

N° 73

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2005-2006

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

RAPPORT

FAIT

au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE,

Par M. Alain VASSELLE,
Sénateur.

Tome I :
Équilibres financiers généraux

(1) Cette commission est composée de : M. Nicolas About, *président* ; MM. Alain Gournac, Louis Souvet, Gérard Dériot, Jean-Pierre Godefroy, Mmes Claire-Lise Campion, 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. Jean-Paul Amoudry, Gilbert Barbier, Daniel Bernardet, Mme Brigitte Bout, MM. Jean-Pierre Cantegrit, Bernard Cazeau, Mmes Isabelle Debré, Christiane Demontès, Sylvie Desmarescaux, M. Claude Domeizel, Mme Bernadette Dupont, MM. Michel Esneu, Jean-Claude Étienne, Guy Fischer, Jacques Gillot, Francis Giraud, Mmes Françoise Henneron, Marie-Thérèse Hermange, Gélita Hoarau, Christiane Kammermann, MM. Serge Larcher, André Lardeux, Dominique Leclerc, Marcel Lesbros, Mme Raymonde Le Texier, MM. Roger Madec, Jean-Pierre Michel, Alain Milon, Georges Mouly, Mmes Catherine Procaccia, Janine Rozier, Michèle San Vicente, Patricia Schillinger, M. Jacques Siffre, Mme Esther Sittler, MM. Jean-Marie Vanlerenberghe, Alain Vasselle, François Vendasi, André Vézinhét.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (12^e législ.) : 2575, 2609, 2610 et T.A. 496

Sénat : 63 et 71 (2005-2006)

Sécurité sociale.

SOMMAIRE

Pages

AVANT-PROPOS	5
I. L'ACTE II DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	7
A. LA NÉCESSITÉ DE REVOIR LA LOI ORGANIQUE DU 22 JUILLET 1996	7
1. <i>Une première étape équilibrée</i>	7
2. <i>Des acquis à consolider</i>	9
B. LES AXES ESSENTIELS DE LA NOUVELLE LOI ORGANIQUE DU 2 AOÛT 2005	9
1. <i>Le renforcement de la sincérité et de la transparence des équilibres financiers de la sécurité sociale</i>	10
2. <i>L'accroissement de l'autonomie financière de la sécurité sociale</i>	11
3. <i>L'introduction d'une dimension pluriannuelle dans la présentation des prévisions de recettes et des objectifs de dépenses</i>	11
4. <i>L'affirmation de la démarche objectifs-résultats, grâce aux programmes de qualité et d'efficience</i>	12
C. LES ENSEIGNEMENTS À TIRER D'UNE PREMIÈRE APPLICATION	13
1. <i>La confirmation des analyses et propositions de la commission des affaires sociales</i>	13
2. <i>Des améliorations possibles et nécessaires</i>	15
II. LE REDRESSEMENT DES COMPTES SOCIAUX	17
A. 2004 : UN DÉFICIT RECORD	17
B. 2005 : LA STABILISATION DU DÉFICIT	17
1. <i>L'apport de recettes nouvelles</i>	19
2. <i>Les quatre branches en déficit</i>	20
C. 2006 : LE DÉBUT DU REDRESSEMENT	21
1. <i>La hausse des recettes</i>	22
2. <i>La limitation des dépenses de santé</i>	24
3. <i>Les fonds dans l'impasse</i>	25
TRAVAUX DE LA COMMISSION	29
I. AUDITION DE MM. XAVIER BERTRAND, MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS, ET PHILIPPE BAS, MINISTRE DÉLÉGUÉ À LA SÉCURITÉ SOCIALE, AUX PERSONNES ÂGÉES, AUX PERSONNES HANDICAPÉES ET À LA FAMILLE, SUR LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2006	29

