre autres, tenir compte des points suivants:

- « - le statut commercial et les motifs du détenteur des produits,
- « - le lieu où ces produits se trouvent ou, le cas échéant, le mode de transport utilisé,
- « - tout document relatif à ces produits,
- « - la nature de ces produits,
- « - la quantité de ces produits.

« Pour l'application du cinquième tiret, les États membres peuvent, seulement comme élément de preuve, établir des niveaux indicatifs. **Ces niveaux indicatifs ne peuvent pas être inférieurs à :**

« a) Produits de tabac

- « - cigarettes : 800 pièces ;
- « - cigarillos (cigares d'un poids maximal de 3 grammes par pièce) : 400 pièces ;
- « - cigares : 200 pièces ;
- « - tabac à fumer : 1,0 kilogramme ».

Si l'augmentation des droits sur le tabac a conduit un certain nombre de consommateurs à s'approvisionner dans des Etats limitrophes de la France, dans lesquels les accises sur les produits du tabac sont inférieures, il ressort des dispositions de l'article 30 du traité instituant la Communauté européenne et de la directive 92/12/CEE précitée que **les mesures proposées par l'article 14 bis du présent projet de loi de financement constituent une violation du droit communautaire. Cet article, s'il était adopté, ne pourrait pas être appliqué ou, si tel était le cas, la France s'exposerait à un recours en manquement de la part de la Commission européenne.**

Aussi votre rapporteur pour avis vous propose-t-il la suppression de cet article. Il relève, au demeurant, qu'un doute sérieux existe quant à la conformité au droit communautaire des dispositions actuelles des articles 575 G et 575 H du code général des impôts.

9. La modification des taxes pesant sur les entreprises pharmaceutiques

L'article 15 du présent projet de loi contient une série de mesures relatives à la maîtrise des dépenses liées aux médicaments.

Les I à III de cet article visent à étendre les mécanismes de régulation existants aux médicaments rétrocédables.

Outre plusieurs corrections formelles ou de pure coordination, cet article prévoit l'instauration d'une **nouvelle contribution à la charge des**

entreprises assurant l'exploitation de spécialités pharmaceutiques qui n'ont pas passé de convention avec le Comité économique des produits de santé.

Cette contribution serait due lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France, au cours de l'année civile, au titre des spécialités pharmaceutiques rétrocédées, à l'exception des médicaments orphelins, par l'ensemble des entreprises pharmaceutiques précitées, **s'est accru**, par rapport au chiffre d'affaires réalisé l'année précédente au titre des mêmes médicaments, **d'un pourcentage excédant le taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.**

Il est précisé que ce taux de progression résulte du rapprochement des lois de financement de la sécurité sociale de l'année et de l'année précédente compte tenu, le cas échéant, des lois de financement rectificatives.

Le montant total de cette contribution est calculé comme suit :

Modalités de calcul de la contribution

| Taux d'accroissement du chiffre d'affaires T de l'ensemble des entreprises redevables | Taux de la contribution globale exprimé en pourcentage de la tranche du chiffre d'affaires déclaré par l'ensemble des entreprises redevables |
|--|---|
| T supérieur à K (*) et/ou égal à K + 0,5 point | 50 % |
| T supérieur à K + 0,5 point et inférieur ou égal à K + 1 point | 60 % |
| T supérieur à K + 1 point et plus | 70 % |

(*) K = Taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie arrondi à la décimale la plus proche.

Il est précisé que ni le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre des médicaments rétrocédés par les entreprises qui ne sont pas redevables de cette contribution, ni le chiffre d'affaires de ces mêmes entreprises réalisé l'année précédente ne sont pris en compte pour l'assujettissement à cette contribution.

En effet, **les entreprises qui ont conclu une convention avec le Comité économique des produits de santé (CEPS), en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due ne seront pas redevables de cette contribution.**

Une **condition** est toutefois posée à cette dérogation : **la convention**, qui doit se conformer à certains critères, **doit alors comporter des engagements de l'entreprise** portant sur l'ensemble du chiffre d'affaires réalisé au titre des spécialités rétrocédées ou sur le chiffre d'affaires de chacun des produits concernés. **Si l'entreprise ne respecte pas ces engagements, elle devra alors verser une remise.** La liste des entreprises bénéficiant de cette dérogation est arrêtée par le Comité économique des produits de santé avant le

31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.

Ces dispositions s'appliquent pour la première fois au calcul de la contribution due au titre de l'année 2005, à l'exception des dispositions relatives à la convention conclue entre le CEPS et les entreprises, qui ne s'appliquent qu'aux contributions dues au titre des années 2006 et suivantes.

Suivant la solution adoptée par l'Assemblée nationale concernant les médicaments orphelins, à l'initiative de notre collègue député Claude Evin, **votre rapporteur pour avis propose d'exclure du champ de l'évolution du chiffre d'affaires pris en compte le chiffre d'affaires réalisé au titre des médicaments dérivés du sang et de leurs analogues recombinants destinés à traiter l'hémophilie.**

Les **IV et V** de l'article 15 du présent projet de loi de financement **alourdissent la contribution** à la charge des fabricants ou distributeurs de dispositifs médicaux, de tissus, de cellules, de produits de santé autres que les médicaments et de prestations associées, visée aux articles L. 245-5-1 à L. 245-5-6 du code de la sécurité sociale. Deux modifications sont prévues :

- **le champ de la contribution est élargi** pour inclure également les entreprises fabricant, important ou distribuant des dispositifs médicaux, implants et greffons tissulaires d'origine humaine ;

- **l'abattement forfaitaire existant est réduit de moitié**, puisqu'il est proposé de le faire passer de 100.000 euros à 50.000 euros.

Ces dispositions s'appliquent pour la première fois à la détermination des contributions dues au plus tard le 1^{er} décembre 2006.

Les **V bis et VI** de l'article 15 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale modifient la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises exploitant une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques prises en charge par l'assurance maladie.

Le **V bis** tend à **exclure de l'assiette** de la contribution le chiffre d'affaires hors taxes réalisé par les entreprises concerné au titre des **médicaments orphelins**.

Le **VI** **majoré de façon importante le taux de cette contribution**, actuellement fixé à **0,6 %** du chiffre d'affaires hors taxes. Il prévoit que, à titre exceptionnel, le taux de la contribution est porté à **1,5 % pour l'année 2006¹**.

D'après l'annexe 9 au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, les mesures prévues par l'article 15, en particulier l'augmentation des contributions sur le chiffre d'affaires, devraient rapporter **300 millions d'euros** à la sécurité sociale en 2006.

¹ Le texte initial du gouvernement retenait un taux de 1,96 %, qui a été revu à la baisse par l'Assemblée nationale, sur proposition de notre collègue député Yves Bur.

S'il reconnaît que l'évolution des dépenses de médicaments reste très vive (6,5 % en 2004, entre 3,5 % et 4 % en 2005), de même que celle liée aux dispositifs médicaux (+ 11,1 % en 2004 et environ 8 % en 2005 selon les estimations de la commission des comptes), **vo**tre rapporteur pour avis estime toutefois que cette mesure n'est pas suffisante pour répondre aux enjeux soulevés par la croissance de ces postes de dépenses et souhaite qu'une attention particulière soit portée au maintien de la compétitivité de ces entreprises.

10. L'approbation du montant des compensations d'exonération

L'article 16 du présent projet de loi de financement a pour objet d'**approuver le montant correspondant à la compensation**, à la sécurité sociale, **des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale**, ce qui constitue l'une des grandes nouveautés du nouveau cadre organique.

Il est ainsi proposé de fixer ce montant à **21,6 milliards d'euros (+ 5,7 % par rapport à 2005)**. Ce montant correspond pour 21.397 millions d'euros aux compensations de mesures existantes **et pour 225 millions d'euros à la compensation de mesures nouvelles 2005-2006**. Votre rapporteur pour avis relève que **cette somme ne correspond qu'au chiffrage de trois mesures nouvelles** (pôles de compétitivité pour 30 millions d'euros, plan « services à la personne » pour 180 millions d'euros et exonération au titre des contrats PACTE – parcours d'accès aux carrières de la fonction publique territoriale hospitalière et de l'Etat – pour 15 millions d'euros), tandis que quatre mesures ne font l'objet d'aucune évaluation dans le cadre de l'annexe 5 au présent projet de loi de financement. **Vo**tre rapporteur pour avis souhaite donc que le gouvernement apporte des précisions sur ce point.

En outre, il convient de noter qu'**au 30 juin 2005, l'Etat était débiteur de 1.286 millions d'euros envers l'ACOSS au titre de la compensation des exonérations de cotisations sociales**.

Cette compensation devrait prendre deux formes : d'une part une **dot**ation budgétaire, correspondant au montant des exonérations ciblées, d'autre part l'**aff**ectation à la sécurité sociale d'un panier de neuf taxes en lieu et place de l'actuelle dotation – correspondant au montant des exonérations générales – versée à partir du budget du travail. Conformément aux dispositions de l'**article 36 de la LOLF**, cette affectation de taxes est prévu par l'**article 41 du projet de loi de finances pour 2006**.

A côté de ces exonérations compensées, il faut souligner que les **exonérations non compensées** connaissent une **croissance encore plus vive, de 24,8 %**, pour s'établir à **2.747 millions d'euros**.

Le montant total des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations et contributions sociales s'élève ainsi à **24.369 millions d'euros.**

Votre rapporteur pour avis estime que **la croissance des exonérations de cotisations sociales constatées invite à s'interroger sur le mode de financement du système de protection sociale**, dans le cadre d'une économie globalisée. La pertinence de ces exonérations reste parfois à démontrer et il conviendrait plutôt de réfléchir à un modèle de financement qui préserverait la compétitivité des entreprises et serait favorable à l'emploi. **C'est la raison pour laquelle votre commission des finances ne peut, à nouveau, qu'inciter le gouvernement à considérer avec la plus grande attention l'hypothèse de mise en place d'un dispositif de « TVA sociale ».**

Par ailleurs, **dans un souci de précision et afin de lever toute ambiguïté**, votre rapporteur pour avis vous proposera de **faire correspondre le montant de la compensation approuvé par l'article 16 du présent projet de loi de financement au montant exact évalué dans l'annexe 5 jointe au présent projet de loi, soit 21,622 milliards d'euros.**

11. La lutte contre le travail dissimulé

L'article 17 du présent projet de loi de financement contient plusieurs mesures destinées à lutter contre le travail dissimulé.

Le I de cet article, qui insère un nouvel article L. 133-4-2 dans le code la sécurité sociale, tend à prévoir que l'employeur ou le travailleur indépendant ne pourra pas bénéficier de mesures de réduction et d'exonération, totale ou partielle, de cotisations ou de contributions de sécurité sociale qu'il peut appliquer sans être tenu d'en faire une demande préalable, s'il se livre à du travail dissimulé, s'il favorise, en toute connaissance de cause, le travail dissimulé ou s'il a recours sciemment aux services d'une personne exerçant un travail dissimulé.

Si l'URSSAF constate une infraction, il lui sera possible de procéder à l'annulation des réductions ou exonérations des cotisations ou contributions appliquées par l'employeur ou le travailleur indépendant.

Votre rapporteur pour avis relève toutefois que la rédaction actuelle de l'article pour apprécier l'infraction ne vise que le quatrième alinéa de l'article L. 324-10 et exclut le cinquième alinéa, qui prévoit que la mention sur le bulletin de paie d'un nombre d'heures de travail inférieur à celui réellement effectué constitue, si cette mention ne résulte pas d'une convention ou d'un accord, une dissimulation d'emploi salarié. **Pour être totalement cohérent avec les objectifs de cet article, votre rapporteur pour avis vous proposera donc, par amendement, d'inclure cette possibilité dans le champ des infractions répréhensibles**, ce qui ne devrait pas soulever de difficulté dans la mesure où d'autres dispositions de cet article visent à la fois les quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 324-10 précité.

Le montant de cette annulation sera toutefois **plafonné par décret**. Sous cette réserve, il correspondra au montant des réductions ou exonérations pratiquées dans l'établissement sur la période où a été constatée l'infraction, affecté d'un coefficient égal au rapport existant entre le montant des rémunérations dissimulées et le montant total des rémunérations soumises à cotisations ou contributions sur la même période.

Le II de l'article 17 du présent projet de loi de financement insère un nouvel L. 242-1-1 dans le code de la sécurité sociale. Il prévoit que les rémunérations, versées ou dues à des salariés, qui sont réintégrées dans l'assiette des cotisations à la suite du constat de l'infraction définie aux quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 324-10 du code du travail ne peuvent faire l'objet d'aucune mesure de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale ou de minoration de l'assiette de ces cotisations.

Les III et IV de l'article 17 du présent projet de loi de financement renforcent de manière importante les peines encourues en cas d'obstacles aux visites ou inspections des inspecteurs du recouvrement.

Il est ainsi proposé de supprimer la dernière phrase de l'article L. 243-11 du code de la sécurité sociale, qui dispose que les oppositions ou obstacles à ces visites ou inspections sont passibles des mêmes peines que celles prévues par le code du travail en ce qui concerne l'inspection du travail.

En contrepartie, le **IV** de cet article prévoit que faire obstacle à l'accomplissement des fonctions des inspecteurs du recouvrement, quel que soit leur cadre d'action, est puni de six mois d'emprisonnement et de 7.500 euros d'amende. En outre, les personnes morales pourraient, dans ce cas, être déclarées responsables pénalement et se voir infliger une amende dont le montant maximum atteindrait 37.500 euros. Il est enfin prévu que les dispositions du code pénal qui prévoient et répriment les actes de résistance, les outrages et les violences contre les officiers de police judiciaire sont applicables à ceux qui se rendent coupables de faits de même nature à l'égard des agents de contrôle des services de recouvrement des cotisations sociales.

Le V de cet article complète l'article L. 123-11 du code de commerce afin de prévoir que l'activité de domiciliataire ne peut être exercée dans un local à usage d'habitation principale ou à usage mixte professionnel et de préciser les agents qualifiés pour procéder à la recherche et à la constatation des infractions.

Enfin, **le VI** de cet article consolide l'obligation de vigilance des donneurs d'ordre vis-à-vis de leurs co-contractants étrangers. Le donneur d'ordre devra ainsi s'assurer tous les six mois jusqu'à la fin de l'exécution du contrat que son cocontractant s'acquiesce respecte les dispositions du premier alinéa de l'article L. 341-6 du code du travail, qui dispose que nul ne peut, directement ou par personne interposée, engager, conserver à son service ou employer pour quelque durée que ce soit un étranger non muni du titre l'autorisant à exercer une activité salariée en France. A défaut, le donneur d'ordre sera tenu solidairement responsable et passible d'une contribution

spéciale au bénéfice de l'Agence nationale de l'accueil des étrangers et des migrations.

Les dispositions de l'article 17 du présent projet de loi de financement devraient donc permettre de renforcer considérablement les moyens de lutte contre le travail dissimulé, ce dont votre rapporteur pour avis se félicite. L'impact financier de ces mesures n'est, en revanche, pas individualisé dans l'annexe 9 au présent projet de loi.

12. Le renforcement des dispositifs de lutte contre la fraude

L'article 57 du présent projet de loi contient enfin plusieurs dispositions visant à renforcer la lutte contre la fraude et à harmoniser les différentes mesures existantes du code la sécurité sociale, tout en tenant compte des différences existant entre les organismes chargés de la gestion des prestations et ceux en charge du recouvrement.

Il renforce ainsi les obligations de contrôle et le suivi national des fraudes détectées, ouvre la possibilité de vérifier la réalité des dépenses engagées à l'étranger, étend la coopération entre les administrations sociales, l'administration fiscale et l'autorité judiciaire, redéfinit la fraude et les sanctions pénales, ainsi que les possibilités de pénalités administratives et permet de conditionner le service des prestations à la production de certaines pièces justificatives.

IV. LES MESURES RELATIVES À LA TRÉSORERIE, À LA DETTE ET À LA COMPTABILITÉ

A. LA FIXATION DES PLAFONDS D'AVANCES DE TRÉSORERIE

1. Les règles posées par le nouvel article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale

Antérieurement à la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS), l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale disposait que la loi de financement de la sécurité sociale devait 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**.

Cette compétence a été élargie depuis l'entrée en vigueur de la LOLFSS. Le e du 2° du C de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale dispose, en effet, que la loi de financement de la sécurité sociale « *arrête la liste des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement habilités à recourir à des ressources non permanentes, ainsi que les limites dans lesquelles leurs besoins de trésorerie peuvent être couverts par de telles ressources* ».

L'article 25 du présent projet de loi de financement fixe ainsi les plafonds d'avances de trésorerie de six régimes obligatoires de base ou organismes ayant pour mission de concourir à leur financement, qui étaient déjà autorisés à recourir à des ressources non permanentes avant l'entrée en vigueur de la LOLFSS :

- le régime général ;
- le régime des exploitants agricoles (Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles – FFIPSA) ;
- la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) ;
- le fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat (FSPOEIE) ;
- la caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM) ;
- 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.

2. Le plafond d'avances de trésorerie du régime général en nette augmentation

a) *Les besoins de trésorerie ont été limités, en 2005, par les reprises de dette*

Les reprises de dettes opérées par la CADES, en application de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ont profondément modifié l'état de la trésorerie du régime général, retracé dans le tableau qui suit :

Les chiffres clés de la trésorerie du régime général en 2004 et 2005

(en millions d'euros)

| | 2004 | 2005 |
|--|----------------------------------|-----------------------------------|
| Variation de trésorerie | 17,5 | -9,3 |
| Variation de trésorerie hors reprise de dettes | -17,6 | -16,3 |
| Solde du compte au 31 décembre | 3,4 | -5,9 |
| Solde moyen | -12,9 | -195 |
| Point haut | 7,8 (atteint le 20 décembre) | 11,1 (atteint le 8 février) |
| Point bas | -24,3 (atteint le 12 juillet) | -9,1 (atteint le 30 septembre) |
| Nombre de jours négatifs | 333 | 206 |

Source: *commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2005*

En effet, hors reprise de 35 milliards d'euros par la CADES fin 2004, le solde au 31 décembre 2004 aurait été de - 31,6 milliards d'euros et la variation de trésorerie correspondante de -17,6 milliards d'euros.

Sur le premier semestre 2005 les encaissements se sont élevés à 146,9 milliards d'euros tandis que les tirages ont atteints 155,4 milliards d'euros. Sur le second semestre 2005, les prévisions d'encaissements (153,9 milliards d'euros) et de tirages (161,3 milliards d'euros) conduiraient à une variation de trésorerie de - 7,4 milliards d'euros (contre - 8,3 milliards d'euros sur le second semestre 2004). Le nouveau transfert opéré le 7 octobre 2005 devrait permettre de maintenir le solde de trésorerie à un niveau inférieur au plafond d'avances fixé à 13 milliards d'euros par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005.

Les conditions de financement des avances en 2005

L'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) est autorisée à recourir à l'emprunt pour couvrir ses besoins de trésorerie. La Caisse des dépôts et consignations (CDC) est, en ce domaine, son partenaire historique, même si l'ACOSS peut désormais, depuis 2004, avoir recours à d'autres intermédiaires financiers.

La convention liant l'ACOSS et la CDC, ainsi que des protocoles d'accord complémentaires prévoient différentes formes d'emprunt :

- **les avances au jour le jour** : Leur coût s'établit à EONIA + 0,20 lorsque leur montant est inférieur à 3 milliards d'euros et à EONIA + 0,25 au delà de ce montant ;

- **les avances prédéterminées** : Elles complètent le dispositif d'avances au jour le jour depuis le mois de juin 2003 et permettent à l'ACOSS d'emprunter à l'avance, pour une période donnée, un montant fixé préalablement (par tranche de 500 millions d'euros). 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) le coût des avances prédéterminées est moins élevé. Il était fixé à EONIA + 0,07 jusqu'à mai 2004 inclus et à EONIA + 0,05 ensuite ;

- **les avances prédéterminées de courte durée** : A partir de mai 2005, un système d'avances prédéterminées d'une durée plus courte (15 jours calendaires au minimum) a également été proposé par la CDC. Le taux de référence reste l'EONIA, avec une marge plus élevée que pour les avances prédéterminées instituées en 2003 (+ 0,10).

Le délai de sollicitation des avances a été réduit à partir de 2005. La date limite a été ramenée, pour les avances d'un mois donné, du 1^{er} au 20^{ème} jour du mois précédent. Les différents instruments ainsi offerts présentent une grande souplesse. L'ACOSS a principalement recours aux avances prédéterminées, moins onéreuses, pour les périodes où le besoin de trésorerie est élevé et durable. Cependant, **pour éviter le risque de surmobilisation financière, les avances prédéterminées ne couvrent qu'une partie du besoin prévisionnel de trésorerie d'une période donnée, l'ajustement quotidien aux besoins étant opéré grâce aux avances au jour le jour.**

Compte tenu de ses moindres besoins de trésorerie, de la souplesse d'utilisation des instruments proposés et de l'amélioration des conditions tarifaires obtenues en 2004 de la part de la CDC, **l'ACOSS n'a pas eu recours, en 2005, à d'autres sources de financement, comme ce fut le cas en 2004.**

Pendant la quasi-totalité du premier trimestre 2005, l'ACOSS a enregistré, de façon continue, des soldes quotidiens de trésorerie positifs (jusqu'au 30 mars inclus). Elle n'a donc pas eu besoin de devoir recourir à l'emprunt au cours de cette période.

Les besoins de financement externes ne sont apparus qu'au cours du deuxième trimestre mais sont restés, dans un premier temps, relativement ponctuels. Entre le 31 mars et le 8 juin, confrontée à 24 jours de trésorerie négative (sur 69 jours), l'ACOSS a eu recours à des avances au jour le jour de la CDC

La situation s'est ensuite dégradée : en effet, les réalisations entre le 9 juin et la fin du 2^{ème} trimestre, de même que les prévisions pour le second semestre, font apparaître un solde de trésorerie presque constamment négatif (179 jours de trésorerie négative sur 206 jours entre le 9 juin et le 31 décembre). **Pour la première fois de l'année, l'ACOSS a ainsi dû faire appel, le 9 juin, aux avances prédéterminées prévues dans le cadre de ses accords avec la CDC.**

Source : commission des comptes de la sécurité sociale

b) Un plafond d'avances de trésorerie relevé de 5,5 milliards d'euros en 2006

L'article 25 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale fixe le plafond des avances de trésorerie du régime général en 2006 à **18,5 milliards d'euros, soit 5,5 milliards d'euros de plus qu'en 2005**. Le tableau suivant retrace l'évolution des plafonds d'avances 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 | 2006 |
|--------------------------------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Plafond inscrit en LFSS | 10,06 | 3,05 | 3,66 | 4,42 | 4,42 | 4,42 | 12,5 | 33 | 13 | 18,5 |
| Plafond après décret d'urgence | 12,2 | 4,73 | 4,42 | 4,42 | 4,42 | 4,42 | 15 | 33 | 13 | |

Source : d'après le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2005

L'analyse de l'exercice 2005 permet d'expliquer cette évolution. En effet, alors que l'exercice 2005 avait débuté avec un solde de trésorerie positif de 3,4 milliards d'euros, l'exercice 2006 débutera avec un solde négatif de 5,9 milliards d'euros.

L'ACOSS anticipe une variation de trésorerie de 13,7 milliards d'euros sur l'exercice 2006 (le solde s'établirait alors à - 19,6 milliards d'euros au 31 décembre 2006), hors reprise du déficit prévisionnel pour 2006 par la CADES.

En intégrant une reprise de déficit au cours du mois d'octobre 2006 – qui ne pourra excéder 6,7 milliards d'euros – le solde moyen devrait s'établir à - 7,71 milliards d'euros : le point le plus haut atteindrait 2,9 milliards d'euros, tandis que le point le plus bas s'élèverait à - 17,7 milliards d'euros.

Le montant de 18,5 milliards d'euros retenu par l'article 25 du présent projet de loi de financement devrait donc permettre de **préserver une certaine « marge de sécurité »**, afin de prendre en compte les incertitudes macroéconomiques et celles sur le calendrier précis des encaissements et des tirages.

Les charges financières supportées par l'ACOSS devraient donc croître en 2006, pour s'élever globalement à 250 millions d'euros. Ceci découlera notamment de l'évolution des charges constatées au titre de la branche maladie, qui a connu en 2005, du fait des reprises de déficits opérées par la CADES, des charges financières très faibles par rapport aux années passées, ainsi que le montre le tableau suivant :

**Les charges financières supportées par l'ACOSS
au titre de la branche maladie depuis 2002**

(en millions d'euros)

| Année | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|---------------------|-------|-------|-------|------|
| Charges financières | 311,0 | 380,6 | 469,8 | 53,0 |

Source: réponse au questionnaire de votre rapporteur pour avis

Votre rapporteur pour avis considère que ce plafond d'avances de trésorerie – le deuxième plus élevé depuis 1997 – traduit la gravité de la situation budgétaire de la sécurité sociale qui, en dépit des réformes menées, demeure extrêmement préoccupante.

3. Les plafonds d'avances de trésorerie des autres régimes

L'article fixe comme suit les plafonds d'avances de trésorerie des cinq autres régimes précédemment mentionnés :

**Les plafonds d'avances de trésorerie fixés pour les régimes
autres que le régime général**

(en millions d'euros)

| Régime | Plafond 2003 | Plafond 2004 | Plafond 2005 | Plafond 2006 |
|---------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| FFIPSA | 2100 | 4100 | 6200 | 7100 |
| CNRACL | 500 | 500 | 500 | 550 |
| FSPOIE | 80 | 50 | 0 | 150 |
| CANSSM | 200 | 200 | 200 | 300 |
| CNIEG | * | * | 500 | 475 |

Le tableau qui précède permet de souligner la **dégradation très importante de la situation du régime de protection sociale agricole (FFIPSA, anciennement BAPSA), dont le plafond d'avances de trésorerie a été plus que triplé depuis 2003 et qui représentera en 2006 près de la moitié du montant des prestations versées.**

Votre rapporteur spécial relève également que, à l'exception de la **Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG), tous les régimes connaissent une augmentation de leur plafond d'avances de trésorerie.**

B. LA GESTION DE LA DETTE

1. Les reprises de déficits déjà opérées par la CADES en application de la loi relative à l'assurance maladie (41,61 milliards d'euros)

La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie avait prévu que la CADES prendrait à sa charge les déficits cumulés de la branche maladie du régime général au 31 décembre 2003 ainsi que son déficit prévisionnel au 31 décembre 2004, dans une limite globale de 35 milliards d'euros.

La CADES a ainsi effectué **quatre versements** au profit de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) : 10 milliards d'euros le 1^{er} septembre 2004, 7 milliards d'euros le 11 octobre 2004, 9 milliards d'euros

le 9 novembre 2004 et une nouvelle fois 9 milliards d'euros le 9 décembre 2004.

Le montant réel des déficits cumulés au 31 décembre 2004 s'étant élevé à 33,31 milliards d'euros, l'ACOSS a bénéficié d'un **excédent de transfert de 1,69 milliard d'euros** de la part de la CADES. **Ce trop-perçu a été déduit du transfert relatif à l'exercice 2005.**

En effet, la loi précitée relative à l'assurance maladie prévoit également le transfert à la CADES des déficits prévisionnels de la branche maladie au titre des exercices 2005 et 2006, dans la limite de 15 milliards d'euros.

En pratique, le déficit prévisionnel de la branche maladie pour l'exercice 2005 a été fixé à 8,3 milliards d'euros par le décret n° 2005-1255 du 5 octobre 2005, pris après avis du secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale. Compte tenu des versements déjà effectués, le montant net du transfert s'établit à 6,61 milliards d'euros, somme qui a été versée à l'ACOSS le 7 octobre 2005.

2. Les prévisions d'amortissement de dette

A la date du 7 octobre 2005, le montant total de la dette reprise par la CADES s'élève à 100,776 milliards d'euros. Sur ce total, la CADES a déjà amorti 27,64 milliards d'euros au 30 juin 2005. **Il lui reste donc, à ce jour, 73,136 milliards d'euros à amortir.** Notre collègue Paul Girod a relevé, dans son rapport d'information¹ sur la gestion de la dette de l'Etat dans le contexte européen, que la CADES, qui a émis 39 millions d'euros d'emprunts en 2005 (soit autant que l'Espagne), s'autorisait une politique d'émission de titres plus audacieuse, plus risquée et plus opportuniste que l'agence France Trésor.

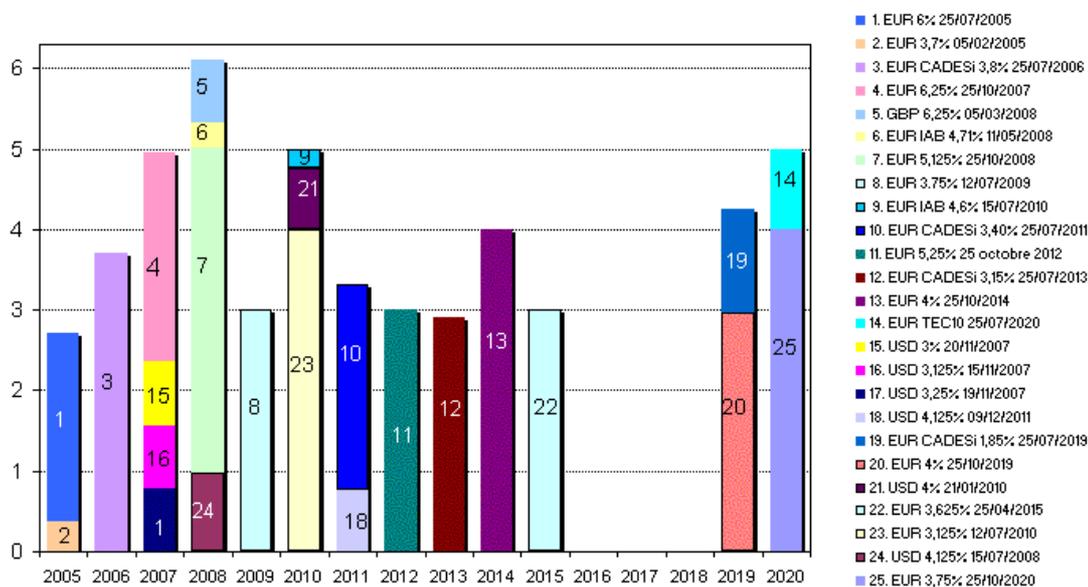
L'article 1^{er} du présent projet de loi de financement précise que le montant de la dette amortie par la CADES en 2003 s'élève à **3,3 milliards d'euros**. Celui-ci devrait diminuer de 900 millions d'euros en 2005 et 2006 : l'objectif d'amortissement rectifié d'amortissement de dette pour 2005 est fixé à **2,4 milliards d'euros** par **l'article 5** du présent projet de loi de financement, de même que l'objectif fixé pour l'année 2006 par **l'article 23**.

Cette diminution de l'objectif d'amortissement de dette s'explique par les récentes reprises de déficits, qui ont conduit à rallonger la durée de vie de la CADES. Celle-ci devrait terminer de rembourser les emprunts contractés en 2020, ainsi que le montre l'échéancier des dettes présenté ci-après.

¹ « Pour une gestion consolidée des dettes de l'Etat », rapport d'information n° 476 (2004-2005).

Echéancier de la dette de la CADES à moyen et long terme

(en milliards d'euros)



Source : CADES

On rappellera que la LOLFSS interdit, à l'avenir, d'accroître la durée d'amortissement de la dette sociale, **ce qui signifie que tout nouveau transfert de déficit à la CADES devrait être compensé par l'affectation de recettes supplémentaires.**

C. LA COMPTABILITÉ DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE : UNE PLUS GRANDE TRANSPARENCE

1. La règle de sincérité posée par le nouvel article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale

A l'initiative de votre rapporteur pour avis, la loi organique précitée relative aux lois de financement de la sécurité sociale pose un **principe organique de sincérité des comptes des régimes de sécurité sociale**. Reprenant la formule employée par l'article 27 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances (LOLF), elle dispose, dans son article 1^{er}, 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* ».

L'un des corollaires de ce principe réside dans la certification des comptes de ces régimes et organismes, qui s'effectuera de manière différente suivant qu'il s'agit du régime général et des autres régimes ou organismes.

On rappellera tout d'abord que, en application de l'article L. 114-5 du code de la sécurité sociale tel que modifié par l'article 1^{er} de la LOLFSS, les

régimes obligatoires de base de sécurité sociale et les organismes créés pour concourir à leur financement appliquent un plan comptable unique, fondé sur le principe de la constatation des droits et obligations. Les opérations sont ainsi prises en compte au titre de l'exercice auquel elles se rattachent, indépendamment de leur date de paiement ou d'encaissement.

2. La certification des comptes du régime général : le rôle de la Cour des comptes

S'inscrivant dans le prolongement des travaux menés par le Haut conseil de la comptabilité des organismes de sécurité sociale, l'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005¹, qui a introduit un nouvel article L. 114-6 dans le code de la sécurité sociale.

Cet article crée 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. Les comptes annuels et infra annuels des organismes de base sont 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 doivent être adressés au ministre chargé de la sécurité sociale 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.

Les mêmes obligations sont applicables aux comptes des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales.

L'article 1^{er} de la LOLFSS prévoit que la mission d'assistance du Parlement et du gouvernement confiée à la Cour des comptes comprend :

- la production d'un **avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre** par branche du dernier exercice clos ;

- la production du **rapport de certification** de la régularité, de la sincérité et de la fidélité des **comptes des organismes nationaux du régime général et des comptes combinés de chaque branche et de l'activité de recouvrement du régime général**, relatifs au dernier exercice clos. Ce rapport présente le compte rendu des vérifications opérées aux fins de certification.

