

N° 57

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2004-2005

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

RAPPORT

FAIT

au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE,

Par M. Alain VASSELLE,
Sénateur.

Tome I :

**I. ÉQUILIBRES FINANCIERS GÉNÉRAUX
ET ASSURANCE MALADIE**

(1) Cette commission est composée de : M. Nicolas About, *président* ; MM. Alain Gournac, Louis Souvet, Gérard Dériot, Jean-Pierre Godefroy, Mmes Claire-Lise Champion, Valérie Létard, MM. Roland Muzeau, Bernard Seillier, *vice-présidents* ; MM. François Autain, Paul Blanc, Jean-Marc Juilhard, Mmes Anne-Marie Payet, Gisèle Printz, *secrétaires* ; Mme Jacqueline Alquier, MM. Henri d'Attilio, Gilbert Barbier, Daniel Bernardet, Claude Bertaud, Mme Brigitte Bout, MM. Jean-Pierre Cantegrit, Bernard Cazeau, Mmes Isabelle Debré, Christiane Demontes, M. Gérard Dériot, Mme Sylvie Desmarescaux, M. Claude Domeizel, Mme Bernadette Dupont, MM. Michel Esneu, Jean-Claude Étienne, Guy Fischer, Jacques Gillot, Jean-Pierre Godefroy, Mmes Françoise Henneron, Marie-Thérèse Hermange, Christiane Kammermann, M. André Lardeux, Mme Raymonde Le Texier, MM. Dominique Leclerc, Marcel Lesbros, Roger Madec, Jean-Pierre Michel, Alain Milon, Georges Mouly, Jackie Pierre, Mmes Catherine Procaccia, Janine Rozier, Michèle San Vicente, Patricia Schillinger, Esther Sittler, MM. Jean-Marie Vanlerenberghe, Alain Vasselle, Paul Vergès, André Vézinhét.

Voir les numéros :

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

Sénat : 53 et 58 (2004-2005)

Sécurité sociale.

AVANT-PROPOS

Mesdames, Messieurs,

L'année dernière, votre commission des Affaires sociales inscrivait l'examen du projet de loi de financement pour 2004 dans la perspective d'une réforme annoncée de l'assurance maladie, second stade de la rénovation de notre système de protection sociale après l'adoption de la loi du 21 août 2003 sur les retraites.

Cette année 2004 fut pourtant pour celle-ci le temps de l'épreuve, ses comptes ayant enregistré un déficit historique de plus de 13 milliards d'euros. Cette crise financière majeure n'était toutefois acceptable et acceptée que parce qu'elle constituait le prix d'une réforme négociée, en rupture délibérée avec les traditionnels plans de rationnement des dépenses de santé précédemment mis en œuvre.

La réforme du système de soins acquise en août dernier fait désormais entrer l'assurance maladie dans le temps de l'effort, consenti et partagé, par les usagers, les professionnels de santé et les organismes gestionnaires, sans l'engagement desquels sa sauvegarde est illusoire.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 se présente comme la traduction des acquis de cette réforme et prépare déjà les étapes futures à envisager : votre commission a saisi cette occasion pour tracer des pistes en prévision de la prochaine réforme de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, et engager, à mi-parcours du plan « Hôpital 2007 », un travail d'ampleur sur l'évaluation des établissements de santé.

PREMIÈRE PARTIE

-

ÉQUILIBRES FINANCIERS GÉNÉRAUX

I. LA DERNIÈRE ÉCHÉANCE D'UN EXERCICE DÉPASSÉ ?

A. DES COMPTES SOCIAUX ENTRE PERFUSION ET RÉMISSION

1. L'exécution 2004 : la perfusion

L'année 2004 restera, pour le régime général, comme l'année d'un déficit historique. Celui-ci atteindra en fin d'exercice 14 milliards d'euros, imputable pour l'essentiel au déficit de l'assurance maladie (13,2 milliards) mais également à une croissance des recettes inférieure aux anticipations initiales.

Dans l'impossibilité de définir un solde de la sécurité sociale – le périmètre des prévisions de recettes ne recouvrant pas celui des prévisions de dépenses – votre commission s'est bornée à construire un « indicateur d'équilibre » en confrontant les deux agrégats. S'il ne permet pas en soi de définir un solde, il mesure l'évolution infra et pluriannuelle de la confrontation recettes/dépenses du champ de la loi de financement.

La dégradation de cet indicateur d'équilibre (- 47 %) entre le projet initial et le correctif proposé pour 2004 par le projet de loi de financement pour 2005 illustre la situation paradoxale actuelle : malgré une amélioration de la conjoncture économique, la situation financière de la sécurité sociale s'est sérieusement détériorée.

Le projet de loi de financement pour 2004, qui visait à contenir le déficit du régime général à 10,3 milliards d'euros, n'a pas atteint son objectif.

Indicateur d'équilibre pour 2004

(en milliards d'euros)

	Prévisions initiales LFSS 2004	LFSS 2004 révisée	Différence (2-1)	Taux de variation
Recettes	336,1	333,3	- 3,6	- 0,83 %
Dépenses	345,4	347,0	1,6	+ 0,46 %
Indicateur d'équilibre	- 9,3	- 13,7	- 5,2	- 47,31 %

• **Un déficit imputable à de moindres recettes...**

La présentation d'ensemble des prévisions de recettes s'établit comme suit :

Agrégat des prévisions de recettes 2004 en réalisation¹

(en milliards d'euros)

	Prévisions initiales LFSS 2004 (article 17 de la LFSS 2004) ⁽¹⁾	LFSS 2004 révisée (article 5 du PLFSS 2005) ⁽²⁾	Écart 2004 révisée/2004 initiale ⁽²⁾⁻⁽¹⁾	Taux de variation (en %)
Cotisations effectives	187,3	185,5	-1,8	- 0,96
Cotisations fictives	31,4	31,8	0,4	+ 1,27
Cotisations prises en charge par l'État	19,5	19,7	0,2	+ 1,03
Autres contributions publiques	12,0	11,4	-0,6	- 5,00
Impôts et taxes affectés	80,7	80,1	-0,6	- 0,74
Transferts reçus	0,1	0,2	0,1	+ 100,00
Revenus des capitaux	1,0	0,9	-0,1	- 10,00
Autres ressources	4,1	3,3	-0,8	- 9,76
Total des recettes	336,1	333,3	-2,8	-1,07

¹ Après modification du projet par l'Assemblée nationale

La loi de financement révisée pour 2004 présente un manque à gagner de 2,8 milliards d'euros imputables, pour les deux tiers, aux moindres rentrées de cotisations sociales.

En revanche, l'objectif de croissance du produit intérieur brut (PIB) est revu à la hausse – il sera de 2,5 % au lieu de 1,7 % en prévision – mais cette amélioration ne s'est pas encore traduite par une augmentation équivalente de la masse salariale, qui constitue l'assiette des cotisations sociales, en raison du décalage habituel existant entre ces deux variables. L'amélioration de la conjoncture ne se répercute en effet sur l'emploi qu'au terme de deux ou trois trimestres.

Evolution divergente du PIB et de la masse salariale

	2004 initiale	2004 corrigée	Ecart
PIB	1,7 %	2,5 %	+ 0,8
Masse salariale plafonnée	3,1 %	2,6 %	- 0,5
Masse salariale du secteur privé	2,7 %	2,3 %	- 0,4

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale, tome I, p. 23

• ... et au dérapage des dépenses d'assurance maladie

Le dépassement des objectifs de dépenses de sécurité sociale est une nouvelle fois imputable au « coût de la santé » puisque sur 1,6 milliard d'euros de dépassement, 1,5 milliard sont à inscrire au débit de la branche maladie-maternité, dont 1,3 milliard au titre de l'ONDAM. Initialement fixé à 4,2 %, son taux de croissance est porté à 5,2 % même si ce correctif n'est que prévisionnel : les derniers éléments connus laissent entendre que la croissance de l'ONDAM 2004 pourrait être finalement inférieure à ce pourcentage.

Objectifs de dépenses par branche en 2004

(en milliards d'euros)

	Prévisions initiales LFSS 2004	LFSS 2004 révisée	Écart 2004 révisée/2004 initiale	Taux de variation
Maladie, maternité, invalidité et décès	143,6	145,1	1,5	+ 1,04 %
<i>dont ONDAM</i>	<i>129,7</i>	<i>131,0</i>	<i>1,3</i>	<i>+ 1,00 %</i>
Vieillesse	146,6	146,8	0,2	+ 0,14 %
Accidents du travail	9,7	10,1	0,4	+ 4,12 %
Famille	45,5	45,0	- 0,5	- 1,10 %
Total des dépenses	345,4	347,0	1,6	+ 0,46 %

Même s'il présente une ampleur moindre, le dépassement de l'objectif initial des dépenses de la branche des accidents du travail, dû à la montée en charge de l'indemnisation des victimes de l'amiante, mérite d'être dès à présent souligné.

Au total, la sécurité sociale n'aura pu, cette année, assurer le paiement des prestations que grâce aux disponibilités de trésorerie exceptionnellement élevées, autorisées par la loi de financement pour 2004 (le solde quotidien moyen de la trésorerie de l'ACOSS s'élèverait à - 14,1 milliards d'euros) et au refinancement des dettes de l'assurance-maladie par la CADES, à hauteur de 35 milliards d'euros.

2. La prévision 2005 : la rémission

Sous le double effet de la réforme de l'assurance maladie et d'une confirmation attendue de la reprise économique espérée, les comptes de la sécurité sociale s'amélioreraient au cours de l'année 2005. Le déficit du régime général se réduirait de 14 milliards à 10,2 milliards d'euros. L'indicateur d'équilibre pour 2005 traduit d'ailleurs cette amélioration prévisionnelle.

Indicateur d'équilibre 2004 révisé/2005¹

(en milliards d'euros)

	LFSS 2004 révisée	LFSS 2005	Différence (2-1)	Taux de variation (en %)
Recettes	332,5	350,6	18,1	+ 5,44
Dépenses	347,0	361,7	18,5	+ 4,24
Indicateur d'équilibre	- 14,5	- 11,6	3,4	+ 23,45

¹ Après modification du projet par l'Assemblée nationale

• L'apport de recettes nouvelles

Construit sur des hypothèses de croissance du PIB (+ 2,5 %) et de la masse salariale (+ 2,5 % ; + 4 % pour la masse salariale du secteur privé non plafonnée) relativement optimistes, l'agrégat de prévision de recettes des organismes de sécurité sociale pour 2005 affiche une augmentation de 17,3 milliards d'euros répartis entre :

- une augmentation des impositions et taxes affectées (ITAF) à la sécurité sociale de 5,3 milliards d'euros, résultant à la fois de l'affectation de recettes fiscales nouvelles à l'assurance maladie et de la création d'une cotisation affectée aux industries électriques et gazières (IEG) dans le cadre de l'adossement de leur régime spécial de retraite au régime général. Cette dernière ressource a d'ailleurs été comptabilisée de manière erronée avant d'être corrigée à l'Assemblée nationale par le Gouvernement ;

- une augmentation des rentrées de cotisations (+ 8,1 milliards), essentiellement sous l'effet des prévisions de croissance de la masse salariale.

Prévisions de recettes pour 2005¹

(en milliards d'euros)

	LFSS 2004 révisée (article 5 du PLFSS 2005) (1)	LFSS 2005 (article 4 du PLFSS 2005) (2)	Progression 2005/2004 révisée (2)-(1)	Taux de variation (en %)
Cotisations effectives	185,5	189,8	4,3	+ 2,32
Cotisations fictives	31,8	34,1	2,3	+ 7,23
Cotisations prises en charge par l'État	19,7	21,2	1,5	+ 7,61
Autres contributions publiques	11,4	11,8	0,4	+ 3,51
Impôts et taxes affectés	80,1	85,4	5,3	+ 6,62
Transferts reçus	0,2	0,6	0,4	+ 200,00
Revenus des capitaux	0,9	1,1	0,1	+ 11,11
Autres ressources	3,7	6,7	3,0	+ 81,08
Total des recettes	333,3	350,5	17,3	+ 5,19

¹ Après modification du projet par l'Assemblée nationale.

Les prévisions de recettes et objectifs de dépenses ont été fortement affectées par la présentation comptable retenue pour traiter la « soulte » compensant à la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) l'adossement du régime IEG.

Cette soulte, initialement fixée à 7 milliards d'euros, se compose de deux parties : une enveloppe de deux milliards et le versement d'une contribution sur vingt années dont le montant s'élèverait à 4 milliards. Or, le Gouvernement a inscrit la totalité des recettes issues de cette contribution dès 2005, alors qu'un vingtième seulement sera effectivement perçu durant cet exercice.

A l'évidence, cette présentation n'était comptablement pas défendable ; elle a donc été corrigée pour être ramenée à seulement un vingtième du versement total. Cette correction a fourni enfin l'occasion de transcrire dans la loi le contenu des ultimes négociations entre la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et le Gouvernement ayant porté le prix de l'adossement de 7 à 9 milliards (en nominal) : soit 3,1 milliards versés par les employeurs au fonds de réserve des retraites dès 2005 et 5,9 milliards fractionnée en vingt annuités de 295 millions d'euros.

Cette double correction explique le profond changement des chiffres proposés par le projet de loi pour les prévisions de recettes ; en outre, le Gouvernement ayant choisi de confier la gestion de la somme au fonds de réserve pour les retraites (FRR), l'agrégat de dépenses de la branche vieillesse veuvage s'en trouve également modifié.

• Le pari de la réussite du plan prévu par la réforme de l'assurance maladie

La norme de progression des dépenses des quatre branches de la sécurité sociale est présentée en augmentation de 4,23 %, soit 14,7 milliards d'euros supplémentaires en valeur.

Objectifs de dépenses par branche¹ pour 2005

(en milliards d'euros)

	LFSS 2004 révisée	LFSS 2005	Écart 2005/ 2004 révisée	Taux de variation (en %)
Maladie, maternité, invalidité et décès	145,1	148,3	3,2	2,21
<i>dont ONDAM nominal²</i>	<i>131,1</i>	<i>134,9</i>	<i>3,9</i>	<i>2,98</i>
Vieillesse	146,8	156,7	9,9	6,74
Accidents du travail	10,1	10,5	0,4	3,96
Famille	45,0	46,2	1,2	2,67
Total des dépenses	347,0	361,7	14,7	4,23

¹ Après modification par l'Assemblée nationale.

² Un changement de périmètre de l'ONDAM est dû en 2005 au transfert, à l'État, du financement des indemnités journalières des enseignants (22 millions d'euros) et, aux régions, des instituts de formation en soins infirmiers

Hors la péripétie technique précédemment évoquée, l'évolution en valeur des dépenses de la sécurité sociale est faible et la prévision des dépenses de santé (3,2 %) ne trouve sa crédibilité que dans les mesures prises dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie.

La participation des assurés devrait susciter une économie estimée à 700 millions d'euros. En l'absence de cette participation, l'ONDAM aurait été mécaniquement majoré de 0,5 point (soit 3,7 %). Les mesures de maîtrise médicalisée en 2005 doivent en outre permettre l'économie de 2,2 milliards de dépenses médicalement non justifiées. Si ces dépenses étaient réalisées, elles majoreraient à leur tour l'ONDAM de 1,6 point.

Au total, sans les outils créés par la réforme de l'assurance maladie, l'ONDAM aurait été spontanément porté à 5,3 %, soit un niveau supérieur à celui qui sera finalement constaté en 2004.

Construction de l'ONDAM

(en milliards d'euros)

(1) ONDAM 2004 révisé	131
(2) ONDAM 2004 révisé (champ 2005)	130,8
(3) ONDAM 2005	134,9
Effet réforme assurance maladie	2,9
a) Participation usager	0,7
b) Réorganisation offre de soins	2,2
(4) ONDAM 2005 hors réforme (3 + a + b)	137,8
(5) ONDAM 2005 hors participation assuré (3 + a)	135,6
% ONDAM nominal (3/1)	2,9 %
% ONDAM (3/2)	3,2 %
% hors participation usager (5/2)	3,7 %
% hors réforme assurance maladie (4/2)	5,3 %

Au moment où la branche vieillesse entre dans une période de déficit structurel, les ressources nouvelles et les perspectives d'un début de maîtrise des dépenses de santé permettent d'espérer, pour la sécurité sociale, une rémission même précaire. Le niveau du plafond de trésorerie fixé par le projet de loi de financement traduit cette précarité : la reprise de 35 milliards d'euros par la CADES porte le solde prévisionnel de l'ACOSS en fin d'année à + 3 milliards d'euros. Aussi le présent projet de loi propose de limiter la capacité d'emprunt du régime général à 13 milliards d'euros ; elle était à plus du double en 2004.

Toutefois, au-delà de cette présentation générale, à certains égards faussement rassurante – un déficit du régime général de 10 milliards d’euros ne peut qu’être préoccupant – persistent des difficultés dont l’ampleur et la permanence justifient qu’on y porte ici attention.

B. LA PERSISTANCE DES ANGLES MORTS

1. Les fonds sociaux dans l’impasse

L’article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale prévoit que la loi de financement de la sécurité sociale fixe les recettes des « *fonds concourant au financement des régimes obligatoires* ».

Trois d’entre eux, le fonds solidarité vieillesse (FSV), le fonds de financement des prestations sociales agricoles (FIPSA) et le fonds de réserve des retraites (FRR) connaissent des difficultés structurelles, les deux premiers en raison d’un déficit désormais permanent, le troisième à cause d’une absence de visibilité.

a) Le fonds de financement des prestations sociales agricoles (FIPSA)

La réforme de l’ordonnance organique du 2 janvier 1959 relative aux lois de finances par la loi du 1^{er} août 2001 a supprimé, à compter du 1^{er} janvier 2005, le budget annexe des prestations sociales agricoles (BAPSA) au motif que ce dernier ne répondait plus aux critères requis pour bénéficier du statut de « *budget annexe* ».

Tirant les conséquences de cette suppression, l’article 40 de la loi de finances pour 2004 a créé un fonds *ad hoc* qui prend en charge le financement des prestations sociales agricoles : les trois sections qui le composent retracent les dépenses réalisées au bénéfice des exploitants agricoles dans les domaines de l’assurance maladie, des retraites et de la famille.

De ces trois sections, seule la dernière est à l’équilibre. Le budget 2005, présenté par l’annexe *f* du présent projet de loi, prévoit un déficit important : les dépenses d’assurance maladie sont de 12 % supérieures au montant des recettes de cette section ; ce ratio est de 8,5 % pour les prestations d’assurance vieillesse.

Malheureusement, cette situation ne constitue pas une mauvaise passe. Le régime des exploitants agricoles connaît un déficit permanent pour des raisons démographiques. Mais, sous l’empire du BAPSA, ce régime bénéficiait d’une subvention d’équilibre du budget de l’État. La suppression de ce budget annexe a coïncidé avec celle de la subvention automatique. **Aussi, dès 2004, le FIPSA s’est trouvé en déficit de 860 millions d’euros.**

Ce déficit aurait même été supérieur si la protection sociale des exploitants agricoles n'avait bénéficié d'une soule de contribution sociale de solidarité sur les sociétés (CSSS), qui a permis de minorer le déficit spontané de 775 millions d'euros. Or, les situations comptables des régimes non salariés non agricoles (ORGANIC, CANCAVA, CANAM), prioritaires dans le schéma de répartition de cette contribution, ne permettront pas de réitérer un tel versement en 2005.

En conséquence, le FIPSA présentera en fin d'année prochaine un déficit cumulé de 2,3 milliards d'euros sur deux ans. Cette situation préoccupante est encore aggravée par le coût de la mensualisation des retraites agricoles prévue par la loi du 21 août 2003 relative à la réforme des retraites, qui pèse significativement sur la trésorerie du régime.

Exploitant agricole Résultat 2002/2005

(en millions d'euros)

	2002	2003	2004 ⁽¹⁾	2005 ⁽¹⁾
Résultat net	- 57,9	- 72,2	- 857,4	- 1.513,2
Résultat cumulé	- 57,9	- 130,1	- 987,5	- 2.500

⁽¹⁾ prévisions

Source : annexe f loi de financement 2005

Cette situation appelle une question et une observation :

- l'avenir du financement de la protection sociale agricole est-il compatible avec le désengagement de l'État, qui assurait précédemment l'équilibre au moyen d'une subvention ? La commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale a exprimé cette préoccupation en déposant un amendement d'appel visant à augmenter la fiscalité du tabac de manière disproportionnée (15 %) pour résorber le déficit du FIPSA. Le principe d'un rapport sur la situation du fonds a finalement été adopté pour rechercher les moyens de répondre à cette difficulté (*article premier quinquies*) ;

- l'impact de la création de ce fonds sur la loi de financement de la sécurité sociale est désormais patent. La suppression de la subvention d'équilibre de l'État à la protection sociale agricole dégrade mécaniquement « le solde des comptes sociaux », tel qu'il peut être déduit des agrégats présentés en lois de financement.

b) Le fonds de réserve des retraites

Dans son rapport consacré au fonds de réserve des retraites (FRR)¹, alors en gestation, votre commission avait formulé un ensemble de remarques mettant en évidence le caractère inopérant de ce qui fut présenté par le précédent gouvernement comme une alternative à l'inéluctable réforme des régimes de retraite.

¹ Références du rapport n° 382, session 2000-2001 p. 111-227

Principales remarques de la commission des affaires sociales sur le fonds de réserve des retraites en avril 2001

Le gouvernement de Lionel Jospin avait indiqué, le 21 mars 2000, que le fonds de réserve des retraites permettrait l'accumulation de 1.000 milliards de francs (150 milliards d'euros) à l'horizon 2020, cette somme représentant la moitié des déficits devant être couverts au cours de la période de 2020-2040.

Votre commission avait contesté cette projection en se fondant sur trois considérations essentielles :

- la construction du plan d'abondement du fonds de réserve était établie sur des hypothèses macro-économiques trop optimistes ;

- l'essentiel de ce plan reposait initialement sur la constitution d'excédents de CSSS et d'un résultat d'exploitation positif du FSV, que le gouvernement avait durablement asséché par ses choix politiques (financement des 35 heures, allocation personnalisée d'autonomie, etc.). Le montant initialement avancé de 400 milliards de francs avait pourtant été porté à 650 milliards par le gouvernement d'alors, les prévisions à échéance 2020 étant, par définition, invérifiables ;

- la constitution d'une réserve était programmée au moment où les régimes de retraite présentaient des déficits non financés d'une ampleur comparable.

La réalisation du plan de financement du fonds de réserve des retraites supposait un abondement annuel au moins équivalent à 5 milliards d'euros, hors produits financiers. En 2005, à la fin de son septième exercice, **les disponibilités du fonds ne dépasseront pas les 21 milliards d'euros**, c'est-à-dire que les sommes accumulées n'excèdent pas 60 % du montant initialement prévu pour cette date.

Le 2 mai 2001, la direction de la sécurité sociale (DSS) avait pourtant présenté au conseil d'orientation des retraites un plan de financement prévoyant le versement, d'ici 2020, d'excédents en provenance du compte du FSV et de CSSS s'élevant à 100 milliards d'euros, soit les deux tiers des ressources du fonds. A fin 2005, ce dernier n'aura en fait perçu que 580 millions d'euros de ces deux postes de recettes, le dernier versement remontant d'ailleurs à 2001.

Il est désormais acquis que le fonds de réserve des retraites n'atteindra pas le montant symbolique initialement promis par Lionel Jospin. Les hypothèses les plus optimistes estiment que ce fonds pourrait accumuler un petit tiers de la somme prévisionnelle. Il devient en conséquence difficile d'appréhender simultanément la constitution d'un fonds de réserve sans objectif, ni échéance, et la multiplication des déficits au sein des comptes sociaux (assurance maladie, assurance vieillesse, protection sociale agricole).

La conservation d'un symbole, ou d'un outil pédagogique si ce qualificatif convient au FRR, présente-t-il encore un intérêt stratégique pour la sécurité sociale, hors de toute considération financière pour les organismes qui en sont aujourd'hui les gestionnaires ? Votre commission s'interroge.

c) Le fonds de solidarité vieillesse

Institué par la loi du 22 juillet 1993 afin d'assurer le financement d'avantages vieillesse non contributifs, et relevant de la solidarité nationale, le FSV accusera, en 2005, son cinquième déficit annuel consécutif. En effet, en dépit d'une obligation légale d'équilibre, le solde cumulé du FSV atteindra - 2,65 milliards d'euros à la fin de l'année prochaine.

Évolution du solde du FSV

(en millions d'euros)

	2002	2003	2004	2005
Solde du FSV	- 1.350	- 933	- 430	- 1.167
Solde cumulé du FSV	- 123	- 1.056	- 1.485	- 2.653
Réserve du FSV	1.227	0	0	0

Source : annexe f projet de loi de finances pour 2005

Cette situation entraîne une difficulté croissante du fonds à s'acquitter de ses obligations. Ces dernières sont constituées des versements aux régimes de retraites du montant des différentes prestations du minimum vieillesse, des avantages familiaux de pension et des charges correspondant à des périodes validées gratuitement, notamment de chômage.

Le fonds assure ces versements en deux temps, une première fraction à titre prévisionnel et un solde une fois la dépense réelle constatée.

Or, pour pallier la difficulté de son déficit structurel, le fonds ne dispose pas juridiquement de la faculté d'emprunter. Il est donc convenu avec la CNAVTS d'ajuster le montant des provisions destinées à couvrir la validation des périodes de chômage - ce poste représentant 55 % de ses dépenses.

Mais cette solution ne fait pas disparaître le déficit. Tout au plus lui confère-t-il un caractère « revolving ». En effet, au cours du premier semestre 2005, le fonds apurera la dette encore due au titre de l'exercice 2003, soit 810 millions d'euros, et constatera une dette au titre de l'exercice 2004 s'élevant à 1,25 milliard d'euros qui, elle-même, ne sera acquittée définitivement qu'en 2006.

Au total, le montant prévisionnel décaissé par le fonds au titre des validations des périodes de chômage sera doublement amputé : une première fois en raison du déficit prévisionnel du budget pour 2005 (- 1,2 milliard d'euros), une deuxième fois du fait du reste à payer au titre de 2003 (- 800 millions d'euros). **Année après année, la fraction prévisionnelle**

versée par le FSV au régime général de retraite se réduit pour assurer l'apurement des dettes passées.

Ce déficit dégrade évidemment le solde de trésorerie de la CNAVTS à l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), mais n'affecte pas en apparence les comptes de la branche vieillesse qui sont présentés en droits constatés, car celle-ci rattache aux exercices concernés les créances sur le FSV encore impayées.

Qu'en est-il en réalité ? L'article L. 135-6 du code de la sécurité sociale prévoit le versement des excédents constatés de la CNAVTS au fonds de réserve des retraites. Au titre de l'année 2004, ce dernier devrait recevoir 945 millions d'euros de la CNAVTS au titre desdits excédents ... sachant que dans le même temps figurent dans les comptes du régime les créances non recouvrées sur le FSV (à hauteur de 1,5 milliards). Aussi l'ACOSS devra-t-elle emprunter pour verser au fond de réserve le solde d'un excédent de la CNAVTS en droits constatés, qui se traduit en réalité par un déficit de trésorerie.

Votre commission s'est enquis des mesures que le Gouvernement pourrait prendre pour restaurer l'équilibre financier du fonds. Il lui fut répondu par la voix du ministre chargé de la santé et des personnes handicapées que l'évolution des dépenses du FSV, notamment la diminution du nombre de titulaires du minimum vieillesse, tendrait spontanément, d'ici quelques années, à résorber tout ou partie du déséquilibre. La commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale a, pour sa part, proposé la suppression du comité de surveillance du fonds. Cette suppression, qui ne résorberait pas en soi le déficit, constitue en quelque sorte un moyen extrême d'attirer l'attention du Gouvernement sur un problème qui ne saurait perdurer.

Votre commission a interrogé la Cour des comptes sur la coexistence de ce déficit et des dispositions de l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale qui impose à la loi de financement d'assurer l'équilibre des fonds. La Cour a estimé que *« l'obligation d'équilibre du FSV (art. L. 135-2 du code de la sécurité sociale) n'étant plus assurée sur une période aussi longue, et en l'absence de toute proposition de mesure pour redresser la situation, le dispositif juridique en place ne répond plus à l'un de ses objectifs, c'est-à-dire d'éviter la constatation d'une dette directe de l'État pour la partie des charges du fonds non couvertes par ses produits. Les conséquences doivent donc en être tirées dans la présentation des comptes publics. »*

Au regard de ce constat, votre commission regrette que sa proposition d'une rétrocession des droits sur les alcools à ce fonds, formulée lors de la réforme de l'assurance maladie, n'ait encore pu aboutir.

2. La clarification des relations financières entre l'État et la sécurité sociale entre chien et loup

L'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale dispose que l'État doit compenser aux régimes de sécurité sociale, toute mesure d'exonération de cotisations de sécurité sociale qu'il déciderait. Par l'article 70 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, ce dispositif a été étendu à toute mesure de réduction ou d'exonération de contribution, c'est-à-dire des taxes et impositions affectées à la sécurité sociale.

Malgré cette extension solennelle, plusieurs projets de loi soumis à l'examen du Parlement cet automne comportent des articles qui le contredisent, qu'il s'agisse du projet de loi relatif à la cohésion sociale (*le contrat d'avenir*), du projet loi de finances (*le financement de la couverture maladie universelle complémentaire*) ou du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

a) Les contrats d'avenir

L'article 29 du projet de loi relatif à la cohésion sociale prévoit, à destination de certains publics éloignés de l'emploi, une nouvelle catégorie de contrats aidés dénommée « *contrat d'avenir* ».

Le projet de loi calque le régime d'exonération qui l'accompagne sur celui des contrats emploi solidarité (CES) et contrats emploi consolidé (CEC), notamment pour le montant de rémunération au-delà duquel le paiement des cotisations est exigé.

Il se trouve que les CES et CEC ont été créés avant la loi du 25 juillet 1994, qui a imposé l'obligation de compensation transcrite dans le code de la sécurité sociale, et que le coût des exonérations qui les accompagnent n'a pas été compensé à la sécurité sociale (1.350 millions d'euros en 2004)¹.

D'un côté, le projet de loi de cohésion sociale ne pose pas une dérogation explicite au principe de compensation. De l'autre, le projet loi de finances pour 2005 n'inscrit aucun crédit au titre de cette exonération nouvelle. Devant ce double silence, que conclure ?

Votre commission a tout d'abord recherché l'intention du Gouvernement qui a répondu, par la voix de Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et des personnes handicapées, qu'en raison de la proximité de l'objet des futurs contrats d'avenir avec les actuels CES et CEC, leur coût ne seraient pas compensés la sécurité sociale. Cette intention suffit-elle en droit ?

Interrogée sur ce point, la Cour des comptes a répondu par la négative.

Pour la Cour, « *ce n'est pas parce que la loi de financement ne comporte pas de crédits pour compenser une exonération que cela vaut*

¹ *Projet de loi de finances pour 2005 – Travail, santé et cohésion sociale, p. 21.*

dérogation à l'article L. 131-7. Dans cette hypothèse, la sécurité sociale devra comptabiliser encore une créance sur l'État qui devra trouver sa contrepartie dans les comptes de l'État. »

Cette situation place le Gouvernement devant le dilemme suivant : ne pas compenser – mais alors il lui faut inscrire cette dérogation explicitement dans le projet de loi de cohésion sociale –, soit compenser mais il convient de prévoir les crédits correspondants en loi de finances et en loi de financement.

La persistance de la situation actuelle – ni dérogation, ni compensation – pose pour le budget et la loi de financement la question de leur sincérité.

Au-delà de cette difficulté, votre commission se bornera à constater qu'aucune règle juridique ne serait transgressée par le Gouvernement s'il proposait explicitement de ne pas compenser une mesure d'exonération. Malgré un engagement antérieur formalisé par la loi, une disposition législative nouvelle pourrait y déroger.

Elle regrette toutefois ce qui apparaît comme un singulier précédent. Lors de la mise en place des 35 heures, la majorité d'alors n'avait finalement pas osé afficher une infraction aux dispositions de la loi du 25 juillet 1994 et en avait détourné l'esprit par la création du FOREC. La mise en place des contrats d'avenir fait, pour sa part, l'économie de tout subterfuge. La perte de recettes pour les régimes sociaux s'élèvera à une somme comprise entre 200 et 300 millions d'euros en 2005, pour atteindre entre 1 et 1,5 milliard d'euros à terme, soit le double du coût actuel des CES et CEC.

b) Les recettes du fonds de financement de la couverture maladie universelle complémentaire

Le fond de financement de la couverture maladie universelle (CMU), qui assure le bénéfice d'une couverture complémentaire santé à 4,8 millions de personnes, est financé par une contribution des organismes de protection sociale complémentaire (mutuelle, assurances) et une dotation d'équilibre versée par l'État.

L'article 77 du projet de loi de finances pour 2005 affecte à ce fonds le bénéfice de la cotisation sur les boissons alcoolisées (droits prévus par les articles L. 245-7 à L. 245-12 du code de la sécurité sociale).

Or, cette recette, qui s'élève à 370 millions d'euros, est une ressource historique de la CNAM.

Si la motivation de ce transfert est honorable - financer l'octroi d'une couverture complémentaire à 300.000 enfants -, il n'en constitue pas moins la deuxième étape d'un désengagement de l'État du financement de la CMU.

En effet, la loi de finances pour 2004 a précédemment déjà modifié les règles de remboursement à la CNAM des débours que lui cause la gestion des contrats complémentaires. La loi du 27 juillet 1999, instituant la CMU, avait prévu une stricte neutralité de la création de ces contrats pour la sécurité

sociale, leur coût étant remboursé par l'État à « l'euro près ». La loi de finances pour 2004 a contredit ce principe fondateur en étendant à la CNAM le principe d'une indemnisation forfaitaire existant déjà pour les organismes complémentaires. Le montant de ce forfait étant notoirement insuffisant pour couvrir les dépenses des assurés, il résulte de cette disposition une économie pour le budget général de 140 millions d'euros au détriment de la sécurité sociale.

Le projet loi de finances pour 2005 présente toutefois un progrès car la perte de recettes est compensée par une moindre dépense pour la branche maladie (transfert du coût de la formation des infirmières à hauteur de 170 millions d'euros) et par l'affectation à la CNAM d'un supplément du produit de la taxe sur les tabacs (à hauteur de 90 millions). Mais cette compensation n'est que partielle puisqu'elle laisse une ardoise d'environ 100 millions d'euros.

Les conséquences des dispositions de cet article 77 semblent, en outre, imparfaitement tirées sur le plan budgétaire. En effet, la disparition de cette ressource du champ des prévisions de recettes des régimes sociaux n'est signalée que de manière incidente par l'annexe c du projet loi de financement de la sécurité sociale, alors même qu'il s'agit d'un élément budgétaire nouveau. Dans cette hypothèse, le tableau des « mesures nouvelles » figurant à la page 17 de cette annexe devrait en rendre compte. Or il n'en est rien. Bien plus, l'existence de ce transfert de recettes est contredite par l'annexe « jaune » relative au bilan des relations financières entre l'État et la sécurité sociale selon laquelle le produit de la taxe sur les boissons alcoolisées demeure affecté à la CNAM en 2005...¹

La persistance des mesures de débudgétisation, qui n'épargnent pas le projet de loi de financement (extension du plan BIOTOX, financement des conseillers généraux des hôpitaux placés auprès du ministre), interdit de construire les budgets à partir d'une cohérence intellectuelle supposant prédéfinies les missions des différents organismes et les ressources les finançant.

Mais, au-delà, votre commission constate qu'elle témoigne d'un formidable syndrome de paupérisation de l'État, dont la prise en charge, par la CNAM, des conseillers généraux placés auprès du ministre constitue un signal troublant.

Le Gouvernement, qui a confirmé par la voix de Xavier Bertrand, secrétaire d'État à l'assurance maladie, l'élévation au niveau organique des dispositions de l'article 70 de la loi relative à l'assurance maladie, doit toutefois prendre la mesure de la portée d'une telle modification. En l'absence de compensation, le risque de censure, par le Conseil constitutionnel, des dispositions contestables est réel, la Cour des comptes confirmant que « *mettre l'article L. 131-7 en loi organique empêcherait qu'une loi de financement ou une loi de finances déroge au principe de compensation.* »

¹ Cf. p. 25, Bilan des relations financières entre l'État et la protection, projet de loi de finances.

II. LA RÉFORME DE LA LOI ORGANIQUE RELATIVE AUX LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE : POUR UNE CONSTITUTION DES FINANCES SOCIALES

Après la sauvegarde des régimes de retraites intervenue à l'été 2003, le Gouvernement a défendu, au mois de juillet 2004, une réforme modifiant profondément la prise en charge du risque maladie.

Ces deux textes, dont la second fut baptisé à tort « *réforme de la sécurité sociale* », ne constituent qu'une étape dans un processus plus global d'adaptation de notre système de protection sociale, processus devant désormais être parachévé par deux étapes supplémentaires.

La première - qui n'est guère évoquée - est celle de la réforme du « service public » de la sécurité sociale. Le dernier rapport de la Cour des comptes consacré à la sécurité sociale propose des pistes de réflexion sur le sujet de l'organisation territoriale de la sécurité sociale, sans toutefois épuiser un sujet qui concerne les quatre branches. La situation des régimes, de leurs missions et de leurs moyens respectifs, mériterait un rapport à elle seule et justifie l'attention que le législateur pourrait y porter.

La seconde - annoncée pour le premier semestre 2005 - est la réforme de la « *constitution des finances sociales* », la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale. Cette réforme est rendue nécessaire par le constat, désormais unanimement partagé, que les lois financement de sécurité sociale évoluent dans un cadre inadapté.

Dès 1999, votre commission s'était interrogée, dans le cadre d'un groupe de travail, sur les moyens d'améliorer le contenu et la présentation des lois de financement, « *outil essentiel et instrument perfectible* » d'appréhension des finances sociales. Ses réflexions d'alors restent d'actualité.

Un certain nombre d'éléments de réponse aux difficultés imputables à l'étroitesse du cadre organique aurait pourtant pu être corrigé dès la révision de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) d'août 2001. Étrangement, alors que cette réforme aurait dû constituer l'occasion d'organiser l'articulation entre les deux lois financières, la LOLF a pour ainsi dire ignoré ce sujet.

A quelques mois d'une réforme annoncée, votre commission souhaite présenter l'état de sa réflexion : les modifications à apporter à la construction des agrégats, les extensions du périmètre des lois de financement à envisager et les améliorations d'examen et de contrôle à suggérer.

A. REDÉFINIR SES AGRÉGATS

L'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale dispose que les lois de financement prévoient annuellement les recettes de la sécurité sociale par

catégorie, les objectifs de dépenses par branche, un objectif spécifique à l'assurance-maladie (l'ONDAM), le plafond de trésorerie accordée à chaque régime ... et l'adoption d'un rapport annexé présentant les orientations de la politique sanitaire et sociale du Gouvernement. À l'exception de ce dernier point, les autres éléments constituent les « agrégats » de la loi de financement de la sécurité sociale.

La rédaction minimale retenue par le législateur organique, les modalités de leur construction et la « créativité comptable » dont fit alors preuve le précédent gouvernement expliquent la profonde altération de la qualité de ces différents agrégats.

La réforme annoncée devra, en conséquence, être l'occasion de corriger certains défauts - dont l'imprécision - et d'apporter de la lisibilité, en améliorant l'articulation entre loi de financement et loi de finances. Il conviendra également d'imaginer les moyens de compléter l'examen annuel du solde des régimes sociaux par une mise en perspective pluriannuelle.

1. Les prévisions de recettes

Le législateur organique a prévu le vote des recettes de la sécurité sociale non par branche, mais par catégorie sans avoir par ailleurs précisément défini cette notion.

Le caractère des lois de financement, qui sont des lois financières, impliquerait pourtant qu'en face des dépenses de chaque régime et de chaque branche puissent être examinées les recettes qui les financent. La pratique actuelle ne permet pas cette confrontation. L'impossibilité de l'exercice est, en outre, aggravée par le télescopage systématique entre la loi de financement et la loi de finances sur les questions de recettes.

a) La présentation des recettes par branche

La présentation des recettes actuelle résulte du choix opéré par le législateur organique de 1996, qui opta pour la présentation par catégorie.

En 1996, la construction des comptes le justifiait certainement. En effet, la détermination des recettes propres à chaque branche exigeait des relations nombreuses et complexes entre l'ACOSS et les régimes. En outre, le souci de faire remplir aux entreprises, en amont, un bordereau unique de déclaration, a eu pour conséquence, en aval, une complexité importante de traitement des données pour les URSSAF.

La mise en place du système informatique RACINE au 1^{er} janvier 1998 a ensuite permis de résoudre l'essentiel de ces difficultés d'affectation. En conséquence, la présentation des recettes par branche et par catégorie peut désormais être sérieusement envisagée afin que le Parlement soit en mesure d'approuver, en face des dépenses des différents régimes, les ressources qui les financent. Cette option fait déjà l'objet d'un consensus.

b) Le partage des recettes entre lois de finances et de financement

La deuxième difficulté tient à l'articulation du partage des recettes entre projet de loi de finances et de financement de la sécurité sociale.

Depuis la création des lois de financement, les difficultés d'articulation entre ces deux textes sur les questions de recettes furent permanentes. Jusqu'à la décision du Conseil constitutionnel du 7 décembre 2000 (2000-435 DC), il était devenu habituel qu'une décision prise dans une loi de financement puisse être modifiée soit par la loi de finances pour l'année suivante, soit par le collectif budgétaire de l'année en cours. Le Conseil constitutionnel a toutefois posé comme limite à ces modifications « *qu'elles ne portent pas atteinte à l'équilibre financier de la sécurité sociale si aucune loi de financement n'est en mesure de corriger l'équilibre initial* ». Il demeure que l'étanchéité des deux périmètres n'est pas garantie.

La difficulté fut même accrue par l'adoption de l'article 36 de la loi organique 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'État ne peut résulter que d'une disposition de loi de finances* ».

Le projet de loi de finances initiale et le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 ont fourni un exemple assez caricatural des situations que fait naître cette disposition, à l'occasion d'une modification du régime juridique de la fiscalité du tabac. L'assiette et le taux de cette taxe furent examinés en loi de financement mais l'affectation, pourtant destinée pour les trois quarts aux régimes sociaux, déterminée par la loi de finances. Le Gouvernement ayant, en cours de navette, décidé de rectifier le régime fiscal initialement prévu dans le projet de loi de finances, il fallut recourir à l'adoption d'amendements aux conclusions de la commission mixte paritaire sur le projet de loi de financement.

Plusieurs solutions sont défendables pour trancher une compétence relative aux recettes, dans le souci d'une meilleure cohérence de l'examen des textes.

Il faut d'abord admettre que l'affectation intégrale des recettes en loi de finances n'est pas envisageable, sauf à nier le caractère des lois de financement. Il ne peut être, en effet, décidé de dépenses sans débattre parallèlement des recettes. Cette voie est d'ailleurs écartée par la commission des finances de l'Assemblée nationale, qui, par la voix d'Yves Bur, a réclamé qu'il soit « *instauré un monopole du projet de loi de financement de la sécurité sociale sur les recettes sociales, cotisations et impositions affectées (...)* ».

Une solution pratique pourrait constituer, en cas de partage des recettes, à créer une taxe additionnelle affectée aux régimes sociaux, en diminuant d'autant la taxe « *princeps* » dévolue à l'État. Elle aurait toutefois pour inconvénient de multiplier les taxes additionnelles et de rendre le système

fiscal peu lisible. Votre commission, pour qui l'objectif de lisibilité est prioritaire, a déjà condamné le recours à cette méthode.

Une autre solution pourrait constituer à interdire ou à limiter drastiquement le partage de recettes entre les organismes relevant de la sécurité sociale et le budget de l'État, en imposant, par voie organique, la clarification des flux financiers entre ces deux sphères.

Sans être aussi exigeant, la limitation du partage des impositions, qui ne requiert en soi qu'un peu de discipline dans la construction budgétaire, constitue un objectif doublement justifié :

- par le souci d'assurer la clarté des finances de la sécurité sociale, les affectations instables de recettes nuisant gravement à leur lisibilité ;

- par l'intérêt de limiter les « zones de friction » budgétaires entre le budget général et la sécurité sociale, cette dernière subissant régulièrement des pertes de recettes relevant de la technique du « voleur chinois »¹ ;

c) L'autorisation de percevoir les recettes sociales

Cet objectif, qui vise à instaurer dans la pratique l'autonomie des finances sociales, revêt une portée symbolique essentielle.

Les articles 2 et 4 de l'ordonnance organique relative aux lois de finances de 1959 disposaient respectivement que « la loi de finances de l'année prévoit et autorise, pour chaque année civile, l'ensemble des ressources et des charges de l'État » et que « l'autorisation de percevoir les impôts est annuelle, le rendement des impôts dont le produit est affecté à l'État est évalué par la loi de finances ».

Qu'en était-il en pratique ? Pour la commission des finances du Sénat, la rédaction prévue par l'ordonnance organique « s'applique aux impôts, produits et revenus affectés à l'État, aux collectivités territoriales, aux établissements publics et organismes divers habilités à les percevoir »².

Le texte de 1959 ne pouvait à l'évidence prendre en compte l'existence des lois de financement créées en 1996. Mais le caractère restrictif de la compétence de la loi de finances sur l'autorisation de percevoir autorisait une coexistence pacifique avec la loi de financement malgré l'interprétation de la commission des finances.

Étrangement, la loi organique du 1^{er} août 2001 a méconnu l'existence des lois de financement. Disposant dans son article 34 que la loi de finances « autorise, pour l'année, la perception des ressources de l'État et des impositions de toute nature affectées à des personnes morales autres que l'État », elle introduit une sorte de schizophrénie paradoxale dans le champs

¹ Qui consiste à diminuer progressivement et insidieusement une recette affectée à la sécurité sociale, afin de rendre indolore, sinon inaperçue, cette captation.

² Commentaire de l'article premier de la loi de finances pour 1999 – Rapport général (n° 66), tome II.

des finances publiques : son application littérale conduit la loi de finances à autoriser la perception de recettes dont elle ne connaît ni l'assiette, ni le taux, ni le destinataire.

Elle donne finalement à la loi de finances une forme de pouvoir d'*exequatur* sur les mesures relatives aux recettes prises en lois de financement : celles-ci n'ont de force juridique que par l'intermédiaire d'une décision extérieure (article premier de la loi de finances). Aucun argument ne justifie une telle dichotomie, d'autant que le principal impôt français – la contribution sociale généralisée – est voté en loi de financement.

Il conviendra de réparer ce qu'elle interprète comme une coordination imparfaite entre les deux textes.

2. Les objectifs de dépenses et l'ONDAM

a) Les objectifs de dépenses de branche

Les objectifs de dépenses de la sécurité sociale ne constitueront pas davantage des agrégats satisfaisants tant que l'autorisation parlementaire ne permettra pas de discerner trois éléments fondamentalement différents : la gestion du risque (dépenses de gestion administrative), l'action sociale de la branche et les dépenses de prestations. En outre, il est nécessaire que le détail des dépenses de ces trois sous-agrégats figure en annexe, par régime, afin qu'ils puissent être facilement reconstitués.

b) La spécificité des dépenses d'assurance maladie

Les dérives constantes de l'ONDAM constituent le grief central adressé aux lois de financement de la sécurité sociale. S'étant déjà livré à une analyse de cet aspect de l'ONDAM dans son rapport sur la loi du 13 août 2004¹, votre commission se bornera ici à insister sur trois points de réforme envisageables.

• Les rapports entre l'objectif de dépense de la branche et l'ONDAM

Dans ses rapports sur la sécurité sociale, la Cour des comptes a critiqué de manière récurrente la coexistence d'un objectif de dépense de la branche maladie-maternité et l'ONDAM.

Cette critique est fondée : l'objectif de dépense de la branche constitue, en l'état actuel, un élément d'opacité. Il contient des éléments que les annexes ne signalent pas ou imparfaitement. Certaines dépenses ne relèvent en outre pas de la loi de financement de la sécurité sociale et constituent en quelque sorte des « passagers clandestins ». A titre d'exemple, peuvent être signalées les dépenses qu'occasionne à la CNAMTS, depuis 2004, la prise en charge des contrats complémentaires de CMU.

¹ Rapport n° 424, session 2003-2004..

La proposition de suppression de l'objectif est pourtant excessive. L'objectif de dépense permet de distinguer les dépenses de santé *stricto sensu* d'autres charges de la branche maladie qui n'ont pas vocation à figurer dans l'ONDAM (dépenses de gestion administrative, fonds d'action sociale, indemnité de maternité, etc.) et qui doivent demeurer sous le contrôle du Parlement. Inclure ces dépenses dans l'ONDAM transformerait, en conséquence, celui-ci en objectif de dépense de la branche. Il est donc préférable d'assurer une meilleure articulation de ces deux agrégats et de clarifier le contenu de l'objectif de dépense.

• La ventilation de l'ONDAM

« *Qui trop embrasse mal étreint* » dit l'adage. Ce principe s'applique à l'examen de l'ONDAM par le Parlement.

En effet, la ventilation de l'objectif est actuellement trop large puisque sont avalisés d'un même vote l'ensemble des crédits destinés au financement de l'hôpital, des cliniques, des honoraires, des médicaments ou au secteur médico-social. Assurer la sincérité du débat et la qualité de l'examen implique donc d'éclater le vote entre différentes enveloppes.

A minima, cette division doit séparer l'examen des dépenses d'assurance maladie en deux parties distinctes – la sphère des soins de ville et la sphère hospitalière au sens large.

Une solution plus satisfaisante consisterait à voter les quatre sous-enveloppes existantes (soins de ville, hôpital public, cliniques et médico-social) mais la fixation législative de la répartition de ces enveloppes peut se trouver incompatible avec le caractère fongible de certaines d'entre elles. Il est ici nécessaire de trouver un arbitrage satisfaisant, le cas échéant par l'autorisation encadrée d'un pouvoir de transfert d'une ligne à l'autre. Si la transposition de la démarche LOLF paraît inopérante, à bien des égards, pour l'examen des lois de financement, les modalités de présentation, de vote et de contrôle de l'ONDAM pourraient toutefois trouver utilement à s'en inspirer. Votre commission s'en explique ci-dessous.

• La mise en place de stabilisateurs automatiques

Sans mécanismes de sanction, la tenue d'un objectif relève d'un - heureux - hasard : la création d'instruments de correction doit nécessairement accompagner l'ONDAM. La loi du 13 août 2004 a elle-même mis en place de nouveaux outils, y compris coercitifs, pour assurer le succès de la maîtrise médicalisée des dépenses.

Pour autant, les gouvernements précédents ont cherché à instaurer des dispositifs visant à jouer le rôle de stabilisateurs automatiques sans rencontrer le succès escompté. Ces outils ont tous échoués, parce qu'ils ont été soit estimés injustes, soit jugés illégaux, soit enfin parce qu'ils n'ont jamais été mis en œuvre.

En réalité, ils ne pourront remplir leur rôle qu'après avoir été acceptés par l'ensemble des acteurs comme l'un des éléments nécessaires à la sauvegarde d'un bien commun - l'assurance maladie - et l'apparition de ce sentiment reste subordonnée à un cadre consensuel d'élaboration de l'ONDAM, incluant des éléments de négociation.

Cette négociation doit mettre le Parlement au cœur d'une démarche d'arbitrage qui peut se révéler active si celui-ci a l'occasion de formuler en amont certaines directives. La proposition de création d'un débat d'orientation sur les finances sociales nourrit cet objectif.

3. La notion d'équilibre

Le législateur organique de février 1996 a, par défaut, organisé l'absence d'équilibre des lois de financement. Les objectifs de dépenses sont fixés par branche, les prévisions de recettes par catégorie et les plafonds de trésorerie ne concernent, pour leur part, que certains régimes.

Cette structure de vote instaure une impossibilité pratique à confronter dépenses et recettes et à déterminer un solde général de la sécurité sociale. L'absence d'un article d'équilibre identique, ou voisin dans son inspiration, à celui adopté en loi de finances, traduit cette impossibilité.

A minima, il est fait référence à l'équilibre du régime général, mais ce dernier ne restitue qu'une image imparfaite de la situation financière de la sécurité sociale. À titre d'exemple, il ne comprend qu'une petite moitié des charges de retraite. Cette polarisation de l'attention sur le régime général conduit parfois à soustraire de l'attention du Parlement un certain nombre de difficultés qui mériteraient d'être sérieusement étudiées.

Pour autant, la notion d'équilibre n'est pas étrangère au caractère des lois de financement, le conseil constitutionnel ayant dégagé, par sa jurisprudence, l'« exigence constitutionnelle qui s'attache à l'équilibre financier de la sécurité sociale ».

Lors de son audition par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, M. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes, a estimé qu'il importe que la loi fixe des objectifs financiers clairs et, notamment, qu'elle précise un « objectif de solde du budget de la sécurité sociale ».

• Les possibilités offertes par la loi organique de 1996 : la construction d'un « indicateur d'équilibre »

Cette option - qui ne nécessite pas de réforme de la loi organique - consiste à comparer les objectifs de dépenses aux prévisions de recettes. Pour votre Commission, qui s'est livrée cette année à cet exercice, il permet au Parlement de disposer d'une référence pour effectuer des comparaisons infra et pluriannuelles. Mais son caractère extrêmement frustré ne constitue pas une base de travail suffisante pour juger de la situation des comptes sociaux.

• **L'équilibre général : l'approche par la synthèse budgétaire**

Dans l'hypothèse d'une réforme de la présentation des prévisions de recettes, il est envisageable de parvenir à la définition d'un équilibre global par consolidation.

Différentes de l'approche adoptée pour la loi de finances, qui est fondée sur le principe d'unité budgétaire, les règles régissant les finances sociales reposent sur le principe d'affectation et donc ne s'opposent pas à la détermination d'un solde par branche.

La consolidation des soldes des différentes branches et, le cas échéant des fonds sociaux, permet de construire un équilibre général du « périmètre loi de financement de la sécurité sociale », sans occulter tel ou tel déséquilibre de branche. Ce sont sur ces équilibres, par branche, puis généraux, que le Parlement pourrait être invité à se prononcer.

4. Les rapports avec la loi de finances

a) La coordination des dispositions relatives aux dépenses

Le premier objectif est d'assurer une bonne coordination entre les deux textes tant sur le volet des recettes que celui des dépenses.

Cette question a déjà été évoquée pour les recettes. Les sujets ne manquent pas non plus sur les dépenses comme, par exemple, la création d'un compte des pensions de l'État par la LOLF. Les charges de retraites des fonctionnaires constituent une dépense historique du budget général mais également une fraction significative de l'objectif de dépenses de la branche vieillesse voté en lois de financement. La solution proposée par la LOLF conduit à adopter un budget (en loi de financement sur laquelle le Parlement se prononce en premier), puis ensuite à en débattre (en loi de finances). Dans les deux cas, la représentation nationale est liée. Mais peut-on priver la discussion de la loi de finances d'un débat sur les pensions de l'État ? Peut-on débattre des dépenses d'assurance vieillesse en lois de financement sans évoquer celles d'un quart des salariés ?

Plusieurs sujets soulèvent ce type de difficulté. Il en serait de même si la proposition de créer un compte de compensation entre finances sociales et finances de l'État était retenue.

Il est regrettable que la réforme de la LOLF n'ait pas été l'occasion de les aplanir. Il est souhaitable que celle de la loi organique relative aux lois de financement y parvienne. *A minima*, votre commission estimera que tout élément ne se traduisant pas par un vote en loi de financement méritera de figurer de manière détaillée dans une annexe explicative. La lisibilité et l'intelligibilité de la loi exige en effet que les parlementaires ne soient pas obligés de se rapporter à plusieurs catégories de documents explicatifs relevant de textes différents et ne concordant souvent pas entre eux.

b) Apports et limites d'une démarche inspirée de celle de la LOLF

Le deuxième objectif est d'évaluer dans quelle mesure les principes nouveaux qui régiront l'examen des budgets en lois de finances à partir de 2005, - à savoir une démarche par programme et mission recourant à l'adoption d'indicateurs de performance - peuvent inspirer la réforme des lois de financement. Cette transposition peut-elle être intégrale ? Votre commission ne le pense pas pour deux raisons :

- les lois de finances s'appuient sur des traditions séculaires et une administration dotée des moyens de rendre parfaitement clair l'examen du budget (notamment grâce à la qualité de ses annexes). Les lois de financement de la sécurité sociale constituent, en revanche, un exercice récent, s'appuyant sur des comptes dont la stabilisation n'est pas encore totalement acquise et sur laquelle l'information est parcellaire. L'objectif prioritaire apparaît, dès lors, plutôt comme l'approbation de chiffres détaillés et fiables que comme la fixation de multiples indicateurs de performance élaborés sur des chiffres incertains ;

- une fraction significative des dépenses de sécurité sociale consiste en des versements de prestations répondant à des droits légaux. La classification en missions ou programmes du versement des pensions de retraites ou des allocations familiales revêtirait, à bien des égards, un caractère artificiel.

En revanche, votre commission estime que cette démarche pourrait compléter utilement deux catégories d'objectifs :

- les dépenses de gestion administrative et d'actions sociales sur lesquelles la fixation d'objectifs et d'indicateurs de performance n'apparaît pas aberrant dès lors que ces dépenses sont importantes. Pour mémoire, en 2004, l'ensemble des dépenses de gestion administrative du régime général atteint 8,7 millions d'euros ;

- l'ONDAM, dont la philosophie repose sur une maîtrise médicalisée des dépenses, réclame naturellement une telle démarche.

c) Les « dispositions permanentes » des lois de financement de la sécurité sociale

A l'origine, on a pu craindre que les lois de financement soient, au fil du temps, transformées en projets de loi portant diverses mesures d'ordre social, malgré l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale qui dispose que les lois de financement ne peuvent comprendre « *que des dispositions affectant directement l'équilibre financier des régimes obligatoires ou améliorant le contrôle du parlement sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale* ». Au fil du temps, le Conseil constitutionnel a fait une application relativement stricte de ces dispositions, écartant progressivement les risques de dérives.

Pour autant, sa jurisprudence autorise l'insertion de certaines catégories de dispositions rassemblées sous l'intitulé de « *mesures diverses* », qui n'ont pas de conséquences financières *stricto sensu* mais modifient l'organisation ou la compétence des différents régimes. Ces dispositions sont utiles et méritent d'être intégrées dans le champ des lois de financement de la sécurité sociale. La réforme de la loi organique pourrait être l'occasion de le préciser.

B. ÉTENDRE SON CHAMP DE COMPÉTENCES

Réduit aux seuls objectifs de dépenses des régimes de base comportant plus de 20.000 ressortissants, le périmètre de la loi de financement de la sécurité sociale pourrait être précisé pour répondre à trois préoccupations :

- la prise en charge de nouveaux risques, financés par des contributions de solidarité nationale ;
- le désengagement de l'État du financement de la protection sociale agricole ;
- les questions posées par certains éléments du « *périmètre social maastrichtien* ».

1. La protection sociale agricole

Avant le vote de la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances, les comptes de la protection sociale agricole étaient examinés dans deux cadres différents :

- un cadre traditionnel par le vote du BAPSA en loi de finances ;
- un « cadre confidentiel » en loi de financement de la sécurité sociale. Le régime de protection sociale des exploitants agricoles comportant plus de 20.000 ressortissants, les dépenses du BAPSA étaient approuvées par catégorie de risque, en même temps que les objectifs de dépenses des différentes branches (vieillesse, maladie, famille). La loi de financement de la sécurité sociale fixait également le plafond d'emprunt du régime agricole. Le BAPSA était approuvé par le Parlement en loi de financement avant qu'il ne soit débattu en loi de finances, mais cette réalité reste encore méconnue.