La Cour des comptes a consacré de longs développements à cette mission de certification des comptes au sein de son rapport de septembre 2005 sur la sécurité sociale et a précisé sa conception de ces missions, rappelés dans l'encadré qui suit.

¹ Loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004.

La conception de la Cour des comptes de sa mission de certification

1. La certification des comptes des caisses nationales et des comptes combinés du régime général

La mission de certification des comptes des caisses nationales et des comptes combinés établis par les caisses nationales (CNAF, CNAMTS, CNAVTS et ACOSS) comportera **deux types de vérification** :

- l'une portant sur les comptes des quatre établissements publics ;
- l'autre sur les comptes combinés (bilan, compte de résultat et annexe) des branches du régime général établis par ces caisses et par l'ACOSS.

La vérification des produits inscrits dans les comptes combinés établis par les caisses nationales du régime général supposera **deux opérations distinctes** :

- la vérification de la concordance des sommes inscrites en produits dans les comptes établis par les caisses nationales avec celles notifiées par l'ACOSS ;
- la certification des comptes combinés de l'ensemble URSSAF-CGSS¹-ACOSS.

La certification comprendra des missions intermédiaires planifiées en cours d'année et une mission finale au printemps dite de « révision des comptes ».

Les premières seront consacrées à l'évaluation du contrôle interne et à l'audit des systèmes d'information. Elles devront permettre d'identifier les zones de risque et de préciser les seuils de signification pertinents. Une mise à jour annuelle sera effectuée.

La seconde portera uniquement sur la revue des comptes et se déroulera de mars à mai.

La Cour s'attachera à articuler les missions de certification avec le contrôle juridictionnel qu'elle effectue au moins une fois tous les cinq ans sur les établissements publics. Les deux contrôles sont de nature différente mais pour partie complémentaire.

Alors que la certification des comptes vise la régularité des enregistrements comptables au regard du référentiel comptable, le contrôle juridictionnel assure le contrôle de la régularité des opérations effectuées par le comptable au regard des règles législatives ou réglementaires qui s'appliquent à l'organisme : ainsi, une dépense effectuée en contradiction avec l'autorisation de dépense doit être comptabilisée dès lors qu'elle a été constatée. Le comptable pourra être mis en cause pour sa gestion sans que les états financiers de l'organisme appellent des réserves du certificateur (en l'espèce, les autorités de certification pourront émettre néanmoins une observation).

Les vérifications opérées dans le cadre des travaux de certification ne sont pas orientées vers un contrôle de régularité juridique. Toutefois, la Cour fera **mention des irrégularités les plus significatives** qu'elle pourrait détecter à l'occasion de la révision des comptes, sans préjuger des résultats des contrôles juridictionnels des comptes et des contrôles effectués sur la gestion des établissements.

La Cour articulera ses missions intermédiaires avec ses contrôles de la gestion, notamment dans le domaine des systèmes d'information et des environnements informatiques.

¹ *Caisses générales de sécurité sociale, dans les départements d'outre-mer.*

2. L'avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre des branches

Il existe autant de comptes combinés que de régimes ou de branches ayant un réseau de caisses. **Pour permettre à la Cour de formuler un avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre, ils devront tous être soumis à une procédure de certification.** Pour les régimes autres que le régime général, qu'ils aient ou non un réseau, l'obligation de faire certifier leurs comptes par un réviseur extérieur devra faire l'objet d'une disposition législative, par exemple dans une prochaine LFSS. La certification devra englober l'ensemble de l'activité des organismes et non, comme aujourd'hui au sein du régime agricole, les seules opérations de gestion administrative. **Cette mission pourra être confiée à des commissaires aux comptes dont la Cour présenterait la synthèse des observations.**

Même si l'obligation de mettre en place une certification des comptes dans tous les régimes doit être fixée à une date unique, **certains régimes risquent de ne pas voir leurs comptes certifiés ou certifiés sans réserves sérieuses avant plusieurs années**, compte tenu des difficultés qui leur sont propres. Néanmoins, ces réserves seront utiles pour permettre au législateur d'apprécier la qualité des comptes qui font l'objet du second niveau d'agrégation : les tableaux d'équilibre par branche de l'ensemble des régimes obligatoires de base.

A partir des différents comptes établis par les organismes nationaux, les tableaux d'équilibre par branche et pour l'ensemble du régime général sont établis par la MCP. Celle-ci les transmet à la Cour.

Leur élaboration suppose l'élimination des transferts financiers entre caisses d'une même branche et, au sein du régime général, entre les branches de celui-ci et la prise en compte des financements assurés par les différents fonds. Cette dernière opération devrait permettre de faire apparaître d'éventuelles insuffisances globales de financement.

La Cour s'assurera des modalités d'élimination des opérations réciproques entre branches et régimes retenues par la DSS et de la prise en compte des financements assurés par le FSV et le FFIPSA.

Source : rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale, septembre 2005

3. La certification des comptes des autres régimes ou organismes concourant au financement de l'ensemble des régimes : le recours aux commissaires aux comptes

L'article 24 du présent projet de loi de financement complète le dispositif d'ensemble de certification des comptes.

Le I de cet article insère un nouvel article L. 114-8 dans le code de la sécurité sociale, qui prévoit que **les comptes des organismes nationaux de sécurité sociale, autres que ceux du régime général, ainsi que ceux des organismes créés pour concourir au financement de l'ensemble des régimes, sont certifiés par un commissaire aux comptes.** Il est précisé que, lorsque ces organismes établissent des **comptes combinés**, la certification est effectuée par **deux commissaires aux comptes au moins, ce qui est une bonne mesure pour s'assurer de la fiabilité de l'analyse.** Il est prévu qu'une norme d'exercice professionnel homologuée par voie réglementaire précisera les diligences devant être accomplies par les commissaires aux comptes.

En outre, cet article précise que les dispositions de l'article L. 140-2 du code des juridictions financières seront applicables à ces commissaires aux comptes, ce qui signifie que **les magistrats, conseillers maîtres en service extraordinaire et rapporteurs de la Cour des comptes pourront leur demander « tous renseignements sur les sociétés qu'ils contrôlent ; ils peuvent en particulier se faire communiquer les dossiers et documents établis en application des dispositions législatives et réglementaires relatives à la profession et au statut des commissaires aux comptes de sociétés ».**

Ce dispositif s'appliquant également au régime de protection sociale agricole, le II de l'article 24 du présent projet de loi de financement propose d'abroger l'article L. 723-46 du code rural. **Votre rapporteur pour avis observe toutefois que l'article L. 723-46 du code rural comporte des dispositions plus complètes que celles contenues dans le nouvel article prévu par l'article 24 du présent projet de loi de financement et s'interroge sur l'opportunité d'abroger l'intégralité de cet article.**

Les dispositions actuelles de l'article L. 732-46 du code rural

« Les assemblées générales des organismes de mutualité sociale agricole et celles des unions mentionnées aux articles L. 723-7 et L. 723-13 désignent un ou plusieurs commissaires aux comptes, agréés par les cours d'appel.

« Les commissaires aux comptes peuvent procéder à toute époque aux contrôles et investigations comptables relevant de leur mission. Ils rendent compte de leur mandat à l'assemblée générale appelée à statuer sur les comptes de chaque exercice.

« Les décisions des assemblées générales des caisses départementales ou pluridépartementales de mutualité sociale agricole et de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole ainsi que des associations et groupements d'intérêt économique, mentionnés aux articles L. 717-3 et L. 723-1, sont soumises à l'approbation de l'autorité compétente de l'Etat dans les mêmes conditions que les délibérations des conseils d'administration desdits organismes ».

Par ailleurs, le III de l'article 24 du présent projet de loi de financement prévoit qu'un **décret** fixera le calendrier d'entrée en vigueur des dispositions de cet article, qui s'appliqueraient **au plus tard aux comptes de l'exercice 2008. Votre rapporteur pour avis considère qu'il n'appartient pas au domaine réglementaire de déterminer l'entrée en vigueur d'un article adopté par le Parlement.**

Il paraît souhaitable d'harmoniser l'entrée en vigueur des dispositifs de certification des comptes. Dans la mesure où, d'une part, la certification des comptes du régime général par la Cour des comptes interviendra à l'occasion de l'exercice 2006, ce qui signifie que le rapport de la Cour des comptes sera joint au projet de financement de la sécurité sociale pour 2008, et où d'autre part, certains régimes connaissent une procédure de certification de leurs comptes, **votre rapporteur pour avis propose de prévoir, par amendement, que ces dispositions s'appliquent à compter de**

l'exercice 2006. Retenir une application à partir des comptes 2008 signifierait que ces résultats n'apparaîtraient qu'à l'occasion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, ce qui, compte tenu des nombreuses réflexions menées tant à l'occasion de la mise en œuvre de la LOLF que de la mise en œuvre de la LOLFSS, **apparaît trop éloigné.**

4. La responsabilité des agents comptables

L'article 24 bis du présent projet de loi de financement, issu de l'adoption par l'Assemblée nationale d'un amendement de notre collègue député Jean-Pierre Door, rapporteur de la partie « recettes et équilibre général » au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, tend à définir les obligations ainsi que la responsabilité personnelle et pécuniaire des agents comptables des organismes de sécurité sociale.

Cette disposition était nécessaire, dans la mesure où le Conseil d'Etat avait censuré une disposition réglementaire fixant le principe de responsabilité personnelle et pécuniaire de ces agents comptables, en considérant que la détermination de cette responsabilité relevait de la compétence du législateur.

CHAPITRE DEUX

LES MESURES DE DÉPENSES RELATIVES AUX QUATRE BRANCHES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ET À LA CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE (CNSA)

I. LA BRANCHE MALADIE

A. L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE : DES RAISONS D'ESPÉRER ?

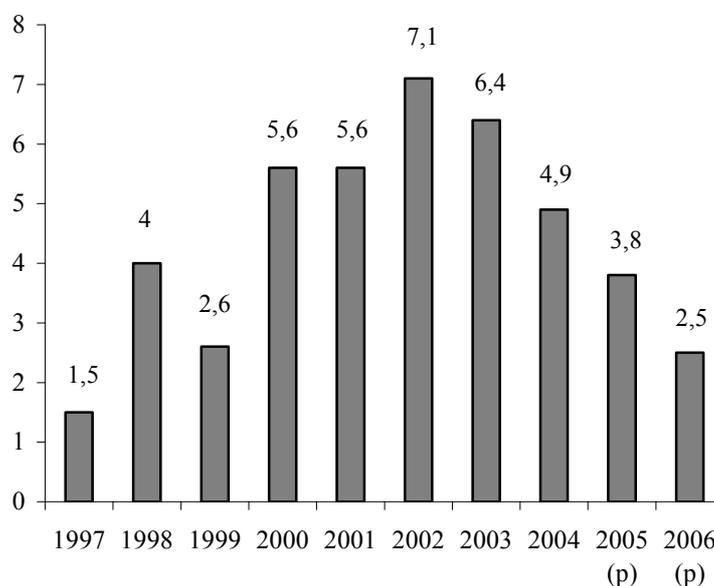
1. Une décélération notable des dépenses d'assurance maladie depuis 2003

Les dépenses d'assurance maladie remboursées par le régime général ont augmenté de 4,9 % en 2004 par rapport à la base 2003, corrigée des erreurs de ventilation comptable et de la surestimation des provisions 2003.

Votre rapporteur pour avis note donc, avec satisfaction, que **pour la deuxième année consécutive, en 2004, le rythme de croissance de ces dépenses a diminué.** Cette décélération fait suite à une forte progression des dépenses au cours de la seconde moitié des années 90 (+ 5,2 % en moyenne annuelle sur la période 1997-2002 avec un pic de + 7,1 % d'augmentation en 2002).

Taux d'évolution des dépenses d'assurance maladie relevant du champ de l'ONDAM depuis 1997

(en %)



Source : ministère de la santé et des solidarités

a) Le ralentissement des dépenses de soins de ville en 2004 mais le dépassement important de l'ONDAM hospitalier

Après une croissance des dépenses relevant du champ de l'ONDAM déjà moins rapide en 2003 qu'en 2002, l'année 2004 a été marquée par un ralentissement des dépenses de soins de ville qui n'ont progressé « que » de 4,3 % contre 6,2 % en 2003. Pour la première fois depuis 1998, les soins de ville ont ainsi augmenté moins vite que l'ensemble de l'ONDAM.

Ainsi, les dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM s'élèvent en 2004 à 130,1 milliards d'euros, en progression de 4,9 % par rapport aux réalisations 2003. **Le dépassement par rapport à l'objectif fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 est donc de 500 millions d'euros, correspondant au dépassement des objectifs consacrés aux établissements de santé.**

En effet, les versements à l'ensemble des établissements de santé en 2004 sont évalués à 56,5 milliards d'euros en progression de 4,6 % par rapport à 2003. Les objectifs dédiés aux établissements de santé sont donc dépassés de près de 500 millions d'euros, dont 245 millions d'euros pour les établissements publics à but lucratif et 220 millions d'euros pour les cliniques privées.

Principales conclusions du rapport d'enquête de l'IGAS et de l'IGF sur le pilotage des dépenses hospitalières en 2004 (juillet 2005)

Le dépassement des versements aux établissements hospitaliers en 2004 est de 341 millions d'euros d'après les données de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et de 325 millions d'euros d'après celles de la CNAMTS. Il s'explique principalement par la sous-estimation de la part de l'assurance maladie dans les bases budgétaires (130 millions d'euros), la sous-tarification des prestations par les établissements (entre 130 et 150 millions d'euros) et la non réalisation d'une recette attendue de l'Etat au titre de l'aide médicale d'urgence (36 millions d'euros). A ce dépassement s'ajouteront les moins values qui seront constatées aux comptes administratifs, estimées à 100 millions d'euros.

La question du financement de ce dépassement (économies, augmentation des tarifs des prestations ou assurance maladie) reste ouverte et doit être envisagée établissement par établissement, au vu des marges de manœuvre et des politiques tarifaires de chacun.

Cependant, même dans l'hypothèse d'un financement intégral par les recettes, aucun nouveau crédit n'est à déléguer à ce titre en 2005, et les 160 millions d'euros délégués en avril 2005 doivent être considérés comme des crédits non reconductibles destinés à atténuer l'impact de la hausse des tarifs. Toujours dans l'hypothèse d'un financement par les recettes, la modification de la base 2006 serait comprise entre 0 et 78 millions d'euros. En outre, les dotations pour les unités de soins de longue durée (USLD) devraient être rectifiées pour tenir compte de leur sous-exécution en 2004.

A compter de la campagne 2005, une sous-exécution des recettes de groupe 2 sera à la charge des établissements. L'enjeu du pilotage de la dépense hospitalière est désormais que la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) ne se traduise pas par une dérive non maîtrisée des dépenses.

La T2A suscite une attente forte : une allocation des ressources plus équitable à partir de l'activité, un rapprochement des modes de financement et de régulation des secteurs public et privé, et une incitation au développement du pilotage médico-économique des établissements.

Toutefois, la mission souligne que la T2A ne constitue qu'un mode de financement et n'est pas en soi un outil de régulation des dépenses, de restructuration ou de planification sanitaire. En particulier, elle n'apporte pas de solution aux facteurs de blocage de la gestion hospitalière (faibles marges de manœuvre des établissements, difficulté à promouvoir un discours de gestion).

Par ailleurs, au terme de l'enquête, il apparaît que :

- la régulation de la dépense présente des zones de fragilité : plusieurs enveloppes sont inflationnistes (frais de séjours, MIGAC déclaratives au coût observé) sans pour autant qu'un dispositif de régulation efficace n'ait été parallèlement institué ; le modèle de financement ne prend qu'imparfaitement en compte l'hétérogénéité des situations des établissements ; la procédure de définition de l'ONDAM hospitalier n'a pas été adaptée ;

- l'impact de la T2A dans les établissements reste faible : elle s'est accompagnée d'un desserrement de la contrainte budgétaire ; ses règles sont aujourd'hui complexes, peu stables et insuffisamment expliquées ;

- le pilotage d'ensemble du projet présente des insuffisances : calendrier mal maîtrisé ; confusion entre maîtrise d'ouvrage et maîtrise d'œuvre, notamment recentralisation de la procédure budgétaire qui réduit les ARH à un rôle minimal ;

- la fiabilité du processus d'allocation des ressources (calcul des bases et des tarifs) est perfectible.

Dès lors, les enjeux sont aujourd'hui d'assurer une régulation efficace de la dépense et de restaurer la crédibilité de la réforme.

Pour 2006, il convient de stabiliser le système de financement, à la fois pour donner la priorité à la régulation, garantir une certaine visibilité aux établissements et aux tutelles, et tenir compte de l'état de préparation de certains dossiers. Il est donc proposé de maintenir la part activité à 25 ou 30 % ; de conserver les bases budgétaires et la structure actuelle de tarification ; d'ajourner l'extension de la T2A au moyen séjour ; de reporter l'EPRD ; et de s'en tenir pour 2006 à la facturation individuelle des soins externes et des médicaments.

Simultanément, il est urgent de mettre en œuvre les instruments de régulation, pour partie déjà prévus, afin d'enrayer la dynamique inflationniste des dépenses : reprise des contrôles du codage PMSI ; contractualisation sur les missions d'intérêt général (coûts normés, évaluation) ; objectifs de volume sur les MO, les DMI et les séjours les plus coûteux.

Il est également proposé de créer le cadre d'une régulation efficace de la dépense par les ARH : délégation de l'ensemble des dotations régionales en début d'année ; redéploiements entre établissements ; instauration d'une procédure budgétaire annuelle avec l'échelon national conduisant à fixer à chaque région des objectifs de dépense sur les séjours MCO ainsi que les MO et DMI.

Au niveau national, l'action de la DHOS doit être recentrée sur ce dialogue de gestion avec les ARH et le pilotage stratégique. Les fonctions techniques et opérationnelles reviendraient aux maîtrises d'œuvre (ATIH, dont les moyens pourraient utilement être renforcés, et ARH, dont le statut mériterait d'être clarifié).

S'agissant de la régulation macro-économique, il est nécessaire dès 2006 que la construction du PLFSS fasse apparaître les hypothèses à partir desquelles les objectifs hospitaliers sont construits. Ces hypothèses devront être mises en regard de prévisions réalisées par un organisme indépendant (le comité d'alerte).

Les deux inspections divergent cependant sur un point. L'IGF estime que si les propositions émises par la mission sont mises en œuvre dès 2006, l'éventuel dépassement dû à une sous-estimation des prévisions initiales d'activité sera nécessairement faible. De ce fait, et au vu des inconvénients de la régulation prix/volume, il conviendrait de supprimer officiellement cet instrument. Ceci permettrait, en outre, de stabiliser en 2006 le montant des tarifs, ce qui apporterait plus de visibilité aux établissements et aux tutelles.

En revanche, pour l'IGAS, il ne serait pas prudent de renoncer à une régulation prix/volume tant que les autres mécanismes de régulation n'auront pas fait la preuve de leur efficacité.

Enfin, il importe de préciser le schéma cible de la T2A : réévaluer les modalités de la convergence public/privé ; calibrer les missions d'intérêt général et coefficients géographiques sur des bases objectivées ; déterminer le périmètre cible de la part activité (proportion des enveloppes rémunérées à l'activité et des enveloppes forfaitaires ; différenciation suivant les types de séjours et d'établissements) ; réexaminer la tarification des soins externes. La fiabilisation du dispositif budgétaire et l'évaluation des effets qualitatifs de la T2A doivent également être engagées.

Source : rapport d'enquête de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection générale des finances sur le pilotage des dépenses hospitalières (juillet 2005)

En outre, les versements aux établissements médico-sociaux ont progressé de 9 % en 2004 pour s'élever à 9,8 milliards d'euros.

Votre rapporteur pour avis tient à souligner que **l'article 1^{er}** du présent projet de loi de financement propose d'approuver, au titre de l'exercice 2004, un montant des dépenses constatées relevant du champ de l'ONDAM de 130,2 milliards d'euros au lieu des 130,1 milliards d'euros annoncés par la commission des comptes de la sécurité sociale. **C'est pourquoi, il vous proposera un amendement tendant à rectifier cette erreur.**

b) La décélération sans précédent des dépenses de soins de ville en 2005 mais le dynamisme des autres postes de l'ONDAM

Ainsi que l'indique la commission des comptes de la sécurité sociale dans son rapport de septembre 2005, **l'ONDAM pour 2005 en valeur pourrait être respecté pour la première fois depuis 1998**. Selon les estimations actuelles, le montant des dépenses serait proche de l'objectif de 134,9 milliards d'euros fixé dans la loi de financement de la sécurité sociale. Ainsi, l'ONDAM devrait être respecté avec une progression de 3,2 % par rapport à la base initiale. Toutefois, la commission des comptes indique que cette progression doit être corrigée pour tenir compte de la révision à la baisse des réalisations comptables 2004 et s'établit alors à 3,8 % par rapport à ces réalisations pour 2004¹.

Evolution des dépenses remboursées dans le champ de l'ONDAM

(en %)

| | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 (p) |
|-------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Soins de ville | 5,6 | 3,7 | 7,8 | 7,2 | 8,0 | 6,2 | 4,3 | 2,7 |
| Etablissements de santé | 1,8 | 1,7 | 3,2 | 3,6 | 6,3 | 5,5 | 4,6 | 4,1 |
| Médico-social | 6,4 | 2,5 | 5,7 | 6,3 | 7,9 | 9,0 | 9,0 | 9,3 |
| ONDAM | 4,0 | 2,6 | 5,6 | 5,6 | 7,1 | 6,4 | 4,9 | 3,8 |

Source : ministère de la santé et des solidarités

L'article 8 du présent projet de loi de financement, dispose qu'au titre de l'année 2005, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie rectifié de l'ensemble des régimes obligatoires de base est fixé à 134,9 milliards d'euros.

Votre rapporteur pour avis s'interroge sur l'opportunité de fixer, dans le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, le montant d'un ONDAM rectifié pour 2005 alors même que l'ONDAM fixé

¹ La réestimation des provisions 2004 conduit à réviser à la baisse la base de dépenses de 200 millions d'euros en plus de la révision déjà opérée en juin 2005, qui était de 800 millions d'euros (500 millions d'euros liés à une surestimation des provisions et des écarts d'imputations comptables ainsi que 300 millions d'euros liés à une surestimation de la tendance 2004 lors de la définition de la base de dépenses pour 2005 en septembre 2004). En définitive, la révision de la base de dépenses pour 2005 serait d'environ 1 milliard d'euros.

par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 devrait être respecté en valeur. C'est pourquoi il vous proposera un amendement tendant à supprimer cet article.

En outre, la décélération de la progression des soins de ville se confirme en 2005 puisque leur rythme d'évolution est estimé à + 2,7 % par rapport à 2004, soit l'augmentation la plus faible depuis 1998. Cette modération s'explique d'abord par la poursuite de la baisse des indemnités journalières amorcée à la mi-2003 et par une inflexion des dépenses de médicaments (3,5 à 4 % d'augmentation au lieu de 6 à 8 % les années précédentes) ainsi qu'une évolution modérée des honoraires.

Cette progression des dépenses de soins de ville, nettement en deçà des évolutions des années antérieures, demeure cependant au-dessus du taux d'évolution ayant prévalu à la fixation de l'ONDAM (2,1 %). Cet écart de 0,6 point entre le taux d'évolution prévisionnel pour 2005 et celui de l'objectif s'explique notamment par le retard des économies attendues sur les médicaments.

Toutefois, la progression des versements aux établissements de santé reste très élevée par rapport à la période 1998-2001. En effet, les objectifs des établissements de santé pourraient à nouveau être dépassés de 650 millions d'euros, soit une croissance de 4,1 % par rapport à 2004.

En effet, la croissance du volume d'activité des établissements publics et privés aurait été plus forte lors du premier semestre 2005 que lors de la construction des objectifs de l'exercice 2005. Elle contribuerait pour une partie importante au dépassement de l'objectif hospitalier. En outre, ainsi que le souligne la commission des comptes de la sécurité sociale, d'autres facteurs de dépassement résident dans les revalorisations du point de la fonction publique non prévues initialement, dans l'insuffisance des tarifs fixés par les établissements sevrant de base au calcul du ticket modérateur et dans les mesures de santé publique intervenues au cours de l'année.

Enfin, il est précisé par la commission des comptes que l'écart entre les objectifs et les réalisations des établissements médico-sociaux ne peut être connu à ce stade.

Si le bilan de l'assurance maladie en 2005 peut être considéré comme positif, le secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale rappelle que ce bilan comporte aussi des zones d'ombre, ce que souhaite également souligner votre rapporteur pour avis.

En effet, « *parmi les ombres figure d'abord le dépassement de l'objectif pour les versements aux établissements sanitaires. Par ailleurs, du fait de révisions intervenues sur les réalisations des années antérieures et notamment sur 2004, le ralentissement d'ensemble des dépenses d'assurance maladie – une augmentation de 3,8 % en 2005 après 4,9 % en 2004 - se révèle moins prononcé qu'il n'était prévu. Enfin, les éléments disponibles dans le domaine des soins de ville font ressortir des résultats en deçà des attentes pour l'inflexion de la consommation de médicaments et la mise en oeuvre des engagements conventionnels pris par les professionnels en début d'année* ».

*

Les tableaux suivants permettent de prendre la mesure des dépassements de l'ONDAM intervenus depuis 2002.

Depuis 2002, les écarts entre les réalisations de l'ONDAM et l'objectif voté tendent à diminuer.

L'infléchissement le plus notable porte sur les soins de ville, qui était en 2002 le principal contributeur au dépassement global. **Même si le secteur des établissements sanitaires publics et privés voit également le niveau de ses dépassements baisser par rapport à celui de 2002, il reste néanmoins au cours des quatre dernières années un secteur structurellement en dépassement.**

En ce qui concerne le secteur médico-social, la sous-consommation des objectifs s'explique essentiellement par le fait que l'ONDAM intègre les montants nécessaires à l'autorisation par les services déconcentrés des créations de nouvelles places alors que les dépenses effectives afférentes à ces nouvelles places ne se concrétisent que lors d'exercices ultérieurs.

Objectifs votés

(en milliards d'euros)

| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005* |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Soins de ville | 51,7 | 57,8 | 60,5 | 62,6 |
| Etablissements sanitaires publics et privés | 50,2 | 53,6 | 56,0 | 60,9 |
| Médico-social | 8,3 | 9,0 | 9,8 | 10,9 |
| Personnes handicapées | 5,2 | 5,9 | 6,2 | 6,7 |
| Personnes âgées | 3,1 | 3,2 | 3,6 | 4,3 |
| Réseaux | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,2 |
| ONDAM métropole | 110,1 | 120,5 | 126,4 | |
| Prestations des DOM | 2,5 | 2,8 | 3,1 | |
| Ressortissants français à l'étranger | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 |
| ONDAM | 112,8 | 123,5 | 129,7 | 134,9 |

* L'objectif 2005 intègre les dépenses des départements d'outre-mer sur chaque sous-enveloppe

Réalisations

(en milliards d'euros)

| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 (p) |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Soins de ville | 54,5 | 57,9 | 60,4 | 62,0 |
| Etablissements sanitaires publics et privés | 51,2 | 54,0 | 56,5 | 61,6 |
| Médico-social | 8,2 | 9,0 | 9,8 | 10,9 |
| Personnes handicapées | 5,3 | 5,7 | 6,1 | 6,7 |
| Personnes âgées | 2,9 | 3,3 | 3,6 | 4,3 |
| Réseaux | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,2 |
| ONDAM métropole | 113,9 | 120,9 | 126,7 | |
| Prestations des DOM | 2,5 | 3,0 | 3,2 | |
| Ressortissants français à l'étranger | 0,2 | 0,2 | 0,3 | 0,2 |
| ONDAM | 116,7 | 124,1 | 130,1 | 134,9 |

* Les prévisions de réalisations de 2005 intègrent les dépenses des départements d'outre-mer sur chaque sous-enveloppe

N. B. : réalisations corrigées des erreurs de provisionnement pour 2002, 2003 et 2004

Source : ministère de la santé et des solidarités

2. Un objectif de dépenses pour 2006 volontariste voire optimiste

L'article 43 du présent projet de loi de financement fixe l'objectif national de dépenses d'assurance maladie à **140,7 milliards d'euros pour 2006, ce qui correspond à une progression de 2,5 % des dépenses. A champ comparable à celui de l'ONDAM en 2005, ce montant correspond à une progression de 2,7 % des dépenses.**

Cette prévision paraît volontariste voire optimiste, dans la mesure où elle se base sur les projections du ministère de la santé s'agissant du rendement financier des mesures d'économies contenues dans la réforme de l'assurance maladie, qui ont été contestées.

Votre rapporteur pour avis se doit, en effet, de souligner qu'une incertitude pèse sur le rendement des mesures de maîtrise médicalisée mises en œuvre par la loi du 13 août 2004, dont la réussite suppose des efforts importants de tous les acteurs et un changement des comportements dont les effets devraient s'apprécier sur le long terme.

En outre, l'**article 42** du présent projet de loi de financement fixe les objectifs de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour 2006 à :

- 153,4 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, en augmentation de près de 2,5 % par rapport aux prévisions rectifiées pour 2005 ;

- 131,9 milliards d'euros pour le régime général de la sécurité sociale, en augmentation de 2,4 % par rapport aux prévisions rectifiées pour 2005.

D'après les informations fournies par la commission des comptes de la sécurité sociale dans son rapport précité de septembre 2005, le périmètre de l'ONDAM évoluera sensiblement en 2006 : l'apport de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement des établissements et des services médico-sociaux en sera désormais exclu, conformément à la LOLFSS.

Par ailleurs, le périmètre de l'ONDAM sera élargi : y seront notamment intégrées la prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé par les régimes d'assurance maladie ainsi que les aides à la télétransmission (2,15 milliards d'euros), les dotations de l'assurance maladie au fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) soit 110 millions d'euros et au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) soit 327 millions d'euros, les dépenses relatives à l'exonération du ticket modérateur pour les 31^{ème} et 32^{ème} maladies¹ (330 millions d'euros).

¹ La 31^{ème} maladie est une affection grave, non inscrite sur la liste des 30 affections de longue durée (ALD) fixée par décret, comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. La 32^{ème} correspond aux polyopathologies nécessitant des soins continus de longue durée.

Impact des changements de périmètres sur l'ONDAM 2006

(en milliards d'euros)

| | Objectif 2006 |
|---|----------------------|
| Dépenses de soins de ville (à périmètre 2005) | 62,4 |
| Prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé | 2,1 |
| Exonération de ticket modérateur sur ALD 31-32 | 0,3 |
| Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) | 0,1 |
| Aides à la télétransmission | 0,1 |
| Clause de sauvegarde | 0,4 |
| Dépenses de soins de ville (à périmètre 2006) | 65,3 |
| Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité | 45,8 |
| Autres dépenses relatives aux établissements de santé (à périmètre 2005) | 17,6 |
| Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) | 0,3 |
| Autres dépenses relatives aux établissements de santé (à périmètre 2006) | 17,9 |
| Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées (à périmètre 2005) | 4,9 |
| Apport de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) | - 0,6 |
| Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées (à périmètre 2006) | 4,3 |
| Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées (à périmètre 2005) | 6,9 |
| Apport de la CNSA | - 0,2 |
| Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées (à périmètre 2006) | 6,6 |
| Dépenses relatives aux autres modes de prises en charge (à périmètre 2005) | 0,7 |
| Transferts de l'Etat vers l'assurance maladie du financement des CAARUD | 0,0 |
| Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge (à périmètre 2006) | 0,7 |
| Total ONDAM à périmètre 2005 | 138,2 |
| Impact des modifications de périmètre | 2,5 |
| Total ONDAM à périmètre 2006 | 140,7 |

Source : ministère de la santé et des solidarités

En outre, innovation issue de la LOLFSS, l'ONDAM pour 2006 est décliné en plusieurs sous-objectifs qui figurent également à l'article 43 du présent projet de loi de financement.

Déclinaison de l'ONDAM pour 2006 en six sous-objectifs

(en milliards d'euros)

| | |
|---|--------------|
| Dépenses de soins de ville | 65,3 |
| Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité | 45,8 |
| Autres dépenses relatives aux établissements de santé | 17,9 |
| Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées | 4,3 |
| Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées | 6,6 |
| Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge | 0,7 |
| Total | 140,7 |

Source : projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006

Votre rapporteur pour avis tient à souligner que **cette présentation en sous-objectifs ainsi que l'intégration dans le champ de l'ONDAM de dépenses qui en étaient jusqu'à présent exclues constituent un progrès dont il faut se féliciter**. En effet, dans son rapport de septembre 2005 sur la sécurité sociale, la Cour des comptes avait relevé les « *anomalies persistantes du périmètre de l'ONDAM* » en soulignant que « *certaines dépenses entrant dans l'objectif de branche sont exclues du champ de l'ONDAM alors même qu'elles relèvent de la régulation des dépenses d'assurance maladie* ». Les dépenses en cause et leur évolution sont pourtant significatives car elles représentent 2,37 milliards d'euros pour le régime général et 2,75 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes.

Au total, la Cour des comptes a relevé que les problèmes de définition des lignes de l'ONDAM pouvaient être résumés de la façon suivante.

Défauts d'imputation des charges entre lignes de l'ONDAM

| Ligne d'imputation en 2004 « majorée » | Nature des prestations | Montant en 2004 |
|---|---|-------------------|
| Etablissements sous DG | Personnes âgées : dont USLD dont subvention au budget principal des hôpitaux | 2,2 1,4 0,8 |
| Soins de ville | EHPAD dépenses résidents | 1,5 |
| Soins de ville | Cliniques : dont honoraires dont produits consommables | 4,5 3 1,5 |
| Soins de ville | Etablissements sous DG | 6,3 (2003) |
| Total | | 14,5 |

B. DES MESURES FAISANT SUITE À LA RÉFORME DE L'ASSURANCE MALADIE DU 13 AOÛT 2004

1. Un aménagement lié à la mise en place progressive du nouveau protocole de soins pour les patients atteints d'une affection de longue durée (ALD)

L'article 26 *bis* du présent projet de loi de financement, introduit à l'Assemblée nationale à l'initiative du gouvernement, vise à prévoir que **les patients, reconnus atteints d'une ALD avant le 15 novembre 2005 et ayant désigné leur médecin traitant, continuent à être remboursés à 100 %, à titre transitoire, jusqu'à l'élaboration de leur nouveau protocole de soins**, introduit par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, et au plus tard jusqu'au 1^{er} juillet 2008.