La LOLF a modifié ce partage de compétence puisque le BAPSA fut supprimé et remplacé par un fonds social, le FIPSA. Sa disparition prive le Parlement d'un débat annuel important car si la loi de finances ne présente plus d'accroche pour un tel débat, la loi de financement n'en offre pas véritablement. La seule ligne budgétaire propre à la protection sociale agricole est le plafond d'emprunt de la Mutualité sociale agricole, sur laquelle il semblerait artificiel de greffer une discussion. Comment, dès lors, débattre de l'équilibre de ce régime ?

La discussion spécifique, en loi de financement, des dépenses que retrace le FIPSA pose une difficulté de principe. Ce fonds présente les dépenses et les recettes d'un régime transversal qui assure des prestations familiales, de retraite et de maladie. L'approche générale de la loi de financement consiste à prévoir l'approbation des dépenses par branche, incluant celles de la prestation sociale agricole. Le risque est donc de voter deux fois les mêmes dépenses.

Un compromis pourrait consister à organiser un examen propre à la protection sociale agricole autour du FIPSA, lui même inscrit dans un débat sur les différents fonds, et d'approuver les conditions d'équilibre de ce secteur dans ce cadre particulier.

2. Le financement de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées

Créée par la loi du 20 juillet 2001, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) a profondément modifié l'organisation institutionnelle de la prise en charge la dépendance.

Auparavant, celle-ci relevait de l'aide sociale départementale, dont la prestation spécifique dépendance (PSD) avait réformé les contours. Avec l'APA, le financement de la dépendance relevait, pour la première fois, d'un cadre global financé pour partie par la sécurité sociale à laquelle il fut alors soustrait une fraction de CSG.

Pour autant, le fonds destiné au financement de l'autonomie (FFAPA) ne relevait ni des lois de finances, ni des lois de financement de la sécurité sociale, et échappait à ce titre à tout examen parlementaire.

La loi du 1^{er} juillet 2004, relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, a accru l'acuité de cette question en transformant le FFAPA en caisse nationale, la CNASA, dotée d'une nouvelle recette fiscale et dont la mission est étendue aux personnes handicapées.

Il semble d'un côté anormal que plus de 2 milliards d'euros ne fassent pas l'objet d'un examen annuel systématique, mais dès lors que le législateur n'a pas fait de l'autonomie un cinquième risque de la sécurité sociale, l'examen des comptes de la CNSA en loi de financement y serait-il justifié ? Ce point reste à trancher.

3. Les éléments du « périmètre social maastrichtien »

Le périmètre des lois de financement de la sécurité sociale, défini par la loi organique, exclut l'examen d'un certain nombre d'organismes sociaux dont les résultats participent pourtant à la fixation des soldes des

administrations de sécurité sociale présentés, par la France, aux autorités européennes dans le cadre de ses obligations communautaires.

a) Les organismes complémentaires obligatoires et l'assurance-chômage

Dans sa décision n° 2001-453 relative à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, le Conseil constitutionnel a confirmé l'exclusion de la protection sociale complémentaire obligatoire du champ de la sécurité sociale en censurant une disposition relative aux régimes de retraite AGIRC et ARRCO.

Logique au regard des dispositions de la loi organique, cette attitude restrictive pose toutefois deux difficultés :

- une difficulté d'ordre comptable tenant à l'existence d'interférences entre le champ de la loi de financement et ces régimes. Le remboursement à ces régimes, par le FSV, des validations de certaines périodes de chômage l'illustre de manière permanente ;

- une difficulté d'ordre intellectuel car les comptes de ces régimes creusent ou améliorent, selon leurs résultats, un solde dont les pouvoirs publics nationaux doivent se justifier au niveau international.

Pour autant, l'approbation par le Parlement des dépenses et recettes des régimes complémentaires présente cette difficulté que leur équilibre financier relève exclusivement des partenaires sociaux qui finiraient, dans cette hypothèse, par être dessaisis d'une compétence qu'ils exercent effectivement.

Ainsi, si une entière liberté de gestion leur était laissée, un vote en loi de financement de la sécurité sociale se résumerait à une ratification peu valorisante pour le Parlement. En revanche, les difficultés d'articulations comptables devront être résolues dans un cadre approprié.

Une solution analogue devrait conduire à exclure l'examen des comptes de l'assurance chômage (UNEDIC), dont l'objet est encore plus éloigné de la loi de financement et qui relèvent également de la responsabilité des partenaires sociaux.

b) L'amortissement de la dette sociale et le fonds de réserve de retraite

Alors qu'ils sont sollicités désormais annuellement, et bien que leur comptes soient présentés en annexe *f* à la loi de finances, ni la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) ni le fonds de réserve pour les retraites (FRR) ne ressortent juridiquement du champ des lois de financement.

D'ailleurs, en comptabilité nationale, ces organismes ne relèvent pas des administrations de sécurité sociale (ASSO), mais des organismes divers d'administration centrale (ODAC) au motif qu'ils ne servent pas de prestations.

Cette classification est contestable car ces deux organismes participent au financement de la sécurité sociale : le FRR parce que ses réserves assureront le paiement des prestations futures, la CADES parce que les dettes amorties financent des prestations passées.

Par la loi du 13 août 2004 relatifs à l'assurance maladie, le législateur a étendu à la CADES le bénéfice du principe de la compensation (« *toutes mesures de réduction ou d'exonération de contribution affectée aux organismes concourant à l'amortissement de leur endettement [des régimes]* »).

Le Gouvernement s'étant engagé à élever cette disposition au niveau organique, la caisse entrera dans le champ des garanties posées par la loi de financement, sans pour autant que ses comptes donnent lieu à examen ni à débat.

Il devra être remédié à cette lacune en assurant un examen annuel du « *comptes de dettes des régimes sociaux* » par lequel le Parlement approuve l'amortissement de la dette sociale comme il approuve l'amortissement de la dette du Trésor en loi de finances.

C. REFONDRE SES MODALITÉS D'EXAMEN ET DE CONTRÔLE

1. Réaffirmer la prééminence du ministre en charge de la sécurité sociale

L'article 37 de l'ordonnance organique du 2 janvier 1959, repris par l'article 38 de la loi organique du 1^{er} août 2001, dispose que « *sous l'autorité du premier ministre, le ministre chargé des finances prépare les projets de loi de finances* ».

Cette disposition assure à ce dernier une prééminence dans la construction du budget général. Si les lois de financement sont présentées en conseil des ministres et au Parlement par le ministre en charge de la sécurité sociale, aucune disposition organique ou législative ne confirme ce rôle.

Or, une telle confirmation permettrait d'affirmer plus clairement cette nouvelle compétence du ministère des affaires sociales dans le domaine des finances publiques, de préciser en quelque sorte que leur pilotage est désormais partagé.

Pour votre commission, une telle réforme n'est pas une distinction honorifique : elle doit permettre une réorganisation efficace de l'appareil d'État au profit du ministre en charge des affaires sociales.

En premier lieu, celui-ci devra disposer des moyens matériels et humains d'assumer l'intégralité de sa fonction. Si l'expertise reste concentrée au sein d'un ministère, la préparation des choix gouvernementaux s'en trouvera biaisée.

Malgré ses mérites, la direction de la sécurité sociale (DSS) du ministère des affaires sociales n'atteint peut-être pas encore la « taille critique ». La création de la loi de financement, qui s'est traduite par une charge de travail supplémentaire importante, s'est faite sans l'affectation des moyens complémentaires adaptés. Le Parlement ne saurait étendre encore cette charge sans contrepartie.

La DSS constitue à la fois, en quelque sorte, la direction du budget, la direction de la prévision et la direction de la comptabilité publique des finances sociales. Sa mission requiert le recrutement de personnels dotés de profils spécifiques - des fiscalistes, des statisticiens ou des informaticiens - qui ne peuvent pas être trouvés tout uniment par un simple redéploiement au sein des ministères sociaux.

Chacun sait qu'en pratique l'opacité et l'hétérogénéité des régimes de rémunération font obstacle à l'affectation des personnels entre les ministères. Aussi faudra-t-il procéder par non-remplacement de postes dans certains d'entre eux et création de postes dans les ministères dont l'extension des missions le justifie. C'est un processus long et parfois difficile qui participe du chantier de la réforme de l'État.

2. Clarifier l'environnement institutionnel des finances sociales

a) Articuler la loi de financement et les « événements » de la protection sociale

Plus qu'aucun autre secteur, le secteur social exige du Gouvernement qu'il entretienne une étroite concertation avec les différents partenaires (sociaux, familiaux, professionnels de santé, retraités, gestionnaires).

Cette concertation se traduit soit par la convocation de rendez-vous périodiques (conférence nationale de la famille, commission des comptes de la sécurité sociale), soit par la création de structures *ad hoc* de concertation (conseil d'orientation de retraite).

Or, alors même que la mise en place d'un débat annuel au Parlement avait laissé supposé le tarissement de ces forums, leur nombre n'a jamais véritablement décliné.

A bien des égards, la coexistence de la conférence nationale de la famille et de l'examen de la politique familiale en loi de financement traduit cette difficile cohérence. Le Gouvernement présente le contenu de sa politique familiale à l'occasion de ces conférences, puis demande au Parlement de le « ratifier », considérant que ces options ont été entérinées lors de leur présentation initiale. Lors du débat relatif à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, Ségolène Royal, alors ministre déléguée à la famille, avait présenté un document officiel d'information détaillant, à destination du gestionnaire, les possibilités offertes par le fonds de financement de la petite

enfance (FIPE), alors même que le Parlement ne s'était pas encore prononcé sur l'existence même de ce fonds...

Lors de l'examen du projet de loi relatif à l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées, notre collègue, Marie-Thérèse Hermange a proposé de créer une conférence trisannuelle du handicap.

Cette proposition pourrait être reproduite pour la conférence de la famille. Elle participerait du renforcement des aspects pluriannuels des finances sociales Elle permettrait également de concilier ces rencontres, auxquelles les acteurs du « monde familial » sont attachés, et l'authenticité de la démarche dans laquelle s'inscrit le Parlement en examinant et votant un projet loi de financement de la sécurité sociale.

Un effort d'adaptation doit être assuré en général pour l'ensemble des rendez-vous sociaux, dont la commission des comptes de la sécurité sociale.

b) Supprimer le débat relatif aux prélèvements obligatoires pour lui substituer un « débat de printemps »

Lors de la discussion de la loi organique relative aux lois de financement de sécurité sociale, Jacques Barrot, alors ministre des affaires sociales, s'était engagé à organiser dès le printemps 1997 un débat d'orientation sur le financement de la sécurité sociale. Ce débat n'eut jamais lieu.

L'article 52 de la LOLF prévoit que, en préambule à la session budgétaire, le Gouvernement dépose un rapport relatif à l'évolution des prélèvements obligatoires, son contenu pouvant faire l'objet d'un débat à l'Assemblée nationale et au Sénat.

Louable dans son inspiration - créer des espaces communs de discussions entre finances de l'État et finances sociales - ce dispositif ne remplit guère son office.

Il ne suscite que l'indifférence à l'Assemblée nationale où aucun débat n'est plus organisé depuis 2001. Il ne permet pas non plus, d'ailleurs, une mise en perspective des finances publiques puisqu'il a pour champ d'investigation les seules recettes, et non les dépenses.

Enfin il intervient trop tardivement pour permettre la prise en compte des propositions parlementaires lors de l'élaboration du budget général et du projet de loi de financement.

Au total, ce rapport et le débat qui l'accompagne, le cas échéant, pourraient être remplacés :

- soit par un élargissement du débat d'orientation budgétaire en « *débat d'orientation sur les finances publiques* », mais la spécificité des deux champs ne s'y prête guère, sauf à entretenir la confusion ;

- soit par la tenue au printemps d'un débat spécifique sur les perspectives des finances sociales, permettant notamment de discuter, en amont, des hypothèses retenues pour la fixation de l'ONDAM.

Cette dernière solution a, de loin, la préférence de votre commission. Ce débat de premier semestre servirait de cadrage et permettrait au Parlement de peser davantage sur les choix budgétaires.

3. Améliorer la présentation des documents budgétaires

L'amélioration des annexes explicatives constitue l'une des priorités d'une réforme de la loi organique car elles conditionnent la qualité de l'examen parlementaire du PLFSS. En effet, le contenu de ces documents devrait avoir pour objet de rendre visible les agrégats soumis au vote des assemblées. Or, il n'en est rien.

La constitution d'annexes de qualité, qui réclamera des moyens administratifs supplémentaires, suppose au moins le passage par les points suivants :

- l'allégement des annexes *a)* et *g)* non directement liées aux projets de loi ;
- la création d'une annexe consacrée aux recettes construites sur le modèle des *voies et moyens* du projet de loi de finances ;
- la mise en place d'une annexe propre aux agrégats de dépenses détaillant le contenu par catégorie, par régime et par branche ;
- la création d'un récapitulatif fiable des mesures nouvelles - ce qui n'est pas le cas de l'annexe *c* actuelle - pour l'ensemble des régimes, et non le seul régime général.

Dans la plupart des cas, les informations que requiert la constitution de ces documents sont disponibles, ne serait-ce que parce qu'elles figurent dans d'autres documents dont le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale mais elles nécessitent un effort de retraitement minutieux qui peut apparaître contraignant.

A tout le moins est-il nécessaire d'assurer désormais la cohérence des différents fascicules budgétaires - loi de finances et lois de financement confondues. Le respect de l'impératif constitutionnel de lisibilité et d'intelligibilité de la loi, qui est à ce prix, n'est actuellement que médiocrement assuré. La différence d'évaluation du solde prévisionnel du FOREC en 2004 ou la discordance entre les dispositions prévues par le projet de loi de finances pour 2005 et l'annexe relative aux relations financières entre l'État et la sécurité sociale concernant la cotisation sur les boissons alcoolisées témoignent de l'importance des progrès qui doivent encore être accomplis.

4. Allonger l'examen des lois de financement de la sécurité sociale

Depuis 2002, le Sénat organise l'examen du projet loi de financement selon une logique de discussions thématiques : outre la discussion propre consacrée à l'assurance maladie, des débats ponctuels ont été consacrés aux différents aspects de la protection sociale (famille, accidents du travail et maladies professionnelles) justifiés par l'actualité.

En dépit des dispositions de l'article 47-1 de la constitution qui laisse quinze jours au Sénat pour se prononcer, le Gouvernement concède rarement plus de trois journées pour l'examen des lois de financement contre près de vingt pour la loi de finances, dont les enjeux financiers sont pourtant moins considérables.

A titre d'exemple, il sera, cette année, consacré trois heures à débattre de la branche maladie (150 milliards d'euros) lors de l'examen du présent projet de loi ; ce délai équivaut à celui consacré, en loi de finances, au budget des anciens combattants (3,4 milliards d'euros). Un cadre aussi réduit conduit nécessairement à opérer des choix car il n'est pas possible, en trois heures, de discuter de manière approfondie tout à la fois de l'hôpital, des soins de ville, de la politique du médicament, du médico-social ou encore de la situation des fonds médicaux.

La refonte des modalités d'examen des agrégats, dont l'ONDAM, entraînera nécessairement un allongement des délais d'examen de la loi dans son ensemble. Il doit être acquis que cette réforme va profondément modifier la discussion du PLFSS qui est aujourd'hui fondé sur les articles et non sur les budgets - ce qui n'est pas le cas de la loi de finances.

Cette dilatation de la loi de financement aura pour prix un moindre volume de textes admis à l'ordre du jour en octobre et novembre. Le retour d'une première partie de session essentiellement budgétaire exige une forte discipline de la part du Gouvernement, dès lors contraint à limiter le nombre de projets de loi qu'il soumet au Parlement à l'ouverture de la session. Est-il prêt à consentir cet effort ? Votre commission le souhaite.

5. Définir la pratique des lois de financement rectificatives

Hormis celui voté lors de la première loi de financement, aucun ONDAM ne fut jamais respecté. L'écart constaté entre les lois de financement initiales et leur exécution rend à bien des égards l'exercice parlementaire virtuel.

Dès l'origine et à chaque dérapage significatif, votre commission a réclamé la prise de mesures correctrices dans le cadre d'un projet loi de financement rectificatif.

S'appuyant sur une décision du Conseil constitutionnel, selon laquelle la loi de financement de l'année n peut servir de « collectif » pour l'année $n-1$, tous les gouvernements ont pris l'habitude de « fondre » la correction de l'exercice passé dans l'examen des comptes de l'exercice futur.

La Cour des comptes, dans son rapport, critique fortement cette pratique qui, notamment pour l'ONDAM, « ne peut conduire à des mesures d'économie pour équilibrer le supplément de dépenses et n'a pour seul effet que de minorer la progression apparente des charges pour l'exercice suivant ».

L'examen d'un projet de loi rectificatif serait intellectuellement justifié lorsque survient un dérapage par rapport aux objectifs initiaux, ou encore en cas d'insuffisance des plafonds de trésorerie.

Les opposants à la pratique des lois de financement rectificatives mettent en avant que, finalement, celles-ci seraient impuissantes à résorber l'écart : hormis le taux et l'assiette des prélèvements affectés à la sécurité sociale, que l'on imagine guère relever en cours d'année, les mesures correctrices dépendent essentiellement du pouvoir réglementaire.

Cet élément ne suffit pas à lui seul à écarter la pratique de « *collectifs sociaux* » qu'*a contrario* trois arguments justifient :

- le caractère contraignant, pour le Gouvernement, de l'obligation d'un collectif. S'il se sait contraint d'afficher, en cours d'année, l'ampleur de son erreur d'appréciation éventuelle, il deviendra vraisemblablement plus exigeant sur le réalisme de ses prévisions initiales. Actuellement, la révision des objectifs votés dans la loi de financement de l'année précédente s'effectue « *en catimini* » dans la loi de financement suivante ;

- la pratique des lois de finances montre que le collectif n'est pas seulement rectificatif mais également informatif et pédagogique : il permet la tenue d'un débat sur des objectifs corrigés ;

- la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a créé une procédure d'alerte par les caisses en cas de dérapage de l'ONDAM qui pourrait constituer un indicateur avancé de l'opportunité de saisir le Parlement d'un projet de loi rectificatif.

6. Renforcer le contrôle de l'application

Lors de l'examen du projet de loi relative à l'assurance maladie, l'Assemblée nationale a formulé des propositions pour que soit créée, dans chaque assemblée, une mission d'évaluation et de contrôle relative aux lois de financement : une MEC-sociale.

L'expérience sénatoriale tend à prouver que le suivi de l'exécution des lois de finances, comme des lois de financement, ne requerrait pas l'existence d'une mission de ce type.

L'article L. 111-9 du code de la sécurité sociale, introduit dès la première loi de financement, permet en effet aux « rapporteurs sociaux » de procéder aux contrôles sur pièces et sur place des organismes de sécurité sociale et de se faire communiquer par l'administration tous documents qu'ils estimeraient utiles.

En sus de cette faculté d'information « à la source », le Parlement est destinataire d'avis formulés par les conseils de surveillance des caisses sur les conventions d'objectifs et de gestion. Mais, pour des raisons pratiques, ce canal du contrôle parlementaire ne remplit qu'imparfaitement son office. Votre commission propose d'ailleurs, dans le cadre du présent projet de loi, de doter les présidents des conseils de surveillance des caisses des moyens d'assurer leur mission dans des conditions satisfaisantes d'indépendance.

Enfin, l'article 47-1 de la Constitution prévoit que la Cour des comptes assiste le Parlement dans « *le contrôle de l'application* » des lois de financement, mais, là encore, des facteurs de progrès demeurent. Cette mission d'assistance pourrait être ponctuellement précisée sur deux points :

- fixer le délai imparti à la Cour pour répondre à des demandes d'enquête formulées par la commission des Affaires sociales. Le troisième alinéa de l'article 58 de la LOLF prévoit que « *les conclusions de ces enquêtes sont obligatoirement communiquées dans un délai de huit mois après la formulation de la demande à la commission dont elle émane [commission des Finances], qui statue sur leur publication* ». Aucun élément objectif ne justifie l'absence d'un délai du même ordre pour les demandes d'enquête provenant des commissions en charge des affaires sociales des deux assemblées ;

- préciser le champ de l'assistance de la Cour. Celle-ci, en effet, ne se prononce sur un texte qu'*a posteriori*. Le Parlement ne peut donc requérir son analyse sur une difficulté financière ou comptable figurant dans un projet de loi en cours d'examen. L'article 47-1 de la constitution situe *stricto sensu* l'assistance de la Cour sur le contrôle de l'application. Un aménagement lui permettant d'intervenir *a priori*, à la demande des commissions, peut-il relever de la loi organique ? Ce point mérite d'être étudié.

Au-delà, la réforme du contrôle de l'application devra s'efforcer de répondre à une préoccupation et de résoudre une difficulté :

- la préoccupation est celle d'organiser l'association des commissaires élus de l'opposition, qui ont d'ailleurs formulé cette demande ;

- la difficulté qui tient à la marge limitée de disponibilité des rapporteurs, trop souvent confrontés à un agenda parlementaire qui ne leur laisse pas le loisir de procéder aux contrôles nécessaires.

*

* *

DEUXIÈME PARTIE

-

ASSURANCE MALADIE

I. ASSURANCE MALADIE : LA NÉCESSITÉ DE REDRESSER LES COMPTES

Tout au long de la précédente législature, votre commission s'est inquiétée de l'extrême fragilité des comptes sociaux et du déficit persistant de l'assurance maladie. L'année 2004 n'a pas permis d'inverser la tendance.

Confronté à la situation explosive des comptes de l'assurance maladie, le Gouvernement a présenté une réforme, axée sur le contrôle médicalisé des dépenses, qui s'est traduite par l'adoption de la loi du 13 août 2004.

L'objectif affiché est celui du retour à l'équilibre financier dès 2007.

A. LA DÉGRADATION DE LA SITUATION FINANCIÈRE S'EST POURSUIVIE

En 2003, on déplorait déjà la forte dégradation des comptes de l'assurance maladie, malgré un ralentissement du taux de progression des dépenses de santé.

Ce constat se répète en 2004, mais les premiers effets de la réforme devraient se faire sentir dès l'année prochaine.

1. Un déficit 2004 abyssal

En 2004, le déficit du régime général devrait atteindre son point le plus bas, à plus de 14 milliards d'euros, soit près de 4 milliards d'euros supérieur à celui enregistré en 2003.

Cette situation s'explique presque intégralement, comme les années précédentes, par l'impact du déficit de l'assurance maladie sur les comptes de la sécurité sociale ; avec 13,2 milliards d'euros, il atteint un niveau sans

précédent, que Jean-François Mattei, alors ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, a qualifié d'« *abyssal* ».

Au total, le déficit du régime général s'élève à 25,2 milliards sur la période 1999-2004 et le déficit cumulé de la branche est passé de 4,4 milliards d'euros en 2002 à 34,8 milliards en 2004.

Résultats du régime général

(en milliards d'euros)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005 (p)
Maladie	- 0,7	- 1,6	- 2,1	- 6,1	- 11,1	- 13,2	- 7,9
Accidents du travail	0,2	0,4	0,0	0,0	- 0,5	- 0,5	- 0,7
Vieillesse	0,8	0,5	1,5	1,7	0,9	- 0,1	- 1,4
Famille	0,2	1,5	1,7	1,0	0,4	- 0,2	0,0
TOTAL	0,5	0,7	1,2	- 3,4	- 10,2	- 14	- 10,1

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale - septembre 2004

En septembre 2004, la Commission des comptes de la sécurité sociale a souligné les effets de la conjoncture économique, qui s'est fortement ralentie à partir de 2002, sur la détérioration de ces comptes. En 2003, la croissance salariale avait été la plus basse depuis 1993 :

« Conséquence de cette évolution, la progression des produits liés aux revenus d'activités (cotisations, CSG, remboursements d'exonération) a été faible en 2003. Elle serait à peine plus élevée en 2004, malgré l'accélération de la masse salariale, en raison de l'incidence négative de plusieurs autres facteurs : effet plafond, baisse des cotisations des indépendants, modération des cotisations de secteur public. »

Le rapport annuel de la Cour des comptes pour 2004 met l'accent sur d'autres éléments d'explication et souligne l'effet des décisions prises par les pouvoirs publics sur la croissance des charges du régime général.

La Cour rappelle le poids financier de la mise en œuvre de la réduction du temps de travail dans les établissements de santé et médico-sociaux, dont le coût est évalué à 1,82 milliard d'euros pour la seule année 2003 et à 881 millions d'euros en 2004. Elle démontre ainsi l'effet, en année pleine, des hausses d'honoraires consenties en 2002, soit 435 millions d'euros.

Évolution des composantes de l'ONDAM

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Soins de ville	5,7 %	4,4 %	6,6 %	7,8 %	7,8 %	7,5 %
Établissements	2,5 %	2,5 %	3,0 %	4,2 %	6,4 %	5,2 %
Dont : hôpitaux	1,6 %	2,3 %	3,3 %	3,7 %	5,9 %	4,8 %
Cliniques privées	3,4 %	2,9 %	0,6 %	4,1 %	7,3 %	5,5 %
Médico-social	6,4 %	3,3 %	3,5 %	7,4 %	8,7 %	6,6 %

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale - juin 2004

Il reste que, comme le souligne la Commission des comptes, « le déficit actuel de la CNAM représente déjà 10 % de ses charges ; il correspond à la totalité des dépenses de médicaments remboursés ».

2. L'exécution de l'ONDAM 2004 se traduit par un dérapage supplémentaire

Votre commission n'a jamais manqué de regretter que seul le premier ONDAM de l'histoire parlementaire, celui de 1997, ait été respecté. En effet non seulement cet objectif a été systématiquement dépassé depuis 1998, mais encore son dépassement est allé croissant sur la période jusqu'en 2002.

ONDAM voté et réalisé

(en milliards d'euros)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005*
ONDAM voté	91,5	93,6	96,0	100,4	105,7	112,8	123,5	129,7	134,5
ONDAM réalisé	91,4	95,1	97,6	103,0	108,8	116,7	124,7	131,0	
Dépassement	- 0,1	1,5	1,6	2,7	3,1	3,9	1,2	1,3	

*prévisions

Ce constat est d'autant plus accablant que les deux ONDAM les mieux exécutés sur le reste de la période, ceux de 2003 et 2004, l'ont été dans des périodes de déficit record.

Cette situation insoutenable a conduit les pouvoirs publics à envisager la mise en place d'un cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie. Ce cadrage pluriannuel sera établi en collaboration avec les caisses nationales d'assurance maladie qui, chaque année, transmettront au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement des propositions relatives à l'évolution respective de leurs charges et de leurs produits au titre de l'année suivante.

Cette mesure, prévue par la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie, répond au souci déjà exprimé par votre commission : celui de crédibiliser l'ONDAM.

Taux de l'ONDAM voté et réalisé

(en pourcentage)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
ONDAM voté	1,7	2,4	1,0	2,9	2,6	4,0	5,3	4,0	3,2
ONDAM réalisé	1,5	4,0	2,6	5,6	5,6	7,2	6,4	5,2	

Selon les informations disponibles, l'écart entre les prévisions votées et l'exécution constatée pour 2004 s'explique par les facteurs suivants :

- les remboursements d'honoraires et de frais de transport des malades ont connu une hausse modérée. L'ONDAM 2003 s'était caractérisé par une augmentation très rapide des dépenses de ville, soutenue par les mesures de revalorisation des honoraires des professionnels de santé dont le coût a été évalué à 740 millions d'euros. En 2004, le coût de ces mesures s'élèverait à 320 millions d'euros seulement et l'enveloppe des soins de ville devrait voir son rythme de croissance ralentir ;

- les dépenses des établissements de santé devraient atteindre 66 milliards d'euros en 2004, soit 150 millions d'euros de plus que l'objectif 2004.

Une analyse par catégorie d'établissements permet d'indiquer que le dépassement de l'objectif des établissements sanitaires publics est imputable aux dépenses dites hors budget global, c'est-à-dire celles couvrant le remboursement des consultations externes, les conventions internationales et le financement des établissements hors dotation globale. Ce dépassement est d'environ 90 millions d'euros, la Commission des comptes de la sécurité sociale considérant qu'il est dû « *principalement à la sous-estimation de la base de dépenses de 2003* ».

L'activité des cliniques connaît une croissance soutenue qui devrait conduire à une progression de 5,7 % en 2004 dont il résulterait un dépassement de 60 millions d'euros.

L'objectif de l'enveloppe médico-sociale devrait, pour sa part, être respecté.

- Enfin, on peut observer le rythme soutenu de la progression des dépenses d'assurance maladie dans les départements d'outre-mer. Ces dépenses progressent de 10 % en 2004, ce qui devrait conduire à un dépassement de l'ordre de 200 millions d'euros.

Décomposition de l'ONDAM 2004 et prévisions 2004

(en milliards d'euros)

	Objectif 2004			Prévisions tous régimes		
	Objectif 2004	Obj. Base 2003 (a)	Obj. Réal. 2003 (b)	Prévisions actuelles tous régimes	Écart avec l'objectif	Évolution
I. Métropole	126,3	3,9 %	4,1 %	127,4	1,1	5,0 %
I.1. Soins de ville	60,5	32 %	3,5 %	61,4	0,9	5,1 %
I.1.1. Objectif délégué				27,7		3,6 %
I.1.2. Autres dépenses de ville				33,7		6,3 %
I.2. Versements aux établissements	65,8	4,6 %	4,6 %	66,0	0,1	4,9 %
I.2.1. Établissements sanitaires	48,0	4,1 %	3,8 %	48,1	0,1	4,0 %
I.2.1.1. Établissements sanitaires sous DG	47,6	4,1 %	4,0 %	47,6	0,0	4,0 %
I.2.2. Médico-social	9,8	7,4 %	8,6 %	9,8	0,0	8,6 %
I.2.2.1. médico-social (E.I.-A.H.)	6,2	6,0 %	8,3 %	6,2	0,0	8,3 %
I.2.2.1. médico-social (personnes âgées)	3,6	10,0 %	9,1 %	3,6	0,0	9,1 %
I.2.3. Cliniques privées	8,0	4,1 %	5,0 %	8,1	0,1	5,7 %
II. Ressortissants français à l'étranger	0,2	3,0 %	-3,9 %	0,2	0,0	3,0 %
III. Prestations DOM	3,1	6,0 %	2,2 %	3,3	0,2	10,0 %
IV. Réseaux	0,1	171,1 %	495,2 %	0,1	0,0	495,2 %
ONDAM	129,7	4,0 %	4,1 %	131,0	1,3	5,2 %

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

B. UN ONDAM 2005 VOLONTARISTE

L'ONDAM 2005, le premier après la réforme, illustre la volonté des pouvoirs publics de ramener l'assurance maladie à l'équilibre financier.