En effet, la loi relative à l'assurance maladie précitée a modifié les dispositions du septième alinéa de l'article L. 324-1 du code de la sécurité

sociale, alinéa introduit par l'article 38 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, dans le but de renforcer la portée du protocole existant entre le médecin conseil et le médecin traitant, qu'il exerce en ville ou en établissement de santé, lorsqu'une personne est atteinte d'une affection de longue durée.

Ce protocole de soins périodiquement révisable, qui définit les actes et prestations nécessités par le traitement de l'affection et pour lesquels la participation de l'assuré peut être limitée ou supprimée, est établi compte tenu des recommandations formulées par la Haute autorité de santé, recommandations qui conditionnent également la durée du protocole.

En outre, ce protocole est désormais signé par le patient ou son représentant légal. Sauf en cas d'urgence, le patient ou son représentant légal est tenu de communiquer son protocole au médecin consulté pour bénéficier de la limitation ou de la suppression de la participation de l'assuré. Il s'agit, par cette disposition, de responsabiliser davantage le patient dans son parcours de soins.

Enfin, la loi relative à l'assurance maladie précitée dispose également que le médecin, qu'il exerce en ville ou en établissement de santé est tenu de certifier, lors de l'établissement des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge, qu'il a pris connaissance du protocole et de respecter les dispositions réglementant la limitation ou la suppression de la participation de l'assuré.

2. L'aménagement des procédures de conciliation

A l'initiative du gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté un **article 26 ter** au sein du présent projet de loi de financement visant à « *permettre aux assurés de saisir les conciliateurs des caisses, créés par la loi de 2004, des différents protocoles de soins établis par le médecin traitant et le médecin conseil de la caisse* » selon les propos de M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, notamment le protocole de soins mentionné à l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale relatif aux patients atteints d'une ALD.

En outre, à l'initiative de notre collègue Pierre-Louis Fagniez, avec l'avis favorable du gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté un **article 26 quater** visant à prévoir que « *les assurés peuvent (...) saisir le médiateur quand ils ont acquitté des dépassements d'honoraires qu'ils estiment irréguliers ou contraires au principe du tact et de la mesure* » prescrit par le code de déontologie.

3. Les dispositions relatives au dispositif du médecin traitant et aux médecins remplaçants

a) Deux dérogations aux règles relatives au dispositif du médecin traitant

L'article 29 du présent projet de loi de financement vise, dans son paragraphe I, à créer un nouvel article L. 162-5-4 du code de la sécurité sociale afin d'introduire une dérogation aux règles relatives au dispositif du médecin traitant pour deux catégories de médecins généralistes :

- ceux qui s'installent pour la première fois en exercice libéral, quelle que soit la localisation géographique de leur première installation ;

- ceux qui s'installent, qu'il s'agisse ou non d'une première installation, dans une des zones déficitaires définies par les missions régionales de santé.

Ces dérogations au parcours de soins centré sur le médecin traitant, défini par la loi relative à l'assurance maladie précitée, vise à précisément à empêcher tout effet d'entrave du parcours de soins pour les jeunes médecins qui s'installent en milieu libéral et doivent se constituer une « patientèle ». Ainsi que l'a souligné M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, lors de l'examen de cet article à l'Assemblée nationale, « *il ne faudrait pas envoyer aux étudiants en médecine un message qui leur donnerait à penser qu'avec le parcours de soins et le médecin traitant, il sera plus compliqué, demain, de s'installer. Ce que nous avons permis par ce texte et ce que nous officialiserons par décret, à savoir qu'un patient pourra essayer, découvrir un médecin qui vient de s'installer, sans que le remboursement de la consultation soit diminué, est (...) essentiel* ». Il a, en outre, indiqué que la durée de la période de transition postérieure à l'installation devrait être fixée, après concertation des syndicats d'internes, à une durée de quatre à cinq ans. Cette durée sera fixée par décret.

Ainsi, les objectifs ayant présidé à la mise en place du médecin traitant ne sont pas remis en cause par ces dispositions, à savoir la revalorisation du rôle de la médecine générale comme médecine globale de première intention qui fait du médecin traitant le pivot des soins et contribue à la continuité et à la qualité des soins.

b) La possibilité de définir des aides conventionnelles destinées aux médecins remplaçants

Le paragraphe II de l'article 29 précité propose de compléter le 4° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale relatif aux éléments pouvant figurer dans la convention médicale afin d'y introduire la possibilité de définir des aides conventionnelles destinées à assurer le remplacement de professionnels de santé libéraux. Ces aides s'adresseraient aux médecins remplaçants.

4. La limitation de la règle d'imputation du ticket modérateur sur le forfait journalier pour les actes dont le tarif est égal ou supérieur à 91 euros

L'article 37 du présent projet de loi de financement propose de modifier l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale, qui instaure un forfait journalier, en raison des mesures d'ordre réglementaire envisagées par le gouvernement.

Actuellement, les assurés supportent un ticket modérateur à l'occasion de chaque acte médical, mais le 1° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale prévoit que cette participation peut être limitée ou supprimée lorsque, à l'occasion d'une hospitalisation ou au cours d'une période de temps déterminée, la dépense demeurant à la charge de l'intéressé dépasse un certain montant.

L'article R. 322-8 du code de la sécurité sociale précise ainsi que la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations en nature de l'assurance maladie est supprimée pour les actes inscrits à la nomenclature « *qui sont affectés soit d'un coefficient égal ou supérieur à 50, soit d'un tarif égal ou supérieur à 91 euros* ».

Le gouvernement a annoncé son intention d'étendre, par voie réglementaire, la participation des assurés aux actes égaux ou supérieurs à 91 euros. Cette participation serait alors, par voie réglementaire, fixée de manière forfaitaire à 18 euros par acte.

L'exposé des motifs de l'article 37 précité indique que « *les femmes enceintes, les nouveaux-nés hospitalisés, les titulaires d'une rente pour accident du travail ou maladie professionnelle ou d'une pension d'invalidité, ainsi que les six millions de personnes reconnues atteintes d'une affection de longue durée, ne sont pas concernés par cette mesure, de même que l'ensemble des assurés sociaux pour les actes de biologie et de radiologie* ».

En outre, il précise que neuf assurés sur dix disposent d'une couverture complémentaire qui prendra en charge cette participation de 18 euros. Les 4,7 millions de personnes couvertes par la couverture maladie universelle complémentaire verraient, quant à elles, leur participation prise en charge par l'Etat.

D'après les données de l'annexe 9 au présent projet de loi de financement, cette mesure devrait permettre à l'assurance maladie de réaliser une **économie de 100 millions d'euros pour l'ensemble des régimes et de 84 millions d'euros pour le seul régime général.**

L'article 37 du présent projet de loi de financement apparaît ainsi comme une mesure de coordination avec cette disposition d'ordre réglementaire.

En effet, dans le droit existant, il est prévu que le forfait journalier s'impute à due concurrence sur la participation laissée éventuellement à la

charge des assurés par leurs régimes respectifs d'assurance maladie, lorsque le montant de cette participation est supérieur ou égal à celui du forfait journalier. Dans le cas contraire, la participation est imputée sur le forfait.

L'article 37 complète ce dispositif d'imputation afin de prévoir qu'il ne s'applique pas lorsque la participation de l'assuré à l'occasion d'une hospitalisation est limitée au motif que la dépense demeurant à sa charge dépasse un certain montant, en application du 1° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale. **Cette modification vise à empêcher que l'assuré soit « exonéré » de cette participation qui, sinon, s'imputerait sur le forfait journalier.**

Votre rapporteur pour avis regrette que cette mesure n'ait pas été clairement annoncée dès le départ et souhaite que des précisions soient apportées s'agissant de l'impact de cette mesure sur les organismes complémentaires.

5. La pérennisation du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

L'article 44 bis du présent projet de loi de financement introduit par l'Assemblée nationale, à l'initiative du gouvernement, propose de « pérenniser » le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), en introduisant la définition de ses missions dans la loi.

Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a été institué par le décret n° 2003-959 du 7 octobre 2003 portant création du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

Principales dispositions du décret n° 2003-959 du 7 octobre 2003 portant création du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

Article 1

Il est créé **pour trois ans**, auprès des ministres chargés de la santé et de l'assurance maladie, un Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

Article 2

Le haut conseil a pour **missions** :

- 1° D'évaluer le système d'assurance maladie et ses évolutions ;
- 2° De décrire la situation financière et les perspectives des régimes d'assurance maladie et d'apprécier les conditions requises pour assurer leur viabilité à terme ;
- 3° De veiller à la cohésion du système d'assurance maladie au regard de l'égal accès à des soins de haute qualité et d'un financement juste et équitable ;
- 4° De formuler, le cas échéant, des recommandations ou propositions de réforme de nature à répondre aux objectifs de solidité financière et de cohésion sociale.

Le haut conseil remet tous les ans aux ministres chargés de la santé et de l'assurance maladie un rapport analysant la situation de l'assurance maladie et proposant les adaptations nécessaires pour assurer ses objectifs de cohésion sociale et son équilibre financier. Ce rapport est communiqué au Parlement et rendu public.

Le haut conseil peut être saisi de toute question par le Premier ministre ou les ministres chargés de la santé et de l'assurance maladie.

Article 3

Le haut conseil est composé de cinquante-trois membres (...).

Article 4

Le haut conseil se réunit sur convocation de son président.

Article 5

Sauf dispositions législatives contraires, les administrations de l'Etat, les établissements publics de l'Etat et les organismes de sécurité sociale sont tenus de communiquer au haut conseil les éléments d'information et les études dont ils disposent et qui apparaissent nécessaires à ce conseil pour l'exercice de ses missions. Le haut conseil leur fait connaître ses besoins afin qu'ils soient pris en compte dans les programmes de travaux statistiques et d'études de ces administrations et de ces établissements.

Article 6

Le haut conseil est assisté par un secrétaire général nommé par les ministres chargés de la santé et de l'assurance maladie. Le secrétaire général assure, sous l'autorité du président, l'organisation des travaux du conseil ainsi que l'établissement de ses rapports.

Article 7

Les crédits nécessaires au fonctionnement du haut conseil pour l'assurance maladie sont inscrits au budget des ministres chargés de la santé et de l'assurance maladie.

Article 8

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Les dispositions de l'article 44 *bis* du présent projet de loi de financement visent à introduire dans la loi les dispositions de l'article 2 du

décret n° 2003-959 du 7 octobre 2003 précité et à préciser que sa composition et ses modalités de fonctionnement sont fixées par décret.

Votre rapporteur pour avis vous propose de supprimer cet article pour les raisons suivantes :

- l'insertion dans la loi de dispositions de nature réglementaire n'est pas satisfaisante ;

- la création du HCAAM étant intervenue par décret, sa prolongation peut également relever du décret ;

- enfin, ces dispositions n'ont, en tout état de cause, pas vocation à figurer dans un projet de loi de financement de la sécurité sociale dans la mesure où les crédits nécessaires au fonctionnement du haut conseil sont inscrits au budget des ministres chargés de la santé et de l'assurance maladie. **A cet égard, votre rapporteur pour avis, par ailleurs rapporteur spécial de la mission « Santé », tient à souligner que la justification au premier euro des crédits de la mission « Santé » - au demeurant parfois très lacunaire – ne permet pas d'identifier cette dépense¹. Il souhaite donc obtenir des explications du gouvernement sur ce point.**

6. Les mesures destinées à maîtriser l'évolution des dépenses liées à la consommation de médicaments

a) L'évolution des dépenses liées à la consommation de médicaments

Les dépenses liées à la consommation de médicaments ont connu ces dernières années un évolution rapide, ainsi que le montre le tableau suivant :

**Evolution des dépenses de médicaments du régime général,
en distinguant les taux de remboursement**

| Année | 35% | 65% | 100% | Total des médicaments | Prestations remboursées par le régime général (en millions d'euros) |
|-------|--------|--------|--------|-----------------------|---|
| 2004 | 15,70% | -2,60% | 11,90% | 6,40% | 15 985 |
| 2003 | 23,50% | -1,60% | 7,30% | 4,50% | 15 017 |
| 2002 | 3,50% | 1,20% | 11,40% | 6,40% | 14 369 |
| 2001 | 8,60% | 5,50% | 12,10% | 8,90% | 13 501 |
| 2000 | 3,30% | 8,60% | 12,50% | 10,10% | 12 401 |
| 1999 | 1,50% | 6,60% | 10,90% | 8,20% | 11 261 |

Note : les médicaments remboursés à 100 % incluent les médicaments dont le taux de remboursement théorique est de 35 % ou 65 % mais qui sont remboursés à 100 % aux personnes exonérés de ticket modérateur (ALD, accident du travail, ...).

Source : CNAMTS

¹ Le décret n° 2003-959 du 7 octobre 2003 précise que le HCAAM est créé pour une durée de trois ans, c'est-à-dire jusqu'au 7 octobre 2006. Les crédits relatifs à son fonctionnement auraient donc du figurer au sein de la mission « Santé » pour 2006.

Dans son rapport de septembre 2005, la commission des comptes de la sécurité sociale relève que l'évolution des dépenses de médicaments remboursés est restée forte en 2004 (6,9 %), en dépit de la montée en charge des génériques et de certaines mesures d'économies intervenues en 2004 (baisse de la marge des grossistes, baisses de prix et baisses de taux de remboursement des spécialités homéopathiques). Cette croissance des dépenses de médicaments s'explique principalement par un **report de la consommation des médicaments les moins chers vers les plus coûteux** (effet de structure) ainsi que par la **rétrocession hospitalière** (médicaments délivrés par les pharmacies hospitalières à des patients non hospitalisés). En revanche, les volumes en unités vendues évoluent lentement et, si l'on excepte les nouvelles molécules, les prix ont plutôt tendance à diminuer.

Malgré l'épidémie de grippe de début d'année, **les premiers éléments disponibles sur 2005 pourraient laisser présager un ralentissement de la progression de consommation de médicaments, qui pourrait s'établir à un rythme compris entre 3,5 % et 4 % sur l'ensemble de l'année.** Cette inflexion peut s'expliquer par les premiers résultats des mesures du plan de redressement de l'assurance maladie mais **elle reste très en deçà des objectifs fixés** qui, une fois atteints, devraient se traduire par une progression des dépenses de médicaments limitée à 2,5 %. Les dépenses de dispositifs médicaux poursuivent, en 2004, une croissance très vive (11,1 %) qui pourrait s'infléchir à environ 8 % en 2005.

Le gouvernement a annoncé que, outre la mesure de recettes contenue à l'article 15 du le présent projet de loi de financement, un **élargissement des accords conventionnels prix-volumes** (clause de sauvegarde) passés entre les industriels et le comité économique des produits de santé devrait intervenir, qui permettrait à l'assurance maladie de réaliser une **économie de 336 millions d'euros en 2006**. Par ailleurs, une **baisse de 13 % des prix du répertoire générique** serait recherchée. De plus, **l'article 28** du présent projet de loi propose d'étendre le dispositif de régulation des prix médicaments et des produits ou prestations pris en charge en sus des groupes homogènes de séjour, pour l'ensemble des établissements de santé soumis à la tarification à l'activité (T2A).

b) Les dispositions relatives au remboursement de certaines spécialités pharmaceutiques

L'article 28 bis adopté par l'Assemblée nationale, à l'initiative du gouvernement, propose, dans son paragraphe **I**, de permettre aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale de décider du maintien temporaire de la prise en charge de certaines spécialités pharmaceutiques dont le service médical rendu, apprécié par la Commission de la transparence, est insuffisant au regard des autres médicaments ou thérapies disponibles.

Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixerait ainsi la liste des spécialités pharmaceutiques concernées. Par dérogation aux dispositions de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale,

la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations est fixée à 85 % pour ces spécialités.

Le **II** de cet article précise également que les spécialités mentionnées au I ne bénéficient pas forcément d'une prise en charge par les organismes d'assurance maladie complémentaires qui peuvent décider à l'encontre de cette prise en charge.

Enfin, le **III** de cet article prévoit que la radiation des spécialités pharmaceutiques concernées ainsi que celle de leurs génériques de la liste des médicaments pouvant être pris en charge ou donner lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie, intervient au plus tard le 1^{er} janvier 2008.

Lors de l'examen de ces dispositions à l'Assemblée nationale, M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, a indiqué que le gouvernement avait décidé de « *différer la date d'entrée en vigueur pour les veinotoniques* » des recommandations des experts de la Commission de la transparence et de la Haute autorité de santé (HAS) sur les déremboursements des médicaments à SMR insuffisant, car les veinotoniques « *sont encore très utilisés par nos concitoyens et concitoyennes* ». Il a ajouté que la date de déremboursement de ces produits était repoussée au 1^{er} janvier 2008.

En outre, notre collègue député Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, a précisé que ce délai laisserait « *le temps aux complémentaires de décider si elles remboursent ou non ces médicaments* ».

Votre rapporteur pour avis estime que les **dispositions de cet article ne sont pas satisfaisantes**, dans la mesure où elles instituent le principe d'une dérogation temporaire aux recommandations émises par la Commission de la transparence et la HAS sur les déremboursements de médicaments à service médical rendu insuffisant. En effet, il ne convient pas de faire « deux poids deux mesures » s'agissant du déremboursement de ces médicaments : l'assurance maladie ne saurait continuer à assurer le remboursement de médicaments jugés peu efficaces alors même que de nouveaux médicaments plus efficaces, mais aussi plus chers, sont mis sur le marché et doivent également faire l'objet d'une prise en charge par les organismes d'assurance maladie.

En outre, le dispositif prévu par **l'article 28 bis** du présent projet de loi de financement prévoit que les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent par arrêté la liste des spécialités pharmaceutiques concernées par ce dispositif dérogatoire. Dès lors, rien n'interdit aux ministres précités d'inclure dans cette liste des médicaments autres que les veinotoniques.

Pour toutes ces raisons, votre rapporteur pour avis n'approuve pas les dispositions de l'article 28 bis précité et vous proposera de les supprimer.

L'évaluation du service médical rendu

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. Une deuxième vague de médicaments a fait l'objet d'un 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.

7. Les aménagements au régime des contrats responsables

Sur l'initiative du gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté l'**article 36 bis** du présent projet de loi de financement apportant des **aménagements au régime des contrats responsables des organismes d'assurance complémentaire** qui bénéficient d'avantages fiscaux et sociaux, sous réserve d'exclure le remboursement des majorations de ticket modérateur et des dépassements d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soin coordonné.

Le dispositif des contrats responsables a été adopté l'an dernier par le Parlement, à l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

a) Rappel du droit existant : des dispositions fortement amendées au Sénat lors de la discussion du projet de loi relatif à l'assurance maladie

Dans le cadre des régimes complémentaires de prévoyance, l'article 57 de la loi du 13 août 2004 précité vise à **subordonner les exonérations de cotisations sociales** et de divers avantages fiscaux, notamment **l'exonération de taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TCA), au respect d'un « cahier des charges »** dont les règles sont précisées par décret en Conseil d'Etat après avis de l'Union nationale des caisses d'assurances maladie (UNCAM) et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOAMC).

Un amendement adopté par le Sénat à l'initiative du gouvernement avait précisé le contenu du cahier des charges précité, en prévoyant :

- d'une part, **l'exclusion, totale ou partielle, de la prise en charge par les organismes complémentaires de la majoration du ticket modérateur applicable en l'absence de médecin traitant** ou en cas de consultation sans prescription préalable du médecin traitant et en cas de refus du patient d'autorisation que le professionnel de santé utilise son dossier médical personnel ;

- d'autre part, une prise en charge améliorée des prestations de prévention et des consultations et prescriptions du médecin traitant.

En outre, le texte de l'article 32 du projet de loi relatif à l'assurance maladie adopté par l'Assemblée nationale (devenu l'article 57 de la loi adoptée) prévoyait des **mesures transitoires** afin de permettre aux partenaires sociaux de renégocier les contrats existants. Il était proposé que les nouvelles conditions de respect d'un cahier des charges pour bénéficier d'un régime social et fiscal incitatif *« s'appliquent, en ce qui concerne les opérations collectives en cours à la date de publication de la présente loi, à compter du 1^{er} juillet 2008 »*.

Or l'amendement précité, adopté par le Sénat à l'initiative du gouvernement à l'article 32 du projet de loi, a prévu **l'application des dispositions relatives à la date d'entrée en vigueur du cahier des charges à la date unique du 1^{er} janvier 2006**, et non plus en reportant au 1^{er} juillet 2008 l'application des dispositions relatives aux opérations collectives.

b) Les aménagements adoptés par l'Assemblée nationale à l'article 36 bis du présent projet de loi de financement

L'article 36 bis du présent projet de loi de financement, adopté par l'Assemblée nationale sur l'initiative du gouvernement, avec l'avis favorable de la commission saisie au fond, a apporté plusieurs aménagements au régime des contrats dits responsables.

Le I du présent article est de portée rédactionnelle.

Le II propose ainsi de **reporter de six mois**, du 1^{er} janvier au 1^{er} juillet 2006 :

- d'une part, **l'obligation d'inclure dans les contrats responsables des actions de prévention**, afin que la Haute autorité de santé dispose du délai nécessaire pour établir une liste de ces actions qui devront figurer de manière obligatoire dans les contrats responsables ;

- d'autre part, **les dispositions souscrites dans le cadre d'un accord collectif obligatoire de branche**, afin de laisser aux partenaires sociaux le temps de négocier.

Votre rapporteur pour avis comprend le principe d'un report de six mois, tout en observant que le volontarisme affiché par le gouvernement en 2004 sur l'entrée en vigueur du dispositif s'en trouve quelque peu tempéré. Il observe que le délai supplémentaire prévu pour les contrats collectifs obligatoires n'inclut pas les contrats mis en place par décision unilatérale de l'employeur.

Le III du présent article prévoit **l'obligation de respect du cahier des charges des contrats responsables par les contrats de sortie de CMU**.

Enfin, le IV aborde le **cas des contrats d'hospitalisation** couvrant « *exclusivement* » les dépenses occasionnées lors d'une hospitalisation, excluant les majorations du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires. Il est proposé de reporter de deux ans, du 1^{er} janvier 2006 au 1^{er} janvier 2008, l'application à ces contrats des dispositions prévues pour les contrats responsables. Ce **délai de deux ans** correspond à la durée du délai nécessaire pour modifier les contrats d'hospitalisation, conformément aux obligations prévues pour bénéficier des avantages fiscaux et sociaux afférents aux contrats responsables.

Votre rapporteur pour avis se félicite des compléments ainsi apportés au régime des contrats responsables, prenant en compte les différents types de contrats existants, en observant qu'il s'agit d'**un dispositif incitatif** : il reste toujours possible de proposer des contrats non responsables.

C. LES INTERROGATIONS PERSISTANTES LIÉES AUX CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DE LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ (T2A) DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Introduite par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, la tarification à l'activité (T2A) instaure un nouveau mode de financement des établissements de santé. Se substituant à la dotation globale de financement pour les établissements publics ou participant au service public hospitalier et à la tarification à la journée ou la prestation pour les cliniques privées, elle vise à harmoniser les modes de financement des secteurs public et privé.

La mise en place s'effectue de manière progressive dans le secteur public et l'année 2005 constitue une année transitoire en termes organisationnels, d'impact de trésorerie et de suivi comptable de l'activité des établissements publics 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 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,

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.

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 posé le principe de 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.

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 pour 2004 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 maintenus. 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 inférieurs 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 populations spécifiques donnant lieu à un financement par la dotation MIGAC puisse être établie rapidement par le pouvoir réglementaire.** En effet, 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.

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 ;

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.

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.

Une réflexion sur la qualité des outils de pilotage des établissements de santé

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

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 été repoussée au 1^{er} mars 2005.

(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 s'agissant des établissements du secteur public.

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

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 ».

(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 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 conditions de mise en œuvre de la T2A en 2005

La mise en œuvre de la réforme n'a pas été identique selon que les établissements appartiennent au secteur public et privé participant au service public (secteur antérieurement financé par dotation globale de fonctionnement) ou au secteur des cliniques privées (antérieurement sous objectif quantifié national - OQN).

a) Dans les établissements publics ou participant au service public hospitalier

Pour le secteur public, la progressivité de la mise en œuvre a été basée sur une proportion de financement à l'activité (tarifs ou GHS) augmentant régulièrement au détriment de la dotation historique (dotation annuelle complémentaire - DAC). Le premier pas dans le dispositif a été franchi en 2004, avec un taux de financement à l'activité de 10 %, dans un cadre budgétaire inchangé.

En 2005, les différents champs de financement ont été cadrés au plan réglementaire, et calculés en montants :

- enveloppe de mission d'intérêt général (MIGAC) : financées par dotation, elles ont été déclinées par voie de décret et d'arrêté ;
- les activités de psychiatrie, soins de suite et réadaptation, ainsi que les unités de soins longue durée demeurent financées sous forme forfaitaire via la dotation annuelle de financement (DAF) ;
- forfaits finançant les activités de greffes d'organes et d'urgences ;
- listes de médicaments et dispositifs médicaux financés en sus des tarifs ;
- tarifs nationaux de prestation par séjour ;

Le taux de financement par les tarifs est passé à 25 % et par différence la DAC a été ramené à un taux de l'ordre de 75 % de l'activité MCO : le montant de la DAC reste donc prépondérant dans le financement des établissements publics.

Au total, les recettes des établissements publics provenant de l'assurance maladie seront donc composées, d'une part, des dotations déléguées par les ARH (DAF, DAC, MIGAC, forfaits annuels), d'autre part, des remboursements des factures liées à l'activité MCO directement adressées aux caisses d'assurance maladie, une fois les systèmes informatiques de facturation adaptés.

La loi prévoit que la part tarifaire atteint 100 % en 2012, et ne peut pas être inférieure à 50 % en 2008.

En outre, un système d'avances a été mis en place en 2005 afin de limiter l'impact de la montée en charge progressive de la T2A sur la trésorerie des établissements.

Pendant la période transitoire d'adaptation du système de facturation des établissements, les données d'activité MCO sont transmises tous les trimestres aux ARH, qui notifient à l'assurance maladie les montants de remboursement. Les versements de chaque trimestre interviennent trois mois après la fin du trimestre considéré et sont effectués en trois fois : les montants relatifs aux activités réalisées au titre du premier trimestre sont ainsi versées en trois allocations mensuelles égales en juin, juillet et août.

Afin de limiter le risque de trésorerie lié à ce décalage de paiement et pour pallier le retard de la campagne budgétaire qui fait suite à cette réforme profonde, les DGF 2004 ont été reconduites au titre d'avances de janvier à mai. Cet apport de trésorerie sera régularisé ultérieurement au vu des montants qui seront effectivement facturés à l'assurance maladie.

Depuis juin 2005, les établissements perçoivent les nouveaux versements de la T2A : DAF, MIGAC, forfaits annuels, DAC et la part tarifée à l'activité.

Le nouveau système de tarification a conduit à des difficultés transitoires de suivi de l'activité. En effet, le calendrier de versement d'allocations non forfaitaires calculées sur l'activité implique que le montant relatif aux activités du quatrième trimestre ne sera connu qu'en février 2006. Ce décalage a des conséquences sur la comptabilisation des provisions puisque l'intégralité du dernier trimestre 2005 doit faire l'objet de provisions portant sur un montant d'environ 2 milliards d'euros. En 2004, une erreur de prévision de 45 millions d'euros avait porté sur seulement 10 % de l'activité.

Nouvelles dotations du secteur public : objectifs en 2005

(en milliards d'euros)

| Avant la T2A Une dotation par établissement | Avec la T2A Plusieurs dotations par établissement | | | |
|--|---|---|---------------|------|
| DGF Dotation globale de financement | DAF Dotation annuelle de financement | Activités de psychiatrie, soins de suite et réadaptation Unités de soins longue durée (USLD) Hôpitaux locaux, SSA et INI Etablissement public de santé de Fresnes Etablissements de St Pierre et Miquelon | Mensuelle | 14,5 |
| | DAC Dotation annuelle complémentaire | Part forfaitaire de l'activité | Mensuelle | 21,8 |
| | Part tarifée à l'activité | Valorisation des GHS IVG, dialyses Hospitalisation à domicile, urgences, Prélèvements d'organes, consultations et soins externes, Forfaits techniques | Trimestrielle | 7,0 |
| | | ----- Médicaments et dispositifs médicaux en sus des GHS | Trimestrielle | 1,5 |
| | Forfaits annuels | Urgences, prélèvements d'organes, greffes | Mensuelle | 0,8 |
| | MIGAC Missions d'intérêt général et aide à la contractualisation | Enseignement, recherche, innovation | Mensuelle | 4,7 |

Source : direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) in rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2005)

b) Dans les établissements privés

Pour le secteur des cliniques privées, la mise en œuvre de la T2A est intervenue le 1^{er} mars 2005. Les champs de financement sont identiques. Le financement à l'activité est total, pour chaque séjour, sur la base de tarifs nationaux. La période de transition et la gestion des effets revenus sont assurées par un coefficient de transition, par établissement, qui s'applique aux tarifs. Ce coefficient de transition évolue vers la valeur 1 qu'il atteindra en 2012 en sorte d'assurer l'harmonisation sur les tarifs nationaux.

Même si elle ne modifie pas substantiellement le financement des cliniques puisque leur financement reposait déjà sur la rémunération de l'activité (la réforme conduit à une forfaitisation de la rémunération au séjour (tarifs GHS) en lieu et place des prestations élémentaires à la journée ou à l'acte), il n'en demeure pas moins que cette évolution exige des modifications importantes des systèmes informatiques et de facturation, comme pour les établissements anciennement sous dotation globale.

En effet, 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'application en 2005 a été assortie d'un soutien par le biais d'avances consenties par la CNAMTS¹, avances secondairement récupérées sur les bordereaux de facturation présentés au remboursement : près d'un milliard d'euros ont ainsi été versés à ce titre par la CNAMTS.

Le système d'avances a été prorogé jusqu'en juillet pour les cliniques les plus en difficulté et les récupérations d'avances sont parfois étalées jusqu'à la fin de l'année. D'après le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale il restait encore 120 millions d'euros à récupérer sur la totalité des avances versées à la fin du mois juillet 2005.

S'agissant du suivi de l'activité, l'estimation des provisions par les régimes est plus délicate que les années précédentes car le système d'avances mis en place de mars à juillet 2005 altère le suivi conjoncturel de l'activité, déterminante pour l'estimation des provisions d'activité.

4. Le bilan de l'application de la T2A dans les établissements de santé publics et privés

a) Les premières simulations à partir de l'activité 2003

Au cours de l'année 2004, la transmission par les établissements de leur activité 2003 a permis de réaliser des simulations afin d'examiner leur situation financière compte tenu des nouveaux éléments de calcul de leur dotation. L'indicateur calculé alors rapportait le budget de l'établissement calculé avec l'activité 2003 valorisée aux tarifs nationaux à 10 % sur le budget théorique neutralisant l'effet activité. Si cet indicateur est supérieur à 1, l'établissement s'avère « gagnant » grâce à la tarification à l'activité, soit grâce à une meilleure productivité de sa part, soit grâce à une augmentation de volume d'activité.

Ces simulations montraient que sur 583 établissements, 338 établissements étaient « gagnants » et 245 « perdants ».

¹ Le système d'avances de trésorerie pour les deux premiers mois de la mise en place de la T2A (mars et avril) avait été prévu par l'article 23 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005.

Etablissements hospitaliers « perdants » et « gagnants » au regard de la T2A, par catégorie

| Catégorie d'établissements | établissements perdants | établissements gagnants | total |
|---|-------------------------|-------------------------|-------|
| Centre hospitaliers (CH) | 171 | 247 | 418 |
| Centre hospitaliers régionaux (CHR) | 18 | 13 | 31 |
| Centre de lutte contre le cancer (CLCC) | 9 | 11 | 20 |
| Etablissements privés à but non lucratif (EBNL) | 46 | 67 | 113 |
| Total | 245 | 338 | 583 |

Source : ministère de la santé et des solidarités (réponse au questionnaire de votre rapporteur pour avis)

b) Le bilan de l'année 2004, à partir des résultats basés sur l'activité 2004

Le même indicateur financier peut être calculé à l'aide des données d'activité 2004. Le budget de l'établissement correspond à la dotation finale de la campagne 2004, dont la part activité est calculée en fonction de l'activité réelle 2004. Le budget théorique représente ce qu'aurait perçu l'établissement si la tarification à l'activité n'avait pas existé. Pour le calculer, la DAC constatée en fin d'année a été artificiellement mise à 100%, au lieu de 90%. Le rapport entre ces deux dotations permet d'analyser la situation de l'établissement au regard du nouveau mode de financement.

Les fusions intervenues en cours d'année ramènent le nombre d'établissements à 580. Les résultats montrent que 337 d'entre eux sont « gagnants », contre 243 « perdants ».

Etablissements hospitaliers « perdants » et « gagnants » au regard de la T2A, par catégorie

| Catégorie d'établissements | établissements perdants | établissements gagnants | total |
|----------------------------|-------------------------|-------------------------|-------|
| CH | 161 | 254 | 415 |
| CHR | 18 | 13 | 31 |
| CLCC | 7 | 13 | 20 |
| EBNL | 57 | 57 | 114 |
| Total | 243 | 337 | 580 |

Source : ministère de la santé et des solidarités (réponse au questionnaire de votre rapporteur pour avis)

La majorité des CLCC et des CH sont bénéficiaires, de la T2A en revanche un grand nombre de CHR subissent un manque à gagner.

L'ensemble des établissements s'avèrent être plutôt bénéficiaires de la tarification à l'activité. Cette situation peut s'expliquer notamment par une réalisation en volume de l'activité plus forte que celle prévue initialement

mais également par une prise en charge de patients plus lourds. Cependant, il convient de noter que le budget théorique, représentant la dotation finale que l'établissement aurait perçue sans tarification à l'activité, est calculé en ramenant la DAC 2004 à 100%. Or l'allocation des mesures nouvelles portant sur la DAC s'est faite, pour la plupart des régions, au regard de l'impact financier de la valorisation de l'activité. Ainsi, il est fort probable que ce budget théorique ne représente pas réellement la dotation MCO qu'aurait perçue l'établissement sans T2A.

Perte ou gain par rapport au budget théorique des établissements de santé suite à la mise en œuvre de la T2A

| Catégorie d'établissements | Perte ou gain (% par rapport au budget théorique) |
|----------------------------|---|
| CH | 0.42% |
| CHR | -0.04% |
| CLCC | 0.31% |
| EBNL | 0.17% |
| Total | 0.21% |

Source : ministère de la santé et des solidarités

En moyenne, les CHR ont subi en 2004 un manque à gagner équivalent à 0,04% de leur budget théorique. En revanche, l'ensemble des autres catégories d'établissements est « gagnant » avec les CH qui ont gagné 0,42% et les CLCC 0,31%.

Ces résultats portent sur l'année 2004 et traduisent donc l'impact du modèle de tarification tel que construit pour cette même année. Différents changements sont intervenus pour la campagne budgétaire 2005, notamment sur l'enveloppe MIG. Ces modifications pourraient conduire à modifier cette répartition « gagnant/perdant » au vu de l'exercice 2005.

c) L'évolution de l'activité entre 2000 et 2004

Les indicateurs d'évolution d'activité calculés dans le cadre de la préparation du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 ont été reproduits cette année.

Ces indicateurs portent sur 520 établissements antérieurement financés sous dotation globale, existant entre 2000 et 2004 (les fusions intervenues ont été opérées). L'année d'activité 2000 a été prise comme référence. La production d'activité pour une année n est calculée en multipliant le volume par une échelle de prix constante pour l'ensemble des 4 années. Ainsi, l'évolution de la production d'activité traduit à la fois une évolution de volume pure et un changement de structure d'activité (par exemple, des séjours plus lourds).

Evolution de la production d'activité des établissements de santé entre 2000 et 2004

(en %)

| Catégorie d'établissements | Nombre d'établissements | Evolution 2001/2000 | Evolution 2002/2000 | Evolution 2003/2000 | Evolution 2004/2000 | Evolution 2004/2003 |
|----------------------------|-------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| CH | 381 | 1.3 | 0.9 | 2.0 | 4.4 | 2.4 |
| CHR | 31 | 0.9 | 0.3 | 0.3 | 3.6 | 3.2 |
| CLCC | 20 | 3.3 | 4.0 | 7.5 | 9.1 | 1.5 |
| EBNL | 88 | -2.1 | -2.8 | -2.2 | -0.7 | 1.5 |
| Total | 520 | 1.0 | 0.5 | 1.2 | 3.8 | 2.6 |

Source : ministère de la santé et des solidarités (réponse au questionnaire de votre rapporteur pour avis)

De 2000 à 2004, la production d'activité a progressé de 3,8 %. Elle est la plus marquée dans les CLCC (+9,1 %) et dans les CH (+4,4 %).

Entre 2003 et 2004, l'augmentation est la plus forte et massive, + 2,6 % alors que l'activité n'avait augmenté que de 1,2 % entre 2000 et 2003.

La mise en œuvre de la tarification à l'activité explique probablement cette situation. En effet, jusqu'alors les données du PMSI n'avaient pas d'effet direct sur la dotation de l'établissement (seule une péréquation interrégionale était réalisée). 2004 fut la première année où le financement reposait, pour une part, à l'activité. Les établissements ont alors amélioré le codage de l'activité de façon qualitative et quantitative.

Pour l'année 2006, le modèle tarifaire commun aux deux secteurs est stabilisé, mais doit être ajusté sur quelques points. Sera notamment traité le cadrage des dotations MIG sur la base d'un certain nombre d'indicateurs. Une nouvelle version de la classification (V.10) permettant une description plus précise et une meilleure adaptation des tarifs a été proposée.

Le décret portant contrat de bon usage des produits et prestation, conclu entre l'ARH et les établissements devra être signé au 1^{er} janvier 2006.

5. Les aménagements prévus par le présent projet de loi de financement

L'article 30 du présent projet de loi de financement aménage les dispositions relatives à l'application de la tarification à l'activité en prévoyant plusieurs adaptations tendant à :

- **assouplir le mécanisme de convergence intrasectorielle des cliniques à but lucratif** antérieurement financées en proportion des actes et des journées réalisées.

En effet, dans l'ancien système de tarification des cliniques privées, le montant des prestations versé pour le même acte dans le secteur privé

lucratif variait sensiblement en fonction de la situation géographique sur le territoire. Dès lors, pour limiter l'ampleur du changement induit par le passage immédiat et sans correctif à la T2A, l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 avait prévu une période de transition au cours de laquelle un mécanisme de convergence des cliniques privées était mis en place par application de « *coefficients de transition moyens régionaux* » devant atteindre la valeur 1 au plus tard en 2012.

Ce système de convergence a montré ses limites notamment dans les cas de fusions d'établissements de santé. C'est pourquoi l'article 30 du présent projet de loi de financement propose de donner plus de souplesse à ce dispositif : désormais, lorsque l'Etat fixe les règles générales de modulation du coefficient de transition entre les établissements de la région, « *le taux moyen de convergence des coefficients de transition des établissements pour lesquels ce coefficient est inférieur à un peut excéder le taux moyen régional de convergence, à la condition que la masse financière supplémentaire résultant de ce dépassement soit prélevée sur les établissements pour lesquels le coefficient de transition est supérieur à un. Ce prélèvement résulte de l'application d'un taux de convergence pour ces derniers établissements supérieur au taux moyen régional* ». Ainsi, une plus grande liberté dans la montée en charge est permise pour les régions qui pourraient converger plus vite vers le tarif unique ;

- aménager les conditions de mise en œuvre progressive de la T2A dans le secteur public, anciennement sous dotation globale, en prévoyant de façon dérogatoire, que les prestations pouvant être facturées dans leur intégralité sur la base de tarifs nationaux sont étendues à celles « *afférentes à certains modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation complète* », les prestations de prélèvements d'organes ou de tissus faisant déjà l'objet de cette possibilité dans le droit existant. Il s'agit notamment d'encourager le développement de l'hospitalisation à domicile ;

- supprimer l'objectif de convergence à 50 % des tarifs dans le secteur public et le secteur privé, à mi-étape de la mise en œuvre complète de la T2A, c'est-à-dire en 2008. Toutefois, sur proposition de notre collègue député Yves Bur, rapporteur pour avis au nom de la commission des finances, l'Assemblée nationale a supprimé cette disposition, contre l'avis du gouvernement.

Votre rapporteur pour avis approuve l'initiative prise par notre collègue député Yves Bur et estime que l'objectif de mi-parcours, introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, permet de ne pas perdre de vue l'objectif final en 2012 de convergence totale de tarifs entre le secteur public et le secteur privé.

Il estime même nécessaire de fixer un nouveau jalon dans la loi qui serait un objectif de convergence de 75 % des tarifs public-privé en 2010.

Enfin, l'article 30 du présent projet de loi de financement vise à prévenir une augmentation des dépenses de l'assurance maladie que provoquerait un développement non encadré de l'activité des établissements de santé financés essentiellement par des tarifs dans le cadre de la T2A. L'encadrement de l'activité de ces établissements reposera sur la fixation d'objectifs quantifiés par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé entre chaque établissement de santé et l'agence régionale d'hospitalisation (ARH). Ces contrats devront être signés dans un délai de douze mois après la publication des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS). En complément, un dispositif transitoire est instauré pour la période qui sépare la publication du SROS de la signature du contrat en maintenant la référence aux capacités autorisées.

6. Les interrogations persistantes quant à la mise en œuvre de la T2A

S'il approuve l'esprit de la réforme de la tarification à l'activité, votre rapporteur pour avis ne peut que constater les difficultés et interrogations persistantes quant aux conditions de sa mise en œuvre. Ces difficultés sont d'ordre à la fois technique, juridique et conceptuel.

a) *Quel taux de financement par les tarifs d'activité dans les établissements publics en 2006 ?*

Tout d'abord votre rapporteur pour avis note que **le taux de financement par les tarifs d'activité dans les établissements publics qui sera appliqué en 2006¹ n'est pas encore connu** puisqu'il n'a pas été arrêté par le ministre. Lors de l'examen du présent projet de loi de financement à l'Assemblée nationale, M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, a indiqué que ce taux serait « *communiqué à la fin de l'année* » et que sa fixation relevait du domaine réglementaire.

b) *Comment évaluer les MIGAC ?*

En outre, votre rapporteur pour avis note que **la définition des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) et leur évaluation ne sont pas encore stabilisées**. Ainsi que l'a indiqué notre collègue député Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, « *il nous faut évaluer réellement les MIGAC, c'est la clé de tout. On ne pourra pas imaginer un système de convergence, tant qu'on ne l'aura pas fait. Si les MIGAC ne sont pas évaluées à leur niveau réel, il ne sera pas possible de comparer les tarifs entre hôpitaux publics et privés. Quand j'entends dire que les MIGAC*

¹ Ce taux était de 25 % en 2005.

représenteront environ 13 % des budgets hospitaliers, je me dis que l'on est sûrement très loin du compte »¹.

En réponse à ces interrogations et à l'expression de multiples inquiétudes par nombre de nos collègues députés, M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités a souligné qu'à une convergence précipitée, il préférerait une convergence réussie. Il a ainsi précisé, « *même si la convergence doit être au rendez-vous en 2012, nous avons besoin de connaître les missions d'intérêt général de l'hôpital et les moyens financiers qui leur seront dévolus. **Je n'ai pas la conviction que nous disposions des sommes prévues à l'origine pour les MIGAC. Mais ne nous y trompons pas, les efforts de modernisation et les impératifs de bonne gestion de l'assurance maladie ne nous permettent pas d'augmenter les MIGAC et d'augmenter en même temps fortement le taux de T2A. Car si la T2A est une excellente chose (...) elle n'en est pas moins au départ inflationniste*** ».

c) Quels outils pour l'analyse des coûts dans les établissements hospitaliers ?

Dans cette perspective, une mission de l'inspection générale des affaires sociales a été mandatée par le ministre de la santé et des solidarités pour étudier les conditions de la convergence des tarifs entre public et privé dont les conclusions devraient être communiquées au Parlement fin 2005. Parallèlement une étude nationale d'analyse des coûts devrait être engagée par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) du ministère de la santé et des solidarités dont les données seront exploitables mi 2007 et qui permettront de déterminer avec précision ce qui est à la charge respectivement de l'hôpital public et des cliniques privées.

Votre rapporteur pour avis se félicite de cette initiative annoncée par le ministre de la santé et de la solidarité. En effet, **dans son avis du 21 juillet 2004 sur l'analyse des coûts dans les établissements hospitaliers, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) a indiqué que la connaissance des coûts des soins dans les établissements hospitaliers était « objectivement insuffisante ».**

Ainsi, dans son avis précité, le HCAAM précisait que si les principales causes de ce renchérissement des soins étaient aisément

¹ Dans son avis du 21 juillet 2004 sur l'analyse des coûts dans les établissements hospitaliers, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie indique à propos des charges particulières et de recherche statutairement assurées par les CHU et les centres de lutte contre le cancer qui recouvrent la plupart des MIGAC que « **une sorte de convention tacite a conduit à retenir, pour refléter ces missions et donc ces dépenses supplémentaires, un montant forfaitaire, uniforme et proportionnel de 13 % sur la totalité du budget MCO de chaque établissement. Ce chiffre et ce mode de calcul n'ont aucune justification méthodologique sérieuse.** Certes, une partie de ces missions, profondément imbriquées dans le fonctionnement des services concernés, relève très vraisemblablement d'une valorisation forfaitaire. Mais son niveau devrait être fixé sur des bases mieux établies et assorti d'une part variable qui permette d'épouser davantage, en s'appuyant sur divers indicateurs, l'effort effectif d'enseignement universitaire, de recherche et d'innovation ».

identifiables (accroissement de la technicité, et surtout augmentation de la masse salariale liée à la croissance des effectifs et aux améliorations statutaires), il était frappant de constater la considérable variabilité du coût des soins d'un établissement à un autre.

Au sein, par exemple, des centres hospitaliers publics - hors CHU -, le coût moyen des prises en charge varie de plus de moitié selon que l'établissement se situe dans les 10 % les plus coûteux ou dans les 10 % les moins coûteux. Pour les établissements privés, cet écart est presque du simple au double.

En outre, le HCAAM a estimé que l'insuffisance de la connaissance des coûts des soins dans les établissements hospitaliers renvoyait à celle des outils analytiques et de gestion ainsi qu'aux causes profondes de la lenteur de leur déploiement. Ainsi, le HCAAM *« a pu constater qu'il était possible d'avancer de nombreuses justifications à la très forte disparité apparente du coût des soins. Mais il constate aussi que ces explications demeurent presque toujours dans l'ordre du qualitatif, ce qui ne permet aucune rigueur dans l'analyse et la compréhension des phénomènes. On ne parvient pas à identifier et à pondérer les vraies causes de ce que l'on observe. »*

Au sein du secteur public, qui retient l'attention en raison de son poids médical et financier prédominant, cette carence peut être attribuée, pour une large part, aux insuffisances criantes du suivi de gestion de l'activité hospitalière, et de la connaissance qu'ont les établissements des éléments pertinents de leurs propres coûts de production. Retard qui peut, à son tour, s'expliquer notamment par le fait que, jusqu'à présent, ni les règles de fixation des budgets, ni les formes – insatisfaisantes – de responsabilisation et d'exercice de l'autorité au sein des établissements, n'ont créé d'incitation suffisamment puissante au développement des outils que sont les tableaux de bord, le contrôle de gestion, ou la comptabilité analytique.

Seule une minorité de structures disposent ainsi d'une comptabilité analytique d'exploitation, alors que l'obligation en a été inscrite depuis bientôt douze ans, par décret, dans le code de la santé publique ».

Dès lors le HCAAM estime que l'usage effectif des instruments analytiques et de gestion à la disposition des établissements de santé constitue un des aspects de la qualité du travail hospitalier et qu'il mériterait d'être évalué dans le cadre de procédures d'accréditation conduites par l'ex-ANAES, aujourd'hui conduites par la Haute autorité santé.

En outre, le HCAAM précise que **l'opacité dans la formation des coûts est particulièrement illustrée par tous les obstacles qui se dressent lorsque l'on tente une comparaison entre secteur public et secteur privé. Selon lui, cette opacité sur les coûts pourrait fragiliser le rythme de mise en place de la T2A.**

Pour conclure, le HCAAM estime que *« pour progresser dans la nouvelle tarification à la vitesse voulue par le législateur, et pour que puissent*

se mettre en place, tout aussi vite, des formes de responsabilisation et d'exercice de l'autorité plus efficaces, il faut effectuer, encore plus rapidement, d'importants progrès dans la connaissance des coûts. La tentation sera forte, sinon, de compenser les écarts de prix dont on ignore la cause par des financements aveugles, coefficients géographiques ou forfaits divers, qui s'écarteront de l'objectif d'efficience ».

D. LE FINANCEMENT PAR L'ASSURANCE MALADIE DE DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES

1. Les modalités de financement de l'indemnisation des victimes de préjudices résultant de la contamination par le VIH par voie transfusionnelle

a) Le financement par l'assurance maladie de l'indemnisation des victimes de préjudices résultant de la contamination par le VIH par voie transfusionnelle

L'article 35 du présent projet de loi de financement prévoit de modifier les modalités de financement de l'indemnisation des victimes de préjudices résultant de la contamination par le virus d'immunodéficience humaine (VIH) par voie transfusionnelle.

Dans le droit existant, l'article L. 1142-22 du code de la santé publique, modifié par l'article 115 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, dispose que l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM)¹ est, notamment, chargé de l'indemnisation des victimes de préjudices résultant de la contamination par le VIH causée par une transfusion de produits sanguins ou une injection de produits dérivés du sang réalisée sur le territoire de la République française.

Auparavant cette indemnisation était assurée par le fonds d'indemnisation pour les personnes contaminées par le VIH par voie transfusionnelle (FITH) institué par la loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991 portant diverses dispositions d'ordre social. Toutefois, ainsi que le précise l'exposé des motifs de l'article 35 du présent projet de loi de financement, tirant les conséquences de la raréfaction des contaminations et donc des demandes d'indemnisation, la loi du 9 août 2004 précitée a prévu l'intégration des missions du FITH à l'ONIAM.

Depuis 1992 et jusqu'au 31 décembre 2004, le FITH était financé par le ministère du budget à partir d'un chapitre évaluatif. Pour la première fois en

¹ 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.

2005, les crédits au profit du FITH ont été transférés sur le budget « Travail, santé et cohésion sociale » à hauteur de 3 millions d'euros.

Il faut en effet rappeler que l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, qui définit les charges et les recettes de l'ONIAM, prévoit notamment que, outre la dotation globale versée par les organismes d'assurance maladie dans des conditions fixées par décret et dont le montant est fixé chaque année en loi de financement de la sécurité sociale, les recettes de l'ONIAM sont également constituées par une dotation versée par l'Etat en vue d'assurer l'indemnisation des victimes des préjudices résultant de la contamination par le VIH en application des articles L. 3122-1 à L. 3122-5 du code de la santé publique.

L'article 35 du présent projet de loi de financement propose d'abroger cette disposition financière, « *au titre de la simplification des modalités de financement de l'établissement qui reprend les missions du FITH* » d'après l'exposé des motifs. A compter de 2006, la mission de l'ONIAM relative à l'indemnisation des victimes de préjudices résultant de la contamination par le VIH par voie transfusionnelle sera donc financée par le biais de la dotation versée par les organismes d'assurance maladie.

b) La question de la dotation de l'ONIAM pour 2006

Votre rapporteur pour avis note que, contrairement aux dispositions précitées de l'article L. 1142-23 du code de la santé publique qui précisent que le montant de cette dotation est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, le présent projet de loi de financement ne contient pas de disposition fixant le montant de cette dotation pour 2006.

L'ONIAM a été doté de 70 millions d'euros au titre des exercices 2002, 2003 et 2004, et de 30 millions d'euros en 2005.

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 avait indemnisé près de 200 victimes en 2004.

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 pourraient donc atteindre 50 millions d'euros en 2005.

Toutefois, d'après les récentes informations fournies par le ministère de la santé et des solidarités, les dépenses de l'ONIAM depuis 2002 restent très en deçà de ses recettes.

Dépenses de l'ONIAM depuis sa création

(en millions d'euros)

| | |
|------------------------------------|-----|
| 2002 | - |
| 2003 | 2,8 |
| 2004 | 9,1 |
| 2005 (prévisions) | 21 |
| 2006 (prévisions) | 34 |

Source : ministère de la santé et des solidarités

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.

Lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 par l'Assemblée nationale, un amendement de suppression de l'article fixant le montant de la dotation versée à l'ONIAM pour 2005 avait été adopté, à l'initiative de notre collègue député Yves Bur, rapporteur pour avis au nom de la commission des finances.

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 estimait que les indemnisations versées atteindront 6 millions d'euros fin 2004.

Ainsi que l'avait 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 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 avait, pour sa part, reconnu qu'en période de montée en charge du dispositif, seule une part modeste des crédits avait été consommée. Il avait 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 »*.

Montant du fonds de roulement de l'ONIAM en fin d'exercice

(en millions d'euros)

| | |
|-------------|----------------------------------|
| 2002 | 69,945 |
| 2003 | 136,679 |
| 2004 | 197,694 |
| 2005 | 208 (au 1 ^{er} juillet) |

Source : rapport d'activité de l'ONIAM pour 2004 et ministère de la santé et des solidarités

¹ Article L. 1142-9 du code de la santé publique.

Si votre rapporteur pour avis constate que l'importance du fonds de roulement de l'ONIAM comparée au niveau de ses dépenses justifie l'absence de dotation pour 2006 versée par les organismes d'assurance maladie, il estime toutefois que la montée en puissance du dispositif d'indemnisation des accidents médicaux dans les années à venir pourrait inverser la tendance et placer l'Office dans une situation budgétaire délicate, ce qui n'est pas souhaitable.

2. Le financement de stocks de produits de santé en cas de menace sanitaire grave

Les **articles 6 et 41** du présent projet de loi de financement fixent le montant de la contribution de l'assurance maladie au fonds de concours mentionné à l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, respectivement à **176 millions d'euros pour 2005** et **175 millions d'euros pour 2006**.

Ces deux articles précisent également que cette contribution est répartie entre les différents régimes d'assurance maladie selon les règles mises en œuvre au titre de l'année 2004 pour l'application de l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale relatif aux dotations annuelles versées aux établissements de santé.

Le fonds de concours susmentionné a été créé par l'Etat et désormais consacré 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* »¹.

a) La contribution de l'assurance maladie au fonds de concours pour 2005

Selon les données de l'annexe jaune au projet de loi de finances pour 2006, intitulée « *Etat récapitulatif des crédits de fonds de concours (2004/2005)* », il apparaît que la prévision sur 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 ou de menaces sanitaires graves* » est nulle en 2005 alors qu'elle était de 155,4 millions d'euros en 2004 et de 171 millions d'euros en 2003.

¹ *Jusqu'au vote de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, ce fonds de concours, créé en 2001, avait uniquement pour vocation de protéger les « personnes exposées à un agent microbien, toxique, chimique ou radiologique utilisé dans le cadre d'un acte terroriste », donc de financer le plan communément appelé « Biotox ». L'élargissement de ses missions, par l'article 37 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, à toute menace sanitaire grave quelle que soit sa nature avait précisément pour vocation de faire participer l'assurance maladie à la prévention et au traitement des crises sanitaires graves d'origine non terroriste telle que des épidémies (pandémie grippale) ou des alertes liées à des risques environnementaux. La contribution de l'assurance maladie à ce fonds aux missions élargies avait été fixée à 62 millions d'euros en 2004.*

Votre rapporteur pour avis tient, dans un premier temps, à souligner **l'incohérence** qui existe entre le document budgétaire précité, d'une part, qui indique que la prévision sur le fonds de concours est nulle en 2005, et l'exposé des motifs de **l'article 6** du présent projet de loi de financement, d'autre part, selon lequel *« les crédits alloués sur le fonds de concours (62 millions d'euros) étant insuffisants pour constituer un premier stock stratégique de moyens de protection pour la population, une dotation de 176 millions d'euros, au titre de 2005, est demandée (...) pour permettre la préparation des plans de réponse aux menaces sanitaires graves »*.

En outre, l'exposé des motifs de cet article précise également qu'afin de permettre la préparation du pays à la survenue d'une pandémie grippale, il a été décidé d'accroître, dès 2005, les réserves de moyens de protection (antiviraux, vaccins, matériels de vaccination, masques) pour la mise en œuvre du plan gouvernemental de protection contre un risque de pandémie de grippe d'origine aviaire.

Lors de l'examen de cet article à l'Assemblée nationale, notre collègue député Jean-Luc Préel a présenté un amendement de suppression, auparavant adopté par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, contre l'avis du rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Cet amendement n'a toutefois pas été adopté par l'Assemblée nationale.

Lors de la présentation de son amendement, notre collègue député Jean-Luc Préel a ainsi fait valoir qu'il y avait deux conceptions de l'assurance maladie, *« la première consiste à lui demander de financer l'ensemble des dépenses de santé du pays, notamment la prévention et la santé publique. (...) Dans la seconde, l'assurance maladie finance uniquement le système de soins, essentiellement l'ambulatoire et les établissements »*. Il a ajouté que *« l'article 6 prévoit de faire financer par l'assurance maladie la constitution, dans le pays, des stocks de vaccins et de médicaments en vue d'une éventuelle pandémie grippale, alors qu'il nous paraît évident que leur financement doit revenir à l'Etat, dans le cadre de sa fonction régaliennne »*.

En outre, lors de la discussion qui a suivi la présentation de cet amendement de suppression de l'article 6, notre collègue député Jean-Marie Le Guen, par ailleurs coprésident de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) et président de la mission d'information sur la grippe aviaire, a indiqué que **les travaux de la MECSS avaient révélé l'existence de « dérapages de l'Etat dans la gestion des crédits de l'assurance maladie » correspondant à une utilisation détournée des crédits du fonds de concours destiné auparavant à financer le seul plan Biotox, une partie de ces crédits ayant en effet servi au recrutement de fonctionnaires de l'Etat ou des agences placées sous la tutelle de l'Etat.**

En réponse, M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, a indiqué qu'il comprenait *« l'argumentation des parlementaires et leur souhait que la question des personnels soit clarifiée »*.

En outre, le ministre de la santé et des solidarités a précisé, à l'occasion de l'examen de l'article 6 du présent projet de loi de financement, que *« pour 2005, le PLFSS prévoit d'abonder le fonds de 176 millions d'euros, complétant les sommes déjà mobilisées. Ce financement de l'assurance maladie sera accompagné d'un effort supplémentaire conséquent du budget de l'Etat. Je peux d'ores et déjà vous annoncer que, d'ici la fin de l'année, des crédits complémentaires seront mobilisés sur le budget de l'Etat à hauteur de 177 millions d'euros (...) afin de permettre aux pouvoirs publics de mettre en œuvre au plus tôt les mesures de protection complémentaires nécessitées par l'actualisation du plan grippe aviaire ».*

Il a indiqué que ce financement complémentaire abonderait les crédits du programme « Veille et sécurité sanitaire » de la mission interministérielle « Sécurité sanitaire », programme placé sous la responsabilité du directeur général de la santé, par ailleurs délégué interministériel à la lutte contre la grippe aviaire.

b) La contribution de l'assurance maladie au fonds de concours pour 2006

L'article 41 du présent projet de loi de financement fixe le montant de la contribution de l'assurance maladie au fonds de concours précité à 175 millions d'euros.

L'exposé des motifs de cet article précise que cette dotation doit permettre la préparation des plans de réponse aux menaces sanitaires graves et que *« ces fonds seront utilisés en application du plan gouvernemental de protection contre un risque de pandémie de grippe d'origine aviaire à hauteur de 146 millions d'euros. Ils financeront des masques, des médicaments et du matériel de vaccination. Le complément permettra de renouveler des stocks d'antibiotiques et de prendre en charge certaines opérations initialement programmées en 2005 ».*

A l'Assemblée nationale, le ministre de la santé et des solidarités a ainsi indiqué que *« de 2004 à 2006, c'est un effort de plus de 700 millions d'euros que consacra la collectivité à la protection de la population face à des menaces comme, en particulier, une éventuelle pandémie grippale. Certes, nous disposons de la contribution de l'assurance maladie au fonds de concours, mais nous bénéficions aussi d'un effort supplémentaire de l'Etat ».*

c) La nécessité de clarifier le financement du plan gouvernemental de protection contre un risque de pandémie de grippe d'origine aviaire

Votre rapporteur pour avis tient, tout d'abord, à souligner que si l'assurance maladie peut légitimement être mobilisée pour financer des mesures de prévention et de protection de la population face à un risque de pandémie grippale, elle ne saurait supporter seule cette fonction.

Il est, en effet, indispensable que l'Etat participe également au financement de ses mesures au titre de ses fonctions régaliennes en matière de santé publique. C'est pourquoi votre rapporteur pour avis accueille favorablement les déclarations faites par le ministre de la santé et des solidarités s'agissant de l'inscription de 177 millions d'euros de crédits supplémentaires sur le programme « Veille et sécurité sanitaires » de la mission « Sécurité sanitaire ». Toutefois, il souhaiterait connaître les modalités précises de cette inscription de crédits supplémentaires au programme « Veille et sécurité sanitaires ».

En outre, votre rapporteur pour avis souhaiterait obtenir auprès du gouvernement des précisions supplémentaires concernant le financement de son plan de protection contre un risque de pandémie de grippe d'origine aviaire qui, d'après les informations fournies par le ministre de la santé et des solidarités, est « *entraîné d'être actualisé* ».

A cet égard, votre rapporteur pour avis ne peut que constater le caractère quasi inexistant de la justification au premier euro des crédits inscrits au programme « Veille et sécurité sanitaires » de la mission « Sécurité sanitaire », que rapporte notre collègue Nicole Bricq au nom de votre commission des finances. Il est ainsi, pour le moment, impossible à la représentation nationale d'identifier au sein de ce programme les crédits qui seront consacrés au financement du plan gouvernemental de protection contre un risque de pandémie de grippe d'origine aviaire.

3. Le financement des fonds médicaux et hospitaliers

a) Le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)

Le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) a été créé sous le nom de Fonds pour la modernisation des établissements de santé (FMES) par la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 (article 40 modifié).

Le FMES s'était en fait substitué au fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé (FASMO) créé par loi n° 97-1164 du 19 décembre 1997 de financement de la sécurité sociale pour 1998. Le FMES est devenu FMESPP à compter du 1^{er} janvier 2003 en reprenant les créances et obligations du Fonds pour la modernisation des cliniques privées (FMCP) (loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003).

Avant de financer des aides à l'investissement destinées à compenser les coûts induits par la modernisation des établissements de santé, ce dispositif a financé, à son origine, des mesures d'accompagnement social des opérations liées à cette modernisation, favorisant notamment la mobilité et l'adaptation des personnels.

Les missions du fonds ont progressivement été élargies puisqu'il participe au financement :

- des contrats d'amélioration des conditions de travail ayant fait l'objet d'un accord négocié entre les responsables d'établissements et les organisations syndicales

- des actions de modernisation sociale, notamment celles figurant dans le volet social des contrats d'objectifs et de moyens

- des aides individuelles destinées à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels des établissements engagés dans des opérations de recomposition et de modernisation

- des dépenses d'investissement et de fonctionnement des établissements de santé, en particulier dans le cadre du Plan « Hôpital 2007 ».

Il finance par ailleurs les missions créées dans le cadre du plan « Hôpital 2007 » : la mission d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH), la mission tarification à l'activité (MT2A), la mission nationale d'appui à l'investissement (MAINH) et les missions nationales régionales ou interrégionales d'appui à l'investissement placées auprès des directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation.

L'extension des missions du fonds a conduit à distinguer deux grands volets – le volet « ressources humaines » et le volet « investissement » - auxquels s'ajoutent l'appui à la modernisation et à la mise en œuvre de la tarification à l'activité, l'appui aux autres actions de modernisation et le fonctionnement des missions « Hôpital 2007 ».

(1) Les ressources du FMESPP

Les ressources du fonds 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 | 2005 | 2006 |
|--------|-------|--------|------|------|------|------|
| 106,71 | 91,46 | 152,45 | 450 | 470 | 405 | 327 |

Source : ministère de la santé et des solidarités

L'année 2003, qui voit une multiplication par trois des ressources annuelles du FMESPP correspond au lancement du plan « Hôpital 2007 ».

En outre, la dotation annuelle pour 2005 est en diminution par rapport à 2004 du fait de la disponibilité de crédits reportés des années antérieures car non engagés et du fait d'un besoin de financement moindre que prévu dans les premières années de la mise en œuvre du volet investissement du plan « Hôpital 2007 ». En effet, le constat de retards techniques dans le lancement ou le démarrage de certaines opérations d'investissements éligibles aux aides du plan « Hôpital 2007 »,

a conduit à décaler le versement des aides en capital pour un montant de 58 millions d'euros.

(2) Le bilan de l'emploi des crédits du FMESPP en 2004 et 2005 : le volet « ressources humaines »

Le volet « Ressources humaines » du FMESPP regroupe les aides définies par l'article 40 modifié de la loi du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001.

Sont ainsi éligibles à un financement au titre du volet Ressources humaines du fonds :

- les contrats d'amélioration des conditions de travail (CLACT)
- les actions de modernisation sociale, dites « aides collectives »
- les aides, dites « aides individuelles », destinées à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels des établissements antérieurement financés par dotation globale engagés dans des opérations de modernisation, dont la liste est définie à l'article 8-4 du décret 2001-1242 du 21 décembre 2001.

Compte tenu des informations disponibles au 31 mars 2003, les engagements des ARH en matière d'aides individuelles étaient estimés entre 120 millions d'euros et 140 millions d'euros depuis la création du fonds jusqu'en 2006, dont un peu moins de 4 millions d'euros sur 2005, 2006.

Depuis, ces engagements font l'objet d'un suivi par le biais d'une part, de tableaux de bord dans lesquels les ARH recensent chaque année les nouveaux agréments et d'autre part, d'une procédure d'avis du ministère sur tout dossier d'agrément préalablement à sa signature par l'ARH. **Au 31 décembre 2004, ce dispositif met en évidence un niveau d'engagement supplémentaire d'un peu plus de 15 millions d'euros sur quatre ans, soit un montant global d'engagements en cours d'environ 20 millions d'euros sur quatre ans.**

Depuis 2003, les crédits alloués en matière d'aides collectives sont répartis chaque année entre les ARH sous la forme d'une enveloppe unique, « Actions de modernisation sociale », dont 80 % au moins doit être consacré à la promotion professionnelle et 20 % au plus aux projets sociaux.

A ce jour, les crédits disponibles au titre des « aides collectives », sont engagés :

- à hauteur de près de 98 % pour l'enveloppe 2003 (75 millions d'euros) ;
- et à hauteur de près de 94 % pour l'enveloppe 2004 (60 millions d'euros) avec un échéancier prévu des versements de ces crédits par la CDC s'échelonnant jusqu'en 2008.