L'objectif qu'il fixe est ambitieux, mais les acteurs du système de santé auditionnés par votre rapporteur ont estimé qu'il était accessible, sous réserve d'une mise en place rapide de la réforme.

1. Un ONDAM ambitieux, symbole de la nouvelle maîtrise médicalisée

Pour réussir la réforme de l'assurance maladie et démontrer la pertinence du recours à la maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie, le Gouvernement doit provoquer rapidement une inflexion de la croissance des dépenses.

La première ambition de l'ONDAM 2005 est de casser la spirale infernale des déficits, en réduisant dès l'année prochaine le déficit de l'assurance maladie de 4,2 milliards d'euros.

La construction de l'ONDAM s'inscrit donc en rupture par rapport aux objectifs 2003 (5,3 %) et 2004 (4 %) qui, d'ailleurs, ont tous deux été dépassés ; **son taux est fixé à 3,2 %**, ce qui souligne la détermination du Gouvernement.

Il convient toutefois de préciser que ce taux intègre les premiers effets de la réforme, et notamment la mise en œuvre du forfait d'un euro à la charge des assurés qui réduit d'autant les coûts à la charge de l'assurance maladie.

Calcul de l'ONDAM 2005

(en milliards d'euros)

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

Source : d'après les données fournies par le ministère de la santé et de la protection sociale

Le montant des mesures d'économies pour 2005 s'établit à 2,9 milliards d'euros pour le seul régime général et à 3,5 milliards d'euros au total. Ce plan d'économies devrait avoir un impact important sur l'évolution des dépenses de santé au cours de l'année à venir.

Ces mesures concernent l'ensemble du système de soins, y compris l'hôpital, qui entamera en 2005 son programme de modernisation des procédures d'achats. Le Gouvernement souhaite que les établissements hospitaliers dégagent 850 millions d'euros d'économies dans les trois ans à venir. Leur contribution au plan d'économies à hauteur de 0,2 milliard d'euros en 2005 correspond à la première tranche de cette enveloppe.

Les mesures d'économie du régime général

(en milliards d'euros)

1. Organisation et fonctionnement du système de soins	
Maîtrise médicalisée	1,0
Indemnités journalières	0,3
Plan médicament	0,7
Modernisation de la gestion hospitalière	0,2
Total offre de soins	2,2
2. Participation de l'utilisateur	
Contribution d'un euro par acte	0,6
Revalorisation du forfait journalier hospitalier	0,1
Total participation de l'utilisateur	0,7
Total des mesures	2,9

Source : ministre de la santé et de la protection sociale

Après la publication de cet objectif de 3,2 % pour 2005, la répartition entre les différentes enveloppes de l'ONDAM (soins de ville, hôpital, secteur médico-social) a provoqué de nombreuses réactions qui ont été relayées par les grandes fédérations représentant les établissements de santé.

La fédération hospitalière de France (FHF), qui représente les établissements publics de santé, la fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif (FEHAP), qui représente les établissements privés participant au service public hospitalier, et la fédération de l'hospitalisation privée (FHP) ont toutes fait part de leurs inquiétudes.

Elles considèrent, en effet, que le financement alloué aux établissements de santé pour l'année 2005, en progression de + 3,6 %, est insuffisant pour permettre aux hôpitaux de faire face à leurs seuls besoins de fonctionnement.

2. La bonne exécution de l'ONDAM 2005 repose sur l'efficacité des mécanismes de contrôle prévus par la loi du 13 août 2004

Le respect des objectifs affichés pour 2005 dépendra largement de l'efficacité de la réforme entreprise par le Gouvernement et traduite dans la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Il suppose l'entrée en application rapide du texte, la publication des textes réglementaires et la conclusion de la négociation conventionnelle qui va s'ouvrir entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les professionnels de santé, qui constituent autant d'éléments indispensables à la mise en œuvre d'une partie de la réforme.

Deux sujets illustrent particulièrement ces enjeux : les indemnités journalières et les affections de longue durée :

- le poids excessif des dépenses engagées au titre **des transports sanitaires et des indemnités journalières** a régulièrement été dénoncé dans les travaux préparatoires à la réforme de l'assurance maladie. La loi a donc prévu de rationaliser leur prise en charge par le renforcement des régimes de contrôle, le ciblage des actions de contrôle vers les assurés les plus concernés, enfin par la responsabilisation du prescripteur, auquel seront diffusés des référentiels médicaux de prescription.

Les informations statistiques publiées par la CNAMTS à la mi-octobre indiquent un premier infléchissement de la dépense et établissent un pronostic encourageant sur les résultats de l'année 2004 : « *l'évolution des dépenses relatives à ces indemnisations pourrait même s'avérer négative* » ;

- l'impact financier des **affections de longue durée** est tout autant souligné et la Cour des comptes estime que les remboursements accordés aux patients atteints d'ALD ont contribué pour 62 % à l'augmentation des dépenses de soins de ville entre 2000 et 2002. De nouvelles mesures ont été décidées par le législateur visant à encadrer ces dépenses, à en ralentir l'évolution sans pour autant pouvoir en stopper la progression régulière qui devrait se traduire par un nouveau surcoût dans les résultats de l'année 2005.

Enfin, l'exécution de l'ONDAM 2005 sera, pour la première fois, suivie par un **comité d'alerte** sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie, institué par la loi du 13 août 2004. Ce comité, placé auprès de la Commission des comptes de la sécurité sociale, doit rendre chaque année, au plus tard le 1^{er} juin, un avis sur le respect de l'ONDAM pour l'exercice en cours. Il est chargé d'alerter les pouvoirs publics lorsqu'il considère que l'évolution des dépenses dérape sensiblement par rapport à l'objectif initial. Un décret fixe le taux de dépassement critique à 0,75 % du montant de l'ONDAM. Lorsque le comité a notifié ce risque, les caisses d'assurance maladie doivent proposer des mesures de redressement.

Le rôle confié au nouveau comité d'alerte suscite des inquiétudes chez les professionnels de santé libéraux, qui s'interrogent sur les mesures qui pourraient être proposées afin de redresser les comptes de l'assurance maladie. Ils craignent particulièrement que l'action du comité d'alerte ne se traduise par une remise en cause de la maîtrise médicalisée des dépenses au profit d'une maîtrise comptable, à laquelle ils sont hostiles.

II. SOINS DE VILLE : LA MISE EN PLACE DE LA RÉFORME

A. UN NOUVEAU PACTE ENTRE L'ASSURANCE MALADIE ET LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Dans son précédent rapport relatif à l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, votre commission avait souligné le bilan médiocre de la vie conventionnelle entre les professionnels de santé et l'assurance maladie, dont les hésitations ont été traduites dans un règlement conventionnel minimal qui ne pouvait satisfaire les parties en présence.

1. La rénovation des relations conventionnelles

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a profondément rénové les dispositions encadrant les négociations conventionnelles afin d'en simplifier la conclusion et d'assurer leur applicabilité.

Cette adaptation s'accompagne d'un élargissement du champ de la négociation conventionnelle qui englobe désormais :

- la définition des dispositifs d'aides à l'installation des professionnels de santé libéraux dans les zones rurales et urbaines sous-médicalisées ;

- la détermination des conditions de participation des caisses d'assurance maladie au financement des cotisations sociales des professionnels de santé, au titre des allocations familiales, de l'assurance vieillesse, des prestations maladie, maternité et décès, jusqu'à présent fixées par décret en Conseil d'État.

Ces évolutions font de la négociation conventionnelle à venir un enjeu stratégique pour la mise en place de la réforme.

L'ensemble des acteurs a pris pleinement conscience de cet enjeu.

Le ministre de la santé et de la protection sociale a encouragé les syndicats représentant les médecins libéraux à conclure rapidement cette convention afin de garantir la mise en œuvre de la maîtrise médicalisée des dépenses. A l'occasion des universités d'été organisées par la confédération des syndicats médicaux français (CSMF) et le syndicat des médecins libéraux (SML), il a clairement fait valoir qu'il n'existait que deux manières de conduire une réforme de l'assurance maladie : *« ou c'est la maîtrise comptable ou c'est la maîtrise médicalisée »*.

Deux dossiers brûlants seront au cœur de cette nouvelle convention :

- le premier concerne le **médecin traitant**. C'est même le point essentiel de la future convention puisque la loi confie aux médecins et à l'union nationale des caisses d'assurance maladie le soin de déterminer :

- les missions particulières des médecins traitants ;

- les modalités suivant lesquelles des dépassements d'honoraires peuvent être perçus par les médecins relevant de certaines spécialités lorsque l'assuré consulte directement un spécialiste sans prescription préalable du médecin traitant ;

- les engagements des professionnels pour assurer l'égalité de traitement des patients au regard des délais d'accès aux médecins.

A ces trois points prévus par la loi, il convient vraisemblablement d'ajouter la question de la rémunération du médecin traitant : cette revendication est prévisible eu égard au rôle pivot qui lui a été confié par la réforme ;

- le second est celui de la **revalorisation des honoraires**. Cette question comporte de multiples facettes mais elle devrait se concentrer sur deux points : la nouvelle nomenclature des actes (CCAM) et la revalorisation des tarifs de consultation. On prête aux syndicats médicaux l'intention de voir inscrire dans le texte un mécanisme de revalorisation annuelle des honoraires. Cette question de la revalorisation des tarifs de consultation est particulièrement sensible dans une période de grande fragilité des finances de l'assurance maladie.

2. L'élaboration de la CCAM bute sur des questions financières

Le remboursement des honoraires et frais accessoires des actes dus aux praticiens et aux auxiliaires médicaux a conduit à établir des nomenclatures des actes professionnels admis à ce remboursement.

a) Un travail colossal de définition de la nomenclature

Cette nomenclature se compose actuellement d'un volet soins de ville (la nomenclature générale des actes professionnels) et d'un volet hospitalier (le catalogue des actes médicaux). Ce système double doit être remplacé prochainement par une liste unique, commune aux secteurs public et privé, dénommée « classification commune des actes médicaux » (CCAM).

Comme l'a souligné le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, « *la CCAM est une échelle de coûts relatifs des actes techniques des différentes spécialités médicales (dont les soins dentaires) qui couvre à la fois le coût du travail médical (stress, temps passé, technicité, effort mental) et le coût de la pratique (loyer, personnel, taxes, équipement) évalué sur la base des coûts historiques* ».

In fine, l'objectif est de parvenir à transcrire l'activité médicale dans un codage unique et commun à l'ensemble des acteurs.

Entamés en 1996, ces travaux étaient censés aboutir à une mise en œuvre de cette nouvelle nomenclature le 1^{er} décembre 2004, simultanément avec l'entrée en vigueur de la tarification à l'activité.

b) Une mise en œuvre reportée

Ce délai ne sera pas respecté. La mise en œuvre de la nouvelle gouvernance de l'assurance maladie proposée par la loi du 13 août 2004, reposant notamment sur la création de l'Uncam et la nomination d'un nouveau directeur général, mais aussi les difficultés rencontrées dans la détermination des moyens financiers qui accompagneront la mise en place de la CCAM, ont provoqué un nouveau report.

A l'issue de la réunion du 22 juillet dernier, les membres du comité de pilotage de la CCAM, au sein duquel siègent les représentants de l'État, ceux des syndicats représentatifs de médecins et ceux des caisses nationales d'assurance maladie, s'étaient entendus sur le principe d'une enveloppe de structuration destinée à remettre à niveau les actes « perdants ». Son montant était fixé à 180 millions d'euros chaque année pendant cinq ans.

Les représentants des professionnels de santé jugent aujourd'hui que cette enveloppe est insuffisante : ils chiffrent les besoins réels entre 220 et 330 millions d'euros.

Pour débloquer cette situation et permettre la mise en place de la CCAM dès le 1^{er} janvier prochain, Xavier Bertrand¹, secrétaire d'État à l'assurance maladie, a proposé de faire preuve de pragmatisme en procédant à un changement de tarifs partiel : « *Les spécialités gagnantes se verraient immédiatement appliquer les nouveaux tarifs. On prendrait plus de temps pour examiner le problème posé par les spécialités ou les activités perdantes* ».

B. L'OPTIMISATION DU SYSTÈME DE SOINS RÉPOND A DES PRÉOCCUPATIONS SANITAIRES ET ÉCONOMIQUES

Les travaux préparatoires à la réforme de l'assurance maladie ont souligné que l'un des facteurs essentiels de l'inefficience du système de soins et de la dérive des coûts de santé tient à la répétition inutile d'actes ou à la mise en œuvre de thérapeutiques contradictoires face à une même pathologie.

1. Améliorer la dispense des soins aux assurés

Le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a mis en exergue la nécessité de renforcer la coordination des soins. Ses recommandations ont été reprises par la loi du 13 août 2004.

¹ Entretien au journal *Le Monde*, 26 octobre 2004

a) Les outils indispensables à la coordination des soins

L'un des objectifs poursuivis par la réforme de l'assurance maladie est bien de répondre à cette équation posée, à des degrés divers, à l'ensemble du système de soins des pays développés : comment assurer la dispense d'un « juste soin de qualité » aux assurés sans nourrir le sentiment d'un rationnement comptable ? Elle a donc proposé à la collectivité nationale d'investir dans deux dispositifs ayant fait la preuve, chez nos voisins, de leur efficacité : le dossier médical et le médecin traitant.

• Le dossier médical personnel.

Des expériences menées dans plusieurs pays étrangers ont mis en avant les conséquences bénéfiques apportées par la mise en place d'un système d'information de qualité retraçant la situation médicale des assurés.

La loi a institué un dossier médical personnel informatisé, qui sera généralisé à l'ensemble des citoyens en 2007.

L'instauration d'une base de données regroupant, dans des conditions de stricte confidentialité, les informations médicales de l'assuré a pour objectif de permettre :

- d'assurer la chaîne de l'information médicale relative aux patients, et ainsi d'optimiser les soins qui leur sont dispensés ;
- de diffuser les connaissances médicales et notamment de favoriser le partage des bonnes pratiques ;
- de franchir une étape essentielle à la réussite de la maîtrise médicalisée des dépenses, par la limitation des actes redondants ou nocifs.

• Le médecin traitant

Étroitement articulée avec la mise en place du dossier médical personnel, l'instauration d'un médecin traitant participe de la rationalisation des soins dispensés aux assurés.

Ce médecin constitue en quelque sorte un chef de file, garant du parcours de soins du patient, notamment pour l'accès à un médecin spécialiste. La procédure n'est pas contraignante, rien n'empêchant l'assuré d'accéder au praticien de son choix, hors recommandation de son médecin traitant. Mais l'usage de cette liberté, qu'aucune justification médicale ne légitime, autorisera les partenaires conventionnels à prévoir des modalités de remboursements spécifiques.

Le recours à ces deux instruments n'a pas été motivé par la nécessité de réaliser des économies, mais avant tout par la recherche d'un plus haut degré de performance des soins.

Leur coût propre n'est d'ailleurs pas négligeable : celui du dossier médical personnel pourrait s'élever à un demi-milliard d'euros ; l'équilibre économique du recours à un médecin traitant n'est pas démontré. En revanche, l'amélioration du système de soins qui en résultera devrait permettre de

réduire sensiblement actes et prescriptions inutiles et de rentabiliser ainsi l'investissement initial.

b) Les instruments effectifs de l'amélioration des pratiques

Le Gouvernement s'est également attaché, avec l'appui de votre commission, à définir les instruments utiles à l'amélioration des pratiques professionnelles. Deux pistes ont été suivies : la première concerne l'amélioration des connaissances en cours de vie professionnelle, la seconde l'évaluation des pratiques individuelles, mais aussi collectives. Cette réflexion a débouché sur un renforcement des dispositifs de formation médicale continue et d'évaluation des pratiques professionnelles.

Ces pratiques ne sont pas nouvelles, mais elles sont porteuses d'enjeux fondamentaux pour une amélioration effective des pratiques. Il importe donc que les professionnels de santé s'approprient ce dispositif et que les moyens nécessaires à son financement soient effectivement disponibles.

2. Les enjeux sanitaires et économiques de la politique du médicament

En 2003, les dépenses de médicaments se sont élevées à 15,4 milliards d'euros. Elles représentent 15,2 % des dépenses de l'ONDAM.

Chaque médecin généraliste prescrit en moyenne chaque année pour environ 260.000 euros de médicaments. Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a analysé cette tendance et a alerté les pouvoirs publics sur les risques sanitaires dont elle est porteuse : *« on sait que l'assuré français consomme trois fois plus d'antibiotiques que son voisin allemand (...). Par ailleurs le nombre moyen de médicaments par ordonnance est de quatre alors qu'il est couramment admis que les risques d'interaction médicamenteuse deviennent très importants à partir de trois spécialités conjointement prescrites »*.

Face à cette situation, un changement de comportement des prescripteurs et des patients était indispensable. Quelques premières évolutions positives s'esquissent sur la consommation d'antibiotiques et sur la part des génériques dans le marché du médicament.

a) Infléchir la prescription

Le premier défi qui doit être relevé est celui des prescriptions. Dans ce domaine, les questions sont multiples et les pouvoirs publics, en liaison avec l'assurance maladie, ont promu plusieurs dispositifs dont l'objectif est de modifier le comportement des prescripteurs et des malades.

- Le premier champ d'intervention porte sur le **bon usage du médicament**. L'enjeu n'est pas uniquement économique. Il est également sanitaire puisque, chaque année, 130.000 hospitalisations sont provoquées par

des interactions médicamenteuses dues à la prise conjointe de molécules incompatibles entre elles.

L'action la plus spectaculaire dans ce domaine repose sur un accord de bon usage des soins conclu en 2002 entre l'assurance maladie et les médecins qui a été accompagné d'une campagne de sensibilisation lancée à l'attention du public en 2002 : « *les antibiotiques, c'est pas automatique* ».

Cette campagne, qui réunissait les professionnels de santé et les caisses avait « *pour objectif de diminuer de 25 % en cinq ans le ratio rapportant le nombre d'actes avec prescriptions antibiotiques au nombre d'actes avec prescriptions de médicaments*¹ ». L'objectif était non seulement de limiter la consommation de médicaments, mais également de préserver l'efficacité thérapeutique des antibiotiques, qu'un usage inadapté et répétitif contrarie.

A la suite de cette campagne, la consommation d'antibiotiques a baissé de 17 %. Cette action a permis à l'assurance maladie d'économiser 50 millions d'euros, à rapporter aux 6 millions d'euros investis dans la campagne d'information.

- La création de la **Haute autorité de santé** constitue un autre axe de l'amélioration de l'information des professionnels de santé et des assurés sur le bon usage du médicament.

- Enfin, une charte de qualité des pratiques professionnelles des personnes chargées de la **promotion par prospection ou démarchage pour les spécialités pharmaceutiques** a été conclue entre le comité économique des produits de santé et les entreprises du médicament. Le rôle essentiel que jouent les visiteurs médicaux dans l'information des praticiens sur les prescriptions médicamenteuses justifie que leurs pratiques professionnelles soient

b) Développer les médicaments génériques

- En 1999, les pouvoirs publics ont engagé une politique de développement des médicaments génériques pour réduire le volume des dépenses de médicaments.

La progression des ventes de médicaments génériques est restée modérée jusqu'en juin 2002.

Lors de l'accord conclu avec la CNAMTS le 5 juin 2002, les médecins généralistes se sont engagés à produire un effort important en faveur de la prescription en dénomination commune en contrepartie de l'augmentation du prix de la consultation à vingt euros. Depuis le 1^{er} juillet 2003, la totalité des lignes d'ordonnances doit être rédigée en médicaments génériques ou en spécialités libellées en dénomination commune. Cet accord a permis un développement plus dynamique des médicaments génériques.

¹ *Rapport sur l'exécution de l'ONDAM 2003, CNAMTS.*

Pour favoriser la prescription en dénomination commune et les génériques, l'assurance maladie a engagé un programme global d'information auprès des médecins, par l'envoi de brochures et d'aides à la prescription, et des assurés grâce à des brochures encartées dans la presse et disponibles dans les CPAM. Par exemple, un tableau des quarante médicaments généricables les plus prescrits, édité sous forme de mémo, a été diffusé à l'ensemble des médecins généralistes en novembre 2002.

- Néanmoins des marges de progression existaient encore car seules 5 à 7 % des prescriptions de médicaments étaient effectivement rédigées sous la forme du nom des molécules en juin 2003.

Pour accroître la part des médicaments génériques moins onéreux pour les finances de la sécurité sociale, le Gouvernement a décidé la mise en place des tarifs forfaitaires de responsabilité (TFR) dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003.

Ce dispositif consiste à rembourser les médicaments, qu'ils soient princeps ou génériques, **sur la base du prix des génériques**. Dans un premier temps, il n'a concerné que les groupes pour lesquels les médicaments génériques rencontraient des difficultés à prendre des parts de marché : l'arrêté du 29 juillet 2003 a procédé à la mise sous TFR des groupes génériques dont le taux de pénétration était compris entre 10 et 45 %. Cette mesure est entrée en vigueur en septembre 2003 pour être pleinement effective en octobre 2003.

- Dans son rapport pour 2004, la Cour des comptes souligne que « *les médicaments génériques ont connu un fort développement depuis cinq ans, leur part passant de 2 % des montants présentés au remboursement en juin 1999 à 7 % en décembre 2003, mais cette progression demeure très limitée par rapport à ce qui constaté à l'étranger* ». Le Gouvernement est donc invité à poursuivre son effort.

III. HÔPITAL 2007 : UN BILAN À MI-PARCOURS

Annoncé lors des débats parlementaires consacrés à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003, le plan « Hôpital 2007 » devait redonner « *ambition et espoir* » au monde hospitalier.

Ce plan s'organise autour de quatre grandes orientations : soutien volontariste à l'investissement, rénovation du mode de financement des établissements, assouplissement des règles de planification et mise en œuvre d'une nouvelle gouvernance au sein des établissements. Il s'annonce comme l'une des plus vastes réformes de l'hôpital depuis 1958.

Si la planification sanitaire et la nouvelle gouvernance ont été incluses dans les deux lois autorisant le Gouvernement à simplifier le droit par voie d'ordonnances votées en juillet 2003 et novembre 2004, l'investissement et les modalités de mise en œuvre de la tarification à l'activité ont été abordés par les lois de financement de la sécurité sociale.

Il paraît donc pertinent, à l'occasion du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, de procéder à une première évaluation de l'état d'exécution de ce plan.

A. UN VOLET INVESTISSEMENT POUR ACCÉLÉRER LA RÉNOVATION DU PATRIMOINE ET LA MODERNISATION DE L'ÉQUIPEMENT HOSPITALIER

Le volet investissement du plan « Hôpital 2007 » prévoit de financer intégralement 10 milliards d'euros d'investissements supplémentaires entre 2003 et 2007, soit une augmentation de 30 % de l'investissement annuel moyen.

Ce projet global est conçu pour l'ensemble du parc hospitalier, aussi bien public que privé. Ses objectifs sont pluriels : moderniser un patrimoine immobilier vétuste, faciliter la mise en œuvre des priorités de santé publique (plan cancer, plan urgences, plan santé mentale...) et assurer l'application des textes en vigueur sur les normes de sécurité (en 2002, 24 % des bâtiments des centres hospitaliers universitaires avaient reçu un avis défavorable des commissions préfectorales de sécurité).

1. L'apport de financements supplémentaires

A l'issue d'une phase de concertation préalable organisée par le ministère de la santé, les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ont présenté une liste de 937 opérations susceptibles de bénéficier d'un soutien financier dans le cadre du plan « Hôpital 2007 ».

Ces opérations ont été agréées par le ministre chargé de la santé. Le montant total des investissements nécessaires à la réalisation de ces projets s'établit à 10,2 milliards d'euros. Le montage financier se compose d'une participation de l'assurance maladie, à hauteur de 6 milliards d'euros, et du financement complémentaire réuni par les établissements de santé, essentiellement par recours à l'emprunt.

Ces sommes s'ajoutent aux 2,7 milliards d'euros d'investissements annuels habituels.

Les financements supplémentaires sont versés aux établissements concernés selon deux modalités distinctes : les aides en capital et les aides en fonctionnement. Dans les deux cas, l'attribution de l'aide fait l'objet d'une contractualisation entre l'ARH et l'établissement. Elle prend la forme d'un avenant aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ou d'un engagement contractuel spécifique.

En raison de systèmes de financements distincts (la dotation globale d'un côté, la rémunération à la journée de l'autre), les aides en fonctionnement ne peuvent être versées dans les mêmes conditions aux établissements de santé publics et privés. Les ARH ont donc privilégié le recours aux aides en capital pour financer les investissements destinés aux établissements privés sous objectif quantifié national (OQN).

- **Ces aides en capital** sont financées par le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), à hauteur de 1,5 milliard d'euros. Les subventions attribuées par l'ARH à l'établissement de santé au titre du FMESPP sont payées par la Caisse des dépôts et consignations sur présentation du document contractuel signé et d'une facture attestant du début de réalisation des travaux ou de pièces justificatives attestant de l'acquisition du matériel.

- **Les aides en fonctionnement** visent à compenser les surcoûts d'exploitation occasionnés par les emprunts contractés par les établissements de santé : frais financiers et dotations d'amortissements. Ils permettent également de couvrir les loyers versés dans le cadre d'opérations externalisées (marché global ou bail emphytéotique). Les aides au fonctionnement courant financées dans le cadre de l'ONDAM sont notifiées par l'ARH à l'établissement, selon les dispositions de l'engagement contractuel signé.

Ces subventions portent sur un montant total de 430 millions d'euros, soit une dotation moyenne annuelle de 90 millions d'euros. En 2003, pour le lancement du dispositif, seuls 70 millions d'euros ont été distribués.

La réussite de ce projet dépend étroitement des méthodes appliquées par le ministre chargé de la santé et ses services. La mise en place de la mission d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH) et des vingt-six chargés de missions régionaux a eu un effet extrêmement positif dans le déroulement des premières étapes du plan, notamment grâce à l'assistance accordée aux établissements de santé pour élaborer le cadre juridique et

financier du projet et pour faciliter la réalisation et la diffusion de nouvelles modalités de maîtrise d'ouvrage.

2. Des modalités juridiques innovantes

Pour atteindre, dans les délais prévus, les objectifs élevés fixés par le plan « Hôpital 2007 », le Gouvernement a développé des modalités juridiques innovantes.

L'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003, portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation, a levé, principalement pour les opérations immobilières, certaines des contraintes juridiques issues du droit de la domanialité publique et du droit de la maîtrise d'ouvrage public, pesant spécifiquement sur les établissements publics de santé (EPS).

Les EPS et structures de coopération sanitaire ayant une opération d'investissement immobilier à réaliser ont donc désormais le choix entre :

- une maîtrise d'ouvrage directe et, en ce cas, soit par une procédure classique distinguant conception et construction, soit par un marché global (conception-réalisation-maintenance) ;

- une maîtrise d'ouvrage confiée à un tiers, tel qu'un opérateur privé, une collectivité territoriale, une société d'économie mixte locale, une société anonyme HLM, un office public HLM ou un office public d'aménagement et de construction.

D'ores et déjà, les établissements publics de santé se sont appropriés ces nouveaux dispositifs. Un partenariat public-privé (contrat global portant à la fois sur la conception, la construction, l'aménagement et l'entretien des bâtiments) de grande envergure a démarré dans l'Essonne. Pour la première fois en France, cette procédure a été retenue pour la construction et la gestion d'un établissement de santé public, pour un coût total de 250 millions d'euros.

Ce projet prévoit de mettre en service, à l'horizon 2010, un hôpital de 950 lits et places (activités de médecine-chirurgie-obstétrique, soins de suite et réadaptation et psychiatrie). Ce nouveau site réunira les hôpitaux d'Évry et de Corbeil, fusionnés depuis 1999.

Outre le développement de modalités juridiques innovantes, les pouvoirs publics se sont également attachés à favoriser la coopération entre les établissements de santé publics et privés d'une part, entre les établissements de santé et les médecins libéraux, d'autre part.

Cette démarche exprime une double préoccupation : favoriser la recomposition de l'offre de soins et développer les coopérations professionnelles, notamment celles visant à limiter les effets de la crise de la démographie médicale.

Les nouvelles règles applicables en matière de création et de fonctionnement des groupements de coopération sanitaire illustrent ces préoccupations. Désormais, ces groupements peuvent être constitués entre des établissements de santé publics et privés, des établissements médico-sociaux et des professionnels libéraux. Cette nouvelle formule favorise la coopération entre établissements publics et privés et permet de recourir à des médecins non salariés ; elle favorise le regroupement des activités médicales et la mutualisation des tâches logistiques.

3. Des premiers résultats encourageants

La volonté exprimée par les pouvoirs publics et la mise en œuvre de nouveaux dispositifs de coopération favorisent également la recomposition territoriale de l'offre hospitalière, à laquelle les autorités sanitaires sont très attentives.

En effet, le Gouvernement a souhaité mettre à profit le volet investissement du plan « Hôpital 2007 » pour accélérer les recompositions et les collaborations entre établissements.

Les premières statistiques disponibles font apparaître des résultats encourageants puisque quatre-vingt-huit opérations de regroupements de sites, concernant 195 établissements, sont déjà programmées, tandis que quatre-vingt-dix opérations de coopération entre établissements de santé sont en cours.

Les plans régionaux d'investissements hospitaliers

Investissements supplémentaires correspondant à des opérations de coopérations et complémentarités (en millions d'euros)		
	Nombre	Montant de l'investissement
Répartition des projets		
public - public	13	0,4
public – privé	51	1.047,4
privé - privé	26	490,89
TOTAL	90	1.976,16

Source : ministère de la santé

Ces opérations illustrent la réussite des nouveaux outils juridiques de coopération mis à la disposition des établissements de santé : groupement de coopération sanitaire et partenariat public-privé.

Le plan d'investissement est également mis à profit pour renforcer l'offre de soins dans des domaines considérés comme prioritaires.

C'est ainsi que les services d'urgences bénéficieront de 674 millions d'euros d'investissement pour 194 opérations de travaux d'informatisation ou d'équipement.

La mise en œuvre du plan cancer est assurée à travers 112 opérations qui concernent la construction de services spécialisés ou la rénovation d'établissements. Au total, 416 millions d'euros seront investis dans ces actions.

Enfin la périnatalité (maternité, réanimation pédiatrique) fait l'objet d'investissements significatifs destinés à renforcer les capacités d'accueil des établissements (1,5 milliard d'investissement pour quatre-vingt-sept opérations).

De façon globale, le plan d'investissement « Hôpital 2007 » a permis l'engagement effectif d'une dynamique d'investissement. Cette progression a bénéficié à l'immobilier qui représente 58 % du montant des investissements, aux équipements techniques et médicaux pour 21 % et aux équipements hôteliers et informatiques pour 21 %.

B. LES ÉCHÉANCES DE LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ

La mise en place d'un nouveau mode d'allocation des ressources, la tarification à l'activité (T2A), a été prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004.

L'ambition de la T2A est, à terme, de financer tous les établissements selon un même modèle, en fonction de l'activité qu'ils ont effectivement réalisés. Elle concerne, dans un premier temps, la seule activité de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique). Cette activité sera désormais appréciée au travers du classement de chaque séjour hospitalier dans l'un des groupes homogènes de séjour (GHS) auquel sera rattaché un tarif.

La loi organise une montée en charge progressive de ce nouveau mode de financement qui s'applique à partir du 1^{er} janvier 2004 pour les établissements de santé sous dotation globale, puis du 1^{er} octobre 2004 pour les établissements privés sous objectif quantifié national.

1. 2004, une année pour franchir les premiers obstacles

a) La mise en œuvre de la T2A dans les établissements privés

Initialement prévue pour le 1^{er} janvier dernier, la tarification à l'activité devait s'appliquer aux établissements privés au 1^{er} octobre 2004. Ce basculement global était envisageable dans des délais brefs en raison de la proximité qui existe entre le système de tarification à la journée et à l'acte, actuellement en vigueur dans les établissements privés, et la future tarification à l'activité.

Or, ce calendrier, déjà reporté, ne sera pas respecté. Plusieurs difficultés peuvent expliquer cette situation : la publication tardive des tarifs de prestations applicables, mais également la nécessité de stabiliser les systèmes informatiques des organismes payeurs - les caisses d'assurance maladie - et des organismes émettant les factures - les cliniques.

Les professionnels de santé exerçant à titre libéral au sein de ces établissements sont également concernés par cette migration technique : ils doivent désormais facturer les actes en lien avec une hospitalisation et transmettre les éléments nécessaires à leur rémunération sur le même support administratif et comptable que les cliniques. Si ces dernières ne sont pas en mesure de produire une facture, les praticiens libéraux exerçant dans les établissements privés ne percevront plus leurs honoraires.

La situation semble toutefois évoluer lentement puisque le législateur prévoit de ne reporter la mise en œuvre définitive de ce nouveau mode d'allocations de ressources pour les établissements privés que de deux mois supplémentaires.

Ce nouveau report ne semble d'ailleurs pas suffisant pour permettre la résolution des problèmes techniques puisque l'article 7 du présent projet de loi de financement ouvre la faculté de recourir au versement d'avance de trésorerie.

Le versement de ces avances est ainsi autorisé en cas d'impossibilité de transmettre les informations par voie électronique ou d'impossibilité de traiter les bordereaux de facturation par des moyens informatiques.

Le retard accumulé témoigne de la grande complexité de cette réforme et de ses effets restructurants sur les systèmes d'information de l'assurance maladie et des établissements de santé privés. La mise en œuvre de mesures transitoires illustre aussi la volonté du Gouvernement d'aller de l'avant dans la réforme, en développant des solutions pragmatiques susceptibles d'impliquer les acteurs du système santé dans sa mise en œuvre.

b) La situation des établissements publics

Si la réforme doit s'appliquer intégralement dès la première année aux établissements privés, la loi a prévu plusieurs étapes pour la mise en œuvre de la T2A dans les établissements de santé publics actuellement financés par la dotation globale.

Pour 2004, le cadre budgétaire et comptable en vigueur est maintenu, mais les données du programme de médicalisation du système d'information (PMSI), qui mesurent l'activité d'un établissement, sont prises en compte pour la détermination et l'ajustement des budgets. En effet, il est prévu que 10 % des activités de médecine, chirurgie et obstétrique des établissements de santé publics seront rémunérés sur la base de la nouvelle tarification pour la première année.

Les dotations seront désormais décomposées en deux grandes catégories : la première, constituée des ressources calculées en fonction de l'activité, et la deuxième, des financements ne dépendant pas de celle-ci.

Pour tenir compte des surcoûts liés notamment à la situation géographique de l'établissement et gérer la période transitoire, le législateur a prévu l'application d'un coefficient correcteur. C'est ainsi que les tarifs appliqués pour calculer le montant des ressources liées à l'activité ont été majorés de 10 % pour les établissements de Paris, de 25 % pour les départements français d'Amérique et de 30 % à la Réunion.

Cette nouvelle logique, en vertu de laquelle les moyens dont disposeront les établissements ne seront plus déterminés *a priori* mais dépendront du volume réel de leur activité, modifie profondément le rôle des agences régionales d'hospitalisation.

La première année, ces agences devront attribuer aux établissements de santé l'allocation de ressources initiale nécessaire au démarrage de l'activité en début d'exercice, mais ce financement sera révisé en fonction des résultats constatés.

Au mois d'octobre 2004, le ministère de la santé a institué une étape supplémentaire en autorisant une facturation séparée pour quatre-vingt-dix médicaments particulièrement onéreux. Cette mesure permettra d'accroître les ressources liées à la tarification à l'activité qui seront désormais constituées des factures correspondant aux GHS et d'une facturation complémentaire en cas d'usage de molécules onéreuses. Elle doit également favoriser la diffusion des médicaments innovants dans les établissements de santé privés qui n'avaient pas, jusqu'à présent, les moyens de prendre en charge ces dépenses.

Le premier bilan de l'application de la T2A vient d'être dressé par le ministre. Il en ressort que **400 établissements de santé verraient leur budget augmenter dès 2004** sous l'effet la mise de la mise en œuvre de la T2A, pour un montant cumulé de 230 millions d'euros. Il s'agit, pour un tiers, d'augmentation nette d'activités de soins valorisées par les tarifs et les forfaits, et pour les deux tiers restants, de la consommation de médicaments et dispositifs médicaux coûteux pour la première fois en 2004 non limités au sein de chaque hôpital.

Parallèlement, **172 établissements verraient leur budget se réduire** conduisant, fait notable, les agences régionales de l'hospitalisation à rendre, à cette occasion, des décisions budgétaires négatives.

Le bilan définitif de l'ONDAM 2004 devrait donc afficher une dépense supplémentaire de 200 millions d'euros.

Les informations disponibles n'ont toutefois pas permis à votre commission d'évaluer, en toute transparence, les effets de cette première année de mise en œuvre. Elle regrette l'absence d'un tableau de bord de la situation de l'hôpital public, retraçant la situation financière des établissements, les dotations complémentaires auxquelles ils peuvent

prétendre, la situation de l'emploi et notamment le taux d'occupation des postes, et enfin le montant réel des reports de charges. Les rapports du conseil de l'hospitalisation doivent combler une partie de ces lacunes.

2. 2005, une année charnière pour le financement des établissements de santé

Outre le passage effectif des établissements privés à la T2A, l'année 2005 devra relever bien d'autres défis.

a) La détermination des financements : part de la T2A et montant de l'enveloppe MIGAC

- Le Gouvernement doit faire connaître prochainement le niveau de financement à la prestation qui sera appliqué aux établissements de santé. Cette part s'élève à 10 % dans le budget 2004 ; le ministre de la santé et de la protection sociale a annoncé qu'elle se situerait entre 20 et 30 % en 2005.

Cette décision est attendue par l'ensemble des acteurs du système de santé et elle aura des effets majeurs sur le fonctionnement des établissements. En effet, les restructurations qui ont pu être évitées en 2004 devront être envisagées à cette occasion.

- Ensuite, le Gouvernement doit également préciser le montant des sommes qui seront allouées au financement des missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation (MIGAC). Conformément à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale qui prévoit en effet la création, au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, d'une dotation nationale de financement qui leur est destinée.

Cette dotation participe notamment au financement des engagements relatifs aux missions de service public telles que l'enseignement et la recherche, les actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé, l'aide médicale d'urgence et la lutte contre l'exclusion sociale.

Elle est déterminée par l'État après consultation des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés. Outre les missions d'intérêt général, cette enveloppe financière doit permettre l'accompagnement des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), notamment dans le cadre de la mise en oeuvre des schémas régionaux d'organisation sanitaire (sites isolés, accueil de populations spécifiques). Certaines activités - le SAMU, le Centre 15, les centres anti-poison - pourront également être financées au titre des MIGAC.

La fixation de cette enveloppe est stratégique pour deux raisons : tout d'abord, elle déterminera les moyens dévolus au service public de la santé, ensuite, elle donnera un signal clair sur la volonté du Gouvernement de développer et de pérenniser la tarification à l'activité.

En effet, aucun élément de mesure ne permet de savoir pour l'instant quelle sera la part de cette enveloppe dans le financement des établissements. Aujourd'hui, on ne connaît que la valeur de l'enveloppe MIGAC destinée au financement des activités de recherche et d'enseignement réalisées par les centres universitaires hospitaliers qui, par convention, est fixée à 13 % du budget de ces établissements.

b) Les autres enjeux de l'année 2005

Outre qu'elle donnera lieu à l'introduction du financement à l'activité dans le budget des établissements publics et à la première détermination de l'enveloppe allouée aux missions d'intérêt général, 2005 constituera une année charnière car l'effort de convergence sur les tarifs et prestations débutera à compter du 1^{er} mars 2005.

Cette convergence est envisagée à trois niveaux : entre les établissements publics, entre les établissements privés et, bien entendu, entre les établissements publics et privés afin de déboucher sur une échelle commune des tarifs en 2012.

2005 sera également la première année de mise en œuvre d'un objectif de dépenses d'assurance maladie commun aux activités de MCO (ODMCO), incluses dans le périmètre de la T2A, pour objectif de dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie. Cet objectif constitue une sous-enveloppe de l'ONDAM au sein de laquelle seront suivies, au travers de cet objectif, les facturations des établissements MCO à la charge des régimes obligatoires d'assurance maladie.

L'ODMCO regroupera les GHS, les forfaits techniques (scanner, IRM, PET-Scan), le forfait de passage aux urgences, les forfaits annuels (urgences et prélèvements d'organes), les actes et consultations externes, l'hospitalisation à domicile, les suppléments journaliers (réanimation), les médicaments et les dispositifs médicaux implantables payés en sus.

Cet objectif est un sous-ensemble de l'ONDAM ; il est fixé en tenant compte des prévisions d'évolution des coûts hospitaliers et des prévisions de croissance d'activités.

Enfin, en 2005, le Gouvernement devrait poursuivre les travaux préparatoires à l'extension de la T2A, ou d'un système similaire, aux activités de soins de suite et de réadaptation et aux activités psychiatriques qui sont pour l'instant exclues du dispositif en raison des difficultés que pose, pour ces soins particuliers, la mesure de l'activité.

C. DÉBATS ET POLÉMIQUES AUTOUR DE L'ANALYSE DES COÛTS DANS LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Votre commission regrette que les informations mises à la disposition du législateur soient toujours plus documentées lorsqu'il s'agit d'analyser l'évolution des dépenses de soins de ville et du médicament que lorsqu'il s'agit de l'hôpital.

La complexité, souvent invoquée, de l'exercice appliqué à l'activité hospitalière ne peut justifier ce manque de transparence qui produit désormais des effets indésirables et alimente la suspicion sur le coût et la productivité de l'hôpital.

1. La controverse sur le coût des prestations hospitalières

La mise en œuvre d'un nouveau mode de financement des établissements de santé, publics comme privés, exige une plus grande transparence des coûts. Cette demande de transparence a été rendue plus aiguë encore par les travaux préparatoires à la réforme de l'assurance maladie, notamment ceux menés par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Elle est pleinement justifiée par le fait que le financement des établissements de santé absorbe, peu ou prou, 50 % du montant de l'ONDAM.

a) L'analyse des coûts entre hôpitaux publics et privés

La question de la différence de coûts, et implicitement de la différence de productivité, entre les établissements publics et privés n'est pas nouvelle. Elle est apparue dans le débat à la faveur d'un rapport non publié de l'Inspection générale des affaires sociales ; elle a rebondi à l'occasion des travaux que le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a consacré à l'analyse des coûts hospitaliers et se trouve aujourd'hui relancée par les écarts subsistant entre les tarifs établis pour les établissements publics et ceux fixés pour les établissements privés.

S'ils n'épuisent pas la polémique, plusieurs éléments objectifs méritent d'être discutés pour justifier l'existence de ces écarts.

• Les tarifs ne couvrent pas les mêmes coûts

Cette observation est incontestable : les tarifs des établissements de santé publics sont « tout compris » alors que les tarifs des établissements de santé privés ne couvrent qu'une partie de l'activité de soins. En effet, les honoraires des médecins libéraux exerçant dans les cliniques font l'objet d'une facturation séparée.

En outre, le coût des actes préparatoires à l'activité chirurgicale - examens biologiques ou radiographiques - n'est pas intégré dans le tarif des cliniques mais fait également l'objet d'une facturation complémentaire.

• Les tarifs ne couvrent pas les mêmes pathologies

Les cliniques pratiquent essentiellement des interventions programmées alors que l'hôpital public assure la charge importante de 90 % d'activités non programmées, ce qui comporte une influence certaine sur son coût de fonctionnement.

Par ailleurs, l'examen du programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI), qui retrace l'activité des établissements, fait ressortir des écarts d'activités susceptibles de justifier des différences de coûts de fonctionnement. Il ressort de cette analyse que les activités des cliniques sont plus spécialisées puisque 80 % de leur activité sont assurés au travers de cent groupes homogènes de malades (GHM), tandis que l'activité de l'hôpital s'organise autour de 250 GHM. L'hôpital doit donc disposer de plateaux techniques et de compétences plus variés, ce qui ne permet pas les économies d'échelle.

Les parts de marché des secteurs public et privé MCO en 2001 (année 2001)

MCO	CH	CHU	PSPH	CLCC	TOTAL PUBLIC + PSPH	PRIVE
1 – Chirurgie	19,3 %	21,8 %	6,7 %	1,0 %	48,8 %	51,2 %
2 – Médecine	43,1 %	26,7 %	5,4 %	2,5 %	77,7 %	22,3 %
3 – Obstétrique	44,7 %	16,8 %	5,8 %	0,0 %	67,3 %	32,7 %
TOTAL	33,2 %	24,1 %	6,0 %	1,7 %	65,0 %	35,0 %

Source : www.parhtage.sante.fr

b) La difficile mission du comité de l'hospitalisation

Dans la situation actuelle, la polémique sur les coûts est compréhensible pour au moins deux raisons.

Elle est soutenue par la fédération hospitalière privée qui, dans le cadre de ses négociations avec les pouvoirs publics, a tout intérêt à rechercher une tarification favorable aux établissements de santé privés, qui garantisse son niveau d'activité et dégage une marge de bénéfice conforme à la logique du secteur privé.

Elle est entretenue par l'opacité qui règne sur le financement de l'hôpital public, opacité structurelle due à l'extrême complexité des outils de financement et de mesures d'activités des établissements, mais qui, en l'occurrence, favorise une instruction à charge du dossier hospitalier.

Dans ces conditions, la tâche du comité de l'hospitalisation créé par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie s'annonce rude.

Ce conseil doit être consulté sur les décisions relatives au financement des établissements de santé, à la détermination et au suivi de la réalisation des objectifs de dépenses hospitalières d'assurance maladie. Il jouera donc le rôle d'un comité de transparence, mission à laquelle votre commission souscrit largement.

Son rôle ne doit pas se limiter à l'observation détaillée des coûts mais porter également sur l'évaluation de la qualité des soins et la bonne prise en charge des patients potentiels.

2. Optimisation des ressources et plans d'économie

L'optimisation des dépenses des établissements de santé figure parmi les actions retenues par le Gouvernement pour assurer un retour à l'équilibre de l'assurance maladie.

a) Les résultats de l'audit mené par la mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers

Les achats de biens et services extérieurs des établissements représentent un enjeu économique important, que le ministère de la santé évalue à plus de 15 milliards d'euros.

Dans une note relative à la campagne budgétaire 2004, la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) saluait les efforts produits par le monde hospitalier depuis plusieurs années et encourageait à les poursuivre localement et dans certains secteurs d'activités, notamment les fonctions logistiques et administratives.

En effet, malgré une première inflexion des dépenses, les travaux menés par la mission ministérielle sur le médicament ou par la mission d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH) sur les achats hospitaliers ont révélé les marges d'économies importantes à attendre d'une meilleure organisation des achats hospitaliers.

Une expérimentation portant sur quatorze établissements de santé a permis de déterminer les contours d'un plan de réduction des prix pour l'achat d'au moins six catégories de produits : consommables et textiles à usage unique, fluides médicaux, médicaments, dispositifs médicaux stériles non implantables, fournitures de bureau et matériel informatique.

Après recensement de l'ensemble des besoins et une analyse comparative des fournisseurs disponibles, il est apparu que certains leviers devaient être employés pour faire pression sur les prix d'achats : standardisation des produits commandés, réduction du nombre de références, réévaluation des spécifications techniques ou regroupement des achats par l'intermédiaire de groupements d'achats.

Parallèlement à ses missions d'audit, la MEAH a diffusé des recommandations de bonne gestion hospitalière destinées à rechercher des pistes d'amélioration de la productivité.

Dans le même souci, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a établi une nouvelle procédure de fixation des prix des médicaments achetés par les établissements de santé pour être ensuite vendus dans le cadre de la rétrocession hospitalière, dont les dépenses ont augmenté de 6,7 % en deux ans.

Enfin, les travaux de la DHOS ont également montré qu'une meilleure organisation de la fonction achat pourrait permettre d'obtenir 2 % d'économies sur les médicaments, en plus de celles qui peuvent être réalisées par un meilleur usage des médicaments et une rationalisation de la distribution des médicaments à l'hôpital.

b) Le plan d'économies décidé par le Gouvernement

Au vu de ces études, le ministre de la santé a souhaité accélérer ce processus d'optimisation en fixant un objectif de 850 millions d'euros d'économies. Cet effort, qui sera réparti sur trois ans, devra se décomposer de la manière suivante : 2 % d'économies sur les achats de médicaments, 10 % sur les dispositifs médicaux et les fournitures hôtelières générales et 5 % sur la majeure partie des prestations de service.

La première année, les agences régionales d'hospitalisation devront faire respecter un objectif d'économies fixé à 150 millions d'euros et devront s'assurer que les établissements accomplissent l'effort demandé sans recourir à certains artifices comptables, comme des reports de charges.

A l'instar du dispositif retenu pour les accords cadres visés à l'article 13 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, le ministre encourage les agences régionales d'hospitalisation à intéresser financièrement les établissements à cette optimisation des dépenses en prévoyant la rétrocession d'une partie des économies réalisées.

La MEAH se voit également confier une mission de diffusion des bonnes pratiques d'achat. Des groupes régionaux d'établissements seront constitués et recevront l'assistance d'un cabinet conseil afin de réformer leur organisation interne.

D. LA QUALITÉ DES SOINS À L'HÔPITAL

Le contexte économique et financier, la recrudescence des infections nosocomiales, la pression des associations d'usagers, le développement des recommandations de bonne pratique et l'obligation de formation et d'évaluation des professionnels de santé font de la qualité des soins un enjeu majeur de l'organisation du système de soins.

Jusqu'à une date récente, le développement de la qualité des soins à l'hôpital s'est principalement exercé à travers l'action de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Cette action empruntait deux voies : la première liée au développement des référentiels de bonne pratique, la seconde via la procédure d'accréditation pilotée par l'agence.

La loi du 13 août 2004 a ouvert de nouvelles perspectives et propose aux acteurs du système hospitalier de développer une politique plus volontariste en faveur du développement de la qualité des soins et de la lutte contre le gaspillage.

1. L'étude des coûts de la qualité et de la non-qualité des soins dans les établissements de santé

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la qualité des soins se définit par la garantie apportée à chaque patient de bénéficier des actes diagnostiques et thérapeutiques lui assurant le meilleur résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures et de résultats.

Dans une étude récente¹, publiée en septembre 2004, l'ANAES et le Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA) ont souligné l'absence de données chiffrées relatives aux coûts de la qualité et de la non-qualité des soins dans les établissements de santé publics et privés

Leurs analyses tentent de mesurer les défauts de qualité des soins prodigués, en utilisant plusieurs indicateurs tels que la fréquence des événements indésirables, l'existence de prescriptions inappropriées, la proportion d'interventions chirurgicales ou d'hospitalisations injustifiées. Ces résultats concordent pour estimer que **30 % des journées d'hospitalisation seraient non pertinentes, tandis 25 % des lits de réanimation seraient occupés sans justification médicale sérieuse.**

Ces conclusions, qui synthétisent des données existantes mais éparses, rejoignent celles de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) dans le domaine des soins de ville.

¹ *Les coûts de la qualité et de la non-qualité des soins dans les établissements de santé : état des lieux et propositions – Septembre 2004.*

Votre commission s'était fait l'écho de ces recherches à l'occasion de l'examen du projet de loi relatif à l'assurance maladie, soulignant l'intérêt de ces études qui mettent en évidence le caractère éminemment perfectible du système de santé.

Pour réduire les lacunes constatées en termes d'utilité et d'efficience des soins, deux voies doivent être poursuivies.

La première consiste à favoriser le développement des guides de bonne pratique de soins et des procédures d'accréditation des équipes médicales. C'est la tâche confiée à l'ANAES et, à compter du 1^{er} janvier 2005, à la Haute autorité de santé.

La seconde consiste à développer, à l'hôpital, les outils de lutte contre le gaspillage et les abus, qui sont déjà prévus dans le cadre de la médecine de ville.

2. L'accréditation : une démarche qualité en direction des établissements de santé

La notion d'accréditation a connu une première traduction juridique avec la loi hospitalière du 31 juillet 1991 qui imposait aux établissements hospitaliers de développer l'évaluation des pratiques professionnelles et de l'organisation des soins afin d'en garantir la qualité et l'efficience.

L'ordonnance du 24 juillet 1996 a renforcé le caractère obligatoire de cette démarche qui est désormais conduite par l'ANAES. La procédure d'accréditation concerne tous les établissements de santé, publics et privés, mais également les groupements de coopération sanitaire.

Dans son rapport de 2002, la Cour des comptes avait dressé un bilan mitigé de cette démarche, soulignant sa lenteur et le caractère non médicalisé de la procédure. En effet, l'accréditation est initialement centrée sur la qualité de fonctionnement logistique de l'hôpital, à l'exclusion des pratiques cliniques c'est-à-dire de la qualité de l'acte médical lui-même.

Deux ans après, la première de ces critiques demeure fondée puisque seuls 26 % du parc hospitalier français ont bénéficié d'une visite d'accréditation. Toutefois, l'ANAES a tenu compte des remarques émises par la Cour et a étendu le champ de l'accréditation aux pratiques professionnelles.

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a réformé ces procédures et les a confiées à une Haute autorité de santé.

Le rôle de la Haute autorité de santé

Loi du 13 août 2004 (articles 16, 35, 36) et décret n° 2004-1139 du 26 octobre 2004

La Haute autorité de santé définit la procédure **d'accréditation des médecins ou des équipes médicales** d'une même spécialité exerçant en établissements de santé ; elle délivre les accréditations.

La procédure d'accréditation est entamée à la demande des équipes médicales. Les médecins transmettent à la Haute autorité de santé les informations nécessaires à l'analyse des événements médicaux indésirables.

Un décret doit préciser les conditions dans lesquelles la demande d'accréditation peut être réservée aux médecins exerçant certaines spécialités particulièrement exposées au risque professionnel.

La Haute autorité de santé définit également la procédure de **certification des établissements de santé**, publics ou privés ; elle délivre les certifications.

La certification prend en compte les mesures développées par les établissements de santé pour assurer le respect des droits des personnes malades, les résultats et l'évaluation de la satisfaction des patients et l'amélioration des pratiques hospitalières résultant des mesures prises en application des accords-cadres conclus en vue d'améliorer les pratiques hospitalières.

La Haute autorité de santé, au sein de laquelle l'ANAES est désormais intégrée, est chargée de développer une nouvelle approche de la diffusion de la qualité au sein des établissements de santé.

Sa démarche ne se limite pas à la médecine hospitalière mais comprend également l'élaboration des recommandations de bonne pratique et leur diffusion à l'ensemble des professionnels de santé.

Votre commission considère que la tâche confiée à la Haute autorité serait rendue plus aisée si son action était relayée au niveau régional. Pour atteindre cet objectif, et plutôt que de créer de nouveaux échelons, elle vous propose d'intégrer, dans les attributions des missions régionales de santé, la diffusion des recommandations émises par la Haute autorité de santé. Cette nouvelle tâche serait partie intégrante de leur programme de gestion du risque.

3. De nouveaux outils pour développer la qualité des soins

Largement centrée sur les soins de ville, la loi du 13 août 2004 ne laisse pas pour autant de côté la question de la qualité des soins à l'hôpital.

Son article 13 étend aux établissements de santé le principe des accords de bonne pratique professionnelle. Il s'agit d'un point particulièrement important du projet de loi qui témoigne de la volonté du Gouvernement d'agir sur la qualité des soins en ville comme à l'hôpital.

Ces dispositions prévoient la conclusion d'un accord tripartite, entre le ministre en charge de la santé et de la sécurité sociale, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les fédérations nationales représentatives des

établissements de santé, pour améliorer les pratiques hospitalières. Cette évolution conventionnelle permettra de renforcer la médicalisation du dispositif de certification des hôpitaux, seul outil de bonne pratique en vigueur aujourd'hui.

Afin d'intéresser les hôpitaux à cette nouvelle contractualisation, une partie des sommes correspondant aux dépenses évitées leur sera reversée dans des conditions fixées par décret.

Des accords du même type pourront être conclus à l'échelon local entre une agence régionale de l'hospitalisation et un établissement de santé ; s'y joint l'Union régionale des caisses d'assurance maladie s'y joindra lorsque les prescriptions hospitalières sont exécutées en médecine de ville.

Ces accords permettront un certain parallélisme des formes entre la médecine de ville et la médecine hospitalière, cette dernière n'ayant pas jusqu'à présent su promouvoir un processus de contractualisation comparable à celui des accords de bon usage de soins.

Toutefois, le développement de cette contractualisation est soumis d'une part à la publication d'un texte réglementaire fixant les conditions de la participation des professionnels de santé à la négociation de ces accords, d'autre part à la volonté de l'ensemble des acteurs du monde hospitalier de s'approprier ces outils.

4. L'adaptation à l'hôpital des procédures de contrôle utilisées pour les soins de ville

Au-delà des enjeux déjà importants liés au développement des références médicales et de la contractualisation, la médecine hospitalière doit relever un autre défi : celui du contrôle médicalisé des prescriptions.

Le rapport d'exécution de l'ONDAM pour 2003, publié par la CNAMTS, souligne l'impact financier croissant des prescriptions délivrées par les médecins hospitaliers sur les dépenses d'assurance maladie. La réunion du conseil de surveillance de la CNAMTS du 30 septembre dernier a été l'occasion de mettre l'accent sur l'augmentation de la part des arrêts de travail et des frais de transports délivrés par les prescriptions hospitalières.

Des raisons objectives peuvent sans doute expliquer ce phénomène : par exemple le fait que ces prescriptions sont délivrées par des médecins hospitaliers qui assurent une part croissante de la permanence des soins *via* les services d'urgence. Mais ce constat chiffré doit néanmoins inciter les pouvoirs publics à développer les moyens de lutter contre les abus et les gaspillages, en ville comme à l'hôpital.

Les moyens juridiques de ce contrôle existent. L'article 23 de la loi du 13 août 2004 accorde au directeur d'un organisme local d'assurance maladie le droit de prononcer une sanction financière à l'encontre des professionnels de santé, des assurés et des établissements de santé qui ont prescrit un remboursement ou une prise en charge induit ou en ont bénéficié.

Toutefois, pour être applicable, cette mesure doit remplir des conditions de faisabilité minimale. Or, il apparaît aujourd'hui que l'assurance maladie obligatoire ne dispose pas d'un répertoire des médecins hospitaliers susceptible de lui permettre de suivre les prescriptions. Les caisses gèrent bien un répertoire des établissements de santé (Fichier national des établissements sanitaires et sociaux [FINESS]), mais il n'existe pas, pour les médecins hospitaliers d'équivalent au numéro ADELI¹ qui permet aux caisses une identification individualisée des médecins libéraux.

Il est urgent de combler cette lacune, pour permettre le contrôle des prescriptions mais également pour identifier les médecins hospitaliers choisis comme médecin traitant par les assurés sociaux.

Au total, étendre à la médecine hospitalière les outils de la lutte contre les abus et les gaspillages ne signifie en aucun cas la volonté de la stigmatiser ou de remettre en cause sa compétence. Il s'agit simplement et légitimement d'appliquer à tous les acteurs du système de santé, assurés, médecins, employeurs, des règles communes chaque fois que cela est possible.

Cette démarche repose sur la conviction que des exigences de qualité communes doivent être partagées par ces deux secteurs qui rencontrent des problématiques comparables et sont soumis aux mêmes attentes de la part des assurés, des caisses d'assurance maladie obligatoire et complémentaire, des pouvoirs publics, et même des assureurs.

Les établissements de santé face à la crise de l'assurance en responsabilité civile

A l'instar de la situation rencontrée par les professionnels de santé libéraux, les établissements de santé doivent également faire face à une crise de l'assurance en responsabilité civile.