Globalement, sur les 690 millions d'euros alloués au Fonds au titre du volet ressources humaines depuis sa création, près de 77 % ont été payés aux établissements ou aux agents bénéficiaires au 30 juin 2005.

(3) Le bilan de l'emploi des crédits du FMESPP en 2004 et 2005 : le volet « investissement » du plan « Hôpital 2007 »

L'objectif du volet investissement du plan « Hôpital 2007 » est la modernisation et réorganisation des établissements de santé pour améliorer le fonctionnement et optimiser la gestion économique.

Au total sur cinq ans, l'investissement hospitalier devrait être de l'ordre de 30 milliards d'euros.

Le plan concerne l'ensemble des établissements de santé publics et privés, participant ou non au service public hospitalier. En revanche, il ne concerne pas le secteur médico-social.

La circulaire DHOS/F/2003/139 du 20 mars 2003 relative au plan d'investissement national « Hôpital 2007 », prévoit de réaliser 6 milliards d'euros d'investissements supplémentaires entre 2003 et 2007, correspondant à une augmentation de l'investissement moyen annuel de 30 %, aussi bien dans les établissements publics de santé que dans les établissements de santé privés, participant ou non au service public hospitalier.

Le plan repose sur deux sources de financement :

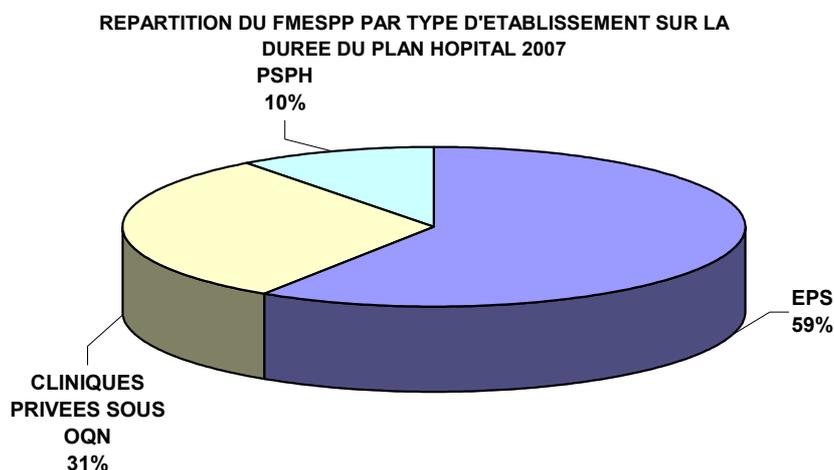
- des aides en fonctionnement en crédits ONDAM, destinées aux établissements publics et privés antérieurement financés par dotation globale, pour un montant annuel d'environ 90 millions d'euros (70 millions d'euros en 2003) permettant de financer 4,4 milliards d'euros d'investissements.

- des aides en capital, à hauteur de 1,5 milliard d'euros pour les cinq ans, versées par le FMESPP, destinées aux trois catégories d'établissements de santé, et prioritairement aux établissements privés ne participant pas au service public hospitalier qui jusqu'à la réforme de la T2A, ne pouvaient recevoir de subvention de fonctionnement.

Ainsi, le FMESPP constitue une source de financement essentielle du volet investissement plan « Hôpital 2007 », par des aides en capital à hauteur de 1,5 milliard d'euros.

Les aides en capital sont fixées à 1,5 milliard d'euros pour les cinq ans à venir, dont 300 millions d'euros en 2003 et 2004, et 260 millions d'euros en 2005. Ces subventions d'investissement sont versées aux établissements par le FMESPP. Le fonds finance les dépenses d'investissement de tous les établissements de santé mais prioritairement celles des établissements privés ne participant pas au service public hospitalier dans la mesure où ces établissements ne peuvent pas recevoir les aides au fonctionnement sur les crédits ONDAM.

Les subventions attribuées au titre du FMESPP sont payées par la Caisse des dépôts et consignations sur présentation d'une facture attestant du début de réalisation des travaux ou de pièces justificatives attestant de l'acquisition du matériel.



Les crédits du FMESPP notifiés aux établissements pour les opérations d'investissements du plan « Hôpital 2007 » s'élèvent à 299 millions d'euros en 2003, 302 millions d'euros en 2004, et devrait atteindre 260 millions d'euros en 2005.

Il convient toutefois de préciser que, pour 2005, le paiement d'une partie des aides en capital - environ 18 % - sera reporté à l'année 2006 du fait du retard intervenu dans la mise en œuvre de certaines opérations.

Le plan d'investissement « Hôpital 2007 » concerne l'ensemble du secteur sanitaire public et privé. Cependant, les cliniques privées sous OQN ne peuvent pas prétendre aux crédits ONDAM. Ce point a été pris en compte dans la répartition des subventions FMESPP entre secteur. Après consolidation au niveau national, 29,5 % des subventions FMESPP sont allouées à des cliniques privés (prévisions).

(4) Le bilan de l'emploi des crédits du FMESPP en 2004 et 2005 : autres volets

Le fonds prend en charge, dans la limite de montants arrêtés conjointement par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget, les coûts de fonctionnement de la mission nationale pour la tarification à l'activité (MT2A), de la mission nationale d'appui à l'investissement (MAINH) et des missions régionales ou interrégionales d'appui à l'investissement.

Les coûts de fonctionnement de la MAINH et des missions régionales d'appui à l'investissement ont été évalués à 8,8 millions d'euros pour 2005. Ces coûts intègrent l'appui aux maîtrises d'ouvrages hospitalières en matière de systèmes d'information hospitaliers

Les coûts de fonctionnement de la MT2A ont été évalués à 5,3 millions d'euros en 2005 contre 4,2 millions en 2004.

Les coûts de fonctionnement de la MEAH en 2005 ont été évalués à 7,75 millions d'euros dont 6 millions d'euros pour la nouvelle mission d'accompagnement de l'amélioration de la performance des achats hospitaliers dans le cadre du plan de retour à l'équilibre de l'assurance maladie auxquelles s'ajoutent 10,4 millions d'euros pour les audits réalisés par les agences régionales d'hospitalisation pour les établissements de leur région.

Les budgets 2005 de la MT2A et de la MEAH sont en forte progression en 2005 par rapport à 2004 du fait de l'intégration du financement du dispositif d'accompagnement des réformes hospitalières.

(5) Les dispositions du présent projet de loi de financement

L'article 40 du présent projet de loi de financement prévoit de fixer le montant de la contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du FMESPP à 327 millions d'euros pour 2006.

L'exposé des motifs de cet article précise que les besoins de financement du FMESPP ont été fixés à 327 millions d'euros pour 2006 et qu'ils intègrent notamment :

- un volet consacré à la formation et à la reconversion du personnel des établissements de santé ;

- la montée en puissance du dispositif d'accompagnement des réformes hospitalières annoncé par le gouvernement le 26 mai 2005 et celle du plan « psychiatrie et santé mentale » annoncé le 4 février 2005, notamment ses volets « investissement » et « formation des soignants » ;

- le volet « investissement » du plan « Hôpital 2007 » qui sera financé à hauteur de 100 millions d'euros, la charge d'amortissement et les frais financiers afférents à un recours accru à l'emprunt étant compensés par les dotations directes de l'assurance maladie.

b) Le fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV)

(1) Bilan du FAQSV en 2005

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. L'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 avait prolongé d'une année la durée de vie de ce fonds, ainsi portée de huit à neuf ans, jusqu'au 31 décembre 2007.

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.

Les comptes du FAQSV depuis 2002

(en millions d'euros)

| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 (p) |
|---|-------------|---------------|-------------|-------------------------|
| Ressources | 76,6 | 20 | 15,4 | 60 |
| Participation des régimes d'assurance maladie | 76,2 | 20 | 15 | 60 |
| Autres produits | 0,4 | | 0,4 | |
| Dépenses | 50,3 | 54,5 | 59,4 | 15,9¹ |
| Solde annuel | 26,3 | - 34,5 | - 44 | |
| Solde cumulé | 143 | 108,5 | 64,5 | |

Source : ministère de la santé et des solidarités

Le rôle du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV)

Le FAQSV a pour rôle de soutenir des projets innovants en matière de qualité et de coordination des soins de ville.

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

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

L'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003² 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 2004³ 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 a fait l'objet d'une évaluation transmise au Parlement en septembre 2005 portant notamment sur l'organisation, la continuité et la sécurité des soins ainsi que sur les dépenses des régimes obligatoires d'assurance maladie.

Cette évaluation a permis de mettre en évidence les éléments suivants :

- l'instruction régionalisée des projets permet une réelle proximité de terrain. Du 1^{er} janvier 2000 au 31 décembre 2004, 1.159 projets ont ainsi été autorisés pour un coût total de 355 millions d'euros ;

¹ Le montant des dépenses est celui arrêté au 30 juin 2005.

² Loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002.

³ Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003.

- l'effet de levier du FAQSV est important : son taux de financement des projets s'élève ainsi à 62 % en moyenne ;

- au total, ces évolutions ne remédient pas complètement à certains problèmes : la gestion budgétaire du fonds reste annuelle alors que le financement des projets est pluriannuel ; la capitalisation des bonnes pratiques reste informelle ; la communication sur les réalisations et les résultats du FAQSV est faible ; la question de la pérennisation éventuelle des projets, hors réseaux, est lancinante.

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 | 2005 |
|---|-------|-------|-------|--------|------|------|------|
| Montant maximal de dépenses autorisé | 106,7 | 106,7 | 106,7 | 106,72 | 106 | 106 | 106 |
| Dotation du FAQSV | 76,2 | 76,2 | 0 | 76,23 | 20 | 15 | 60 |

(2) Les dispositions du présent projet de loi de financement

L'article 39 du présent projet de loi de financement prévoit de **pérenniser l'existence du FAQSV** en supprimant de la loi la mention selon laquelle ce fonds est créé pour une durée de neuf ans à compter du 1^{er} janvier 1999. En conséquence cet article prévoit de codifier les dispositions de l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 précitée en créant au sein du code de la sécurité sociale un nouvel article L. 221-1-1.

En outre, **l'article 39** du présent projet de loi de financement **étend les missions du FAQSV** en prévoyant que :

- d'une part, jusqu'au 31 décembre 2006, il peut contribuer à la **mise en œuvre du dossier médical personnel** au sens des articles L. 161-36-1 et suivants du code de la sécurité sociale ;

- d'autre part, il peut attribuer des aides pour le **financement des structures participant à la permanence des soins**, notamment des maisons médicales, et contribuer au financement de toute action visant à favoriser une bonne répartition des professionnels de santé sur le territoire.

Enfin, l'article 39 du présent projet de loi de financement **fixe, pour 2006, le montant maximal de dépenses du FAQSV à 150 millions d'euros** et précise que **ce fonds est doté de 110 millions d'euros au titre de l'année 2006**, soit un quasi doublement de la dotation par rapport à 2005.

Lors de l'examen de cet article par l'Assemblée nationale, M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, a confirmé que le plafond de dépenses du FAQSV pour 2006 était fixé à 150 millions d'euros et il a précisé que « *si l'on excepte les 90 millions d'euros destinés au DMP, au*

titre de l'expérimentation et de la pré généralisation, restent (...) 60 millions d'euros, qui nous permettent de faire mieux et plus que l'an dernier le coût de l'évaluation des pratiques professionnelles est estimé à 11 millions d'euros et celui des maisons médicales de garde à 8,5 millions d'euros ».

Il a ajouté, « *je pense qu'il est important de donner de la lisibilité au FAQSV et de la pérenniser (...). Dans cette perspective, j'ai demandé à une mission de l'IGAS d'en évaluer le fonctionnement et les missions, ainsi que la dotation nationale pour le développement des réseaux ».*

Suite au contrôle sur l'informatisation dans le secteur de la santé qu'il a mené en 2005 conformément aux dispositions de l'article 57 de la LOLF (cf *infra*), **votre rapporteur pour avis vous proposera de modifier les dispositions de l'article 39 du présent projet de loi de financement afin de préciser dans la loi qu'une enveloppe de 100 millions d'euros, au sein du montant maximal de dépenses fixé pour le FAQSV en 2006, est attribuée à la mise en œuvre du dossier médical personnel.**

Suivi du FAQSV depuis 1999

(en millions d'euros)

| | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|--|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|
| Dotation | 76,2 | 76,2 | 0,0 | 76,2 | 20,0 | 15,0 |
| Dotation cumulée du fonds | 76,2 | 152,4 | 152,4 | 228,6 | 248,6 | 263,6 |
| Consommation annuelle | 0,0 | 4,8 | 31,0 | 50,0 | 54,5 | 59,4 |
| Consommation de crédits cumulée | 0,0 | 4,8 | 35,8 | 85,7 | 140,2 | 199,6 |
| Solde cumulé | 76,2 | 147,6 | 116,6 | 142,9 | 108,4 | 64,0 |

Source : CNAMTS

En outre, **votre rapporteur pour avis vous proposera également de pérenniser le groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier (GMSIH)**, d'étendre ses missions à l'échange d'informations dans les réseaux de soins entre la médecine de ville, les établissements de santé et le secteur médico-social dans le but d'améliorer la coordination des soins, de prévoir que ce groupement est constitué à la fois des établissements publics de santé et des établissements privés, enfin de préciser ses modalités de financement.

Les principales propositions de votre rapporteur pour avis suite à son contrôle sur l'informatisation dans le secteur de la santé, mené en application de l'article 57 de la LOLF

Dans le cadre du contrôle qu'il a réalisé sur l'informatisation dans le secteur de la santé, en application de l'article 57 de la LOLF, votre rapporteur pour avis a souligné la réalité contrastée de l'informatisation du système de santé. Si la France se situe globalement dans la moyenne des pays européens, votre rapporteur pour avis a mis en évidence plusieurs faiblesses auxquelles il devrait être remédié : défaillance du pilotage global de la politique d'informatisation, retard des établissements publics de santé dans ce domaine, cloisonnement des systèmes d'information et inadéquation de la formation des professionnels de santé.

Votre rapporteur pour avis a également relevé les difficultés de mise en place du dossier médical personnel (DMP), qui constitue l'une des réformes structurantes récemment engagées. Il a ainsi constaté que le calendrier de mise en œuvre apparaissait irréaliste et que chaque patient ne disposerait pas, en juillet 2007, d'un dossier médical personnel substantiel.

Au cours d'un déplacement effectué à Londres, votre rapporteur pour avis a pu constater que la mise en place du programme anglais d'informatisation du système de santé reposait sur un triptyque essentiel, qui fait aujourd'hui défaut à la France : une volonté politique forte, qui s'appuie sur une « *task force* » administrative et des moyens budgétaires importants dans la durée.

Il a souhaité que le gouvernement prenne la mesure des enjeux, clarifie ses orientations ainsi que le calendrier de mise en œuvre du DMP et s'inspire du modèle anglais. Il a rappelé que l'informatisation du système de santé permettrait en premier lieu d'améliorer la qualité du système de santé, ce qui se traduirait ensuite par des économies.

En outre, il a estimé nécessaire d'étudier la possibilité de créer un programme « modernisation et pilotage du système d'information » au sein de la mission « Santé ».

Les dix propositions formulées par votre rapporteur pour avis sont les suivantes :

- 1) définir un véritable pilotage central de la politique d'informatisation, qui doit être du ressort de l'Etat et relever d'une structure administrative ayant une visibilité suffisante ;
- 2) renforcer les moyens et la capacité d'expertise de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins du ministère de la santé et des solidarités ;
- 3) pérenniser le Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier (GMSIH) en élargissant ses missions aux enjeux de l'informatisation de la médecine de ville ;
- 4) associer les professionnels de santé aux orientations stratégiques en matière d'informatisation ;
- 5) redéployer les crédits non consommés du plan « Hôpital 2007 » vers les actions d'informatisation des établissements de santé ;
- 6) accroître les investissements consacrés aux systèmes d'information dans les établissements de santé ;
- 7) clarifier le calendrier de mise en place du DMP, ses objectifs et les moyens qui devront y être consacrés à moyen/long terme ;
- 8) affecter une part déterminée de la dotation du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville à la mise en œuvre du DMP ;
- 9) développer les formations initiale et continue des professionnels de santé ;
- 10) lancer une campagne globale de sensibilisation des professionnels de santé et du grand public, afin de s'assurer de leur adhésion, condition essentielle de la réussite de ce chantier.

4. Le transfert à l'assurance maladie du financement des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD)

L'article 33 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 transfère à l'assurance maladie le **financement des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD)**, jusqu'à présent assuré par le budget de la santé. Le montant de ce transfert s'élève à **14,9 millions d'euros**.

L'exposé des motifs de cet article indique que « *le financement actuel sur des crédits d'Etat est peu adapté à ces structures car il est assuré par le chapitre 39-01 du budget de l'Etat alors qu'il s'agit de services qui assument des activités de prise en charge de manière pérenne* ». D'après les informations recueillies par votre rapporteur pour avis, **l'exposé des motifs précité ne correspond pas exactement aux raisons ayant présidé à ce changement de mode de financement¹ : votre rapporteur pour avis souhaite donc que le gouvernement clarifie ce point.**

L'article 33 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale vise également à assurer la **prise en charge, par l'assurance maladie, du financement des « lits halte soins santé »**, ce qui devrait représenter une dépense d'environ **6,3 millions d'euros en 2006**.

Enfin, cet article prévoit la **création d'un objectif de dépenses médico-social spécifique**, concernant les établissements médico-sociaux hors champ de compétence de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Relèveraient de cet objectif de dépenses : les centres de soins spécialisés aux toxicomanes, les centres de cure ambulatoire en alcoologie, les appartements de coordination thérapeutique, les CAARUD et les structures « lits halte soins santé ». L'exposé des motifs indique que cet objectif spécifique vise à tirer les conséquences de la mise en place d'un objectif délégué de la CNSA qui exclut ces structures et précise qu'il sera inclus dans le champ du sous-objectif « Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge » de l'ONDAM.

5. Les dispositions relatives à la couverture maladie universelle complémentaire

La CMU complémentaire permet de fournir une couverture complémentaire gratuite à toute personne résidant en France de manière stable et régulière, sous condition de ressources fixée par décret. Elle remplace l'aide médicale dispensée par les conseils généraux dans le cadre de l'aide sociale décentralisée.

¹ Au demeurant, votre rapporteur spécial relève que le chapitre 39-01 n'existe plus dans le cadre de la nouvelle présentation budgétaire induite par la LOLF à compter du projet de loi de finances pour 2006.

Elle permet ainsi la prise en charge avec dispense d'avance de frais du ticket modérateur, du forfait journalier et des frais supplémentaires concernant les prothèses dentaires, l'orthopédie dento-faciale et certains dispositifs médicaux à usage individuel.

Les personnes peuvent choisir si les prestations sont gérées par une caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) ou un organisme complémentaire ayant choisi d'assurer cette gestion.

Au total, près de 4,7 millions de personnes bénéficient de la CMUC.

a) Le financement du fonds CMU

Le financement de la CMU complémentaire est assuré par un fonds *ad hoc*, le fonds de financement de la CMU, qui est financé par :

- une contribution de l'Etat fixée en loi de finances ;
- une contribution trimestrielle des organismes de couverture maladie complémentaire, correspondant à 1,75 % du montant des cotisations et des primes concernant les frais de santé recouvrées au trimestre précédent ;
- depuis 2005, le produit de la taxe sur les alcools de plus de 25° (380 millions d'euros) ;
- depuis 2005, une contribution de l'assurance maladie finançant le dispositif de crédit d'impôt instauré par la loi relative à l'assurance maladie. En effet, la mutuelle, la société d'assurance ou l'institution de prévoyance auprès de laquelle le contrat aura été souscrit pourra déduire du montant de la cotisation ou de la prime annuelle le crédit d'impôt, celui-ci ne pouvant excéder le montant de la cotisation ou de la prime. Ces organismes complémentaires pourront déduire de la contribution versée au fonds de financement de la CMU un montant correspondant, pour chaque organisme, au quart du crédit d'impôt afférent aux contrats en vigueur. En contrepartie, le fonds de financement de la CMU recevra désormais une dotation globale de l'assurance maladie.

Signalons que l'article 42 du projet de loi de finances pour 2006 prévoit d'affecter au fonds de financement de la CMU une fraction de 1,88 % du produit des droits sur les tabacs (soit environ 178 millions d'euros), en contrepartie de la réduction de la subvention versée par l'Etat.

b) Une prise en charge désormais unifiée des dépenses de CMU complémentaire

L'article 140 de la loi de finances pour 2004 a mis fin aux différences de traitement qui existaient entre les caisses de sécurité sociale et les organismes complémentaires au regard de la prise en charge des dépenses qu'elles supportent au titre de la CMU complémentaire.

Auparavant, le fonds versait aux caisses de sécurité sociale une somme correspondant aux dépenses réelles qu'elles supportaient au titre de la prise en charge de la CMU complémentaire.

L'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale permettait quant à lui aux organismes de protection sociale complémentaire participant à la CMUC (mutuelles, sociétés d'assurance, institutions de prévoyance) de déduire de la contribution versée au fonds de financement de la CMU un montant représentatif des adhésions ou contrats souscrits au titre de la CMUC.

Dans le but de mettre fin à cette différence de traitement entre organismes de sécurité sociale et organismes de protection sociale complémentaire, l'article 140 de la loi de finances pour 2004 avait prévu que le fonds de financement de la CMU allouerait aux régimes obligatoires une dotation par bénéficiaire d'un montant égal à la déduction accordée aux organismes complémentaires, celle-ci étant par ailleurs revalorisée et portée à 75 euros par trimestre, soit 300 euros par an. L'article 132 de la loi de finances pour 2005 l'a porté à 304,52 euros.

Votre rapporteur pour avis a interrogé le ministère de la santé et des solidarités pour connaître l'impact de la mise en œuvre de ce forfait unifié sur les comptes des caisses d'assurance maladie.

Le tableau suivant retrace cet impact pour l'ensemble des organismes d'assurance maladie :

Impact du forfait de déduction unifié sur les différents organismes

| | 2004 (forfait déduction à 300 €) | | | | 2005 (forfait déduction à 304,52 €) | | | | 2006 (forfait déduction à 304,52 €) | | | |
|--|----------------------------------|--------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-----------------------|------------------------|
| | Dépense individuelle moyenne | Gain ou perte par bénéf. | Nombre de bénéf. 2004 | Gain ou perte au total | Dépense individuelle moyenne | Gain ou perte par bénéf. | Nombre de bénéf. 2005 | Gain ou perte au total | Dépense individuelle moyenne | Gain ou perte par bénéf. | Nombre de bénéf. 2005 | Gain ou perte au total |
| CNAMTS (France entière) | 323,3 | -23,3 | 3 793 000 | -88 376 900 | 342,7 | -38,2 | 3 816 000 | -145 687 248 | 363,3 | -58,8 | 3 900 000 | -229 085 532 |
| CCMSA (métropole) | 303,0 | -3,0 | 117 000 | -351 000 | 321,2 | -16,7 | 116 000 | -1 932 560 | 340,5 | -36,0 | 116 000 | -4 167 973 |
| CANAM (métropole) | 276,0 | 24,0 | 99 000 | 2 376 000 | 292,6 | 12,0 | 107 000 | 1 279 720 | 310,1 | -5,6 | 107 000 | -598 515 |
| <i>Sous-total organismes de base</i> | <i>321,5</i> | <i>-21,5</i> | <i>4 009 000</i> | <i>-86 351 900</i> | <i>340,8</i> | <i>-40,8</i> | <i>4 039 000</i> | <i>-164 596 368</i> | <i>361,3</i> | <i>-61,3</i> | <i>4 123 000</i> | <i>-252 648 700</i> |
| Mutuelles | 308,6 | -8,6 | 512 000 | -4 403 200 | 327,1 | -22,6 | 500 000 | -11 298 000 | 346,7 | -42,2 | 500 000 | -21 111 480 |
| Institutions de prévoyance | 276,4 | 23,6 | 13 000 | 306 800 | 293,0 | 11,5 | 12 000 | 138 432 | 310,6 | -6,1 | 12 000 | -72 516 |
| Assurances | 295,5 | 4,5 | 110 000 | 495 000 | 313,2 | -8,7 | 115 000 | -1 001 650 | 332,0 | -27,5 | 115 000 | -3 162 937 |
| <i>Sous-total organismes complémentaires</i> | <i>305,7</i> | <i>-5,7</i> | <i>635 000</i> | <i>-3 601 400</i> | <i>323,9</i> | <i>-23,9</i> | <i>627 000</i> | <i>-14 995 258</i> | <i>343,3</i> | <i>-43,3</i> | <i>627 000</i> | <i>-27 157 200</i> |
| TOTAL ASSURANCE MALADIE | 319,4 | -19,4 | 4 644 000 | -89 953 300 | 338,5 | -38,5 | 4 666 000 | -179 591 626 | 358,9 | -58,9 | 4 750 000 | -279 805 900 |

Note : Dépense individuelle 2004 provisoire estimée. Augmentation prévisionnelle 2005 et 2006 : + 6 %. Les nombres de bénéficiaires sont des approximations.

Source: fonds de financement de la CMU

C'est donc pour le régime général d'assurance maladie, qui gère plus de 80 % de l'ensemble des bénéficiaires de la CMU complémentaire, que l'écart entre le montant du forfait et la dépense individuelle moyenne réelle des bénéficiaires est le plus fort. Cet écart s'élevait à 23 euros en 2004 et devrait atteindre 38 euros en 2005, ce qui a généré un coût de 88 millions d'euros pour l'exercice 2004 et devrait représenter une dépense de près de 146 millions d'euros en 2005.

Afin de tenir compte de cet écart, **l'article 36** du présent projet de loi de financement propose deux mesures.

Le I de l'article 36 du présent projet de loi augmente de 1,75 % à 2,5 % le taux de la contribution versée par les organismes complémentaires au fonds de financement de la CMU, ce qui devrait rapporter **205 millions d'euros** supplémentaires à ce fonds, d'après les informations communiquées à votre rapporteur pour avis. Le rapport du gouvernement sur les prélèvements obligatoires et leur évolution évoquait une recette de 170 millions d'euros.

Le I de cet article procède en outre à la revalorisation du forfait de déduction de la contribution versée au fonds de financement de la CMU, porté de 76,13 euros par trimestre à 85 euros par trimestre, soit 340 euros par an et par bénéficiaire. D'après les informations communiquées à votre rapporteur pour avis, **cette revalorisation ne couvrira pas la totalité du coût moyen d'un bénéficiaire**, puisqu'il devrait s'établir à 343,3 euros pour les organismes complémentaires – soit une situation quasi équilibrée – et à 363,3 euros pour la CNAMTS (361,3 millions d'euros pour l'ensemble des organismes de base). Elle devrait toutefois **grandement atténuer les pertes de la CNAMTS**, qui auraient atteint près de 229,1 millions d'euros à ce titre si le forfait n'avait pas été revalorisé. L'annexe 9 au présent projet de loi de financement indique ainsi que la CNAMTS réaliserait une économie de 138 millions d'euros en 2006.

Le II de cet article **augmente le montant du crédit d'impôt d'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire de santé**. Ce dispositif bénéficiait à 60.000 personnes au 31 mai 2005. Environ 400.000 personnes devraient se voir délivrer une attestation visant à bénéficier de ce dispositif d'ici la fin 2005.

Le montant de ce crédit d'impôt serait ainsi porté de 150 euros à 200 euros par personne âgée de vingt-cinq à cinquante-neuf ans, de 75 euros à 100 euros par personne âgée de moins de vingt-cinq ans et de 250 euros à 400 euros par personne âgée de soixante ans et plus.

Le crédit d'impôt correspondait jusqu'ici au tiers du coût d'une complémentaire. Avec la revalorisation proposée, il en représenterait environ la moitié. **Votre rapporteur pour avis approuve cette initiative qui contribue à améliorer l'état de santé de la population la plus fragile.**

II. LA BRANCHE VIEILLESSE

L'objectif de dépenses de la branche vieillesse

La situation générale de l'évolution des comptes ayant déjà été présentée précédemment, votre rapporteur pour avis se bornera ici à commenter l'objectif de dépenses de la branche pour 2006.

L'article 48 du présent projet de loi de financement fixe l'objectif de dépenses de la branche vieillesse à :

- **161 milliards d'euros** pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, soit une augmentation de **3,7 %** par rapport à 2005 ;

- **83,1 milliards d'euros** pour le seul régime général de la sécurité sociale, soit une augmentation de **3,7 %** par rapport à 2005.

La commission des comptes de la sécurité sociale a indiqué que la progression des charges de la CNAV ralentirait en 2006, les prestations des agents des industries électriques et gazières et les départs anticipés ayant fortement accru les prestations en 2005. De même, l'évolution du taux de revalorisation (1,8 % contre 2 % en 2005) devrait contribuer à freiner cette progression. De manière générale, l'évolution des prestations retrouverait le rythme tendanciel des années précédentes (4 %), l'effet « baby-boom » attendu en 2006 étant finalement estompé par les départs anticipés.

A. LE FONDS DE SOLIDARITÉ VIEILLESSE : UNE SITUATION BUDGÉTAIRE TRÈS DIFFICILE

1. Les missions du FSV

Créé par la loi n° 93-936 du 22 juillet 1993, le Fonds de solidarité vieillesse (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 1,03 % (10,25 milliards d'euros en 2006) ;
- 20 % du produit du prélèvement social de 2 % assis sur les revenus du patrimoine et des placements (418 millions d'euros en 2006) ;
- une partie du produit de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S), pour un montant de 236 millions d'euros en 2006 ;
- 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 (2,16 milliards d'euros en 2006) ;
- les produits des opérations de placement que le fonds est habilité à pratiquer (4 millions d'euros) ;
- 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 1^{er} janvier 2004 ou de l'exercice 2004. Ces contributions devraient rapporter 35 millions d'euros en 2006.

2. L'évolution du solde du FSV

Le tableau suivant retrace l'évolution du solde du FSV :

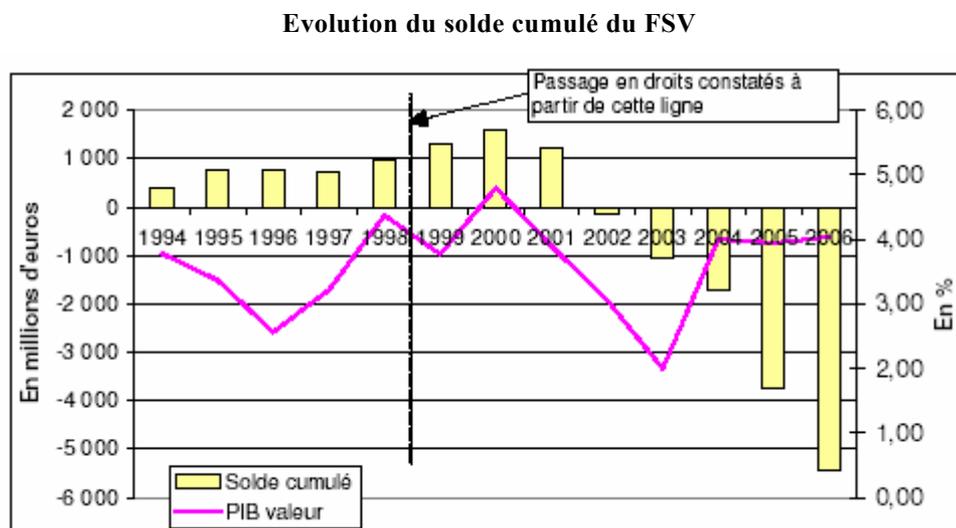
Variation des réserves du FSV de 2002 à 2006

(en millions d'euros)

| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Solde du FSV | - 1 353,4 | - 933,7 | - 639,0 | - 2 032,4 | - 1 734,6 |
| Solde cumulé du FSV (avant versement au FRR) | 123,1 | - 1 056,8 | - 1 695,8 | - 3 728,2 | - 5 462,8 |
| Versement au FRR | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Solde cumulé du FSV (après versement au FRR) | - 123,1 | - 1 056,8 | - 1 695,8 | - 3 728,2 | - 5 462,8 |

Source : commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2005

Le graphique suivant retrace l'évolution du solde cumulé du FSV :



Source : commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2005

La situation du FSV devrait s'améliorer de 210 millions d'euros par rapport aux prévisions de la commission des comptes : le solde, tel qu'il apparaît dans **l'article 22** du présent projet de loi de financement, devrait s'établir à - 1,5 milliard d'euros (- 1.524 millions d'euros d'après l'annexe 9).

Cette différence s'explique par un surcroît de dépenses de 40 millions d'euros et un surcroît de recettes de 251 millions d'euros (151 millions liées aux mesures sur le PEL, 96 millions d'euros liées à la hausse du versement de C3S et 4 millions d'euros au titre des autres recettes). Il convient donc de souligner que le surcroît de recettes prévu pour 2006 tient essentiellement à une mesure conjoncturelle.

La situation du FSV est préoccupante et soulève à la fois un problème de traitement des flux et un problème 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. En outre, à supposer que l'on parvienne à dégager des recettes supplémentaires au profit du FSV, 5,25 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 : la commission des comptes de la sécurité sociale prévoit ainsi que les dépenses se stabiliseraient en raison de la baisse du chômage et du ralentissement de la progression du coût d'un chômeur en raison d'une revalorisation du SMIC horaire plus faible en 2006 qu'en 2005.

De plus, 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.

B. QUEL SERA VRAIMENT LE RÔLE DU FONDS DE RÉSERVE POUR LES RETRAITES ?

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 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 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.

En outre, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 lui a confié la mission de gérer, pour le compte de la CNAVTS, 40 % de la soulte (3,06 milliards d'euros) versée par la Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG), en contrepartie de l'adossement du régime des IEG au régime général.

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 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.

1. Des réserves qui devraient atteindre 20,86 milliards d'euros en cumulé fin 2005 et 22,42 milliards d'euros d'ici fin 2006

Les recettes perçues en 2004 par le FRR se sont élevées à 2,2 milliards d'euros (contre 3,7 milliards d'euros en 2003), provenant pour l'essentiel (84 %) du reversement de l'excédent de la CNAVTS enregistré en 2003 et de la part de 65 % du produit du prélèvement social de 2 % sur les revenus du capital.

Elles devraient être moindres en 2005, pour s'établir à 1,5 milliard d'euros, provenant pour l'essentiel du produit des placements financiers (500 millions d'euros, selon les prévisions), du prélèvement social de 2 % (1.216,9 millions d'euros) et du versement de l'excédent de la CNAVTS enregistré en 2004 (254,9 millions d'euros).

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 2005, ni en 2006.

- **le versement de tout ou partie des excédents du FSV** : la situation du FSV depuis 2002 lui 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. A partir de 2006, la dégradation de la situation de la CNAVTS interdira tout reversement.

- **une fraction égale à 65 % du produit du prélèvement social de 2 %** portant sur les revenus du patrimoine et les produits de placement, qui constitue la seule véritable recette du FRR ;

- **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 2005 et ne devrait pas en recevoir en 2006.

- **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 1^{er} 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 à atteindre l'objectif financier attendu à cette échéance.

Les réserves accumulées par le FRR devraient s'élever à environ 20,86 milliards d'euros fin 2005, pour atteindre près de 22,42 milliards d'euros fin 2006, hors soulte des industries électriques et gazières, comme le montre le tableau suivant :

Les comptes définitifs 1999-2004 et prévisionnels 2005 et 2006

(en millions d'euros)

| | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|---|--------------|----------------|----------------|-----------------|-----------------|------------------------|------------------------------|-----------------|
| PRODUITS | 306,4 | 2 866,0 | 3 862,0 | 5 838,2 | 3 645,7 | 2 533,6 | 1 716,9 | 1 870,3 |
| Abondements | 304,9 | 2 832,9 | 3 698,6 | 5 571,2 | 3 326,4 | 2 158,0 | 1 471,8 | 1 370,3 |
| CSSS | 304,9 | | | | | | | |
| Excédent FSV (N-1) | | | 286,6 | | | | | |
| Excédent CNAVTS (N-1) | | 767,4 | 483,5 | 1 518,2 | 1 659,0 | 945,9 | 254,9 | 0,0 |
| Prélèvement de 2 % sur les revenus du capital | | 890,0 | 971,9 | 1 115,5 | 1 152,9 | 1 211,6 | 1 216,9 | 1 370,3 |
| Caisses d'épargne | | 718,2 | 718,2 | 718,2 | 432,5 | | | |
| Versement CDC | | 457,3 | | | | | | |
| UMTS | | | 1 238,5 | 619,2 | | | | |
| Recettes des privatisation (ouverture du capital ASF, Crédit Lyonnais...) | | | | 1 600,0 | | | | |
| Contribution de 8,2 % (PPESV) et consignations prescrites caisse des dépôts | | | | 0,1 | 0,2 | 0,5 | | |
| Réserves de la Caisse de protection sociale de Mayotte | | | | | 81,8 | | | |
| Produits financiers | 1,5 | 33,1 | 163,3 | 237,0 | 319,3 | 375,6 | 500,0 | 500,0 |
| Produits de trésorerie courante | 1,5 | 33,1 | 163,3 | 237,0 | 319,3 | 306,7 | | |
| Produits sur cessions de titres | | | | | | 68,4 | | |
| Soulte IEG | | | | | | | 3 060,0 | |
| Produits sur cessions de titres IEG | | | | | | | | |
| Produits exceptionnels | | | | | | 0,5 | | |
| CHARGES | 0,2 | 3,4 | 21,9 | 3,6 | 13,7 | 33,4 | 59,0 | 59,0 |
| Frais de gestion administrative | | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 13,7 | 17,7 | | |
| Fiscalité | 0,2 | 3,4 | 15,7 | 0,0 | 0,0 | | | |
| Charges sur cessions de titres | | | 6,2 | 3,6 | | 15,7 | | |
| Comptes de résultat | 1,4 | 29,7 | 141,4 | 233,4 | 305,6 | 342,2 | 441,0 | 441,0 |
| Solde annuel hors soulte | 306,3 | 2 862,7 | 3 840,1 | 5 804,6 | 3 632,0 | 2 500,2 | 1 912,9 | 1 811,4 |
| Solde cumulé hors soulte | 306,3 | 3 168,9 | 7 009,0 | 12 813,6 | 16 445,5 | 18 945,8 | 20 858,6 | 22 415,1 |
| Performance de placement | | | | | | Depuis le 28 juin 2004 | Sur le premier semestre 2005 | |
| Performance de l'actif (y compris trésorerie) | | | | | | 7,46% | 4,35% | |
| Performance des mandats investis | | | | | | 16,76% | 7,63% | |

Les performances (écarts d'estimation) sont calculées au 31 décembre 2004 et au 30 juin 2005.

Source : Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006

Du fait de la disparition de l'excédent de la CNAVTS, la hausse des réserves résulterait uniquement 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.

2. Des projections qui, en l'absence de recettes nouvelles, restent modestes

Le FRR était censé accumuler 152 milliards d'euros à l'horizon 2020, ce qui permettrait de couvrir un cinquième des besoins des régimes actuellement éligibles au FRR entre 2020 et 2040.

Lors de sa séance plénière du 26 octobre 2005, le Conseil d'orientation des retraites a effectué les simulations suivantes, **sans affectation de recettes nouvelles** et sur la base d'un **rendement des actifs de 4 % par an en termes réels** :

- en retenant un scénario de **taux de chômage à 4,5 %** à partir de 2015, le solde du FRR s'établirait à **133 milliards d'euros** en 2020, ce qui correspondrait à un abondement annuel moyen de 4,4 milliards d'euros ;

- en retenant un scénario de **taux de chômage à 7 %** à partir de 2015, le solde du FRR s'établirait à **92 milliards d'euros** en 2020, ce qui correspondrait à un abondement annuel moyen de 2,8 milliards d'euros ;

- en retenant un scénario de **taux de chômage à 9 %** à partir de 2015, le solde du FRR s'établirait à **67 milliards d'euros** en 2020, ce qui correspondrait à un abondement annuel moyen de 1,9 milliards d'euros ;

Il faut souligner qu'il faudrait enregistrer un abondement annuel moyen de 5 milliards d'euros pour aboutir à un montant de réserves de 161 milliards d'euros 2003 à l'horizon 2020.

Ces différentes données invitent à poser clairement la question du rôle que l'on entend faire jouer au FRR à l'avenir.

Compte tenu de ces données d'une part, de la situation budgétaire difficile du FSV et du fait que les excédents éventuels de celui-ci sont affectés au FRR d'autre part, **voire rapporteur pour avis propose, à titre exceptionnel en 2006, d'affecter au FSV le produit de la fraction de 65 % de prélèvement social de 2 % normalement affectée au FRR.**

Les modalités de gestion des avoirs du FRR

Mise en place du fonds et définition de sa politique de placement : 2002-2003

Entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2002, la gestion du fonds de réserve a été assurée par le FSV (section comptable spécifique), pour le compte du fonds, conformément au dispositif transitoire prévu par la loi. Dans ce cadre, le FSV a été autorisé à placer les recettes du FRR sur un compte rémunéré de dépôt au Trésor (lettre du Ministre de l'économie et des finances du 4 janvier 2002). Ce compte a 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.

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 nécessitait 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 (lettre du Ministre de l'économie, des finances et de l'industrie du 28 juin 2002). La rémunération de ce compte a varié entre 2,75 % et 3,33 % au cours de l'année 2002 et a été de 2,2 % au cours de l'année 2003. Les réserves du fonds ont été progressivement transférées sur des comptes à terme (3 ou 6 mois) ouverts auprès de la Caisse des dépôts et consignation (7,6 milliards d'euros à compter du 1^{er} juillet 2003 et 5,5 milliards d'euros à compter du 2 novembre 2003). La rémunération de ces comptes a été de 2,05 % en 2004.

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 rendra régulièrement compte au conseil de surveillance.

Lors de sa réunion du 2 avril 2003, le conseil de surveillance a arrêté les grandes orientations de placement suivantes : les investissements du fonds seront répartis entre les principales classes d'actifs à hauteur de 55 % en actions et 45 % en obligations, dont 38 % pour les actions et les obligations de la zone Euro.

Activation des mandats de gestion : 2003-2005

Le directoire a lancé, en juillet 2003, une procédure d'appel d'offres, pour préparer la délégation de gestion de ses actifs, pour un montant de 16 milliards d'euros. La procédure d'appel d'offres a abouti à la sélection de 38 mandats de gestion. Le FRR a également sélectionné en 2004 un courtier de transition et un gestionnaire transversal (appelé « overlay »).

Les placements sont progressivement activés depuis le milieu de l'année 2004, en fonction de l'évolution des marchés. Ainsi, au 31 décembre 2004, la répartition des actifs du FRR était la suivante : 25,6 % d'actions, 7,8 % d'obligations et 66,6% en trésorerie (comptes à terme précité). Les placements activés (actions et obligations) s'élevaient à 6,12 milliards d'euros. Ils ont permis de dégager un résultat financier de 52,7 millions d'euros et une plus-value latente de 310 millions d'euros (qui correspond à la plus-value potentielle que le FRR aurait réalisée, si le portefeuille de titres avait été vendu le 31 décembre 2004).

Au 30 juin 2005, le FRR avait placé 14,06 milliards d'euros auprès des gestionnaires.

Le fonds poursuit actuellement l'activation de ses mandats et a lancé de nouveaux appels d'offres pour deux types de mandats de gestion : les premiers caractérisés par des critères socialement responsables et les seconds relatifs aux marchés non cotés.

Source : réponse au questionnaire de votre rapporteur pour avis

C. LES MESURES DU PRÉSENT PROJET DE LOI RELATIVES À L'ASSURANCE VIEILLESSE

1. L'intégration juridique du régime d'assurance vieillesse des ministres des cultes au sein du régime général

L'article 45 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit de faire basculer le régime d'assurance vieillesse des ministres cultes et des membres des congrégations religieuses (CAVIMAC) d'un statut spécifique vers le régime des personnes rattachées au régime général.

Cette intégration juridique conserve toutefois une règle particulière, liée à l'absence de versement de salaire pour de nombreux assurés : dans ce cas, le SMIC est retenu comme assiette forfaitaire pour l'appel des cotisations et la liquidation des droits.

En outre, la CAVIMAC serait maintenue et les assurés de cette caisse auraient la possibilité de s'affilier à une institution de retraite complémentaire.

D'après l'annexe 9 au présent projet de loi de financement, cette intégration du régime des cultes représenterait un gain de 23 millions d'euros pour le régime général et de 10 millions d'euros pour l'ensemble des régimes.

2. La limitation aux personnes résidant sur le territoire national du bénéfice du minimum vieillesse

L'article 46 du présent projet de loi de financement propose de limiter le bénéfice du minimum vieillesse aux personnes résidant sur le territoire national.

Ceci paraît cohérent avec les règles générales applicables aux minima sociaux, qui sont conçus en fonction des besoins observés sur le territoire national.

Or un certain nombre de personnes de nationalité étrangère pouvaient, jusqu'à présent, prétendre à des allocations vieillesse, sans résider sur le territoire français. **Le gouvernement a estimé qu'en 2006, environ 50 millions d'euros auraient été versés à l'étranger au titre du dispositif existant, cette somme devant augmenter d'environ 50 millions d'euros chaque année. Cette mesure devrait donc permettre au FSV de réaliser une économie correspondante.**

3. La réforme des régimes d'avantage social vieillesse des professions de santé

L'article 47 du présent projet de loi de financement réforme la gouvernance des régimes d'avantage social vieillesse des professions de santé, confrontés à une évolution délicate.

L'avantage social vieillesse des professions de santé

Les caisses chargées de gérer les régimes de retraite des professions de santé versent les avantages vieillesse supplémentaires accordés à leurs adhérents s'ils sont conventionnés avec les organismes d'assurance maladie (article L. 645-1 du Code de la Sécurité sociale).

Ces cinq régimes (médecins, chirurgiens-dentistes, auxiliaires médicaux, directeurs de laboratoire et sages-femmes) sont régis par la loi n° 70-1325 du 31 décembre 1970. Ils s'appliquent dans le cadre des conventions conclues en application des articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14 du code de la Sécurité sociale ou, à défaut de convention, dans le respect des règles mentionnées à l'article L. 162-5-9 du même code. Ils fonctionnent aujourd'hui suivant un système par points, dans lequel les droits acquis sont forfaitaires et exprimés soit en fonction de la valeur de la lettre-clé représentative de la profession concernée (directeurs de laboratoire, sages-femmes, auxiliaires médicaux), soit en fonction d'un montant révisé annuellement (médecins, chirurgiens dentistes).

Les cotisations sont exprimées en fonction de la valeur de la lettre-clé représentative de la profession. Elles sont financées, sauf pour les médecins du secteur 2, à raison des deux tiers par les régimes d'assurance-maladie.

La loi du 13 juillet 1982 a instauré entre ces régimes, financièrement autonomes, une compensation basée sur des critères démographiques. Celle-ci est en pratique entièrement versée au régime des sages-femmes dont la situation démographique est la plus dégradée.

Le montant des cotisations appelées et celui des droits qu'elles engendrent sont très variables d'un régime à l'autre. Ces régimes sont donc dans des situations contrastées, tant du point de vue démographique que du point de vue financier.

L'évolution démographique et financière de l'ensemble de ces cinq régimes dépend, pour l'essentiel, de celle du régime des médecins dont le rapport démographique devrait diminuer fortement.

Le résultat de ces régimes supplémentaires est ainsi en décroissance : 82,3 millions d'euros en 2003, 70,1 millions d'euros en 2004, 42,3 millions d'euros en 2005 et 18,3 millions d'euros en 2006.

Source : commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2005

Il est prévu que la réforme financière de ces régimes interviendra ultérieurement, après négociation avec les sections concernées et les partenaires sociaux.

On signalera toutefois que cet article permet, d'une part d'appeler une cotisation d'ajustement afin de permettre l'équilibre comptable des régimes, d'autre part de modifier, par décret, la valeur de service du point retraite.

III. LA BRANCHE ACCIDENT DU TRAVAIL - MALADIES PROFESSIONNELLES

A. L'OBJECTIF DE DÉPENSES DE LA BRANCHE ET LE MONTANT CONTESTABLE DE LA COMPENSATION VERSÉE À L'ASSURANCE MALADIE

1. L'objectif de dépenses pour 2006

L'article 51 du présent projet de loi fixe à :

- **11,1 milliards d'euros** l'objectif de la branche AT-MP pour **l'ensemble des régimes obligatoires de base**, soit une augmentation de **3,7 %** par rapport à l'objectif révisé pour 2005 ;

- **9,9 milliards d'euros** l'objectif de dépenses de cette branche pour **le seul régime général**, soit une augmentation de **4,2 %** par rapport à l'objectif révisé pour 2005.

S'agissant de la branche AT-MP du régime général, l'ensemble des charges progresserait de **3,9 %**, contre 5,6 % en 2005. Les prestations devraient ainsi augmenter de 2 %.

La croissance des **prestations d'incapacité** temporaire (+ **2,4 %**) serait proche de celle prévue pour 2005 (+ 2,6 %). Les **rentes d'incapacité permanente** connaîtraient une augmentation de 1,8 %, ce qui correspond à une hypothèse de **stabilité en volume**, compte tenu de la revalorisation attendue des rentes en 2006.

On observe une **évolution divergente du nombre des accidents du travail et des maladies professionnelles**. Alors que, de manière générale, le **nombre d'accidents du travail diminue** (721.227 accidents du travail avec arrêt en 2003, soit - 5,1 % par rapport à 2002), **le nombre de maladies professionnelles reconnues augmente de manière régulière** (34.462 en 2003, dont 15.173 ont entraîné une incapacité permanente et 485 le décès de la personne - contre 31.461 en 2002). Cet accroissement du nombre des maladies professionnelles tient essentiellement à la **meilleure reconnaissance des droits des salariés**.

Les dotations aux fonds amiante (cf. infra) conduiraient quant à elles à un accroissement de 12 % des charges de transferts techniques vers les autres régimes et les fonds.

2. La compensation versée à la branche maladie : un montant contestable

L'article 50 du présent projet de loi propose de maintenir le versement à la branche maladie à **330 millions d'euros**, soit le même montant qu'en 2003, 2004 et 2005.

Ce versement de la branche AT-MP à la branche maladie du régime général a pour but de **compenser les conséquences financières de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles**, phénomène qui a été exposé par de nombreux rapports.

Une commission spécialisée est chargée d'évaluer, tous les trois ans, le coût de cette sous-déclaration. **Si rien ne justifiait ainsi de faire varier le montant de cette compensation les trois années passées, la dernière évaluation datant de 2003, tel n'est pas le cas aujourd'hui.**

En effet, un nouveau rapport évaluant le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles a été remis au Parlement et au gouvernement en juin 2005.

Il aboutit à *« la conclusion que la dépense en cause atteint probablement, a minima, une fourchette située entre 355 et 750 millions d'euros (hors IJ en ce qui concerne les maladies) »*.

Dans la mesure où le gouvernement suivait auparavant l'estimation minimale effectuée par cette commission, rien ne justifie qu'il n'en aille pas de même cette année, et ce d'autant plus que ni l'exposé des motifs de cet article, ni les réponses apportées au questionnaire de votre rapporteur pour avis, ne fournissent d'explication convaincante. **Votre rapporteur pour avis souhaite donc que le gouvernement justifie précisément ce choix.**

B. LE DRAME DE L'AMIANTE : UN ENJEU BUDGÉTAIRE MAJEUR

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 à ces fonds pèsent de plus en plus sur les comptes de la branche. La CNAM AT-MP contribuerait ainsi pour près de 4,3 milliards d'euros au financement des fonds sur la période 2002-2006.

Le tableau suivant retrace les dotations versées par la CNAM AT-MP aux fonds liés à l'amiante, qui **augmentent de 215 millions d'euros en 2006 par rapport aux dotations versées en 2005.**

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 | 2006 |
|--------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| au FCAATA | 300 | 450 | 500 | 600 | 700 |
| au FIVA | 180 | 190 | 100 | 200 | 315 |
| Total annuel | 480 | 640 | 600 | 800 | 1 015 |
| Total cumulé | 1 227 | 1 867 | 2 467 | 3 267 | 4 282 |

On soulignera qu'outre ces dotations qui continuent de croître et une fraction de 0,31 % des droits sur le tabac, l'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 a attribué au FCAATA une nouvelle contribution à la charge des entreprises dont les salariés ou anciens salariés bénéficient de l'allocation de cessation anticipée d'activité, qui devrait lui rapporter 131 millions d'euros.

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 milliard 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.

2. La situation du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA)

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.

Si la montée en charge du dispositif se poursuit, le nombre de sorties du dispositif est de plus en plus important, ce qui explique un **léger fléchissement de l'augmentation du nombre des allocations versées**, ainsi que le montre le tableau suivant :

Evolution de la situation du FCAATA

(en millions d'euros)

| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|-------------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Charges | 325 | 516 | 650 | 767 |
| <i>Nombre d'allocations versées</i> | <i>16 681</i> | <i>22 516</i> | <i>27 409</i> | <i>29 999</i> |
| Produits | 335 | 483 | 528 | 760 |
| <i>Dont contribution AT-MP</i> | <i>300</i> | <i>450</i> | <i>500</i> | <i>600</i> |
| <i>Dont droits tabacs</i> | <i>34</i> | <i>32</i> | <i>28</i> | <i>29</i> |
| <i>Dont produits financiers CDC</i> | <i>1</i> | <i>0</i> | <i>0</i> | <i>0</i> |
| <i>Dont contribution employeurs</i> | <i>*</i> | <i>*</i> | <i>*</i> | <i>131</i> |
| Résultat net | 10 | -33 | -122 | -7 |
| Réserve cumulée | 161 | 128 | 6 | -1 |

Source: réponse au questionnaire de votre rapporteur pour avis

3. La situation du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (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.

Le tableau suivant retrace l'évolution du FIVA depuis sa création :

Evolution de la situation du FIVA

(en millions d'euros)

| | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | Total |
|----------------------------------|-------|-------|-------|---------|---------|---------|----------------|
| Contribution de la branche AT-MP | 438,3 | 180 | 190 | 100 | 200 | 315 | 1 423,3 |
| Contribution de l'Etat | * | 38 | 40 | 52 | 0 | 50 | 180 |
| Dotations | 438,3 | 218 | 230 | 152 | 200 | 365 | 1 603,3 |
| Dotations cumulées | 138,3 | 656,3 | 886,3 | 1 038,3 | 1 238,3 | 1 603,3 | |
| Dépenses | 0 | 14,1 | 176,7 | 462 | 445 | 505 | 1 602,8 |

Source: réponse au questionnaire de votre rapporteur pour avis

4. Les conclusions de la mission commune d'information du Sénat sur l'amiante

La mission commune d'information sur l'amiante constituée par le Sénat a récemment rendu ses conclusions¹ dont votre rapporteur pour avis tient à souligner la qualité et la pertinence. Elle relève que l'amiante a été à l'origine de plus de 35.000 décès, depuis le milieu des années 60 jusqu'à son interdiction en 1997. Compte tenu des très longs délais de latence des pathologies malignes, et notamment du cancer de la plèvre (mésothéliome), **60.000 à 100.000 décès sont attendus dans les 20 à 25 ans à venir.**

La mission note que la France n'est pas le seul pays touché par cette catastrophe sanitaire, mais souligne que les carences du système de santé au travail et de prévention des risques professionnels, l'absence à l'époque de tout système de veille et d'alerte ainsi que l'existence d'un lobby industriel de l'amiante ont contribué à une prise de conscience tardive de ce drame.

Elle observe que la responsabilité civile des employeurs pour faute inexcusable est désormais systématiquement reconnue par les tribunaux et que la responsabilité de l'Etat a été affirmée en 2004 par le Conseil d'Etat pour

¹ « Le drame de l'amiante en France : comprendre, mieux réparer, en tirer des leçons pour l'avenir », rapport d'information n° 37 (2005-2006) de nos collègues Gérard Dériot et Jean-Pierre Godefroy.

défaut de réglementation spécifique avant 1977, et pour le caractère tardif et insuffisant de la réglementation après cette date.

Quant à la responsabilité pénale des employeurs, de nombreuses procédures sont actuellement pendantes devant les tribunaux et pourraient aboutir à des condamnations, sous réserve d'un feu vert de la Cour de cassation.

La mission d'information relève le problème de financement posé par l'indemnisation des victimes de l'amiante et a constaté que le risque ne relevait pas seulement du passé, du fait de l'amiante résiduel et environnemental auquel sont plus particulièrement exposées certaines populations (professions de « second œuvre » dans le bâtiment, personnels de maintenance et d'entretien, ouvriers des chantiers de désamiantage...). Elle a ainsi estimé nécessaire de prévenir de nouvelles contaminations en renforçant les dispositifs de précaution, de s'assurer de l'innocuité des produits de substitution, comme les fibres céramiques réfractaires, et de réglementer la mise sur le marché des produits chimiques.

Au total, la mission a constaté que la gestion du problème de l'amiante en France a été défailante, et que cette défailance met en cause la responsabilité de l'Etat, justifiant par là la mise en place de dispositifs de réparation, dont les défauts et dérives doivent être corrigés. Elle considère cependant que l'affirmation de la responsabilité de l'Etat, si elle est naturellement essentielle pour faire la lumière sur ce drame qui s'est déroulé sur plusieurs décennies, ne saurait être suffisante et constituer l'explication générale d'une responsabilité collective, tellement large qu'elle éluderait la question de l'enchaînement des responsabilités des différents acteurs.

C. LES RÉFLEXIONS EN COURS 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 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. Michel 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. Michel Yahiel, puis par M. Michel 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. Michel 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 supérieur 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 aux partenaires sociaux à deux reprises, en janvier et avril 2005, son souhait de les voir engager cette concertation. **Un groupe de travail a également été constitué afin de leur apporter l'expertise technique dont ils pourraient avoir besoin** dans le cadre de leurs négociations, qui n'ont pas abouti à un accord pour le moment.

Le gouvernement lui ayant fait savoir que les travaux des partenaires sociaux devraient se conclure rapidement, votre rapporteur pour avis **estime qu'il convient d'attendre leurs propositions**, afin de disposer de la base de réflexion la plus large possible pour amorcer une évolution de la branche AT-MP.

IV. LA BRANCHE FAMILLE

Objectifs de dépenses de la branche famille pour 2006

L'article 56 du présent projet de loi de financement fixe, pour l'année 2006, les objectifs de dépenses de la branche famille à :

- 53,3 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale ;

- 52,8 milliards d'euros pour le régime général de la sécurité sociale.

Ces objectifs sont **en augmentation de l'ordre de 4 %** par rapport aux objectifs de dépenses révisés pour 2005, figurant à l'article 7 du présent projet de loi de financement.

A. LES MESURES RELATIVES AUX PRESTATIONS FAMILIALES

1. L'aménagement du complément de libre choix d'activité (CLCA)

L'article 52 du présent projet de loi de financement propose d'aménager les conditions d'accès au complément de libre choix d'activité.

Le complément de libre choix d'activité (CLCA) de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) a été institué par la loi de financement de sécurité sociale pour 2004 et remplace l'allocation parentale d'éducation (APE). Il est attribué au parent qui choisit de ne plus exercer d'activité professionnelle ou de l'exercer à temps partiel pour s'occuper d'un enfant jusqu'à son troisième anniversaire.

Actuellement les parents souhaitant réduire ou cesser leur activité professionnelle pour s'occuper de leurs enfants peuvent bénéficier du CLCA sous différentes modalités :

- une prestation à taux plein s'ils cessent leur activité professionnelle ;
- une prestation à taux partiel si les intéressés poursuivent une activité à temps partiel

La prestation est soumise à des conditions d'activité professionnelle antérieure qui varient selon le nombre d'enfants à charge. La durée de versement varie également selon le nombre d'enfants à charge.

En outre, il n'existe pas de lien juridique entre le congé parental d'éducation, qui relève du code du travail, et le bénéfice du complément de libre choix d'activité. Un parent peut très bien bénéficier de cette prestation alors même qu'il n'est pas en situation de congé parental, ce qui pose d'ailleurs le problème de sa future réinsertion professionnelle. **Le constat s'est donc imposé que l'APE ou le CLCA avait un impact défavorable en matière d'insertion professionnelle surtout lorsque le bénéfice de la prestation durait trois années.**

Un premier aménagement du dispositif est intervenu lors de la mise en œuvre de la PAJE pour limiter ses effets pervers en terme d'insertion professionnelle de façon à :

- ouvrir le bénéfice du complément d'activité (ex APE) dès le premier enfant (mais pour une durée de six mois à compter de la fin du congé de maternité ou de paternité) ;

- relever le complément d'activité destiné aux parents maintenant une activité à taux partiel pour inciter les parents à choisir une réduction de leur activité plutôt qu'une cessation totale avec l'idée que leur carrière professionnelle serait ainsi moins pénalisée ;

- durcir les conditions d'accès au complément d'activité pour les familles de deux enfants et plus.

L'article 52 du présent projet de loi de financement propose un nouvel aménagement du CLCA en créant un « complément optionnel de libre choix d'activité » (COLCA). Ainsi que l'a indiqué M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, lors de l'examen de cet article à l'Assemblée nationale, il s'agit d'améliorer la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle en créant un « *congé parental raccourci mais mieux rémunéré* » qui « *permettra au parent qui le souhaite, le père ou la mère, de raccourcir la durée de son congé pour retrouver plus vite son activité* ».

Ainsi, le COLCA est défini comme une modalité dérogatoire du complément de libre choix d'activité versé à taux plein qui se caractérise par une majoration de l'indemnisation et une durée plus courte que le régime de droit commun. Il en résultera donc que complément optionnel sera réservé aux personnes bénéficiaires du CLCA à taux plein (ou susceptibles de l'être) : les personnes qui travaillent à temps partiel après la naissance de leur enfant ne seront donc pas éligibles à ce dispositif.

D'après les informations fournies par le gouvernement, le COLCA sera réservé aux personnes qui assument la charge d'au moins trois enfants et l'activité professionnelle antérieure minimale exigée sera identique à celle nécessaire pour bénéficier du complément avec trois enfants à charge (deux ans dans les cinq ans).

En outre, il est précisé que le parent qui optera pour ce « congé parental » de courte durée ne pourra pas ultérieurement demander à changer de régime juridique pour bénéficier d'une indemnisation jusqu'aux trois ans de l'enfant.

Lors de l'examen de cet article à l'Assemblée nationale, M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, a précisé que les parents devraient être informés le plus tôt possible sur leur droit d'option entre le congé d'un an à 750 euros et le congé de trois ans à 513 euros. Il a ajouté, « *elles doivent aussi savoir qu'une fois exercé, ce droit est définitif. Il n'est évidemment pas possible de basculer*

d'un congé court vers un congé long. Sinon la disposition instaurant le congé court destiné à favoriser le retour rapide à l'activité professionnelle dans des conditions qui permettent la poursuite de cette activité serait vidée de son sens ».

En outre, à l'initiative du gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté un amendement visant à ouvrir la possibilité de partager le COLCA entre le père et la mère, qui pourraient ainsi chacun « *enchaîner un certain nombre de mois de congé dans la limite d'un an afin qu'un des deux parents soit toujours au chevet de l'enfant pendant sa première année de vie* ».

Ce nouveau COLCA sera ouvert dès le mois de la naissance ou de l'arrivée au foyer de l'enfant alors que l'article L. 552-1 de la sécurité sociale prévoit que, pour la plupart des prestations familiales, ce droit ne prend effet qu'à partir du mois suivant de la date d'ouverture du droit.

Comme pour le régime de droit commun du CLCA, le COLCA ne sera pas cumulable avec l'indemnisation du congé de maternité, de paternité ou d'adoption mais aussi avec l'indemnisation des congés de maladie ou d'accident du travail. Pour éviter une rupture d'indemnisation il est cependant possible de cumuler ces prestations durant le mois où elles prennent fin.

Enfin, il est précisé que le COLCA prendra effet le 1^{er} juillet 2006 pour les enfants nés ou adoptés à compter de cette date ou pour les enfants dont la date de naissance présumée était postérieure au 30 juin 2006.

S'agissant du coût du dispositif ainsi proposé, le gouvernement a indiqué qu'il serait de 35 millions d'euros en 2006 et de 140 millions d'euros en année pleine, sur la base d'une indemnisation forfaitaire de 750 euros (contre 513 euros pour le CLCA) versée aux seuls parents de trois enfants.

Coût des prestations familiales relatives à la petite enfance

(en millions d'euros)

| | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | En % (par an) |
|--|--------------|--------------|--------------|---------------|---------------|------------------|
| Prime de naissance ou d'adoption | - | 586 | 591 | 602 | 609 | - |
| Allocation de base | - | 754 | 2.185 | 3.476 | 4.166 | |
| APJE et allocation d'adoption | 2.863 | 1.786 | 1.016 | 323 | - | - |
| Complément de libre choix d'activité | | 290 | 1.249 | 2.063 | 2.387 | |
| APE | 3.034 | 2.712 | 1.555 | 453 | - | - |
| Total (1) | 5.896 | 6.129 | 6.595 | 6.917 | 7.161 | 5,0 % |
| Complément de garde (ass. mat.) | - | 170 | 1.040 | 1.909 | 3.403 | - |
| AFEAMA | 2.168 | 2.225 | 1.670 | 1.105 | - | - |
| <i>Total aides à la garde ass. mat. (2)</i> | <i>2.168</i> | <i>2.395</i> | <i>2.711</i> | <i>3.014</i> | <i>3.403</i> | 11,9 % |
| Complément de garde à domicile | - | 9 | 60 | 111 | 250 | - |
| AGED | 113 | 115 | 95 | 73 | - | - |
| <i>Total aides à la garde à domicile (3)</i> | <i>113</i> | <i>125</i> | <i>155</i> | <i>184</i> | <i>250</i> | 21,9 % |
| Total (4) = (2) + (3) | 2.281 | 2.519 | 2.866 | 3.197 | 3.653 | 12,5 % |
| Total (5) = (1) + (4) | 8.178 | 8.648 | 9.461 | 10.115 | 10.814 | 7,2 % |

Lecture : ass. mat. = assistantes maternelles.

Source : direction de la sécurité sociale

2. L'allocation journalière de présence parentale

L'article 53 du présent projet de loi de financement vise à adapter une prestation familiale existante dénommée « allocation de présence parentale », ou APP, afin qu'elle puisse mieux répondre aux besoins des parents qui font le choix d'interrompre ou de réduire leur activité professionnelle pour rester auprès de leur enfant atteint d'une maladie ou d'un handicap grave. L'APP est associée à un congé de présence parentale qui peut durer jusqu'à douze mois.

Malgré les améliorations apportées au dispositif de congé et d'allocation de présence parentale en 2002, cette prestation a bénéficié à un nombre très restreint de parents alors que les estimations du nombre de bénéficiaires potentiels étaient beaucoup plus élevées. En effet, au

31 décembre 2004 cette allocation était versée à 3.600 personnes au lieu des 13.000 attendues lors de sa création en 2001.