La société hospitalière d'assurance mutuelle (Sham), qui assure 75 % des hôpitaux publics français, a annoncé une hausse de 15 % de ses tarifs en 2005. Il s'agit de la troisième année consécutive d'augmentation, après une croissance de 25 % en 2003 et de 39 % en 2004.

¹ ADELI signifie *Automatisation DEs LIstes*. C'est un système d'information national sur les professionnels de santé. Il contient des informations (état civil – situation professionnelle – activités exercées) quel que soit leur mode d'exercice. Un numéro ADELI est attribué à tous les praticiens salariés ou libéraux et leur sert de numéro de référence : puisqu'il identifie chaque professionnel sur sa carte de professionnel de santé (CPS).

La multiplication des réclamations formulées par les patients explique cette évolution. Le nombre de réclamations pour mille lits assurés est passé de 13,5 sur la période juillet 2002-juin 2003 à 16,7 l'année suivante, soit une hausse de 24 % en un an. En 2003, 571 actions contentieuses ont été engagées à l'encontre des hôpitaux assurés auprès de la Sham, contre 105 en 2003.

La Sham souligne également une très forte augmentation du nombre de réclamations liées aux infections nosocomiales.

Cette activité contentieuse se traduit en versement d'indemnités aux victimes. En 2003, la Sham a collecté 76 millions d'euros de cotisations au titre des contrats de responsabilité civile tandis que les charges de sinistre se sont élevées à 80 millions d'euros.

Il importe donc que l'hôpital soit intégré à cette politique commune de promotion de la qualité des soins, le cas échéant avec les adaptations justifiées par la spécificité de certaines pratiques. Les moyens existent ; les acteurs doivent se les approprier et définir les conditions de leur mise en œuvre.

*

* *

Malgré ses imperfections, et même si des progrès demeurent nécessaires en matière de transparence de l'information, votre commission tient à souligner l'ampleur de la réforme engagée par le Gouvernement.

Une question demeure toutefois en suspens, qui mérite une réponse claire : celle du rôle de l'hôpital dans le système de santé. Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie avait souligné que le « *système de soins n'est pas organisé comme un système. Car il ne coordonne pas avec systématisme, pour les patients qui s'adressent à lui, tous les moyens dont il dispose* ». Cela suppose, poursuit-il « *que l'on change assez radicalement de mode de pensée et qu'on cesse de raisonner sur « l'hôpital » et sur la « ville » comme deux secteurs étanches ayant chacun, en propre, une part de l'activité médicale* ».

C'est sur ce point que résident des marges de progrès considérable pour le système de soins. Elles supposent que la réforme des structures lancée par le Gouvernement soit prolongée par une réflexion sur la place de l'hôpital dans le système de soins et sur les moyens d'optimiser la coordination entre les différents intervenants de ce système.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I. AUDITION DE M. PHILIPPE DOUSTE-BLAZY, MINISTRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE, ET DE M. XAVIER BERTRAND, SECRÉTAIRE D'ÉTAT À L'ASSURANCE MALADIE

Réunie le jeudi 21 octobre 2004 sous la présidence de M. Nicolas About, président, la commission a procédé à l'audition de M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale, et de M. Xavier Bertrand, secrétaire d'État à l'assurance maladie, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005.

M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale, a en préambule souligné le caractère particulier du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, qui s'inscrit à la suite de trois réformes sociales majeures mises en oeuvre par le Gouvernement : la réforme des retraites, la réforme de l'assurance maladie et la loi relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. L'importance et le contenu de ces lois expliquent cette année l'ampleur limitée du projet de loi de financement.

Il a insisté sur la volonté du Gouvernement d'aboutir à une mise en oeuvre rapide de ces réformes afin de sauvegarder la sécurité sociale, jusqu'ici fragilisée par une crise financière et institutionnelle majeure.

M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale, s'est félicité, à ce titre, que l'action menée récemment ait permis de préserver les retraites par répartition et de construire un système plus juste et plus solidaire, dont participe la possibilité d'un départ en retraite anticipée offerte aux assurés justifiant de carrières longues ; elle a également rénové la politique familiale pour l'adapter aux besoins de la société, avec l'instauration de la prestation d'accueil du jeune enfant, et a refondé la politique de santé publique en donnant toute sa place à la prévention. Il s'est enfin réjoui du contenu de la réforme de l'assurance maladie qui permettra de garantir la pérennité des acquis de celle-ci, tant à l'hôpital que dans le secteur ambulatoire.

Il a affirmé ensuite que, grâce au contenu de cette réforme, les comptes sociaux, dont le déficit atteint plus de 14 milliards d'euros en 2004, amorceront un redressement sensible en 2005. Ce déficit était en premier lieu imputable à la faible croissance des recettes due à la conjoncture économique

morose de ces dernières années. En 2004, la sécurité sociale ne bénéficiera encore que faiblement du redémarrage de la croissance constatée au début de cette année, la masse salariale ne progressant pour sa part que de 2,6 %.

Il a insisté toutefois sur le caractère structurellement insuffisant des recettes pour faire face au dynamisme des dépenses qui demeure, en 2004, essentiellement le fait de l'assurance maladie, cette branche ayant atteint un déficit historique supérieur à 13 milliards d'euros.

Il a déclaré compter sur la réorganisation de l'offre de soins, la mise en place d'une gouvernance modernisée et le développement de la maîtrise médicalisée pour réaliser un véritable infléchissement de ces dépenses. Les derniers chiffres communiqués par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) permettent d'être optimistes sur ce point, car ils traduisent un ralentissement de l'évolution de plusieurs postes de coûts, dont les remboursements d'indemnités journalières, ou celui des médicaments en raison du développement des génériques.

Il a considéré, en outre, que le Gouvernement disposait de marges de manoeuvre nouvelles pour conduire une politique hospitalière, en raison de la fin de la montée en charge du financement des trente-cinq heures qui absorbaient jusqu'à présent la majorité des ressources nouvelles disponibles.

Au total, il a admis que le retour à l'équilibre des comptes sociaux résultera d'un processus dont l'année 2005 ne constitue qu'une étape, puisque l'assurance maladie accusera encore cette année-là un déficit de huit milliards d'euros.

M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale, a annoncé ensuite que la branche vieillesse du régime général connaîtra en 2005 un déficit de 14 milliards d'euros, ce déséquilibre étant dû à la montée en charge de la mesure relative au départ anticipé des travailleurs âgés. Il a en outre rappelé que le Gouvernement avait tenu compte de l'émotion provoquée par la perspective d'une réforme des conditions de ressources ouvrant droit à une pension de réversion au 1^{er} juillet 2006. Face à ces inquiétudes, le Gouvernement a préféré suspendre le décret initialement prévu et saisir le Conseil d'orientation des retraites (COR) afin qu'il examine la situation des droits dérivés en tenant compte de la nécessité d'assurer aux veufs et aux veuves la stabilité de leurs ressources. Les conclusions du COR sont attendues pour la fin du mois de novembre.

M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale, a insisté ensuite sur trois points importants du projet de loi de financement pour 2005.

En premier lieu, il a rappelé que la loi relative à l'assurance maladie avait invité les partenaires sociaux gestionnaires de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à engager des discussions sur son avenir, c'est-à-dire sur son organisation comme sur son financement, et à formuler des propositions au Gouvernement au plus tard pour l'été 2005.

Il a constaté que cette branche subissait un déficit en raison des dossiers de l'amiante. Le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) et le fonds de cessation anticipée d'activité (FCAATA) assument leurs missions dans des conditions satisfaisantes et conformes à la logique de solidarité nationale. Pour les alimenter, le projet de loi de financement pour 2005 prévoit la mise en place d'une contribution limitée pour les employeurs dont les salariés bénéficient du dispositif de préretraite FCAATA. Sur ce sujet, le Gouvernement souhaite l'instauration d'une réflexion sur la sécurisation de l'ensemble des procédures d'indemnisation. En effet, les arrêts du Conseil d'État de février 2004, qui ont reconnu la responsabilité de l'État dans la gestion de ce dossier, emportent des conséquences importantes dans la mise en œuvre des procédures.

En deuxième lieu, il a souligné l'importance de l'intégration financière du régime spécial de retraite des industries électriques et gazières (IEG) au régime général, le Gouvernement poursuivant trois objectifs dans ce processus : la sécurisation des droits des salariés des industries concernées, la neutralité de l'opération pour le régime général et un impératif de clarté et de transparence pour la gestion de la soulte payée par ces entreprises afin de couvrir les droits futurs de ces salariés. Aussi bien est-ce pour cette dernière raison que le projet de loi prévoit l'affectation de ladite soulte à une section spécifique du fonds de réserve des retraites, sur laquelle seront reversées annuellement à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) les sommes permettant d'assurer la neutralité de l'intégration.

M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale, a précisé que le Gouvernement avait poursuivi les négociations sur les enjeux financiers entre les industries électriques et gazières et la CNAVTS, ces négociations ayant abouti à fixer à 7,7 milliards d'euros le montant de la soulte, auxquels s'ajoute la prise en charge par le FSV des avantages familiaux du régime concerné.

En dernier lieu, il a insisté sur la nécessité de faire preuve de la plus grande transparence possible en matière comptable, afin de parachever les avancées réalisées pour améliorer la qualité des comptes sociaux et atteindre un objectif de certification de ces derniers dans des conditions dont les contours seront précisés progressivement.

M. Xavier Bertrand, secrétaire d'État à l'assurance-maladie, a rappelé que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 s'inscrit dans le contexte de la réforme de l'assurance maladie réalisée pendant l'été 2004. Cette réforme a été l'occasion d'un riche débat au Parlement, ayant permis de faire évoluer le texte du Gouvernement et d'approfondir un grand nombre de sujets : le médecin traitant, le dossier médical personnel ou encore la nouvelle gouvernance.

Il a insisté sur l'énergie déployée par le Gouvernement pour assurer une mise en oeuvre rapide de la réforme, par l'élaboration des décrets d'application, les premiers ayant été publiés le 5 octobre 2004.

Il a remarqué ensuite que l'exercice 2005 constituerait la première étape d'un retour vers l'équilibre pour la branche maladie, la réduction de son déficit étant significative puisqu'il revient de 13 à 8 milliards d'euros. Cette réduction est en premier lieu due à l'apport de recettes complémentaires prévues par le volet financier de la réforme qui contribue à réduire le déficit de 4,2 milliards d'euros, mais également à un projet ambitieux et réaliste en termes de maîtrise des dépenses pour 2005, puisque le Gouvernement propose au Parlement un objectif national de dépenses d'assurance-maladie (ONDAM) en augmentation de 3,2 % pour 2005.

M. Xavier Bertrand, secrétaire d'État à l'assurance-maladie, a fait valoir que les experts estiment à 5,5 % la progression tendancielle de l'ONDAM, c'est-à-dire avant mesures liées à la réforme, mais a souligné que la mise en oeuvre de la maîtrise médicalisée permettra de réaliser 1 milliard d'euros de moindres dépenses auxquelles se cumuleront 300 millions d'euros de maîtrise des charges d'indemnités journalières. La première étape du plan médicament permettra pour sa part de dégager près de 700 millions d'euros à travers le développement du générique et une politique des prix plus cohérente. La modernisation de la gestion hospitalière assurera une économie d'environ 200 millions d'euros grâce à une nouvelle politique d'achat, cette dernière ayant été expérimentée en 2004 dans quatorze établissements pilotes. Enfin, la contribution forfaitaire d'un euro et l'augmentation du forfait journalier autoriseront une moindre progression de l'ONDAM de 750 millions d'euros.

Il a ensuite souligné que l'ONDAM 2005 permettrait d'investir dans le système de santé 4 milliards d'euros supplémentaires, la moitié destinée au fonctionnement et à la modernisation des hôpitaux, 700 millions pour accompagner la politique de prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées ainsi qu'un meilleur remboursement des médicaments innovants afin de garantir à tous les assurés le bénéfice du progrès médical.

Il s'est félicité que cette politique démente les accusations de rationnement des soins qui sont parfois formulées et qu'elle traduise également la volonté forte de changer les comportements à travers la mise en oeuvre effective d'une maîtrise médicalisée des dépenses dont la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie fournit l'ensemble des outils.

M. Xavier Bertrand, secrétaire d'État à l'assurance-maladie, a estimé, dans ce contexte, que l'année 2005 sera décisive pour la réforme de l'assurance maladie : le nouveau conseil d'administration de la CNAMTS doit se réunir le 28 octobre 2004, le décret relatif à la Haute autorité de santé sera publié dans les prochains jours, permettant ainsi une mise en place opérationnelle du schéma de nouvelle gouvernance de l'assurance maladie au 1er janvier prochain.

Il a souhaité que l'ensemble des acteurs, y compris les professionnels de santé, se mobilisent avec énergie pour le succès de cette réforme et, à travers leurs représentants dans les négociations conventionnelles, qu'ils assument leurs responsabilités pour garantir le respect des bonnes pratiques dans l'exercice quotidien de la médecine. Cette implication touche également les assurés, les acteurs de la filière médicament et les caisses d'assurance maladie, ces derniers étant les acteurs naturels de la maîtrise médicalisée.

En préambule, M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers, a fait part de son souhait que le Parlement consacre à l'examen des lois de financement un délai plus conforme à l'importance de ce texte et a indiqué qu'il plaçait à ce titre de nombreux espoirs dans la réforme de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale. Il a ensuite précisé qu'en raison du temps limité imparti à l'audition des ministres, il ne poserait qu'un nombre réduit de questions mais a souhaité, en contrepartie, des réponses écrites du Gouvernement aux autres questions qui ont été transmises et qui seront annexées au rapport.

Il a ensuite rappelé que le projet de loi de programmation pour la cohésion sociale prévoit la création d'un contrat d'avenir assorti d'un dispositif d'exonération de cotisations sociales. Or il a constaté que la compensation ne figure pas dans les projets de loi de finances et de financement de la sécurité sociale. Il a en conséquence demandé au Gouvernement de bien vouloir confirmer ou infirmer le fait que ce nouveau dispositif d'allègement de cotisations serait compensé à la sécurité sociale.

Concernant l'hôpital, il a voulu des précisions sur la part des recettes provenant des tarifs de prestations d'hospitalisation pour les activités médecine chirurgie obstétrique (MCO) ainsi que sur la part de l'enveloppe réservée aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) au sein de la dotation forfaitaire versée aux établissements publics. Il s'est interrogé sur l'opportunité d'introduire un véritable plan comptable unique dans les structures hospitalières et de renforcer et accélérer l'usage de la comptabilité analytique.

Il s'est enfin inquiété de la situation du fonds solidarité vieillesse, dont le déficit cumulé prévisionnel s'élèvera à 2,6 milliards d'euros à la fin de l'année 2005, et qui est désormais appelé à financer les avantages familiaux de retraite versés aux retraités des industries électriques et gazières.

M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale, a en premier lieu déclaré que le Gouvernement était favorable à un allongement du temps consacré à l'examen de loi de financement de la sécurité sociale. Il a ensuite précisé que, sans abandonner le principe de la compensation intégrale des exonérations de cotisations prévues par la loi du 25 juillet 1994 sur la sécurité sociale, dûment rappelé par la réforme de l'assurance maladie, le Gouvernement a décidé de ne pas compenser à la sécurité sociale les exonérations de cotisations accompagnant les contrats d'avenir. En effet, ceux-ci s'apparenteraient aux contrat emploi-solidarité et

contrat emploi consolidé dont la création est antérieure à la loi de 1994 et ne donne pas lieu à compensation.

Concernant l'hôpital, il a rappelé que la mise en place de la tarification à l'activité serait progressive et que le Gouvernement espérait l'appliquer de 20 % à 30 % en 2005, cet objectif pouvant être atteint en fonction de l'évaluation qui sera réalisée avant la fin de l'année 2004. Il a précisé ensuite que l'activité MCO des établissements serait financée sur deux enveloppes, la première relative à la tarification à l'activité qui comprend une dotation complémentaire, la seconde relative au MIGAC qui couvre l'ensemble des missions d'intérêt général. Il a insisté sur l'évaluation nécessaire de l'hôpital public qui représente la moitié des dépenses de l'assurance maladie.

Concernant le fonds de solidarité vieillesse, il a admis que sa situation financière est très préoccupante à court terme, du fait des décisions prises pour le financement des trente-cinq heures et de l'allocation personnalisée d'autonomie, mais également en raison de la dégradation de l'emploi. En revanche, les perspectives futures de ce fonds permettent d'envisager à terme une amélioration spontanée de la situation comptable de ce fonds.

***M. Xavier Bertrand, secrétaire d'État à l'assurance maladie,** a rappelé que la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale sera réformée au cours de la session de printemps, que son examen aura lieu en premier lieu au Sénat et que cette réforme visera à introduire la notion de pluriannualité dans la fixation des objectifs, à clarifier le vote par branche, à sacraliser le principe de compensation des pertes de recettes pour la sécurité sociale et, enfin, à introduire une démarche d'évaluation systématique des budgets votés.*

***M. Nicolas About, président,** a souligné que, sur proposition de la commission des affaires sociales, la conférence des présidents avait décidé d'organiser l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 en introduisant des discussions thématiques consacrées notamment à l'assurance maladie et aux accidents du travail et maladies professionnelles.*

***M. André Lardeux** s'est inquiété de la dégradation financière de la branche accidents du travail maladies professionnelles, imputable aux indemnités des victimes de l'amiante. Il a salué l'introduction d'une cotisation des entreprises responsables de ce phénomène mais a estimé qu'elle ne suffirait pas à couvrir les dépenses occasionnées par les indemnités. Il s'est enfin inquiété des conséquences de l'article 12 du projet de loi sur le statut des personnels de l'enseignement privé.*

***M. Alain Gournac** a salué la diminution des dépenses d'indemnités journalières. Il s'est ensuite interrogé sur les modalités permettant de réduire les fraudes relatives à la carte vitale.*

M. Bernard Cazeau a demandé si l'ONDAM pour 2005 était calculé sur un chiffre initial rebasé et a souhaité connaître le montant des différentes enveloppes composant cet objectif. Il s'est inquiété des modalités de transferts financiers entre l'assurance maladie et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Il s'est enfin interrogé sur l'état d'avancement de la modernisation de la classification des actes médicaux.

Mme Isabelle Debré a souhaité obtenir des éléments d'information sur la situation de la réforme des pensions de réversion.

M. Guy Fisher a estimé trop élevé le coût du rachat d'annuités dans les régimes de retraite.

Mme Bernadette Dupont s'est inquiétée de la situation des jeunes veuves avec enfants à charge dans l'hypothèse d'une réduction du montant des pensions de réversion.

M. François Autain a déclaré ne pas partager l'optimisme du Gouvernement sur l'avenir de l'assurance maladie. Il s'est interrogé sur la possibilité d'un respect de l'ONDAM en l'absence de tout outil de maîtrise médicalisée des dépenses, ainsi que sur le coût des innovations introduites par la réforme de l'assurance maladie, comme le dossier médical partagé (DMP). Il a enfin souhaité connaître l'avis du Gouvernement sur la possible augmentation du taux de cotisation de l'État employeur, suggérée par le rapport 2004 de la Cour des comptes sur la sécurité sociale.

M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale, a indiqué que le Gouvernement met en place de nouveaux outils de contrôle permettant de lutter efficacement contre les fraudes et les abus. Il a ensuite détaillé le contenu de l'ONDAM et a précisé que la classification des actes médicaux devrait être signée après négociation avec les médecins en fin d'année, simultanément avec la signature d'une nouvelle convention.

Il a ensuite déclaré que le Gouvernement réalisera une communication spéciale à destination de tous les élus sur le sujet de la réforme des pensions de réversion.

Il a enfin estimé que le dossier médical partagé aurait un coût mais que sa mise en œuvre permettra d'optimiser la dispense des soins. Cette mise en œuvre devra probablement être précédée d'une expérimentation sur une zone pilote.

M. Xavier Bertrand, secrétaire d'État à l'assurance maladie, a rappelé que la modification du régime des pensions de réversion trouvait sa source dans la loi portant réforme des retraites, cette dernière ayant pour objectif d'améliorer la situation des jeunes veuves. En contrepartie, les conditions de ressources applicables pour l'attribution de ces pensions devaient être révisées. Les conditions initialement proposées par le Gouvernement ayant suscité des inquiétudes pour le pouvoir d'achat des retraités, il a été décidé de solliciter du Conseil d'orientation des retraites la réalisation d'une expertise.

II. AUDITIONS

A. AUDITION DE M. PHILIPPE SÉGUIN, PREMIER PRÉSIDENT, M. BERTRAND CIEUTAT, PRÉSIDENT DE LA 6^E CHAMBRE, M. MICHEL BRAUNSTEIN, CONSEILLER MAÎTRE À LA 6^E CHAMBRE, MME CATHERINE DÉMIER, CONSEILLÈRE RÉFÉRENDAIRE, SECRÉTAIRE GÉNÉRALE ADJOINTE DE LA COUR DES COMPTES

Réunie le mercredi 3 novembre 2004, sous la présidence de M. Nicolas About, président, la commission a entendu MM. Philippe Séguin, Premier président, Bertrand Cieutat, président de la 6^e chambre, Michel Braunstein, conseiller maître à la 6^e chambre, Emmanuel Roux, rapporteur général adjoint de la 6^e chambre, et Mme Catherine Démier, conseillère référendaire, secrétaire générale adjointe de la Cour des comptes, sur le rapport annuel de la Cour des comptes consacré à l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

M. Nicolas About, président, a rappelé que M. Philippe Séguin avait été ministre des affaires sociales et président du conseil d'administration du Bureau international du travail. Il a rappelé que, sous l'impulsion de son prédécesseur, M. François Logerot, la Cour fait preuve d'une grande disponibilité envers la commission. Il a toutefois rappelé l'avoir saisi d'une enquête sur les fonds d'indemnisation des travailleurs de l'amiante en novembre 2003, dont les conclusions n'ont pas toujours été rendues.

Il a insisté ensuite sur le fait que la protection sociale en France se trouve à une période décisive de son histoire. Le Gouvernement s'est engagé à la réformer, ce que les lois du 21 août 2003 relative aux retraites et du 13 août 2004 sur l'assurance maladie, ont consacré. Mais il a estimé que ces réalisations resteraient inachevées si deux autres réformes n'étaient pas menées à bien : la révision du cadre organique relatif aux lois de financement de la sécurité sociale et celle de la gestion du service public de la sécurité sociale.

M. Philippe Séguin, Premier président, a indiqué que cette rencontre constituait le septième rendez-vous de la Cour avec la commission des affaires sociales. Il a rappelé que c'est à son initiative qu'a été adoptée la loi du 25 juillet 1994 demandant à la Cour d'établir un rapport au Parlement sur la sécurité sociale et qu'il était président de l'Assemblée nationale lors de

l'adoption de l'ordonnance du 22 juillet 1996, fondement législatif de ce rapport.

Il a indiqué que ce rapport évoque, dans une première partie, la situation des comptes sociaux pour l'année 2003, dont les résultats sont médiocres : le déficit des régimes de base de la sécurité sociale atteint 11,7 milliards d'euros ; l'ensemble des branches du régime général ont vu leur situation financière se dégrader en un an, le déficit de la branche maladie ayant, pour sa part, presque doublé en un an. Cette dérive devrait d'ailleurs s'amplifier en 2004, ainsi que l'a constaté, au mois de septembre, la commission des comptes de la sécurité sociale.

Il a indiqué que la Cour a examiné de manière approfondie certaines des dépenses les plus dynamiques de l'assurance maladie et qui contribuent à la dégradation de sa situation financière, notamment les affections de longue durée, les produits et prestations remboursables, les transports sanitaires et les indemnités journalières. Pour l'ensemble de ces dépenses, la Cour montre que les prescriptions ne sont pas assez encadrées et le contrôle insuffisant.

Il a noté toutefois que les statistiques de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) font apparaître un certain infléchissement de la consommation médicale sur les derniers mois de l'exercice 2004, mais a précisé que, compte tenu des dépenses supplémentaires récemment décidées au bénéfice de certaines professions de santé, la Cour devrait examiner, le moment venu, la réalité et la solidité de cet infléchissement.

***M. Philippe Séguin, Premier président,** a insisté sur le fait que les mesures d'économies prévues par la loi du 13 août sur l'assurance maladie ne commenceront à produire leurs effets que progressivement, même si la commission des comptes prévoit que le déficit du régime général pourrait diminuer en 2005 de près d'un tiers par rapport à son niveau de 2004. Le taux d'évolution de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), fixé par le projet de loi de financement de la sécurité sociale à 3,2 %, procède de cette prévision, dont l'optimisme n'est pas unanimement partagé.*

Il a poursuivi sa présentation du rapport en détaillant les analyses consacrées aux dépenses de gestion du régime général. Celles-ci ne représentent que 4 % du montant des prestations, mais elles s'élèvent à 10 milliards d'euros en valeur absolue. Le déficit de la sécurité sociale rend indispensable de porter un regard critique sur celles-ci.

Il a estimé que la gestion des branches n'est pas satisfaisante, que les objectifs des conventions d'objectifs et de gestion devront être mieux définis et l'organisation territoriale des branches réorientée. Il a regretté que l'accueil de proximité n'ait pas été développé de manière suffisamment maîtrisée et a déploré que la gestion des ressources humaines reste faiblement orientée vers la performance.

Il a insisté sur la nécessité de renforcer la capacité de pilotage des caisses nationales et d'entreprendre une reconfiguration des réseaux, dans des délais brefs, afin de remédier à ces dysfonctionnements. Il a indiqué, à ce titre, que la Cour prenait acte des dispositions de l'article 53 de la loi du 13 août 2004 qui établit explicitement l'autorité du directeur général de la CNAM sur le réseau des caisses régionales locales, mais a exprimé le regret que cette avancée n'ait pas été pour l'instant étendue aux autres réseaux.

***M. Philippe Séguin, Premier président,** a ensuite évoqué la partie du rapport consacrée à la gestion des risques, dont la politique du médicament. Les enjeux de ce secteur sont particulièrement lourds, puisque les dépenses remboursées représentent plus du tiers des dépenses de soins de ville.*

Il a noté qu'en dépit des réformes intervenues depuis 1999, la régulation du secteur du médicament ne garantit ni la meilleure utilité, ni le meilleur prix, ni le meilleur usage des produits remboursés. Il a également déploré que les relations conventionnelles entre l'État et l'industrie pharmaceutique ne présentent que des résultats limités, alors même que les possibilités d'économies dans ce domaine sont importantes.

Il a déclaré enfin que la Cour a examiné les mécanismes de solidarité existant en matière de retraite, dont tous ne sont pas exempts de critiques. A cet égard, il a souligné à nouveau le caractère non imposable des avantages familiaux.

***M. Philippe Séguin, Premier président,** a terminé sa présentation en évoquant plusieurs points d'actualité concernant, au sens large, les relations de travail de la Cour avec la commission.*

Il a rappelé, tout d'abord, que celle-ci a formulé l'an passé une demande d'enquête sur les fonds de l'amiante. Ce travail a été entrepris, la phase de contradiction avec les administrations concernées est en cours, la présentation de ces conclusions à la commission au début de l'année 2005 peut donc désormais être envisagée. Il s'est engagé à ce que la Cour examine avec attention toute autre demande d'enquête pour peu qu'elle soit formulée en novembre, c'est-à-dire avant que ne soit arrêté le programme annuel de travail de la sixième chambre.

Il s'est félicité que la loi de financement pour 2003 comporte une disposition prévoyant chaque année une transmission, par le Gouvernement au Parlement, d'un rapport présentant les suites données à chacune des recommandations de la Cour. Il a noté que le calendrier de diffusion de ces rapports, fixé normalement au 15 juillet, n'a pas été tenu, mais ce décalage est accessoire par rapport à leur contenu qui témoigne des administrations concernées à répondre positivement aux recommandations de la Cour.

***M. Philippe Séguin, Premier président,** a conclu en évoquant deux sujets à propos du projet de loi de financement pour 2005. Celui-ci comporte, depuis son adoption par l'Assemblée nationale, un article additionnel qui accroît le champ d'investigation de la Cour en matière d'établissements de*

santé. Il a rappelé que, depuis la loi de financement pour 2001, la Cour est déjà habilitée à recueillir, en liaison avec les chambres régionales des comptes, des informations auprès des hôpitaux publics. Par ailleurs, le texte, tel qu'amendé par l'Assemblée nationale, vise à mieux articuler les travaux portant sur l'évaluation comparative des coûts et des modes de gestion des établissements financés par l'assurance maladie. Cette avancée répond à la préoccupation de la Cour de faciliter une analyse globale de ces questions.

Il a ensuite évoqué les modalités de certification des comptes de la sécurité sociale, rappelant que le projet de loi de financement pour 2005 comporte un article qui prévoit la validation des comptes locaux par les agents comptables nationaux et leur agrégation dans des comptes combinés de branches du régime. Il s'est félicité de cette avancée, d'autant que le projet de loi amendé par l'Assemblée nationale étend explicitement le champ de cet article aux organismes de recouvrement, conformément à une recommandation constante de la Cour. Il a précisé que celle-ci consacrerait une part importante du rapport de 2005 à cette question : sur la base des travaux actuellement menés avec toutes les parties concernées, des propositions et des recommandations seront formulées sur le calendrier des modalités de réalisation et sur l'instance chargée de la certification, qu'il est prématuré de désigner dès à présent.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres généraux et l'assurance maladie, a indiqué qu'au-delà des réponses écrites apportées au questionnaire précédemment adressé par la commission à la Cour, quelques points appelaient des remarques ou des interrogations complémentaires de sa part.

En premier lieu, il a noté que la Cour estime que l'absence de crédits en loi de finances ou en loi de financement pour compenser une exonération ne vaut pas dérogation à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale. Le Gouvernement ayant indiqué son intention de ne pas compenser à la sécurité sociale le coût des exonérations de cotisations attachées aux contrats d'avenir figurant dans le projet de loi de cohésion sociale, sans pour autant écarter explicitement les dispositions de cet article L. 131-7, il s'est interrogé sur l'entorse potentielle que constituerait cette situation au principe de sincérité des comptes.