Actuellement, le congé et l'allocation de présence parentale permettent aux parents de cesser temporairement leur activité professionnelle lorsque leur enfant de moins de vingt ans est gravement malade ou accidenté. Ce congé ne peut se prendre que par périodes minimales de quatre mois, trois fois au plus. Ainsi, cette durée minimale ne peut être modulée selon l'évolution de l'état de santé de l'enfant. De plus, la période d'interruption de l'activité doit être de douze mois maximum avec une possibilité de renouveler trois fois le congé initial mais par « tranches » obligatoire de quatre mois.

Le dispositif introduit par l'article 53 du présent projet de loi de financement permet au parent confronté à la maladie grave de son enfant de bénéficier d'une plus grande souplesse dans les modalités de la prise de son congé : il pourra prétendre à un congé sous forme de journées d'absence qui devraient s'élever à 310 jours ouvrés sur une période maximale de trois ans. Ce nouveau décompte du droit a conduit à changer la dénomination de la prestation pour l'appeler désormais « allocation journalière de présence parentale » (AJPP).

Ainsi, les périodes de quatre mois, aujourd'hui en vigueur, seraient remplacées par un « compte crédit » de 310 jours ouvrés, à prendre sur une période maximale de trois ans. Au sein de la période, déterminée par le médecin, les parents pourront donc s'absenter en fonction des besoins de l'enfant. Chaque jour d'absence de l'un ou l'autre des parents sera décompté ainsi du compte crédit, ce qui permettra aux parents de pouvoir mieux gérer l'évolution des protocoles thérapeutiques de leur enfant, qui s'étalent sur plusieurs années, sans toutefois requérir la présence constante d'un parent.

L'ouverture de ce droit est donc conditionnée par l'existence d'une durée minimale d'hospitalisation ou par la nécessité de soins particulièrement contraignants qui rendent indispensables la présence d'un parent. Cette notion de « durée minimale de soins » sera définie par décret et elle pourra être adaptée selon les pathologies ou les formes de handicap.

En outre, selon une périodicité qui devrait être de six mois, le droit à l'allocation journalière de présence parentale fera l'objet d'un réexamen qui pourra se traduire par une prolongation ou non de ce droit.

A l'initiative du gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté un amendement visant à préciser que le droit à l'allocation journalière de présence parentale peut être ouvert de nouveau en cas de rechute ou de récurrence de la pathologie de l'enfant.

D'après les informations fournies par le gouvernement, cette nouvelle prestation journalière représentera un montant équivalent à la prestation actuelle, à savoir un montant de 38,44 euros par jour, majorée en cas d'isolement du parent, soit 45,65 euros par jour, ces montants étant équivalents à ceux versés dans le cadre de l'allocation actuelle à taux plein

(841,42 euros par mois pour une personne vivant en couple et 999,19 euros pour un parent isolé).

Enfin, il est précisé qu'un complément mensuel à l'allocation journalière de présence parentale de 100 euros par mois sera institué afin de couvrir une partie des frais liés à l'éloignement du lieu de traitement de l'enfant.

A l'initiative du gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté un amendement tendant, d'une part, à assimiler les périodes de présence parentale à des périodes de travail salarié pour l'ouverture du droit aux prestations maternité, maladie, invalidité et décès, d'autre part, à préciser qu'en cas d'enchaînement immédiat d'un congé parental d'éducation et d'un congé de présence parentale, ou inversement, le parent bénéficiera du droit aux prestations journalières acquis au début du congé lorsqu'il reprendra son activité.

Les modalités pratiques de mise en œuvre de cette nouvelle allocation journalières sont de nature réglementaire comme par exemple le montant de l'allocation journalière ou les modalités d'appréciation de la gravité de la pathologie de l'enfant nécessitant la présence constante d'un parent.

Lors de l'examen de cet article, l'Assemblée nationale a adopté un amendement, à l'initiative du gouvernement, visant à avancer l'entrée en vigueur de ce nouveau dispositif du 1^{er} juillet 2006 au 1^{er} mai 2006.

En outre, les personnes qui bénéficient de l'allocation de présence parentale en vertu de la réglementation actuelle continueront à la percevoir. Ils ne pourront donc pas opter pour le nouveau régime de décompte du congé en jours s'ils ont commencé à être indemnisés au titre du congé de présence parentale même si la maladie de leur enfant exige une présence parentale au-delà du 1^{er} mai 2006.

D'après les informations fournies à votre rapporteur pour avis, le coût la réforme de l'octroi de l'APP devrait être de 21 millions d'euros en 2006 et de 78 millions d'euros au terme de la montée en charge en 2008.

3. Le maintien des anciennes prestations de petite enfance jusqu'en décembre 2009

La prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) a été instaurée par l'article 60 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004¹. Les dispositions d'entrée en vigueur de cette prestation issues de la loi précitée prévoyaient que seuls les enfants nés ou adoptés à compter du 1^{er} janvier 2004 bénéficiaient de la PAJE mais que les enfants nés entre le 1^{er} janvier 2001 et le 1^{er} janvier 2004 pourraient se trouver, en tout état de cause, régis, à compter du 1^{er} janvier 2007 par le système de la PAJE.

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

L'article 54 du présent projet de loi de financement vise à revenir sur cette exception et à prévoir que tous les enfants nés avant le 1^{er} janvier 2004 continuent à se voir appliquer le régime antérieur à la création de la PAJE. Dès lors, deux systèmes de prestations de petite enfance devraient coexister jusqu'en 2009 : pour les enfants nés après le 1^{er} janvier 2004 les différentes composantes de la PAJE continueront à leur être offertes mais pour les enfants qui ont aujourd'hui entre trois et six ans ce seront les prestations antérieures qui continueront à s'appliquer jusqu'en 2009, date à laquelle ces enfants ayant dépassé l'âge de six ans n'ouvriront plus droit aux prestations dites de « petite enfance ».

Le remplacement par la PAJE de cinq prestations

Lors de sa création, la PAJE avait vocation à remplacer les cinq prestations suivantes :

- l'APJE (prestation versée à la naissance et qui peut être prolongée jusqu'aux trois ans de l'enfant sous conditions de ressources) ;
- l'allocation d'adoption ;
- l'allocation parentale d'éducation pour indemniser les périodes de cessation totale ou partielle d'activité pour s'occuper d'un enfant de moins de trois ans ;
- l'allocation de garde à domicile (AGED) ;
- l'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée (AFEAMA).

D'après un bilan de la montée en charge de la PAJE réalisé par la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF), la couverture des familles bénéficiaires de l'allocation de base est en progression de 15 % par rapport à l'allocation pour jeune enfant, qu'elle a remplacée, et le nombre de bénéficiaires du complément de libre choix du mode de garde a augmenté de 12,5 % sur un an.

Le complément de libre choix d'activité compte 37.000 bénéficiaires au titre d'un enfant de rang un, 150.000 bénéficiaires au titre d'un enfant de rang deux et 89.000 bénéficiaires au titre d'un enfant de rang trois et plus, soit 276.000 bénéficiaires au total, pour un coût de 1,2 milliard d'euros en 2005.

Par ailleurs, on dénombre environ 203.000 bénéficiaires du complément de libre choix du mode de garde de la PAJE, dont 189.000 au titre de la garde par un assistant maternel agréé, pour un coût total de 1,050 milliard d'euros.

La décision de maintenir les anciennes prestations de la petite enfance résulte de la montée en puissance du dispositif de la PAJE et de la sous-évaluation du nombre potentiel d'allocataires.

D'après les estimations fournies par la CNAF, l'économie engendrée par ce maintien devrait être de l'ordre de 180 à 190 millions d'euros en 2007 et en 2008, et de 70 millions d'euros en 2009, soit un total de l'ordre de 430 à 450 millions d'euros d'économies. Cette mesure serait sans effet sur les charges de la branche famille pour 2006.

Lors de l'examen de cet article à l'Assemblée nationale, M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, a précisé que le dispositif proposé consistait dans un « *échelonnement de l'entrée en vigueur non pas de la prestation d'accueil du jeune enfant elle-même, mais d'un sous-dispositif de cette prestation d'accueil du jeune enfant qui porte sur l'aide à la garde des enfants de trois à six ans* ». Il a, en outre, souligné qu'il s'agissait d'enfants déjà scolarisés « *pour lesquels les besoins de garde sont naturellement beaucoup moins importants que pour les tout petits enfants* ».

Il a également rappelé la transformation, par la loi de finances pour 2005¹, de la réduction d'impôt pour frais de garde de jeunes enfants en crédit d'impôt permettant à toutes les familles, même les plus modestes, de bénéficier de ce dispositif, ainsi que le doublement, prévu par le projet de loi de finances pour 2006, de ce crédit d'impôt.

La montée en charge de la PAJE

Le montant des prestations familiales accordées à la petite enfance (prestation d'accueil du jeune enfant et allocations qu'elle remplace) devrait passer de 8,2 milliards d'euros à 10,8 milliards d'euros entre 2003 et 2007, soit une progression annuelle moyenne de 7,2 %.

Parmi celles-ci, les aides à la garde (complément de garde de la PAJE, aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée – AFEAMA – et allocation de garde d'enfant à domicile – AGED) connaîtraient une croissance soutenue (+ 12,5 % par an). Les aides dédiées à l'enfant (prime de naissance ou d'adoption et allocation d'adoption) et les prestations remplaçant un revenu d'activité professionnelle (complément d'activité de la PAJE et allocation parentale d'éducation – APE) seraient, prises globalement, moins dynamiques (+ 5,0 % du, cf tableau 1).²

Entre 2004 et 2006, la PAJE se substitue progressivement à l'APJE, à l'allocation d'adoption, à l'APE et à l'AGED et l'AFEAMA pour les enfants dont la naissance est postérieure au 1^{er} janvier 2004 ainsi que pour leur fratrie. Cette substitution s'effectue à des rythmes différents selon les prestations.

La montée en charge de la prime de naissance est achevée en 2005

La prime de naissance, qui s'élève à 826,10 euros et est versée en une seule fois, au septième mois de grossesse, s'est substituée aux cinq premières mensualités d'APJE courte. Le nouveau dispositif, qui atteint son régime de croisière dès 2004, représente une dépense de l'ordre de 600 millions d'euros par an. De 50.000 à 55.000 familles seraient bénéficiaires de la mesure chaque mois.

¹ Loi n° 2004-1484 du 30 décembre 2004.

² Il n'est pas possible de distinguer, au sein de ce poste de dépenses, les évolutions respectives des aides dédiées à l'enfant et des aides qui se substituent aux revenus d'activité, le champ de l'allocation de base par rapport à celui de l'APJE ayant été élargé aux bénéficiaires du complément d'activité de la PAJE (voir infra)

Une couverture des familles bénéficiaires de l'allocation de base en progression de 15 % par rapport à l'APJE

L'allocation de base de la PAJE se substitue aux trois mensualités d'APJE courtes versées après la naissance de l'enfant et à l'APJE longue, qui était servie du quatrième mois aux trois ans de l'enfant. La montée en charge de la nouvelle prestation et l'extinction de l'APJE seront donc achevées en 2007.

On dénombre environ 940.000 familles bénéficiaires de l'allocation de base de la PAJE pour un coût de 2,2 milliards d'euros en 2005, donc 250 familles supplémentaires qui bénéficient de la PAJE par rapport à l'allocation pour jeune enfant.

Deux changements principaux de législation affectent le coût et les effectifs de bénéficiaires de l'allocation de base par rapport à ceux de l'APJE : les plafonds de ressources de l'allocation de base par rapport à ceux de l'APJE : les plafonds de ressources de l'allocation de base –tout comme ceux de la prime de naissance ou d'adoption – ont été relevés de 37 % par rapport à ceux de l'APJE. De plus, l'allocation de base est désormais ouverte aux bénéficiaires du complément d'activité de la PAJE, alors que l'APE, que le complément d'activité remplace, n'était pas cumulable avec l'APJE.

Le relèvement des plafonds de l'allocation de base par rapport à ceux de l'APJE se traduit par une augmentation, répartie sur quatre ans, du nombre de familles éligibles de 15 % environ. Cet accroissement des effectifs expliquerait, à lui seul, de l'ordre des trois quarts de la hausse du coût de l'ensemble constitué d'une part par les prestations dédiées à l'enfant et, d'autre part, par celles qui se substituent aux revenus d'activité professionnelle, le reste de la progression sur la période s'expliquant par la revalorisation des prestations et les modifications apportées au complément d'activité par rapport à l'APE.

Les dépenses au titre du complément d'activité de la PAJE seraient proches, à terme, de celles de l'APE.

Alors que l'APE était fermée au premier enfant, le complément d'activité est désormais ouvert à tous les enfants quel que soit leur rang de naissance ; mais la durée de service de la prestation est réduite lorsqu'il s'agit d'une première naissance (six mois contre trois ans pour une naissance de rang supérieur).

A compter du deuxième enfant, les conditions d'activité antérieure pour bénéficier du complément d'activité ont été resserrées¹ et le montant de la prestation a été augmenté de 15 % pour les parents qui exercent une activité à temps partiel. Cette dernière mesure a accru de l'ordre de 10 % le nombre de parents avec deux enfants ou plus qui recouvrent au complément d'activité antérieure n'aurait induit qu'une baisse modérée du nombre de bénéficiaires (de l'ordre de 3 % pour les familles de deux enfants et de 5 % pour les familles de trois enfants et plus).

Le complément de libre choix d'activité compte 37.000 bénéficiaires au titre d'un enfant de rang un, 150.000 bénéficiaires au titre d'un enfant de rang deux et 89.000 bénéficiaires au titre d'un enfant de rang trois et plus, soit 276 000 bénéficiaires au total, pour un coût de 1,2 milliard d'euros en 2005.

¹ Deux ans d'activité dans les quatre dernières années au lieu de deux ans dans les cinq dernières années pour un octroi de la prestation au deuxième enfant et deux ans d'activité dans les cinq dernières années au lieu de deux ans dans les dix dernières années pour un octroi de la prestation au troisième enfant ou plus.

La PAJE entrainerait une forte hausse des dépenses d'aide à la garde

Le complément de garde de la PAJE constitue en une prise en charge des cotisations sociales de l'assistante maternelle ou de l'employé de maison et une aide forfaitaire, dégressive par palier avec les revenus des parents. Les niveaux d'aide apportés par la PAJE sont sensiblement accrus par rapport à l'AFEAMA et à l'AGED qu'elle remplace :

- l'aide forfaitaire a été fortement revalorisée, notamment pour les plus bas revenus, et est désormais servie pour une garde à domicile ;
- la plage de revenu sur laquelle l'aide de niveau intermédiaire est servie a été étendue ;
- enfin, l'assiette des rémunérations sur laquelle s'impute cette aide forfaitaire a été élargie aux indemnités d'entretien versées à l'assistante maternelle.

La réforme des aides à la garde dans le cadre de la PAJE a eu deux effets, qui jouent tous les deux à la hausse sur le coût de la prestation :

- un effet prix, d'autant plus sensible que la moitié environ des bénéficiaires du complément de garde auraient relevé, dans l'ancienne législation, de l'aide forfaitaire la plus faible et perçoivent, du fait du relèvement du plafond, l'aide forfaitaire de niveau intermédiaire. Sur l'année 2004, l'effet prix expliquerait la quasi-totalité de l'augmentation des dépenses au titre du complément de garde ;

- un effet volume. Cet effet aurait été masqué, en 2004, par l'ouverture du complément d'activité au premier enfant, qui a réduit les besoins de garde de cette population. En 2005, une fois la montée en charge du complément d'activité au premier enfant achevée, l'amélioration de la solvabilisation aurait entraîné une augmentation sensible du taux de recours aux services d'une assistante maternelle. Les effectifs de parent ayant enregistré une naissance entre janvier et mai 2004 et utilisant les services d'une assistante maternelle au premier trimestre 2005 auraient ainsi crû de l'ordre de 10 % par rapport aux familles ayant eu une naissance sur la même période en 2002 et ayant fait garder leur enfant par une assistante maternelle au premier trimestre 2004.

On dénombre environ 203.000 bénéficiaires du complément de libre choix du mode de garde de la PAJE, dont 189.000 au titre de la garde par un assistant maternel agréé, pour un coût total de 1 milliard d'euros.

Enfin, En application de la loi du 4 juillet 2005 relative à l'adoption, le montant de la prime à l'adoption de la PAJE a été doublé de la prime à la naissance à compter du 1^{er} août 2005, soit 1.660 euros, afin d'aider les familles à supporter les charges supplémentaires liées à l'adoption d'un enfant.

Source : commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2005) et réponse au questionnaire votre rapporteur pour avis par le ministère de la santé et des solidarités

B. LE TRANSFERT À LA BRANCHE FAMILLE DE LA PRISE EN CHARGE DES DÉPENSES LIÉES AUX MAJORATIONS DE PENSIONS POUR ENFANTS

1. Un transfert mis en place depuis 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.

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 1,96 milliard d'euros à la branche famille.

Enfin, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 a fixé un taux de prise en charge identique à ceux fixés pour 2003 et 2004, soit 60 %, ce qui a entraîné un transfert de l'ordre de 2 milliard d'euros à la branche famille d'après les données du rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2005.

2. Un transfert reconduit par le présent projet de loi de financement

L'article 55 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 2006, soit un taux de prise en charge identique à celui fixé pour l'année 2005, ce qui correspond à un transfert de l'ordre de 2,16 milliard d'euros au total, selon les prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2005.

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 pénalisent le solde de la branche famille, déficitaire depuis l'exercice 2004 et dont le déficit s'est creusé de manière significative en 2005 pour atteindre 1,1 milliard d'euros. Il est donc aujourd'hui nécessaire de repenser le principe même de ce transfert.

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.

V. LA CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE

La mission de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), créée par la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, consiste à **rassembler en un lieu unique des moyens mobilisables par l'Etat et les organismes de sécurité sociale pour prendre en charge la perte d'autonomie et une partie des dépenses de soins des personnes âgées et des personnes handicapées.**

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a défini les missions définitives de la caisse qui devra notamment, à partir du 1^{er} janvier 2006, assurer la répartition équitable sur le territoire national du montant des dépenses des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées financés par l'assurance maladie.

Les ressources propres de la CNSA

Outre des transferts reçus de différents organismes, la CNSA bénéficie de quatre ressources propres :

- le produit de la fraction de 0,1 point de CSG antérieurement affectée au Fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (FFAPA), auquel elle a succédé ;
- le produit de la cotisation de solidarité de 0,3 % assise sur les revenus du travail ;
- le produit de la cotisation de 0,3 % assise sur les revenus du patrimoine et des placements ;
- le produit de la participation des régimes obligatoires d'assurance vieillesse antérieurement affectée au FFAPA.

A. 2005 : UN ORGANISME CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE

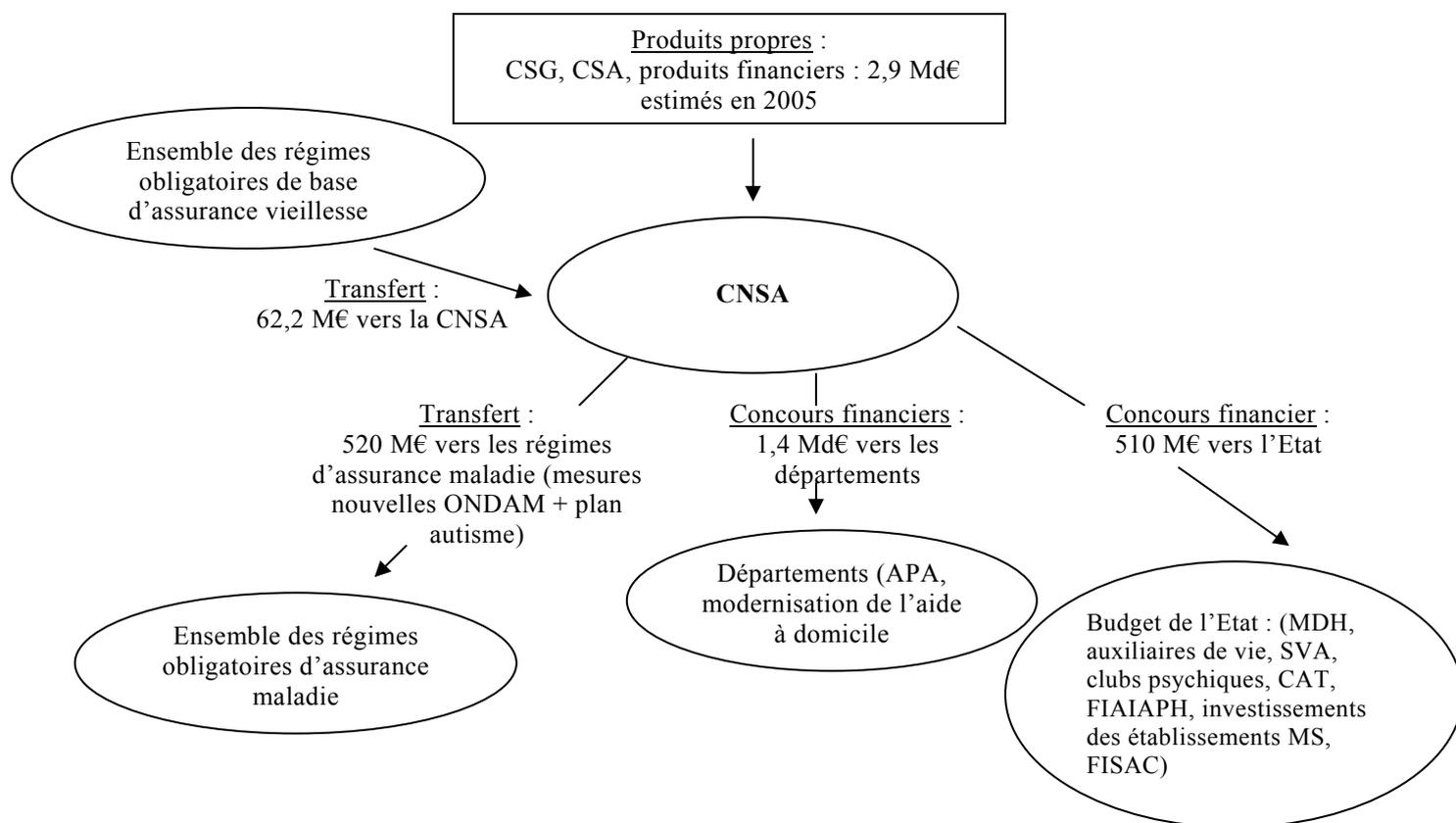
1. Le rôle de la CNSA en 2005

L'année 2005 a constitué pour la CNSA une **année de transition** entre la poursuite des missions du FFAPA et la montée en charge de ses nouvelles missions.

La CNSA contribue ainsi principalement au financement de l'APA (55,5 % de ses dépenses) et au financement des établissements et services médicaux (20 % de ses dépenses). Les fonds de concours versés au budget de l'Etat représentent, en 2005, 21 % de ses dépenses, les autres postes étant limités : modernisation de l'aide à domicile pour 1,9 %, plan autisme pour 1,4 % et dépenses de prévention et d'animation pour 0,4 %.

Il convient de souligner que la CNSA est considérée, en 2005, comme un **organisme concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale**, comme en témoigne le schéma qui suit. Ceci justifie son inscription dans le tableau des prévisions de recettes et le tableau d'équilibre de ces organismes figurant à l'article 3 du présent projet de loi de financement.

Schéma n° 1 : Circuits financiers autour de la CNSA en 2005



Note : CAT : centres d'aide par le travail ; MDH : maisons départementales du handicap ; FIAIAPH : fonds interministériel d'accessibilité des immeubles administratifs aux personnes handicapées ; FISAC : fonds d'intervention pour les services, l'artisanat et le commerce ; SVA : sites pour la vie autonome.

Source : commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2005.

2. Les comptes de la CNSA en 2005

Le tableau d'équilibre précité figurant à l'article 3 du présent projet de loi, qui procède à des arrondis qui ne contribuent pas à la transparence des comptes, fait apparaître 500 millions d'euros de recettes et de dépenses, soit un solde nul. **Ce tableau retrace en fait la seule participation de la CNSA au financement des régimes obligatoires.**

Votre rapporteur pour avis s'interroge sur l'intérêt de cette présentation, qui ne retrace en rien l'équilibre de la CNSA. En effet, la caisse aura reçu près de 3,13 milliards d'euros de recettes en 2005 et supportera des charges de plus 2,62 milliards d'euros, **son résultat devant être positif de 504,5 millions d'euros**, ainsi que le montre le tableau qui suit.

Le compte prévisionnel 2005 de la CNSA

(en millions d'euros)

| Recettes (nomenclature CNSA) | Compte CNSA 2005 | Dépenses (nomenclature CNSA) | Compte CNSA 2005 |
|--|---------------------------------|--|---------------------------------|
| SECTION I - ACTIONS POUR PERSONNES AGEES | | | |
| Reprise excédent "Remboursement emprunt" 2004 | 177,3 | Charges de l'emprunt (capital + intérêts) | 177,3 |
| Fraction "contrib. solidarité autonomie" (CSA) | 774,4 | Versements aux caisses d'assurance maladie | 368 |
| Prélèvement pour section V | -3,8 | Dépenses d'animation-prévention | 10 |
| Reprise excédent "Animation prévention" 2004 | 4,1 | Abondemens fonds de concours article 100 | 50 |
| | | Diverses charges techniques | 2 |
| Total recettes section 1 | 952 | Total dépenses section 1 | 607,3 |
| | | Résultat excédentaire | 344,7 |
| SECTION II - ACTIONS POUR PERSONNES HANDICAPEES | | | |
| Fraction "contrib. solidarité autonomie" (CSA) | 774,4 | Versements aux caisses d'assurance maladie | 116 |
| Prélèvement pour section V | -3,8 | Abondemens fonds de concours article 100 | 459,2 |
| | | Plan autisme | 33,6 |
| | | Diverses charges techniques | 2 |
| Total recettes section 2 | 770,6 | Total dépenses section 2 | 610,8 |
| | | Résultat excédentaire | 159,8 |
| TOTAL SECTION III - CONCOURS APA | | | |
| Fraction "contri. sociale généralisée" (CSG) | 901,6 | Concours aux départements | 1.348,3 |
| Fraction "contrib. solidarité autonomie"(CSA) | 387,2 | Diverses charges techniques | 3,2 |
| Participation des régimes vieillesse | 62,2 | | |
| Produits financiers | 0,5 | | |
| Total recettes section 3 | 1.351,5 | Total dépenses section 3 | 1.351,5 |
| TOTAL SECTION IV- MODERNISATION (ex-FMAD) | | | |
| Fraction "CSG" | 47,4 | Subventions | 47,2 |
| | | Diverses charges techniques | 0,2 |
| Total recettes section 4 | 47,4 | Total dépenses section 4 | 47,4 |
| TOTAL SECTION V- FRAIS DE GESTION | | | |
| Prélèvement sur recettes sections 1 et 2 | 7,6 | Frais de gestion | 7,6 |
| TOTAL RECETTES | 3.129,1 | TOTAL DEPENSES | 2.624,6 |
| | | Résultat (Excédent) | 504,5 |

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

3. Le financement complémentaire du plan « autisme » en 2005

L'article 6 bis du présent projet de loi de financement, issu de l'adoption par l'Assemblée nationale d'un amendement présenté par notre collègue député Jean-Pierre Door, modifie l'article 13 de la loi précitée relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, afin d'accroître de 15 % à « 20 % au plus » la part des produits de la section « personnes handicapées » consacrée, en 2005, au financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Notre collègue député Jean-Pierre Door a précisé qu'il s'agissait d'augmenter de 34 millions d'euros la contribution de la CNSA, fixée à 116 millions d'euros par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005. Il a précisé que cette dotation complémentaire, destinée à faire face à l'accélération du plan autisme décidée par le gouvernement en début d'année 2005, avait déjà été intégrée dans le budget de la caisse et n'aurait donc aucun impact sur les finances sociales. En outre, il convient de noter que la modification de l'article 13 de la loi précitée relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et handicapées n'emporte de conséquences que pour 2005, cet article étant abrogé à compter du 1^{er} janvier 2006.

Si votre rapporteur pour avis comprend parfaitement l'objet de cet article, notamment compte tenu des réserves actuellement disponibles, il souhaite toutefois mettre en garde contre la tentation d'accroître en cours d'année les charges de la caisse, au risque de la placer, à terme, dans une situation budgétaire difficile, une fois sa montée en charge terminée.

B. 2006 : UN ORGANISME RECEVANT UNE PARTIE DES CRÉDITS DE L'ONDAM

1. Le rôle de la CNSA en 2006

L'année 2006 devrait être marquée par l'**intégration de l'ONDAM médico-social** dans les produits et les charges de la CNSA, et la **création de l'objectif de dépenses délégué à la CNSA**.

La **structure des produits et charges** de la CNSA sera **largement reconfigurée** en 2006 du fait de l'entrée des établissements et services relevant de l'ONDAM médico-social dans le champ de gestion de la caisse. Les produits et charges de la CNSA devraient atteindre **près de 14 milliards d'euros** en 2006, ces montants recouvrant des transferts très importants avec l'assurance maladie (10,9 milliards reçus de l'assurance maladie et 12 milliards d'euros versés).

L'année 2006 sera également marquée par la mise en place un objectif de gestion des dépenses (OGD) qui sera délégué à la CNSA.

La mise en place d'un objectif de gestion délégué

Le financement des prestations des établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et handicapées à la charge des organismes de sécurité sociale est soumis à un objectif de dépenses.

Cet objectif est fixé chaque année par arrêté ministériel, et correspond à la somme de deux éléments :

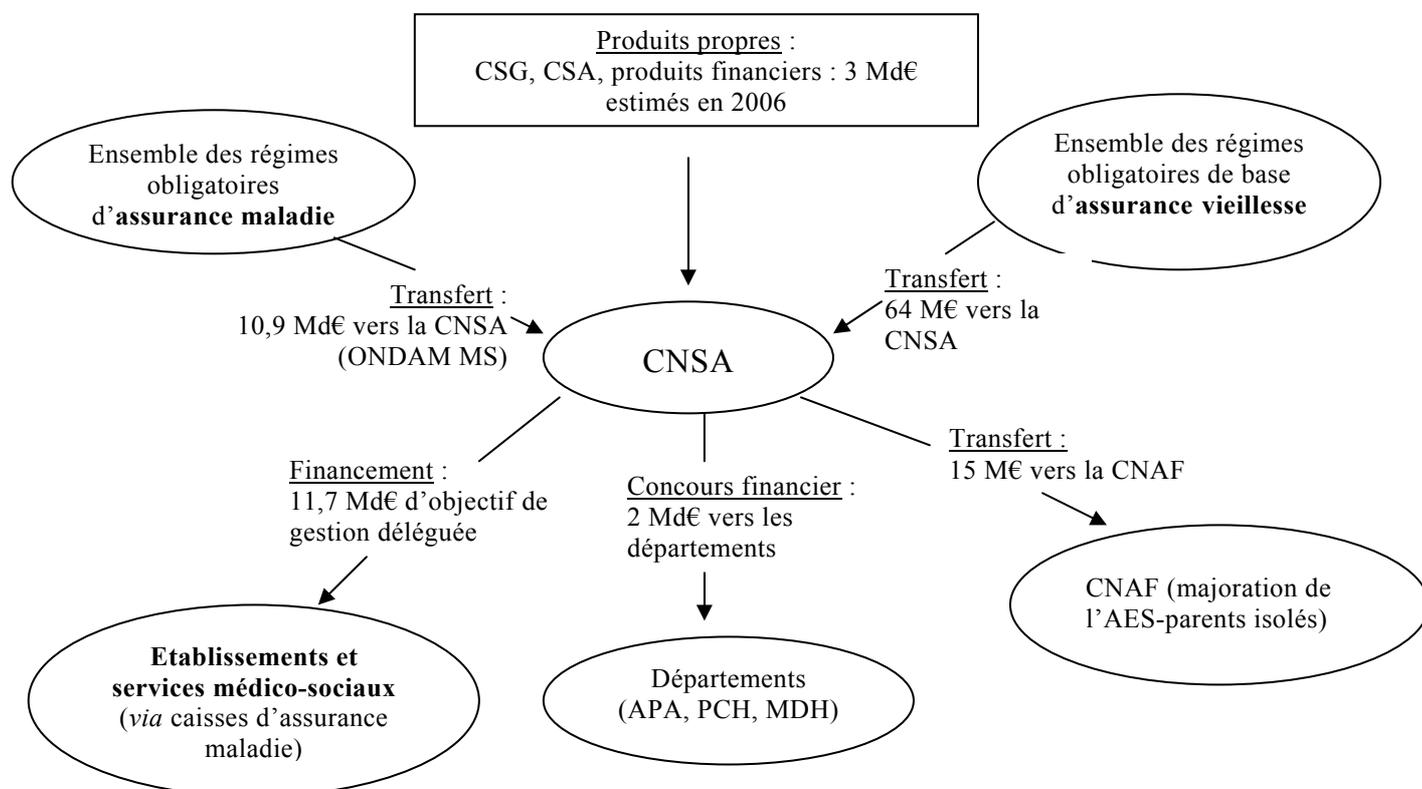
1° une contribution de l'assurance maladie qui figure au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) voté en loi de financement de la sécurité sociale dont le montant est également fixé par l'arrêté précité ;

2° La part des produits de la contribution de solidarité pour l'autonomie affectée aux établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et handicapées.

Sur la base de cet objectif est fixé le montant total annuel des dépenses prises en compte pour le calcul des dotations globales, forfaits, prix de journées et tarifs. Ce montant est réparti en dotations régionales et départementales limitatives par la CNSA.

Le schéma qui suit retrace les circuits financiers relatifs à la CNSA en 2006.