Il a ensuite pris acte du fait que la Cour constate que l'obligation d'équilibre du fonds de solidarité vieillesse n'est plus remplie et que ne peut désormais être évitée, selon elle, la constitution d'une dette directe de l'État pour la partie des charges du fonds non couvertes par ses produits, les conséquences devant en être tirées dans la présentation des comptes publics. Il a souhaité savoir si la Cour estime fondé un transfert de dettes du FSV vers l'État.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres généraux et l'assurance maladie, a rappelé enfin que la Cour examinera, dans son rapport 2005, l'articulation entre les différentes enveloppes de l'ONDAM, cet

examen intervenant en toute hypothèse après la révision de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale. Or, l'une des difficultés à laquelle sera confronté le législateur organique sera de figer, dans la loi, les sous-enveloppes de cet objectif, qui en raison de leur nature sont poreuses, voire fongibles. Il s'est interrogé sur les voies offertes au législateur organique pour que celui-ci puisse, tout en délimitant ces sous-enveloppes, laisser au législateur et au Gouvernement suffisamment de souplesse pour gérer la répartition des crédits de l'ONDAM.

*Concernant une éventuelle dérogation au principe de sincérité, **M. Bertrand Cieutat, président de la 6^e chambre**, a jugé qu'il conviendrait de définir si celle-ci est définitive ou non définitive. Comptablement, l'exonération en cause crée, dans les caisses de sécurité sociale, une créance. Si le Gouvernement n'entend pas la compenser, les organismes doivent néanmoins pouvoir l'inscrire et la provisionner. Si, au contraire, les caisses devaient se voir interdire de procéder à cette inscription, l'atteinte au principe de sincérité serait constituée. Cette difficulté pourrait en revanche être écartée en rendant définitive l'absence de compensation, c'est-à-dire en posant une dérogation législative explicite aux dispositions de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale.*

Concernant le fonds de solidarité vieillesse, il a déclaré que la Cour ne s'était pas livrée à une expertise détaillée de la situation de ce fonds depuis 1998, mais que ce contrôle était inscrit dans le programme du rapport sur la sécurité sociale pour 2005.

Sur l'ONDAM, il a estimé que la loi organique ne pourrait pas figer l'ensemble des enveloppes et des sous-enveloppes, mais que celles-ci devraient tout de même être définies de manière suffisamment précises et complétées par des informations pouvant figurer dans une annexe au projet de loi de financement.

***M. Nicolas About, président**, a rappelé que la Cour avait étudié dans son rapport la productivité des caisses d'assurance maladie et s'est interrogé sur la prise en compte de l'effet des trente-cinq heures et de l'augmentation du volume de travail résultant de la couverture maladie universelle dans l'évaluation de cette productivité.*

***M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres généraux et l'assurance maladie**, a demandé si la Cour estimait suffisamment opérationnels les instruments de contrôle et d'encadrement des dépenses d'assurance maladie prévus par la loi du 13 août 2004.*

***M. Guy Fisher** s'est interrogé sur le point de savoir si les contrôles mis en place par la Cour sur les structures hospitalières incluraient les cliniques privées.*

***M. Philippe Séguin, Premier président**, a estimé que la Cour ne peut encore porter un jugement sur l'efficacité des outils créés par la loi relative à l'assurance maladie. Il a précisé en revanche que les évaluations réalisées sur*

la productivité des caisses d'assurance maladie prennent en compte l'impact des trente-cinq heures et que, concernant les établissements hospitaliers, l'amendement adopté en première lecture à l'Assemblée nationale vise l'ensemble des établissements financés par l'assurance maladie, y compris les cliniques privées.

***M. Michel Braunstein, conseiller maître à la 6^e chambre,** a précisé que les choix présidant aux reconfigurations territoriales des réseaux appartiennent à chacune des branches, mais a rappelé que la prolifération de « points de proximité » devait être évaluée.*

***M. François Autain** a noté que la Cour relevait, dans son rapport, les difficultés posées par la coexistence d'un grand nombre de micro-taxes sur les médicaments, ainsi que sa proposition d'une fusion des taxes relatives à la publicité. Il a souhaité savoir quelles taxes la Cour considérait devoir être supprimées.*

***M. Michel Braunstein, conseiller maître à la 6^e chambre,** a rappelé que la Cour a critiqué le dispositif de taxes existant dans le secteur pharmaceutique en raison de sa complexité et de son faible rendement. Elle a proposé de recentrer ce dispositif sur les taxes ayant un réel impact sur la régulation des dépenses de médicament, en l'occurrence la clause de sauvegarde et la taxe sur la publicité qui devraient cependant être reconfigurées pour permettre une action accrue en matière de communication en direction des prescripteurs et des usagers.*

B. AUDITION DE M. JEAN-MARIE SPAETH, PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS (CNAMTS)

Réunie le mercredi 27 octobre 2004, sous la **présidence de M. Nicolas About, président**, la commission, dans le cadre de la préparation de l'examen du **projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005**, a procédé à l'**audition de M. Jean-Marie Spaeth, président du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)**.

M. Jean-Marie Spaeth, président du conseil d'administration de la CNAMTS, a indiqué que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) 2005 peut, sous certaines conditions, être considéré comme pertinent. Cela suppose de tenir compte des effets mécaniques produits par la réforme, notamment les recettes nouvelles procurées par la hausse du forfait hospitalier et par le prélèvement forfaitaire de un euro, mais également par la marge de dépassement tolérée (0,75 %) avant que le comité d'alerte ne notifie le dépassement de l'ONDAM au Gouvernement, au Parlement et aux caisses nationales de sécurité sociale.

Il a attiré également l'attention de la commission sur la situation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), plaidant pour une modification de ses règles de fonctionnement afin de lui permettre de prendre des engagements financiers pluriannuels.

Il a fait enfin observer que les exonérations de cotisations de charges sociales accompagnant les contrats d'avenir proposés par le projet de loi relatif à la cohésion sociale en cours d'examen par le Sénat, ne font l'objet d'aucune compensation pour la sécurité sociale.

Après avoir rappelé l'impact financier croissant des prescriptions délivrées par les médecins hospitaliers sur les dépenses d'assurance maladie, **M. Nicolas About, président**, a voulu connaître les moyens mis en œuvre par l'assurance maladie pour contrôler ces prescriptions. Il a demandé également des précisions sur l'organisation et la gestion du réseau local de la CNAMTS.

M. Jean-Marie Spaeth a observé qu'au-delà du poids financier de ces prescriptions, dont la raison d'être est incontestable, la véritable source d'inquiétude se trouve dans la rapidité de progression de certains de ces postes, notamment celui du médicament. Pour encadrer ces évolutions, il est indispensable de développer des accords de bon usage des soins à l'hôpital, comme cela se pratique déjà pour la médecine de ville, et de développer des références médicales. Ces recommandations, outre leur influence sur la qualité et l'efficacité des soins, permettront d'effectuer des contrôles dans la plus grande transparence. Il a souligné les grandes difficultés que rencontre l'assurance maladie pour contrôler les médecins hospitaliers.

Abordant la question relative à la gestion du réseau local de l'assurance maladie, il s'est déclaré favorable à une réorganisation de ce réseau avec, comme objectif, une meilleure articulation entre les caisses locales et régionales. Il a souligné que la politique contractuelle développée entre les instances nationales et locales a permis déjà des gains de productivité substantiels. Ainsi, entre 1997 et 2003, les caisses locales ont été amenées à traiter des décomptes en forte progression (+ 25 %) et elles ont su gérer l'application des 35 heures dans les services, la prise en charge des bénéficiaires de la couverture maladie universelle, mais également le développement d'une politique de contrôle.

Il a souligné la politique volontariste de l'assurance maladie en matière d'accueil des usagers et a indiqué que plusieurs enquêtes de satisfaction ont mis en valeur les effets positifs de cette politique de modernisation.

Il a confirmé enfin que la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie accorde au directeur général de la CNAMTS tous les pouvoirs nécessaires à la gestion du réseau local.

***M. Alain Gournac** a rappelé que le ministre de la santé a annoncé sa volonté de développer des mesures d'économies grâce à une nouvelle politique d'achat des hôpitaux. Il a souhaité un renforcement de la politique des arrêts de travail et de la politique de lutte contre les fraudes à la carte Vitale.*

***Mme Marie-Thérèse Hermange** a observé que le recours à l'hospitalisation à domicile est moins développé en France que dans d'autres pays européens, ce qui pèse sur les finances sociales du fait du prix plus élevé de l'hospitalisation en établissement. Elle a également voulu connaître les raisons pour lesquelles, à pathologie égale, il existe une tarification différente pour les enfants et pour les adultes.*

***M. Gérard Dériot, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles,** a voulu savoir si les caisses seront techniquement en mesure de prélever la participation forfaitaire d'un euro des assurés, lors d'une consultation médicale ou d'un acte de biologie, dès le 1^{er} janvier.*

***M. François Autain** a observé que la mise en œuvre de la nouvelle classification commune des actes médicaux (CCAM), prévue pour le 1^{er} décembre 2004, est source de dépenses supplémentaires pour l'assurance maladie. Il a souligné la hausse régulière des dépenses de médicaments au sein des dépenses de soins de ville et s'est étonné de la faiblesse des prescriptions de médicaments génériques. Il a plaidé pour un renforcement des contrôles sur les prescriptions.*

***M. Gilbert Barbier** a indiqué que le rôle important assuré par les hôpitaux en matière de permanence des soins, au travers des services d'urgence, explique en partie l'évolution des prescriptions d'origine hospitalière.*

M. André Lardeux a observé que le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2005 prévoit un retard supplémentaire de deux mois pour la mise en œuvre de la tarification à l'activité et organise le versement d'avances de trésorerie aux établissements de santé privés. Il s'est inquiété de la fragilité financière croissante de la branche accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP), notamment au regard des dépenses liées à l'indemnisation des victimes de l'amiante.

M. Guy Fischer a estimé que la restructuration du réseau local de l'assurance maladie se traduira par une perte de proximité pour les assurés. Il a considéré que le PLFSS réaffirme la volonté du Gouvernement de mettre en œuvre la tarification à l'activité.

M. Jean-Claude Etienne s'est prononcé en faveur du développement des références médicales opposables, pourvu que ces recommandations soient adaptées aux exigences de la médecine de ville ou hospitalière. Il a rappelé les enjeux liés au développement de la télémédecine et a souhaité que l'assurance maladie participe au développement de ces nouvelles techniques.

M. Dominique Leclerc a déploré que les missions des médecins-conseils de la CNAMTS ne soient pas centrées sur les contrôles car ils sont également chargés d'assurer les missions de contrôle sanitaire qui relèvent de la compétence de l'État.

M. Jean-Marie Spaeth a indiqué que les travaux des médecins conseils, comme l'ensemble des informations produites par la CNAMTS, sont reconnus par l'ensemble des acteurs du système de santé, ce qui n'était pas le cas il y a encore une quinzaine d'années.

Il a précisé que l'assurance maladie n'a pas les moyens d'analyser l'activité hospitalière et a confirmé son accord avec toute mesure d'optimisation des dépenses de santé. Il a estimé que cette situation ne permet pas à l'assurance maladie d'établir des comparaisons entre les coûts de la médecine de ville et de la médecine hospitalière.

Il a souligné le rôle important confié à la Haute autorité de santé et a jugé indispensable d'établir rapidement des guides de bon usage de soins et des références médicales propres à la médecine hospitalière.

Il a rappelé l'importance de la définition d'un panier de biens et services, pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, et a approuvé les mesures législatives organisant une meilleure coordination entre les régimes d'assurance maladie obligatoires et les régimes complémentaires.

Il a estimé que la mise en œuvre de la tarification à l'activité et de la nouvelle classification commune des actes médicaux permettra une organisation plus rigoureuse de la prise en charge des soins.

Abordant la question de l'avenir de la branche AT-MP, il a jugé que l'organisation actuelle est figée et qu'il est devenu indispensable de redéfinir le rôle de cette branche, notamment au regard des notions de risque, de

responsabilité de l'employeur ou de risque différé. Cette évolution doit s'accompagner d'une meilleure articulation entre les différents acteurs, notamment entre la médecine du travail et les caisses régionales d'assurance maladie chargées de la sécurité des postes de travail.

C. AUDITION DE M. LOUIS-CHARLES VIOSSAT, DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE (ACOSS)

Réunie le mercredi 3 novembre 2004 sous la présidence de M. Nicolas About, président, la commission a entendu M. Louis-Charles Viossat, directeur général de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).

M. Louis-Charles Viossat, directeur général de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, a rappelé que la majorité du conseil d'administration avait formulé un avis défavorable au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, notamment en raison des dispositions relatives à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et des perspectives financières de la sécurité sociale.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres généraux et l'assurance maladie, s'est interrogé en premier lieu sur les motivations et les objectifs de la refonte du régime de recouvrement des taxes pharmaceutiques, proposée par le projet de loi de financement de la sécurité sociale. Il a fait part ensuite des craintes que lui inspire la création d'une contribution spécifique à la charge des entreprises qui ont exposé leurs salariés à l'amiante et des difficultés de gestion qui en résulteront. Il a également souhaité connaître les modalités de gestion en trésorerie du fonds de roulement de l'Office national de l'indemnisation des affections médicales (ONIAM). Il s'est enquis enfin de la situation des comptes de trésorerie de l'ACOSS à la fin de l'année 2004.

M. Louis-Charles Viossat a déclaré que la refonte du régime de recouvrement des taxes pharmaceutiques comportait trois objectifs principaux : d'abord, recentrer l'ACOSS sur ses missions de tête de réseau, en déléguant aux Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) une fraction plus importante des tâches de recouvrement encore assurées par l'ACOSS ; ensuite, sécuriser ces mêmes tâches en leur appliquant le droit commun des règles de comptabilité publique en matière de sécurité sociale ; enfin, améliorer la qualité du service par une simplification et une optimisation du recouvrement. Le principe et les modalités du transfert de compétences prévus par cet article du projet de loi de financement ont suscité l'adhésion du conseil d'administration de l'ACOSS.

En ce qui concerne la création d'une nouvelle contribution pour l'indemnisation des victimes de l'amiante, il a précisé que le rendement attendu atteindrait 150 millions d'euros, somme modique au regard de l'ensemble des prélèvements collectés par le réseau des URSSAF. Il a admis

que cette contribution serait difficile à gérer et qu'une assiette forfaitaire aurait présenté l'avantage de la simplicité. Il a précisé toutefois qu'un projet de décret prévoit de simplifier les modalités de recouvrement, en confiant la tâche de liquider cette contribution aux caisses régionales d'assurance maladie, les URSSAF se bornant à en assurer l'appel et l'encaissement.

Puis il a déclaré que le fonds de roulement de l'ONIAM s'élevait à 190 millions d'euros, dont 170 millions non encore utilisés, en raison des tirages encore faibles exercés par l'Office. Il a précisé que l'ACOSS disposait de ces 170 millions d'euros dans son suivi de trésorerie, mais que ces fonds n'étaient pas individualisés dans les comptes de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM). Il a supposé, toutefois, que la CNAM assurait un suivi des comptes de l'ONIAM. Il a précisé enfin que ces fonds ne produisent pas d'intérêt au bénéfice de l'Office.

Abordant la situation de trésorerie de la sécurité sociale, **M. Louis-Charles Viossat** a estimé que le solde du compte ACOSS au 31 décembre 2004 pourrait atteindre 3 milliards d'euros, en amélioration sensible par rapport à la situation constatée au 31 décembre de l'année précédente, et ce malgré la dégradation de 18 milliards d'euros des comptes sociaux grâce au refinancement concomitant, par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), des déficits de l'assurance maladie à hauteur de 35 milliards d'euros. Il a précisé toutefois que cette hypothèse ne se réalisera qu'à deux conditions : celle que l'État verse dès le mois de décembre, comme il en a l'habitude, le montant des cotisations d'assurance maladie des fonctionnaires dues au titre du mois de janvier, et que la situation du compte du fonds de solidarité vieillesse demeure conforme aux prévisions, ces deux conditions pouvant ensemble dégrader de 1,6 milliard d'euros la situation de l'ACOSS.

Pour ce qui concerne les versements de la CADES, il a précisé que celle-ci avait effectué un premier paiement de 10 milliards d'euros le 1^{er} septembre, complété par un deuxième, de 7 milliards d'euros, le 11 octobre. Un troisième versement de 9 milliards est prévu pour le 9 novembre, le solde devant intervenir le 9 décembre, après constatation, par une lettre signée des deux ministres de tutelle de la caisse, du solde des déficits de l'assurance maladie repris par celle-ci.

Concernant le plafond de trésorerie proposé par le projet de loi de financement de la sécurité sociale, il a indiqué que celui-ci reposait sur la prévision d'un déficit maximal de 10 milliards d'euros, c'est-à-dire autorisant une marge d'erreur de 3 milliards.

M. André Lardeux s'est enquis des analyses de l'ACOSS sur l'évolution du fonds de roulement de la branche famille.

Mme Bernadette Dupont a rappelé que la diffusion de l'amiante a concerné un grand nombre d'établissements. En conséquence, elle s'est interrogée sur les difficultés de déterminer les entreprises méritant ou non d'être assujetties à la nouvelle contribution pour l'indemnisation des victimes de ce produit.

M. François Autain s'est inquiété des conditions de dissolution du Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC) et du coût éventuel de cette dissolution pour la sécurité sociale.

M. Louis-Charles Viossat a déclaré que la suppression du FOREC avait donné lieu à des opérations complexes, mais qu'en 2004, les crédits inscrits au budget suffisaient pour compenser, aux régimes de sécurité sociale, le coût des exonérations.

ANNEXE
-
RÉPONSES DE LA COUR DES COMPTES
AU QUESTIONNAIRE DE LA COMMISSION

PARTIE I – LES NORMES COMPTABLES DES FINANCES SOCIALES

QUESTION N° 1

La certification des comptes sociaux

La Cour constate (p. 104 de son rapport) que demeurent des erreurs d'imputation dans le traitement des comptes des organismes de sécurité sociale même si « la démarche engagée se poursuit pour assurer un respect plus strict des normes comptables et, plus généralement, du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale ».

a) Quel jugement porte la Cour sur la fiabilité générale des comptes sociaux, en comparaison avec celle des comptes de l'État qu'elle doit désormais certifier ?

b) Une telle certification pour les comptes sociaux, également évoquée, n'apparaît-elle pas encore prématurée ?

RÉPONSE N° 1

a) Conformément aux dispositions du décret du 19 septembre 2001, les données comptables annuelles des organismes nationaux sont transmises à la mission comptable permanente, structure légère instituée auprès de la DSS : celle-ci en assure la centralisation et effectue, à cette occasion, des contrôles de cohérence et de vraisemblance.

Ces procédures encore perfectibles confèrent une fiabilité plus grande aux comptes ainsi préparés. Les documents annuels publiés par les organismes nationaux d'une part et par la DSS de l'autre (en vue des commentaires présentés par la CCSS) ne comportaient plus, pour les comptes 2002 et 2003, que des écarts résiduels.

La mission comptable permanente, sous l'impulsion du haut conseil interministériel de la comptabilité des organismes de sécurité sociale, assure d'autre part des contrôles complémentaires sur les comptes annuels après leur clôture. C'est ainsi que, au 1er semestre 2004, elle a procédé au rapprochement systématique des soldes figurant dans les comptes réciproques des organismes qui, par définition, doivent comporter des montants identiques et de sens opposé. Les anomalies décelées, corrigées sur l'exercice 2004, devraient éviter que des situations analogues se renouvellent lors de la clôture des comptes 2004.

Un important travail d'analyse reste à effectuer pour la justification de certains comptes et en particulier les comptes d'imputation provisoire qui, dans de nombreux organismes comportent des montants anormalement élevés issus en général des comptabilités des organismes de base. La mise à niveau indispensable dépend donc principalement de l'action qui devra être menée par les agents comptables nationaux, sous la supervision de la MCP. Les dispositions de l'article 34 du PLFSS pour 2005 leur conféreront précisément l'autorité nécessaire sur les agents comptables des organismes de base pour permettre la préparation de comptes nationaux validés dans tous leurs éléments.

Ces indications montrent que les comptes de la Sécurité Sociale ont certes acquis un bon degré de fiabilité, tout en restant très certainement en deçà de la qualité nécessaire pour être certifiés.

b) Les conditions de la certification des comptes des régimes et branches de sécurité sociale doivent être préparées, sous l'égide du haut conseil interministériel de la comptabilité des organismes de sécurité sociale, par les caisses nationales. Il est donc prématuré d'en fixer dès maintenant, le calendrier et les modalités de réalisation ainsi que les instances chargées de la certification. C'est donc à juste titre que l'art. 34 du PLFSS 2005 ne prévoit que les deux premières étapes, soit la validation des comptes locaux par les agents comptables nationaux et leur agrégation en comptes combinés de branche ou de régime.

QUESTION N° 2

L'État débiteur

La Cour signale (p. 109 de son rapport) qu'en janvier 2003, « l'agent comptable de l'ACOSS a sollicité l'avis de l'autorité de tutelle « pour procéder à la constitution d'une provision » lors de la clôture des comptes 2002 pour un ensemble de créances sur l'État, figurant dans sa comptabilité pour un montant total de 1.227 M€ ».

a) Quelles difficultés pose à la Cour cette créance irrécouvrée (ou irrécouvrable ?) au regard de sa mission de certification des comptes de l'État et/ou des comptes sociaux ?

b) De quelles voies de droit la sécurité sociale dispose-t-elle pour procéder au recouvrement de cette créance ? Comparer sa situation avec celle d'une personne physique disposant d'une créance sur l'État que celui-ci tarde (ou se refuse) à honorer.

c) La Cour affirme (p. 110 de son rapport) que « dans le cadre du plan de redressement financier de l'assurance maladie, le Gouvernement a prévu de verser, à compter de 2005, une « contribution exceptionnelle » de 1 M€, avec la volonté de mettre un terme au débat récurrent sur la prise en charge par l'assurance maladie de dépenses liées à un certain nombre de politiques publiques mises en place par l'État. Dans cette perspective, les dettes que l'État entend honorer à compter de 2005, dans le cadre du milliard d'euros annoncé, devront être déterminées de manière précise ».

La source sur laquelle la Cour s'appuie – la note d'orientation sur la réforme de l'assurance maladie de mars 2003 – pour évoquer la possibilité que cette rétrocession constitue un moyen pour l'État d'honorer des dettes anciennes (certaines remontant au plan textile) n'est-elle pas contredite par l'exposé des motifs de l'article 70 (ex. 39) qui affirme, pour sa part, que « cette mesure permet de réaffecter à l'assurance maladie une partie des recettes qui lui avaient été retirées au profit du fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC) afin de financer les allègements de cotisations sociales liées à la réduction du temps de travail. »

Dans l'hypothèse évoquée par la Cour où cette rétrocession pérenne d'un milliard d'euros constituerait une opération « pour solde de tout compte », apurant l'ensemble des dettes accumulées par l'État à l'endroit de la sécurité sociale, cette opération requerrait-elle l'intervention d'une disposition législative ? Dans quel projet de loi ?

d. L'article 29 du projet de loi relatif à la cohésion sociale prévoit la création d'un « contrat d'avenir » doté d'un régime d'exonération de cotisations sociales spécifique. Or, bien que cet article ne prévoie expressément aucune dérogation à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, le projet de loi de finances pour 2005 ne présente pour sa part aucun crédit destiné à financer ce nouveau régime.

Quelles conclusions la Cour peut-elle tirer d'une telle articulation entre les deux projets de loi ? Selon la Cour, cette « omission » en loi de finances suffit-elle à poser le principe d'une dérogation aux dispositions de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale ? A contrario, cette omission met-elle en cause la sincérité du budget général ?

RÉPONSE N° 2

a) L'ensemble de créances sur l'Etat (1 227 M€) mentionné par la Cour correspond à des montants comptabilisés par l'ACOSS et figurant également comme des créances dans les bilans des caisses nationales, soit 465 M€ à la CNAM-AM, 89,5 M€ à la CNAM-AT, 339,5 M€ à la CNAV et 333,2 M€ à la CNAF.

Ces créances sont diverses, par leur nature et l'époque de leur comptabilisation. Ainsi, elles comprennent des « allègements de cotisations pour les allocations familiales » comptabilisés entre 1993 et 1996 (135,1 M€) et en 2001 (13,3 M€) : les arriérés du plan textile (320 M€) pour lesquels les justifications sont les plus solides, sont relatifs aux années 1996-2001 ; les autres montants concernent des mesures emploi « de Robien » pour l'année 2000 (594,4 M€) et des exonérations dites Aubry I et Aubry II pour les années 2000 (118,5 M€) et 2001 (45,9 M€).

Comme l'indique le rapport de la Cour (p. 110), il est indispensable que les services concernés de l'Etat arrêtent leur position pour valider ou non tout ou partie de ces créances, afin que les conséquences puissent en être tirées, lors de la clôture des comptes 2004 de l'Etat et des caisses nationales.

Il serait souhaitable que ces mesures de clarification trouvent une traduction comptable appropriée avant la certification des comptes de l'Etat et des caisses nationales.

b) Rien n'empêcherait en droit qu'une personne morale de la sécurité sociale attaque l'Etat pour que soit reconnue sa créance. Mais une telle hypothèse est improbable. Par contre, la reconnaissance de certaines dettes fait l'objet d'un débat avec l'Etat et celui-ci peut payer avec retard. Toutefois, il convient de préciser que, pour l'essentiel, les restes à recouvrer au 31 décembre sont constitués de paiements relatifs au dernier trimestre ou au mois de décembre qui sont payés courant janvier. Ces restes à recouvrer sont actuellement traités de manière différente : en droits constatés, l'exercice est clos au 31 décembre alors qu'en comptabilité budgétaire l'exercice n'est clos qu'à l'issue de la période complémentaire. Dans le cadre des normes arrêtées pour l'Etat, le passage en droits constatés fera bientôt disparaître la période complémentaire : dès lors, à l'arrêt des comptes, toute créance de la sécurité sociale aura pour contrepartie une dette d'exploitation du côté de l'Etat, même si elle n'est honorée que dans les premiers jours de l'année.

c) La formulation utilisée par la Cour figurant en page 110 du rapport reprend la rédaction de la note d'orientation sur la réforme de l'assurance maladie de mai 2004. La rédaction de l'article 70 de la loi du 13 août 2004 en diffère s'agissant de la durée. En effet, la note d'orientation fait état d'une contribution de 1 Md€ « à compter de 2005 » (ce qui peut laisser croire qu'il s'agit d'une contribution pérenne) pour apurer le passé alors que l'article 70 qui affecte dans des « conditions prévues par la prochaine loi de finances une fraction supplémentaire (en principe 1 Md€) de produits fiscaux à la CNAM-TS » ne donne aucune précision, ni garantie sur la reconduction de la mesure. Par ailleurs pour la Cour, il ne semble pas y avoir de contradiction quant au contenu de cette mesure : dans les deux cas (note d'orientation et exposé des motifs de l'article 70) sont visées les charges pesant sur l'assurance maladie et résultant d'un certain nombre de politiques publiques mises en place par l'Etat, étant précisé que dans l'exposé des motifs l'accent est mis sur une seule de ces politiques, en l'occurrence les charges liées à la réduction du temps de travail.

Par ailleurs, il a été noté plus haut, à propos de l'Etat débiteur, que les créances arriérées sur l'Etat, comptabilisées à la CNAM-TS, représentent actuellement 554,5 M€ (dont 465 M€ pour l'assurance maladie). Si la CNAM-TS disposait effectivement de 1 milliard de recettes fiscales additionnelles, elle pourrait, le cas échéant, être en mesure de provisionner la totalité de ces arriérés et cela, dès 2005. Tel ne serait pas le cas des autres caisses nationales.

Mais en elle-même, la démarche esquissée n'est pas pertinente aussi bien sur le fond que sur la forme :

- i) le caractère certain d'une partie des créances comptabilisées reste à établir ;
- ii) les règles comptables interdisent toute compensation entre produits et charges. S'il existe des créances mal justifiées dans l'actif des bilans des caisses nationales, il faut constater clairement les pertes correspondantes. La rigueur et la clarté dans la gestion de la sécurité sociale imposent de se conformer à ces principes généraux. Une disposition législative ne semble pas, a priori, nécessaire.

d) Ce n'est pas parce que la loi de financement ne comporte pas de crédits pour compenser une exonération que cela vaut dérogation à l'art. L. 131-7. Dans cette hypothèse, la sécurité sociale devra comptabiliser encore une créance sur l'Etat qui devra trouver sa contrepartie dans les comptes de l'Etat.

QUESTION N° 3

« L'insolvabilité virtuelle » du fonds de solidarité vieillesse

La Cour rappelle (p. 84 de son rapport) la situation fortement déficitaire du fonds de solidarité vieillesse (- 1,05 milliard d'euros fin 2003).

Attendu que l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale prévoit une obligation d'équilibre pour ce fonds – et donc l'impossibilité d'emprunter – quelle difficulté pose la présence de ce déficit désormais permanent ? Quelles procédures comptables permettent, selon vous, à ce fonds de continuer à faire face à ses obligations ? Quelles appréciations la Cour porte-t-elle sur cette situation d'un point de vue purement comptable ?

RÉPONSE N° 3

Le rapport de septembre 2004 de la commission des comptes de la sécurité sociale (tome I pages 202 à 206) confirme la situation préoccupante de ce fonds. Le solde annuel connaîtrait une amélioration relative en 2004 (- 429,1 M€ après 1 057 M€

en 2003) mais se dégraderait fortement en 2005 (- 1 167,4 M€). Le solde cumulé se trouverait porté, fin 2005, à - 2,6 milliards d'euros. En l'absence de solde positif, aucun versement n'est plus effectué au FRR depuis 2001.

L'obligation d'équilibre du FSV (article L 135.2 du CSS) n'étant plus assurée sur une période aussi longue, et en l'absence de toute proposition de mesure pour redresser la situation, le dispositif juridique en place ne répond plus à l'un de ses objectifs, c'est-à-dire d'éviter la constatation d'une dette directe de l'Etat pour la partie des charges du fonds non couvertes par ses produits.