Schéma n° 2 : Circuits financiers autour de la CNSA en 2006



Source : commission des comptes de la sécurité sociale

2. Des missions élargies par le présent projet de loi de financement

Les missions confiées à la CNSA

Cinq missions ont été confiées à la CNSA par l'article 56 de la loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées :

- une mission financière consistant à verser aux départements la contribution de l'Etat au financement de la **perte d'autonomie** des personnes âgées et des personnes handicapées ;

- une fonction de **répartition des crédits de l'ONDAM** destinés aux personnes âgées dépendantes et aux personnes handicapées entre les établissements et services de soins et médico-sociaux, selon des enveloppes régionales et départementales en fonction du programme interdépartemental de prise en charge des handicaps et de la perte d'autonomie ;

- une mission d'**expertise**, celle-ci s'exerçant dans le cadre de la gestion de la perte d'autonomie et de la délivrance de l'APA, dans le cadre de l'octroi de la prestation de compensation, comme dans le cadre de l'ONDAM personnes âgées et personnes handicapées ;

- une mission d'**évaluation** concernant les aides techniques d'amélioration de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées ainsi que la mesure et l'analyse de la perte d'autonomie et des besoins de compensation ;

- une mission d'**information** et de **coopération** avec diverses instances (maisons départementales des personnes handicapées, institutions et administrations nationales, institutions étrangères).

Le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale élargit les missions de la CNSA.

Dans le prolongement de la loi du 11 février 2005 précitée, **l'article 34** lui ajoute ainsi trois nouvelles charges :

- le financement des groupes d'entraide mutuelle, qui n'avait pas été mentionné dans le texte de l'article 11 de la loi précitée ;

- le financement des services de soins infirmiers à domicile, dans le cadre de l'objectif de dépenses délégué, cette disposition ayant été omise dans la loi précitée ;

- la possibilité pour la CNSA de co-financer, avec les conseils généraux, des opérations d'investissement et d'équipement pour la mise aux normes techniques et de sécurité et la modernisation des locaux des établissements sociaux et médico-sociaux, les modalités de cette action étant fixée par voie réglementaire, tandis que la répartition des crédits entre les actions en faveur des personnes âgées et celles en faveur des personnes handicapées sera fixée par « *l'autorité administrative* », sans autre précision.

Par ailleurs, l'article 34 précise que la subvention due par la CNSA à la CNAF est retracée en charges, ce qui constitue une précision de bon sens.

L'article 31 du présent projet de loi propose, quant à lui, de **revenir sur le transfert à la CNSA, prévu par la loi du 11 février 2005 précitée, de**

la gestion des objectifs de dépenses des établissements de soins de longue durée, avec hébergement, pour des personnes dépendantes. Il prévoit que ces dépenses seront selon la procédure de droit commun de l'ONDAM, et non pas réparties par la CNSA, afin de préserver le caractère pleinement médical des prestations de soins qui y sont dispensées. En outre, il précise les modalités de répartition par le directeur régional de l'hospitalisation des capacités d'accueil et des crédits sanitaires de l'ONDAM et médico-sociaux gérés par la CNSA, en prévoyant, notamment, l'instauration d'un référentiel définissant les caractéristiques des personnes relevant de soins de longue durée.

3. Les comptes de la CNSA en 2006 : 13,83 milliards d'euros de charges

D'après les données de l'annexe 8 au présent projet de loi de financement, la CNSA devrait disposer en 2006 de plus 14 milliards d'euros de ressources, tandis que ses charges s'élèveraient à près de 13,82 milliards d'euros, le résultat de l'exercice étant excédentaire de 188,3 millions d'euros.

Le tableau qui suit retrace le compte prévisionnel de la CNSA en 2006.

Le compte prévisionnel 2006 de la CNSA

(en millions d'euros)

| RECETTES (nomenclature CNSA) | COMPTE CNSA 2006 | DEPENSES (nomenclature CNSA) | COMPTE CNSA 2006 |
|---|---------------------|---|---------------------|
| SECTION I - FINANCEMENT DES ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX | | | |
| <i>Sous -section 1 - Financement des établissements socio-médicaux pour personnes handicapées</i> | | | |
| Fraction "contrib. soliciarité autonomie" (CSA) | 254,4 | Versements aux caisses d'assurance maladie | 227 |
| Crédits des régimes d'AM au titre de l'ONDAM | 6.630 | Dépenses des régimes d'AM au titre de l'ONDAM | 6.630 |
| | | Fonds de concours GEM (clubs psychiques) | 20 |
| Prélèvement section 6 | - 6,9 | Diverses charges (dont provisions) | 0,5 |
| <i>Total recettes sous-section 1</i> | <i>6.877,5</i> | <i>Total dépenses sous-section 1</i> | <i>6.877,5</i> |
| TOTAL sous-section 2 - Financement des établissements socio-médicaux pour personnes âgées | | | |
| Fraction "contrib. solidarité autonomie" (CSA) | 799,4 | Versements aux caisses d'assurance maladie | 594 |
| Crédits des régimes d'AM au titre de l'ONDAM | 4.289 | Dépenses des régimes d'AM au titre de l'ONDAM | 4.289 |
| | | Prélèvement pour dépenses section 5 | 10 |
| Prélèvement section 6 | - 5,1 | Diverses charges (dont provisions) | 2 |
| | | Mise en réserve | 188,3 |
| <i>Total recettes sous-section 2</i> | <i>5.083,3</i> | <i>Total dépenses sous-section 2</i> | <i>5.083,3</i> |
| SECTION II - CONCOURS APA | | | |
| Fraction "contrib. sociale généralisée" (CSG) | 935,77 | Concours aux départements | 1.399,8 |
| Fraction "contrib. solidarité autonomie" (CSA) | 399,7 | Diverses charges (dont provisions) | 3,3 |
| Participation des régimes vieillesse | 64 | | |
| <i>Produits financiers</i> | 5 | | |
| Prélèvement section 6 | - 1,4 | | |
| <i>Total recettes section 2</i> | <i>1.403,1</i> | <i>Total dépenses section 2</i> | <i>1.403,1</i> |
| SECTION III - CONCOURS Prestation de compensation du handicap (PCH) | | | |
| Fraction "contrib. solidarité autonomie" (CSA) | 545,0 | Concours au titre de la PCH | 503,1 |
| | | Concours au titre des MDH | 20 |
| | | Remboursement CNAF au titre de la majoration AEEH | 15 |
| <i>Produits financiers</i> | 5 | Prélèvement pour dépenses section 5 | 10 |
| Prélèvement section 6 | - 0,5 | Diverses charges (dont provisions) | 1,4 |
| <i>Total recettes section 3</i> | <i>549,5</i> | <i>Total dépenses section 3</i> | <i>549,5</i> |
| IV - MODERNISATION AIDES A DOMICILE | | | |
| Fraction "contrib. sociale généralisée" (CSG) | 59,7 | Dépenses de modernisation | 59,5 |
| | | Diverses charges (dont provisions) | 0,1 |
| Prélèvement section 6 | - 0,1 | | |
| <i>Total recettes section 4</i> | <i>59,6</i> | <i>Total dépenses section 4</i> | <i>59,6</i> |
| SECTION V - AUTRES DEPENSES | | | |
| Prélèvement section 1 | 10 | Autres dépenses en faveur des personnes âgées | 10 |
| Prélèvement section 3 | 10 | Autres dépenses en faveur des personnes handicapées | 10 |
| Prélèvement section 6 | 0,0 | Opérations d'investissements | |
| <i>Total recettes section 5</i> | <i>20,0</i> | <i>Total dépenses section 5</i> | <i>20</i> |
| SECTION VI - FRAIS DE GESTION | | | |
| Prélèvements sections 1 à 5 | 14 | Frais de gestion | 14 |
| TOTAL RECETTES | 14.007,0 | TOTAL DEPENSES | 13.818,7 |
| | | Résultat (excédent) | 188,3 |

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

EXAMEN EN COMMISSION

Au cours d'une réunion tenue le mercredi 9 novembre 2005, sous la présidence de M. Jean Arthuis, président, la commission a procédé à l'examen du projet de loi n° 63 (2005-2006), adopté par l'Assemblée nationale, de financement de la sécurité sociale pour 2006, sur le rapport de M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis, a indiqué que le **projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 (PLFSS)** était le premier projet de loi de financement élaboré dans le cadre de la nouvelle loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS) du 2 août 2005.

Il a précisé que les principales modifications introduites par la LOLFSS consistaient dans le renforcement de la sincérité et de la transparence des équilibres financiers de la sécurité sociale, l'affirmation du principe d'autonomie financière de la sécurité sociale, l'introduction d'une dimension pluriannuelle dans la présentation des prévisions de recettes et des objectifs de dépenses et, enfin, la définition de programmes de qualité et d'efficience qui devraient permettre, à terme, de mesurer l'efficacité de la dépense publique dans le domaine des finances sociales.

Toutefois, il a tenu à souligner que cette loi organique relative aux lois de financement paraissait très en retrait par rapport à la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances (LOLF), notamment s'agissant de l'appréciation de la performance et de la justification des dépenses de la sécurité sociale.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis, a noté que le contexte du projet de loi de financement pour 2006 avait quelque peu évolué par rapport à celui de l'an dernier car, même si l'ensemble des branches devait être déficitaire en 2006, on notait une nette amélioration du compte de la branche maladie.

Il a relevé que le déficit du régime général était estimé à 11,9 milliards d'euros en 2005, soit un niveau identique à celui de 2004, mais que celui de l'ensemble de la sécurité sociale atteindrait, en 2005, un niveau historique de 15,2 milliards d'euros, en raison d'une multiplication des foyers de déficit. En effet, il a noté que le déficit concernait à présent l'ensemble des branches, ainsi que le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) et le Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA). S'agissant du FFIPSA, il a précisé qu'il interviendrait avec insistance en séance pour inciter le gouvernement à prendre ses responsabilités et à proposer un financement pérenne de ce régime.

Il s'est inquiété de savoir comment serait financé le besoin de financement du FFIPSA, certaines voix s'étant en effet prononcées pour une possible reprise de dette par la Caisse d'amortissement pour la dette sociale (CADES). Il a remarqué que le plafond d'avances de trésorerie du FFIPSA serait relevé de manière importante en 2006, puisqu'il passerait de 6,2 milliards d'euros à 7,1 milliards d'euros, ce qui correspondait à une capacité d'emprunt du FFIPSA équivalente à près de la moitié de ses dépenses de prestation. Il a noté, en outre, que le plafond d'avances de trésorerie du régime général serait également relevé de 5,5 milliards d'euros, pour s'établir à 18,5 milliards d'euros.

Il a rappelé, par ailleurs, que le déficit de l'assurance maladie pour 2005 avait été, en grande partie, transféré à la CADES, puisque celle-ci avait repris 6,61 milliards d'euros le 7 octobre 2005. Il a souligné que le PLFSS pour 2006 s'inscrivait donc, à ce titre, dans la continuité du précédent et ne contenait pas de mesures structurelles.

S'agissant des mesures de recettes contenues dans ce projet de loi, **M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis**, a retenu quelques éléments :

- la proposition d'anticiper la perception des prélèvements sociaux sur les intérêts des plans d'épargne logement (PEL) de 10 ans ou plus, ce qui devrait rapporter 868 millions d'euros en 2006 ;

- la proposition de supprimer l'abattement applicable aux cotisations patronales dues au titre des contrats de travail à temps partiel conclus avant la mise en place des 35 heures, ce qui devrait rapporter 100 millions d'euros ;

- l'assujettissement, prévu par le PLFSS, à la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) des organismes publics exerçant leur activité de façon concurrentielle, ce qui devrait rapporter 70 millions d'euros ;

- l'accroissement des taxes pesant sur les entreprises pharmaceutiques, ce qui devrait rapporter 300 millions d'euros.

Quant aux objectifs de dépenses fixés dans le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, il a indiqué qu'ils s'établissaient à 373,7 milliards d'euros, soit une augmentation de 3,2 % par rapport aux objectifs pour 2005. A cet égard, il a souhaité formuler deux remarques :

- la première concernant l'erreur, de près de 11 %, dans la fixation de l'objectif de dépenses de la branche famille par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, qui témoignait de la sous-estimation par le gouvernement du coût de la montée en charge de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), en raison d'une sous-évaluation des bénéficiaires potentiels de cette nouvelle prestation ;

- la seconde, relative à l'évolution de près de 2,5 % de l'objectif national de dépenses de la branche maladie (ONDAM), fixé par le présent projet de loi de financement, par rapport à la prévision rectifiée de l'objectif pour 2005, qui apparaissait volontariste même si on notait, en 2005, une nette

décélération des dépenses de soins de ville notamment. Toutefois, il a indiqué qu'une grande incertitude pesait toujours sur le rendement des mesures de maîtrise médicalisée contenues dans la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis, a présenté la situation de chacune des branches de la sécurité sociale.

Il a noté que, d'après les prévisions de la Commission des comptes de la sécurité sociale, la branche maladie devrait être déficitaire, en 2005, de 8,3 milliards d'euros, soit une amélioration du solde de 3,3 milliards d'euros par rapport à 2004, le déficit de la branche, quant à lui, serait encore réduit en 2006, pour revenir à 6,1 milliards d'euros, en tenant compte des mesures contenues dans le présent projet de loi de financement.

Il lui a semblé qu'il existait, s'agissant de la branche maladie, des raisons d'espérer puisque, selon les estimations actuelles, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie 2005 serait respecté en valeur pour la première fois depuis 1998.

Il a précisé qu'à part l'année 1997, seule année où il avait été respecté, l'ONDAM voté par le Parlement au moment de la discussion du PLFSS avait été systématiquement dépassé. Les dépenses entrant dans le champ de cet objectif avaient ainsi 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 a noté, par ailleurs, que le dépassement s'était même accéléré en 2002, 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 réduction du temps de travail (RTT) dans les hôpitaux. Il a ajouté que ces mesures conjoncturelles avaient toutefois commencé à épuiser leurs effets à compter de 2005.

Il a tenu à souligner pour 2005 une évolution particulièrement favorable, qui était celle de la nette décélération des soins de ville, même si l'on pouvait s'interroger, comme l'avait fait la commission des comptes de la sécurité sociale, sur le caractère durable de certaines de ses composantes. Il a cependant indiqué que cette amélioration ne devait pas occulter des zones d'ombre, parmi lesquelles le dépassement de l'ONDAM hospitalier, ainsi que les résultats en deçà des attentes pour l'inflexion de la consommation de médicaments et la mise en œuvre des engagements conventionnels pris par les professionnels de santé.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis, a rappelé que dans le PLFSS pour 2006, le gouvernement avait choisi de fixer la progression de l'ONDAM pour 2006 à + 2,5 % par rapport à l'ONDAM pour 2005. Il a précisé que cette prévision lui paraissait volontariste, voire optimiste, dans la mesure où elle se fondait sur les projections du ministère de la santé s'agissant

du rendement financier des mesures d'économies contenues dans la réforme de l'assurance maladie, mesures qui avaient été contestées.

Il a indiqué que les mesures nouvelles contenues dans le présent PLFSS, s'agissant de la branche maladie, étaient d'ampleur limitée, et qu'elles visaient, notamment, à aménager les conditions de mise en œuvre de la réforme mise en place par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 portant tarification à l'activité (T2A) dans tous les établissements de santé.

Il a noté 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 (PMSI). L'instauration de ce nouveau mode de financement représentait un facteur de modernisation décisif des établissements, dont les ressources étaient constituées, avant la conception de la réforme de la T2A, 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, il a relevé que la dichotomie des règles de financement entre les secteurs public et privé freinait les coopérations indispensables entre les établissements.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis, a indiqué que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 prévoyait des mesures d'aménagement technique.

Il a tenu à souligner l'importance de progresser le plus rapidement possible vers une convergence des tarifs entre le secteur public et le secteur privé, et s'est également étonné du temps qui avait été laissé à l'hôpital public pour mettre en œuvre la T2A, à savoir huit ans, alors que les cliniques privées étaient passées à la tarification à l'activité depuis le 1er mars 2005.

Il a évoqué, en outre, les lacunes des systèmes d'information hospitaliers, notamment dans le secteur public, qui constituaient un véritable frein à la mise en œuvre rapide de la tarification à l'activité.

Par ailleurs, il a précisé que le PLFSS contenait une mesure de coordination avec la mesure d'ordre réglementaire visant à étendre la participation des assurés aux actes égaux ou supérieurs à 91 euros. Il a souligné que cette participation serait fixée de manière forfaitaire à 18 euros par acte et devrait permettre de réaliser une économie de 84 millions d'euros pour le seul régime général et de 100 millions d'euros pour l'ensemble des régimes. Il a estimé qu'au total le volet maladie de ce projet de loi de financement se fixait des objectifs optimistes, sans se donner vraiment les moyens de les atteindre.

En ce qui concerne la branche accidents du travail et maladies professionnelles, il a tenu à souligner que son déficit devrait s'établir à 400 millions d'euros en 2005 et devrait être ramené à 200 millions d'euros en

2006, notamment grâce à l'augmentation, par voie réglementaire, des cotisations patronales d'accidents du travail. Par ailleurs, il a ajouté que la contribution de la branche aux fonds amiante fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) et fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) devrait s'alourdir encore de 215 millions d'euros, pour dépasser un milliard d'euros en 2006.

S'agissant de la branche famille, **M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis**, a indiqué que, contrairement aux attentes du gouvernement lors de la présentation du projet de loi de financement pour 2005, ses comptes s'étaient dégradés entre 2004 et 2005 pour passer d'un déficit de l'ordre de 400 millions d'euros pour le régime général en 2004 à un déficit d'1,1 milliard d'euros en 2005. Il a précisé que ce creusement inattendu du déficit résultait d'une montée en puissance très rapide de la PAJE, créée par la LFSS 2004, et d'une sous-évaluation par le gouvernement des bénéficiaires potentiels de cette prestation. A cet égard, il a relevé la décision prise par le projet de loi de maintenir les anciennes prestations de petite enfance jusqu'en septembre 2009 afin de faire face à cette montée en charge de la PAJE.

Concernant le déficit de la branche vieillesse, qui s'établissait à 2 milliards d'euros en 2005 et devrait être ramené à 1,4 milliard d'euros en 2006, grâce, en particulier, à l'augmentation de 0,2 point des cotisations vieillesse, il a considéré que la montée en puissance des retraites anticipées dans le régime général avait finalement conduit à anticiper le déficit de la branche d'environ deux années.

Il a insisté sur la situation difficile que connaîtrait, en 2006, le fonds de solidarité vieillesse, avec un déficit de près d'1,5 milliard d'euros en 2006, après 2 milliards d'euros en 2005. Il a noté que l'amélioration résultait en partie des recettes liées à l'anticipation de la taxation des intérêts des PEL, que le déficit cumulé de ce fonds devrait atteindre près de 5,25 milliards d'euros en 2006, ce qui était très préoccupant et posait, à la fois, un problème de flux et un problème de stock.

Quant au fonds de réserve pour les retraites, il a indiqué que ses réserves devraient s'élever à 20,86 milliards d'euros fin 2005 et 22,42 milliards d'euros fin 2006, et que celles-ci paraissaient insuffisantes pour que le fonds puisse remplir réellement la mission de lissage des besoins qui lui avait été initialement assignée. Il a rappelé que le Conseil d'orientation des retraites avait ainsi estimé qu'il faudrait une majoration annuelle moyenne de 5 milliards d'euros pour que le FRR parvienne à accumuler 161 milliards d'euros d'ici 2020, et que ceci invitait à poser la question du rôle qu'on entendait lui faire jouer.

Enfin, il a évoqué la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), en précisant que celle-ci était en 2005 un organisme concourant au financement des régimes de base de sécurité sociale, et qu'elle deviendrait en 2006 un organisme recevant une partie de l'ONDAM. Il a relevé que ses ressources devraient atteindre 14 milliards d'euros en 2006, face à des charges

de 13,82 milliards d'euros, et que son solde serait ainsi positif de 188,3 millions d'euros en 2006, après 504,5 millions d'euros en 2005.

Un large débat s'est alors instauré.

M. Jean Arthuis, président, après avoir félicité le rapporteur pour avis pour la qualité de sa présentation, a rappelé que le rapporteur pour avis du projet de loi de financement de la sécurité sociale était également le rapporteur spécial de la mission « Santé » et qu'on pouvait considérer que le projet de loi de financement constituait le vrai budget de la santé. Il s'est félicité du fait que l'ONDAM serait respecté en 2005. Il a relevé les propos du rapporteur pour avis, qui avait jugé le PLFSS pour 2006 « volontariste » dans ses objectifs.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis, a formulé le souhait que les équilibres définis pour 2006 soient également respectés, ce qui nécessiterait une action en profondeur et la conjonction de facteurs favorables.

M. François Trucy s'est interrogé sur la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A). Il a relevé que le secteur public avait jusqu'en 2012 pour s'y adapter, alors que le régime de la sécurité sociale militaire serait en mesure de l'appliquer dès 2007. A ce propos, il a noté les difficultés particulières que soulevait la mise en œuvre de la T2A pour les hôpitaux militaires, rien n'étant prévu pour les praticiens de ces hôpitaux dont les actes médicaux avaient pour cadre les opérations extérieures (OPEX), ces dernières ne faisant pas l'objet de remboursements, ce qui nécessiterait des aménagements.

M. Jean Arthuis, président, a noté que les hôpitaux militaires bénéficiaient de conditions financières qui pouvaient sembler avantageuses, puisqu'ils étaient financés à la fois par le budget de la défense et par le régime général, quand ils traitaient de patients en relevant.

M. Henri de Raincourt a rappelé que la CNSA avait été créée à l'origine pour financer des dépenses relatives aux personnes âgées et handicapées. Il a relevé qu'elles dégageaient des excédents de 504,5 millions d'euros en 2005 et de 188,3 millions d'euros en 2006. Il s'est interrogé sur l'utilisation du solde, précisant qu'il devait servir à financer l'allocation personnelle d'autonomie (APA). Il a indiqué que ce financement, qui devait représenter 50 % de l'APA, prenait actuellement en charge moins de 40 % de cette allocation.

M. Jean Arthuis, président, a noté à ce titre les difficultés que pouvaient éprouver les départements à financer ces nouvelles missions. Il a exprimé le souhait que le gouvernement précise sa position sur l'utilisation de ce solde.

M. Michel Mercier a approuvé les propos tenus par MM. Jean Arthuis, président, et Henri de Raincourt. Il a indiqué que le décret concernant l'application de la loi sur les handicapés qui faisait 53 pages était d'une « très grande précision », ce qui ne laissait aucune marge de manœuvre aux départements, et paraissait contraire au principe de libre administration.

M. François Trucy s'est interrogé sur le périmètre de la CADES qui, à l'origine, ne devait concerner que le stock de dettes, mais à qui avaient été confiées depuis de nouvelles dettes.

M. Jean Arthuis, président, a relevé, s'agissant de la branche maladie, que les cotisations effectives ne représentaient, en fait, que les seules cotisations patronales. Il a indiqué que le financement de cette branche devrait être assuré par l'affectation d'une fraction de TVA plutôt que par des cotisations sociales.

La commission a ensuite procédé à l'examen des amendements présentés par **M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis**, sur les articles du projet de loi.

A l'article premier (approbation des tableaux d'équilibre pour 2004), après les interventions de **MM. Jean Arthuis, président, et Michel Mercier**, la commission a adopté, à l'unanimité, un amendement tendant à mettre en cohérence les dispositions du PLFSS avec le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2005 et également avec les données qui figuraient dans les annexes au PLFSS. Données selon lesquelles les dépenses constatées relevant du champ de l'ONDAM au titre de l'exercice 2004 s'élevaient à 130,1 milliards d'euros, et non à 130,2 milliards d'euros.

A l'article 8 (ONDAM rectifié pour 2005), après l'intervention de **M. Michel Mercier**, la commission a adopté, à l'unanimité, un amendement tendant à supprimer cet article du PLFSS qui déterminait le montant de l'ONDAM « rectifié » pour 2005, alors même que le montant fixé par cet article 134,9 milliards d'euros – était le même que celui qui figurait dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005.

A l'article 14 bis (diminution des seuils de détention de tabacs), la commission a adopté, à l'unanimité, un amendement de suppression de cet article.

A l'article 15 (taxes pharmaceutiques), après l'intervention de **M. Michel Moreigne**, la commission a adopté, à l'unanimité, un amendement visant à exonérer les médicaments dérivés du sang et leurs analogues recombinants de la clause de sauvegarde sur la progression du chiffre d'affaires réalisé au titre de la rétrocession.

A l'article 16 (approbation du montant des compensations d'exonérations de cotisations sociales), la commission a adopté, à l'unanimité, un amendement tendant à faire correspondre le montant approuvé dans le cadre de cet article, avec le montant figurant dans l'annexe 5 du présent projet de loi.

A l'article 17 (lutte contre le travail dissimulé), après les interventions de **MM. Michel Mercier, Michel Moreigne et Jean Arthuis, président**, la commission a adopté, à l'unanimité, un amendement tendant à inclure dans le champ des infractions permettant de procéder à l'annulation

des réductions ou exonérations des cotisations, la sous-évaluation du nombre d'heures de travail sur le bulletin de paie.

Après les interventions de **MM. Jean Arthuis, président, Michel Mercier et Henri de Raincourt**, la commission a adopté, à l'unanimité, un premier amendement tendant à insérer un article additionnel avant article 18 proposant d'affecter au FSV, à titre exceptionnel en 2006, la fraction de prélèvement social de 2 % normalement attribué au FRR, et un second amendement de coordination à l'article 18.

A l'article 22 (approbation pour 2006 du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base), et à l'article 23 (caisse d'amortissement de la dette sociale et Fonds de réserve pour les retraites), la commission a adopté, à l'unanimité, deux amendements de coordination.

A l'article 24 (procédure de certification des comptes des régimes autres que le régime général et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base), la commission a adopté, à l'unanimité, un amendement tendant à préciser que la certification des comptes des régimes autres que le régime général interviendra, pour la première fois, à l'occasion de l'exercice 2006.

A l'article 28 bis (période de transition pour déremboursement de certains médicaments à SMR insuffisant, notamment veinotoniques), après les interventions de **MM. Michel Moreigne et Michel Mercier**, qui a exprimé son accord avec l'idée de dérembourser les médicaments jugés inefficaces et rappelé que la mutualité française avait annoncé qu'elle ne les rembourserait plus, et de **M. Henri de Raincourt** qui a indiqué ne pas y être favorable, la commission a adopté un amendement de suppression de cet article.

A l'article 30 (application de la tarification à l'activité), la commission a adopté, à l'unanimité, un amendement tendant à préciser que la convergence des tarifs entre les secteurs public et privé devrait être réalisée à 75 % en 2010, dans le cadre de la mise en œuvre de la T2A. Puis elle a adopté, à l'unanimité, trois amendements visant à insérer trois articles additionnels après l'article 30. Le premier amendement tend à faire évaluer, dans le cadre des procédures d'accréditation conduites par la Haute autorité de santé, l'usage effectif de l'ensemble des instruments analytiques et de gestion par les établissements hospitaliers, comme gage de la qualité du travail hospitalier. Le deuxième amendement vise à préciser, au sein du code de la sécurité sociale, que le bilan élaboré en vue de permettre un suivi des dotations régionales affectées aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) contenait, notamment, une analyse de l'évolution du montant des dotations attribuées à chaque établissement. Le troisième amendement vise à pérenniser le groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier (GMSIH) dans le prolongement du contrôle budgétaire mené en application de l'article 57 de la LOLF par le rapporteur pour avis en sa qualité

de rapporteur spécial de la mission « Santé » et portant sur l'informatisation dans le secteur de la santé.

A l'article 39 (dotation et missions du fonds d'aide à la qualité des soins de ville), la commission a adopté, à l'unanimité, un amendement tendant à préciser que le FAQSV consacrait une enveloppe de dépenses de 100 millions d'euros à la mise en œuvre du dossier médical personnel (DMP) en 2006.

A l'article 40 (participation des régimes obligatoires de base au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés), la commission a adopté, à l'unanimité, un amendement tendant à préciser, au sein de cet article, que le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) à 327 millions d'euros, était fixé pour la seule année 2006.

A l'article 44 bis (inscription dans la loi des missions du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie), la commission a adopté, à l'unanimité, un amendement de suppression de cet article, introduit par l'Assemblée nationale, et qui visait à intégrer dans la loi certaines des dispositions du décret n° 2003-959 du 7 octobre 2003 portant création du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

A l'issue de cet examen, la commission a émis **un avis favorable à l'adoption du projet de loi ainsi amendé.**

AMENDEMENTS ADOPTÉS PAR LA COMMISSION

ARTICLE 1ER

Dans le 4° de cet article remplacer le chiffre :

130,2

par le chiffre :

130,1

ARTICLE 8

Supprimer cet article.

ARTICLE 14 BIS

Supprimer cet article.

ARTICLE 15

I. Dans le premier alinéa (II) du texte proposé par le 4° du II de cet article pour le II et le III de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, après les mots:

16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins

insérer les mots:

et des médicaments dérivés du sang définis à l'article L. 1221-8 du code de la santé publique ainsi que de leurs analogues recombinants destinés à traiter l'hémophilie

II. Dans le premier alinéa (II) du texte proposé par le 4° du II de cet article pour le II et le III de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, après les mots: 16 décembre 1999, précité

insérer les mots:

et des médicaments dérivés du sang définis à l'article L. 1221-8 du code de la santé publique ainsi que de leurs analogues recombinants destinés à traiter l'hémophilie

ARTICLE 16

Dans cet article, remplacer le montant:

21,6 milliards d'euros

par le montant:

21,622 milliards d'euros

ARTICLE 17

Dans le deuxième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 133-4-2 du code de la sécurité sociale, remplacer les mots:

définie au quatrième alinéa de l'article L. 324-10

par les mots:

définie aux quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 324-10

ARTICLE ADDITIONNEL AVANT L'ARTICLE 18

Avant l'article 18, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

A titre exceptionnel en 2006, la fraction égale à 65 % du produit des prélèvements visés aux articles L. 245-14 à L. 245-16 du code de la sécurité sociale, normalement attribuée au Fonds de réserve pour les retraites en application du 5° de l'article L. 135-7 du même code, est affectée au Fonds de solidarité vieillesse.

ARTICLE 18

Dans la ligne « Fonds de solidarité vieillesse » du tableau figurant au 3° de cet article, remplacer le chiffre:

13,1

par le chiffre:

14,5

ARTICLE 22

I. Dans la ligne « Fonds de solidarité vieillesse » du tableau d'équilibre de cet article, remplacer le chiffre:

13,1

par le chiffre:

14,5

II. En conséquence, dans la même ligne du tableau d'équilibre, remplacer le chiffre:

- 1,5

par le chiffre:

- 0,1

ARTICLE 23

Dans la colonne « prévisions de recettes » du tableau figurant au II de cet article, remplacer (deux fois) le chiffre :

1,4

par le chiffre:

0

ARTICLE 24

Rédiger ainsi le III de cet article :

III. - Les dispositions du présent article s'appliquent à compter de l'exercice 2006.

ARTICLE 28 BIS

Supprimer cet article.

ARTICLE 30

Rétablir le 3° du I de cet article dans la rédaction suivante :

3° La dernière phrase du VII est complétée par les mots : « et à 75 % en 2010 »

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 30

Après l'article 30, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 6113-3 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Cette procédure vise également à porter une appréciation sur l'usage effectif par un établissement ou, le cas échéant, par un ou plusieurs services ou activités d'un établissement, des outils analytiques et de gestion de son activité lui permettant d'améliorer la connaissance de ses coûts de production des soins. »

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 30

Après l'article 30, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans la dernière phrase du troisième alinéa de l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale les mots : « et de celle du montant des dotations régionales », sont remplacés par les mots : « , de celle du montant des dotations régionales et de celle du montant des dotations attribuées à chaque établissement ».

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 30

Après l'article 30, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 6113-10 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 6113-10.- Un groupement pour la modernisation du système d'information est chargé de concourir, dans le cadre général de la construction du système d'information de santé, à la mise en cohérence, à l'interopérabilité, à l'ouverture et à la sécurité des systèmes d'information utilisés par les établissements de santé, ainsi qu'à l'échange d'informations dans les réseaux de soins entre la médecine de ville, les établissements de santé et le secteur médico-social afin d'améliorer la coordination des soins. Sous réserve des dispositions du présent article, il est soumis aux dispositions des articles L. 341-1 à L. 341-4 du code de la recherche. La convention constitutive du groupement est approuvée par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Ce groupement est constitué sous la forme d'un groupement d'intérêt public entre les établissements de santé publics et privés.

« Les organisations représentatives des établissements membres du groupement figurant sur une liste arrêtée par le ministre chargé de la santé désignent les représentants des membres à l'assemblée générale et au conseil d'administration.

« Le financement du groupement est notamment assuré par un fonds constitué des disponibilités portées, ou qui viendraient à y être portées, au compte ouvert dans les écritures de la Caisse des dépôts et consignations dans le cadre des procédures de liquidation de la gestion du conseil de l'informatique hospitalière et de santé, du fonds mutualisé et du fonds d'aide à la réalisation de logiciels. L'assemblée générale décide les prélèvements effectués sur ce fonds qui contribuent à la couverture des charges du groupement. Ces prélèvements ne donnent lieu à la perception d'aucune taxe, de droit de timbre ou d'enregistrement.

« Le financement du groupement peut être également assuré par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Ce groupement est soumis au contrôle de la Cour des comptes dans les conditions prévues à l'article L. 133-2 du code des juridictions financières et au contrôle de l'inspection générale des affaires sociales. Lors de la dissolution du groupement, ses biens reçoivent une affectation conforme à son objet. »

ARTICLE 39

Compléter le premier alinéa du II de cet article par une phrase ainsi rédigée :

Ce fonds consacre 100 millions d'euros, en 2006, à la mise en oeuvre du dossier médical personnel, au sens des articles L. 161-36-1 et suivants du même code.

ARTICLE 40

A la fin de cet article, après le mot :

fixé

insérer les mots :

, pour l'année 2006,

ARTICLE 44 BIS

Supprimer cet article.