Les conséquences doivent donc en être tirées dans la présentation des comptes publics. Cela n'aura pas d'incidence sur l'appréciation de la situation globale des administrations publiques au sens des critères énoncés dans le Pacte de stabilité et de croissance (Maastricht).

QUESTION N° 4

Les normes comptables applicables aux régimes spéciaux de retraite

La Cour dresse, dans son rapport, un rapide bilan (p. 51-55) de l'application de la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites. Cette loi ne concernait pas les régimes spéciaux de retraites dont les équilibres sont pourtant fixés en loi de financement de la sécurité sociale. Or la loi du 9 août 2004 relatif aux industries électriques et gazières a constitué une première étape dans la réforme des régimes spéciaux aiguillonnée, semble-t-il, par les contraintes résultant de l'application d'une nouvelle norme comptable internationale (IAS 19).

Quel est précisément, selon la Cour, le champ d'application de la nouvelle norme comptable internationale « IAS 19 » sur les engagements de retraite des entreprises concernées ? Ce champ se limite-t-il aux « entreprises faisant appel public à l'épargne » ? Cette notion aboutit-elle à inclure la SNCF, dans la mesure où celle-ci émet des obligations sur les marchés financiers internationaux ? Quels sont donc les régimes spéciaux et les entreprises publiques concernés par son entrée en vigueur prochaine ? A quelle échéance ?

Dans cette hypothèse, quelles seraient, les incidences pour ces régimes en termes de provisionnement de cette nouvelle norme comptable ? Pour quels montants ?

RÉPONSE N° 4

La loi du 9 août 2004 relative aux industries électriques et gazières, les négociations pour « l'adossement » du régime spécial de retraites du secteur au régime de base (CNAV) et aux régimes complémentaires (AGIRC-ARRCO) ont marqué et continuent à marquer l'actualité.

La question évoquée a été traitée par la Cour, pour une large part, mais dans un contexte très différent. Faisant suite à une demande formulée en juillet 1994 par le Président et le Rapporteur général de la Commission des finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation du Sénat, le Premier Président, a fourni en 1997 un rapport détaillé sur les charges de retraite dans les entreprises publiques qui, dans ses grandes lignes, reste d'actualité.

a) Les points suivants sont à souligner :

i) la norme IAS 19 a fait l'objet d'une transposition dans le droit comptable français, sous la forme en dernier lieu de la recommandation n° 2003-R.01 du 1er avril 2003 du conseil national de la comptabilité.

Conformément aux décisions prises dans le cadre de l'Union européenne, ces règles sont applicables aux entités économiques de toute nature présentant des comptes consolidés et à celles faisant appel public à l'épargne. La date de l'application a été fixée au 1er janvier 2005 et concerne donc les comptes 2005 avec une présentation « pro forma » des comptes 2004. Les entreprises publiques qui ont la forme de société sont donc bien concernées dès lors que leurs titres sont offerts au public en vue de leur admission à la cote. Pour celles dont seules les obligations sont cotées, la date d'application a été reportée au 1er janvier 2007.

ii) L'enquête de la Cour de 1996 a couvert des entreprises publiques fort différentes, parmi lesquelles il est commode de distinguer :

- France Télécom, pour laquelle, le budget de l'Etat a été largement mis à contribution par le versement d'une soulte ;
- EDF-GDF, le problème devrait être réglé par les formules d'adossement en cours de discussion ;
- les autres entreprises du secteur « énergie – matières premières » qui constituent, chacune, des cas sui generis, les extrêmes étant Charbonnages de France d'une part, COGEMA et le CEA d'autre part.

iii) La situation de La Poste analysée dans ce rapport mérite d'être signalée, par la comparaison faite avec France Télécom. Le rapport public particulier que la Cour a consacré à cet établissement public en 2003 fournit bien entendu d'utiles mises à jour.

b) Il est clair que la SNCF et la RATP sont tenues de se conformer aux règles comptables rappelées ci-dessus.

Ce sont les entreprises publiques, en leur qualité d'employeur, qui sont tenues d'appliquer ces règles et non les organismes chargés de gérer pour leur compte les régimes de retraite de leurs personnels, actifs et retraités. Toutefois, il semble indispensable que, au moins dans leurs comptes annuels, ces organismes publient les informations les plus adéquates, en particulier dans l'annexe. Ainsi la Poste fournit ce type d'information depuis les comptes 2002.

Enfin dans les comptes de l'Etat, les charges futures de retraite des fonctionnaires civils et militaires donnent lieu à une information détaillée, fournie depuis les comptes de l'exercice 2002.

QUESTION N° 5

Les modalités d'apurement de la dette de l'assurance maladie

Les dispositions de l'article 76 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie prévoit la couverture des déficits de la branche maladie par « des transferts de la CADES à l'ACOSS à hauteur de 10 milliards d'euros le 1er septembre 2004 et dans la limite de 25 milliards d'euros au plus tard le 31 décembre 2004 ».

Si la loi fixe une date et un montant pour la première tranche (10 milliards d'euros), elle ne prévoit, pour la deuxième tranche, qu'une date butoir (31 décembre 2004) et un plafond (dans la limite de 25 milliards de francs).

Selon la Cour des comptes, l'opération de mise en paiement par le président de la CADES de la deuxième tranche requière-t-elle l'intervention d'un décret ou d'un arrêté ? Est-il comptablement et juridiquement recevable de considérer qu'un décret ou un arrêté serait superfétatoire dès lors que le montant du deuxième transfert est déterminé par référence au déficit prévisionnel, lui-même publiquement connu grâce aux travaux de la Commission des comptes de la sécurité sociale ?

RÉPONSE N° 5

Pour 2004, la CADES est en attente d'une instruction des ministères de tutelle sur le montant exact de la reprise de dette dans le cadre du plafond fixé par la loi. Pour 2005, un décret sera sans doute nécessaire.

PARTIE II – PISTES DE RÉFORME DE LA LOI ORGANIQUE

QUESTION N° 6

L'ONDAM

a) La Cour affirme dans son rapport (p. 18) que « la pratique de la révision de l'objectif alors que l'exercice est presque clos demeure critiquable puisqu'elle ne peut conduire à des mesures d'économie pour équilibrer le supplément de dépenses et qu'elle a donc pour seul effet de minorer la progression apparente des charges pour l'exercice suivant ». Estime-t-elle par là qu'il serait opportun que le législateur organique surmonte la jurisprudence du Conseil Constitutionnel en prohibant explicitement que la loi de financement de l'année n puisse servir de « collectif social » pour la loi de financement $n - 1$? Une telle prohibition contraindrait-elle le Gouvernement à présenter annuellement un projet de loi de financement rectificatif ?

b) La Cour déplore une nouvelle fois dans son rapport (p. 20) « la coexistence de deux objectifs de dépenses d'assurance maladie non cohérents entre eux [l'ONDAM et l'objectif de dépense de l'assurance maladie] ».

i) La Cour estimerait-elle pertinent de faire figurer dans l'ONDAM des dépenses qui ne sont pas destinées à couvrir stricto sensu des dépenses de maladie (rentes d'accident du travail, indemnités journalières du risque maternité, dépenses de gestion administrative, d'action sanitaire et sociale, dépenses du fonds maladie, etc.) ?

ii) L'article 140 de la loi de finances pour 2004 a modifié en profondeur les modalités de financement de la couverture maladie universelle. Depuis la création de cette couverture en 1999, la CNAM était remboursée à l'euro près par l'État des dépenses engagées pour la protection complémentaire des bénéficiaires de la CMU. A compter de 2004, la branche maladie n'est plus désormais remboursée qu'au « forfait ». Le projet de loi de finances pour 2004 affiche que cette modification des règles de remboursement induirait pour le budget de l'État une économie de 117 millions d'euros.

Avant cette réforme, le financement de la CMUC par la CNAM était réputé neutre. Il en résulte désormais, par construction, un coût de 117 millions d'euros pour la CNAMTS. Selon la Cour, cette dépense figure-t-elle dans l'ONDAM ou dans l'objectif de dépense de la branche maladie ? Quelles difficultés pose une telle dépense au regard des dispositions des 3° et 4° de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale qui prévoit que la loi de financement fixe les objectifs de dépenses des régimes obligatoires de base ?

iii) La loi de financement pour 2004 a prévu, en outre, le financement du plan Biotox par la CNAMTS à hauteur de 155 millions d'euros. Le projet de loi de financement pour 2005 prévoit, pour sa part, une extension de ce plan (article 14) à « une menace sanitaire grave quelles que soient son origine ou sa nature ».

Selon la Cour, ces dépenses sont-elles inscrites dans l'ONDAM ou dans l'objectif de dépenses de la branche maladie ? Comment la Cour apprécie-t-elle la présence d'une telle disposition en loi de financement, notamment au regard de la jurisprudence du Conseil Constitutionnel (DC 2001-453) qui avait considéré que cette prise en charge par la CNAMTS de ce fonds pouvait être toléré à titre « exceptionnel ».

Au-delà, qu'inspire à la Cour l'évolution des missions respectives entre le budget de la santé au sein du budget général et l'objectif de dépenses de l'assurance maladie, notamment au regard des conclusions du rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie .

La Cour estime-t-elle le réexamen du périmètre financier de l'assurance maladie nécessaire ? La réforme de la loi organique relative aux lois de financement peut-elle constituer à la fois le prétexte et l'outil de ce réexamen ?

c. Au-delà, quelle structure de vote pour l'objectif de dépenses de l'assurance maladie serait de nature à assurer la sincérité des votes et la qualité des débats (répartition des dépenses selon des objectifs pour l'hôpital, les soins de ville, le médicament, etc.) ?

RÉPONSE N° 6

a) La Cour n'a jamais évoqué l'idée qu'un projet de loi de financement rectificative doive intervenir chaque année.

En revanche, depuis que le Conseil constitutionnel a indiqué en 2001 qu'une LFSS ne peut être modifiée que par une autre LFSS et admis ainsi implicitement la possibilité d'une LFSS en cours d'année, la Cour a constamment indiqué que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie devrait être « révisé lorsque l'évolution des dépenses, de la conjoncture économique ou de la politique des pouvoirs publics le rend nécessaire pour redonner son sens à la notion d'objectif » (cf. rapport sur la sécurité sociale de 2002 p. 67, de 2003 p. 25).

Cette position découle logiquement de la nature de la loi de financement et de celle de l'ONDAM.

En effet, contrairement à la loi de finances, la loi de financement de la sécurité sociale n'a pas pour objet d'ouvrir des crédits, mais, notamment, de fixer un objectif de dépenses et de mettre, à cette occasion, le Parlement en état de décider des mesures de maîtrise des dépenses ou d'augmentation des recettes. S'il apparaît en cours d'année que l'objectif sera vraisemblablement dépassé mais de manière minime, une loi de financement rectificative n'est donc pas nécessaire. En revanche, une loi de financement rectificative doit intervenir si les conditions dans lesquelles le Parlement a été amené à se prononcer lorsqu'il a voté l'ONDAM se trouvent modifiées, par une évolution de la conjoncture économique ou de la politique de pouvoirs publics ou par une progression des dépenses sensiblement plus forte que prévue, en raison soit d'une sous-estimation dans la prévision soit d'une accélération imprévisible des dépenses après le début de l'exercice.

Le but d'une telle loi est que le Parlement décide soit une modification de l'objectif, soit de nouvelles mesures de maîtrise ou d'augmentation des recettes, sans attendre la loi de financement pour l'exercice suivant, et que soit ainsi évité un creusement du déficit entre le moment où le dépassement de l'objectif devient certain et celui où des mesures sont prises.

La « révision de l'objectif » alors que l'exercice est presque clos n'a, par contre, pas de sens.

En fait, la pratique actuelle n'est pas celle d'une révision, au sens où l'ont entendue le Conseil constitutionnel et la Cour des comptes, mais la détermination des dépenses effectives de l'année en cours, parfois qualifiée de « rebasage ».

Sur ce dernier point, la Cour a critiqué que ce « rebasage » soit effectué sans méthodologie stable ni même homogène. Par exemple, dans ces dépenses rebasées, les conséquences de certaines décisions intervenues pendant l'année en cours sont prises en compte à due concurrence de leur effet en année pleine alors que d'autres le sont pour leur seul effet depuis leur date d'intervention.

Le montant dénommé, dans les dernières lois de financement, « ONDAM révisé » n'est donc ni un objectif révisé ni une base cohérente pour fixer l'objectif de l'année suivante.

b) i) Ce que la Cour a critiqué, c'est la coexistence de deux objectifs non articulés entre eux et établis par des méthodes de calcul différentes. Il n'existe ni tableau de passage de l'un à l'autre ni même possibilité d'un tel passage.

Il conviendrait de fixer un seul objectif, représentant l'ensemble des dépenses de la branche, l'ONDAM ne constituant, quant à lui, qu'un sous-objectif, l'ensemble étant établi selon des méthodes analogues.

La Cour traitera du périmètre de l'ONDAM dans son rapport de septembre 2005.

ii) Le financement de la CMU restant à la charge de la CNAMTS depuis la loi de financement pour 2004 ne figure pas dans l'ONDAM mais dans l'objectif de dépenses de la branche maladie.

Cette solution ne contrevient pas aux 3e et 4e de l'article LO-111-3 du code de la sécurité sociale qui prévoit que la LFSS fixe les objectifs de dépenses des régimes obligatoires de base. En effet, cette contribution au financement de la CMU constitue bien une dépense du régime obligatoire de base même si elle n'est pas une prestation servie par ce régime.

iii) En ce qui concerne le partage des missions et des financements entre le ministère de la santé et l'assurance maladie, la Cour vient de préconiser une clarification des champs de compétence respectifs de l'Etat et de l'assurance maladie au plan régional dans son rapport public sur la sécurité sociale 2004 (chapitre X) Au-delà de cette prise de position, cette clarification, pour la Cour, devrait être étendue au niveau national et conduire à établir des périmètres financiers distincts et cohérents entre l'assurance maladie et l'Etat, ce qui va dans le sens des conclusions du récent rapport du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

Dans une insertion à paraître dans le rapport public de février 2005 relative à l'évolution du rôle de la direction générale de la santé, la Cour examine notamment les conséquences sur l'action du ministère de la santé du transfert à la charge de l'assurance maladie de diverses dépenses de prévention et la réalité des moyens d'orientation que la convention d'objectifs et de gestion entre la CNAMTS et l'Etat donne à la DGS.

c) Dans son rapport sur la sécurité sociale de 2005, la Cour examinera l'articulation entre les différentes enveloppes de l'ONDAM et le bien fondé de la définition actuelle de ces enveloppes, en approfondissant et étendant à l'ensemble des enveloppes et sous-enveloppes les constatations qu'elle a déjà présentées dans ses rapports sur la sécurité sociale sur certains aspects de cette question. Sera par exemple examinée l'imputation sur l'enveloppe soins de ville de plusieurs types de dépenses : les prescriptions hospitalières, qui augmentent très rapidement, notamment en matière de transports sanitaires, de médicaments et d'indemnités journalières ; une partie des dépenses des établissements pour personnes âgées dépendantes extérieure à l'activité de soins médicaux ; une partie des dépenses afférentes aux cliniques.

QUESTION N° 7

La clarification des relations financières entre l'État et la sécurité sociale

L'article 70 de la loi portant réforme de l'assurance maladie a posé une série de garanties tendant à préserver « l'étanchéité » des finances de la sécurité sociale.

i) Quelle appréciation la Cour porte-t-elle sur le caractère opérationnel d'une telle disposition ?

ii) L'article 77 du projet de loi de finances pour 2005 prévoit l'affectation au fonds de financement de la CMU de l'intégralité du rendement de la taxe sur les boissons alcoolisées (370 millions d'euros). Selon la Cour, une telle affectation déroge-t-elle aux dispositions précitées de la loi portant réforme de l'assurance maladie ?

La Cour estime-t-elle que, conformément à l'engagement pris par le Gouvernement, seule l'élévation au niveau organique de ces dispositions en permettra le respect effectif ?

RÉPONSE N° 7

L'art 70 de la loi sur l'assurance maladie ne concerne pas que l'assurance maladie mais toutes les branches. De plus :

i) l'art 70 précité n'est que la réaffirmation et l'extension du champ de la disposition déjà existante : elle ne sera opérationnelle que si l'Etat honore ses créances.

ii) l'Etat peut affecter une recette fiscale à un fonds. Cela ne contrevient pas à l'article précité si des recettes suffisantes sont affectées à la compensation des mesures visées à l'art L. 131-7. Au-delà de cet aspect juridique, la Cour a pris position sur deux points : les circuits de financement devraient être stables sur plusieurs années, les recettes alcool et tabac devraient être affectées dans leur intégralité au risque maladie. A cet égard, l'affectation de la taxe sur les boissons alcoolisées à la seule CMU ne répond donc pas à cet objectif.

Toutefois, mettre l'art. L 131-7 en loi organique empêcherait qu'une loi de financement ou une loi de finances déroge au principe de compensation.

QUESTION N° 8

La protection sociale agricole

La loi organique du 1er août 2001 relative aux lois de finances a supprimé l'examen de la protection sociale agricole en loi de finances (suppression du BAPSA).

Les comptes de la protection sociale agricole sont approuvés annuellement en loi de financement. La loi de financement constitue-t-elle, selon la Cour, un cadre de débat « naturel » pour le fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FIPSA) ? Autour de quelle disposition organiser ce débat et ce vote ?

RÉPONSE N° 8

La Cour a toujours estimé que la suppression du BAPSA n'avait pas en soi d'incidence sur la possibilité pour le Parlement de débattre des prestations sociales agricoles.

Le financement de ces prestations suppose une contribution du budget de l'Etat et l'examen des conditions d'équilibre du FIPSA. C'est en fonction de ces données qu'il appartient au gouvernement de choisir entre le débat sur la LF ou sur la LFSS pour procéder à cet examen.

QUESTION N° 9

Portée de la loi de financement

a) *Les articles 37 de l'ordonnance organique du 2 janvier 1959 et 38 de la loi organique du 1er août 2001 confient nommément au ministre des finances la tâche de préparer, sous l'autorité du Premier ministre, les projets de loi de finances.*

La Cour estime-t-elle souhaitable que la loi organique relative aux lois de financement dispose pour sa part que ces projets sont préparés par le ministre en charge de la sécurité sociale ? Quelles conséquences sur l'organisation du travail gouvernemental une telle précision serait-elle susceptible d'entraîner ?

b) *Le 1° de l'article 34 de la loi organique du 1er août 2001 précise que la loi de finances « autorise pour l'année la perception des ressources de l'État et des impositions de toute nature affectées à des personnes morales autres que l'État ».*

La Cour estime-t-elle souhaitable qu'une dérogation soit posée à cette disposition et que la loi de financement de la sécurité sociale, en raison de son caractère de loi financière, autorise formellement pour sa part la perception des cotisations et contributions affectées à la sécurité sociale et aux fonds qui la financent ?

c) Le partage de recettes entre l'État et la sécurité sociale

En réponse à la question n° 3 du questionnaire adressé par la commission des affaires sociales à la Cour en 2003, la Cour avait répondu « lorsque le produit est partagé entre l'État et la sécurité sociale, la question est plus complexe. C'est le cas de la LFSS pour 2004 à propos des taxes sur le tabac que la Cour n'a pas eu pour l'instant à examiner ».

Elle se livre (p. 75-79 de son rapport) à une évaluation détaillée de la politique de relèvement de la taxe sur le tabac, sans toutefois aborder cet aspect purement comptable.

La Cour peut-elle en conséquence compléter la réponse adressée à la commission l'an dernier ? Quelle règle de portée générale pourrait-on en tirer quant à l'articulation des volets recettes et des volets dépenses des lois de finances et de financement de la sécurité sociale ?

RÉPONSE N° 9

a) Préparation de la LFSS

Depuis la création des LFSS en 1996, c'est le ministre chargé de la sécurité sociale qui prépare et présente les projets de loi. Le préciser permettrait d'en faire un affichage solennel. Il n'appartient pas à la Cour d'apprécier les conséquences sur l'organisation du travail gouvernemental.

b) Dérogation à la LOLF

Les cotisations sont des recettes constitutives de fonds publics dont le régime est spécifique puisque seule l'assiette relève de la loi, les taux relevant du décret.

Si, sur le plan conceptuel, on peut estimer que le rôle du Parlement à l'égard des cotisations devrait être le même que celui qu'il exerce à l'égard de l'impôt, car il s'agit de prélèvements obligatoires et de fonds publics, juridiquement et politiquement, c'est très différent : les cotisations restent considérées comme du salaire différé ou indirect et justifient la composition des conseils des caisses.

Il importe par contre que le Parlement puisse voter des dépenses et des recettes des régimes sociaux en équilibre, et donc qu'il puisse apprécier le niveau des impôts et taxes affectés, qui, à côté des cotisations, sont nécessaires pour assurer cet

équilibre. C'est la raison pour laquelle l'introduction d'un article d'équilibre dans la loi organique relative à la Sécurité sociale est nécessaire.

c) Le partage des recettes entre l'Etat et la sécurité sociale

La Cour a procédé cette année, à la demande de votre commission, à un examen de la prévision des recettes de taxe sur le tabac. Elle n'est pas compétente pour se prononcer sur la répartition de cette taxe dont une partie a été affectée au BAPSA. La Cour avait souhaité que, dès lors que la taxe participe à une politique de santé publique, elle puisse être entièrement affectée à la branche maladie. Mais il n'existe aucune obligation institutionnelle pour qu'il en soit ainsi.

PARTIE III – L'ÉTAT EMPLOYEUR

QUESTION N° 10

La Cour constate dans son rapport (p. 72) que la contribution de l'État employeur se trouve minorée du fait d'une assiette réduite (9,7 % au lieu de 11,9 %). Elle en déduit que « le manque à gagner brut pour le régime général est de près de 2 millions d'euros dus à la moindre contribution de l'État ». En réponse aux observations de la Cour, le ministère de l'économie, des finances et de l'industrie fournit les raisons pour lesquelles il estime que l'élargissement de l'assiette de cotisation « pourrait s'avérer négatif pour la CNAM » (p. 399 du rapport).

Quelles remarques formule la Cour sur ces raisons ?

RÉPONSE N° 10

L'estimation faite par la Cour relative au manque à gagner (2 Md€) pour le régime général résultant de la moindre contribution de l'Etat (par le biais d'une assiette incomplète et d'un taux de cotisation inférieur à ceux en cours pour les employeurs privés) n'a pas été contestée par le Minefi.

Dans sa réponse, ce dernier avance deux catégories d'arguments, non recevables pour la Cour :

- l'opération visant à aligner le taux de cotisation des employeurs publics sur celui des entreprises privées serait largement compensée par le coût des indemnités journalières que la CNAMTS devrait prendre en charge au profit des fonctionnaires. Dans son calcul, le Minefi agrège le coût des prestations en nature et celui des prestations en espèces. Cette réponse, ne correspond pas au problème posé par la Cour, qui ne portait que sur le différentiel de taux de cotisation lié aux seules prestations en nature. La position de la Cour découle donc d'une comparaison des taux de cotisation pour les seules prestations en nature, ce qui rend non pertinent le calcul du Minefi. Au-delà du gain pour l'assurance maladie, l'ajustement du taux de cotisation de l'Etat employeur est justifié, dès lors que les prestations en nature sont identiques pour les fonctionnaires et pour les salariés du régime général.

- l'assiette réduite au traitement indiciaire brut est légale puisqu'elle est prévue par le code des pensions civiles. Pour la Cour, cette assiette, en effet légale pour les pensions, ne l'est pas pour les autres risques puisqu'aucune loi n'est venue préciser que l'assiette des pensions s'applique aux cotisations maladie et famille.

Enfin, cette minoration d'assiette, pour des droits identiques, constitue une inégalité au détriment du secteur privé.

QUESTION N° 11

A l'initiative de la commission des affaires sociales, l'article 74 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a renforcé les modalités du contrôle par l'État de ses obligations en tant qu'employeur.

Quel bilan la Cour donne-t-elle de l'application de cette disposition ?

RÉPONSE N° 11

Modalités de contrôle des cotisations sociales de l'Etat employeur

En application des modalités antérieures à l'article 74 de la LFSS pour 2004, la Cour des Comptes a entrepris un contrôle de la liquidation des cotisations de l'Etat employeur dès 1999. Ce premier contrôle avait fait apparaître la nécessité d'une transmission par les services comptables de l'Etat de bordereaux déclaratifs permettant aux URSSAF de créditer les comptes de l'Etat et d'opérer les répartitions entre les régimes attributaires. Il avait soulevé la nécessité d'une codification permettant le passage des identifiants des trésoreries ç ceux des URSSAF. A ce jour, ce travail n'a pas été fait.

Suite à l'adoption par le Parlement de l'art 74 qui a réparti le contrôle de l'Etat employeur entre la Cour des Comptes (administrations centrales) et les URSSAF (services déconcentrés), des groupes de travail ont été constitués entre la Cour des Comptes, l'ACOSS, la direction de la sécurité sociale et la direction générale de la Comptabilité publique. Ces groupes doivent définir les modalités pratiques de contrôle ainsi que les textes à modifier pour rendre obligatoire la transmission des bordereaux déclaratifs aux URSSAF. A cette occasion, la question de la codification doit être traitée. Ce travail s'appuiera sur quatre expérimentations en cours dans deux rectorats et deux DRASS. Un premier déploiement est prévu pour le deuxième semestre 2005.

Par ailleurs, la Cour, dans le cadre des travaux préparatoires à la certification des comptes de l'Etat va faire procéder à un audit de l'applicatif PAY qui intégrera une partie relative à la liquidation des cotisations sociales.

Le contrôle sur les rémunérations principales a été complété en 2003 et 2004 par une enquête portant sur les cotisations dues au titre des agents occasionnels qui a donné lieu à une synthèse dans le rapport au Parlement de cette année. Un ensemble d'observations seront prochainement adressées aux différentes administrations et aux URSSAF auprès desquelles l'enquête a été conduite. Les modalités de contrôle des cotisations sociales dues au titre des agents occasionnels devraient pouvoir être précisées d'ici à l'été prochain.

Enfin, une enquête doit être prochainement diligentée par la Cour relative aux cotisations dues au titre des avantages en nature. Compte tenu des difficultés probables de l'enquête, qui sera conduite, comme la précédente, auprès d'un échantillon significatif d'administrations, les résultats ne sont pas attendus avant la fin de l'an prochain.

QUESTION N° 12

La loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites n'a pas affecté les dispositions de l'article L. 24 du code des pensions permettant aux mères de trois enfants et plus de liquider leur pension de manière anticipée.

Quelle incidence pour les finances publiques entraîne l'application des dispositions du droit européen qui étend aux hommes fonctionnaires ce bénéfice ? Quelles mesures la Cour pourrait-elle préconiser pour que cet avantage familial de retraite soit préservé mais néanmoins recentré ? Quels effets sur les finances publiques un tel recentrage permettrait-il ?

RÉPONSE N° 12

La Cour n'a pas chiffré ce que coûterait aux finances publiques l'application de la jurisprudence européenne sur l'égalité entre les sexes à la mesure qui permet aux femmes fonctionnaires ayant eu 3 enfants de partir en retraite après 15 ans d'activité. En effet, il lui est apparu d'autant plus inopportun d'en envisager l'extension aux hommes que le seul maintien de cette mesure au profit des femmes n'est plus justifié à l'aube du choc démographique que notre pays va connaître. Les préconisations de la Commission européenne et les travaux du Conseil d'orientation des retraites mettent l'accent sur la nécessité de mobiliser les marges d'activité féminine existantes pour compenser l'ampleur des départs en retraite. En outre, s'il est légitime de permettre aux femmes de se consacrer à l'éducation de jeunes enfants et de valider ces périodes pour la retraite, la justification d'un retrait d'activité quand les enfants sont grands n'apparaît pas. Dès lors, la Cour a regretté dans son rapport de septembre 2004 que cette mesure n'ait pas été revue à l'occasion de la loi de 2003 sur les retraites. En attendant, le maintien des dispositions actuelles génère un coût injustifié pour les finances publiques, les tribunaux appliquant cette mesure aux hommes fonctionnaires.

Rapport sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005

Sommaire abrégé

Tome I - Equilibres financiers généraux et assurance maladie **(Rapporteur : M. Alain Vasselle)**

Exposé général sur les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie

Travaux de la commission - Auditions de :

- MM. Philippe Douste-Blazy, *ministre de la santé et de la protection sociale*, et Xavier Bertrand, *secrétaire d'État à l'assurance maladie* ;
- MM. Philippe Séguin, *Premier président de la Cour des comptes*, Bernard Cieutat, *président de la 6^e chambre*, Michel Braunstein, *conseiller maître à la 6^e chambre* et Mme Catherine Démier, *conseillère référendaire, secrétaire générale adjointe* ;
- M. Jean-Marie Spaeth, *président du conseil d'administration de la CNAMTS* ;
- M. Louis-Charles Viossat, *directeur général de l'ACOSS*.

Annexe :

- Réponses de la Cour des comptes au questionnaire de la commission.

Tome II - Famille **(Rapporteur : M. André Lardeux)**

Exposé général sur la famille

Travaux de la commission - Auditions de :

- Mme Marie-Josée Roig, *ministre de la famille et de l'enfance* ;
- Mme Nicole Prud'homme, *présidente du conseil d'administration de la CNAF*.

Tome III - Assurance vieillesse **(Rapporteur : M. Dominique Leclerc)**

Exposé général sur l'assurance vieillesse

Travaux de la commission - Audition de :

- Mme Danièle Karniewicz, *présidente du conseil d'administration de la CNAVTS*.

Tome IV - Accidents du travail et maladies professionnelles **(Rapporteur : M. Gérard Dériot)**

Exposé général sur les accidents du travail et les maladies professionnelles

Tome V - Examen des articles **(Rapporteur : M. Alain Vasselle)**

Commentaire des articles et propositions d'amendements

Travaux de la commission - Examen du rapport

Tome VI - Tableau comparatif **(Rapporteur : M. Alain Vasselle)**