II. AUDITIONS	48
A. AUDITION DE MM. PHILIPPE SEGUIN, PREMIER PRÉSIDENT DE LA COUR DES COMPTES, BERNARD CIEUTAT, PRÉSIDENT DE LA 6 ^E CHAMBRE, ET MICHEL BRAUNSTEIN, CONSEILLER MAÎTRE À LA 6 ^E CHAMBRE	48
B. AUDITION DE MM. PIERRE BURBAN, PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION, JEAN-LUC TAVERNIER, DIRECTEUR GÉNÉRAL, ET ALAIN GUBIAN, DIRECTEUR FINANCIER, DE L'AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE (ACOSS)	56
C. AUDITION DE MM. MICHEL LAROQUE, PRÉSIDENT, ET JACQUES LENAIN, DIRECTEUR, DU FONDS DE SOLIDARITÉ VIEILLESSE (FSV)	60

Mesdames, Messieurs,

L'année dernière, votre commission des Affaires sociales inscrivait l'examen du projet de loi de financement pour 2005 dans la perspective d'une réforme annoncée du cadre organique des lois de financement de la sécurité sociale. Cette réforme était en effet apparue nécessaire devant le constat, unanimement partagé, que les lois de financement de la sécurité sociale évoluaient désormais dans un cadre inadapté.

Un an plus tard, cette réforme a été votée et le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 constitue la première mise en œuvre de cette « *constitution des finances sociales* » rénovée.

Par bien des aspects, le présent projet de loi confirme la justesse des analyses et propositions faites depuis plusieurs années par votre commission pour améliorer le débat démocratique et le consentement parlementaire sur les finances sociales. Le texte de cette année est de fait plus clair, plus précis, plus exhaustif que ceux des années précédentes.

Il s'inscrit en outre dans une perspective pluriannuelle qui permet de mieux appréhender et mesurer les effets des réformes entreprises.

En effet, la rénovation du cadre juridique des lois de financement vient compléter les deux réformes essentielles votées en 2003 sur les retraites et en 2004 sur l'assurance maladie. Leurs effets incontestablement positifs pour les finances sociales apparaissent clairement dans le présent projet de loi de financement. Celui-ci montre toutefois également l'ampleur du chemin qui reste à parcourir pour parvenir à un redressement durable de la sécurité sociale.

La mise en place des conditions d'un suivi plus pertinent des finances sociales trouvera bientôt sa traduction par la création, au sein de votre commission, d'une mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale.

I. L'ACTE II DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

La loi organique du 2 août 2005 a très substantiellement modifié le cadre juridique applicable aux lois de financement de la sécurité sociale. En effet, après neuf années de mise en œuvre de ces lois, il est apparu nécessaire d'entreprendre une réforme de la « *constitution des finances sociales* ». Celle-ci est devenue peu à peu insuffisamment adaptée à l'importance des enjeux et aux exigences de la démocratie financière.

A. LA NÉCESSITÉ DE REVOIR LA LOI ORGANIQUE DU 22 JUILLET 1996

Dès 1999, votre commission s'est interrogée, dans le cadre d'un groupe de travail, sur les moyens d'améliorer le contenu et la présentation des lois de financement, « *acquis essentiel et instrument perfectible* » pour l'appréhension des finances sociales¹.

En avril 2001, ce premier travail a inspiré le dépôt d'une proposition de loi organique, dont une grande partie a d'ailleurs été reprise dans le projet de loi organique du Gouvernement déposé au Sénat le 23 février 2005.

1. Une première étape équilibrée

La loi constitutionnelle du 22 février 1996 a institué les lois de financement de la sécurité sociale, par l'ajout d'un alinéa à l'article 34 de la Constitution aux termes duquel « *Les lois de financement de la sécurité sociale déterminent les conditions générales de son équilibre financier et, compte tenu de leurs prévisions de recettes, fixent les objectifs de dépenses, dans les conditions et sous les réserves prévues par la loi organique.* ».

La loi organique du 22 juillet 1996 en a défini le contenu.

Cette loi constituant une innovation, elle ne pouvait poser d'emblée des règles trop contraignantes et trop précises sans risquer de mettre à mal l'édifice de la sécurité sociale dans son ensemble. Elle devait en outre désamorcer les griefs adressés par certains à une catégorie de loi volontiers qualifiée de « non normative » ou « d'hybride », puisque les autorisations de dépenses votées en loi de financement n'avaient pas de caractère limitatif.

Le schéma retenu par la loi organique du 22 juillet 1996 a pourtant permis l'instauration d'un débat politique national annuel dont la qualité est allée en s'améliorant et qui ne fait désormais plus l'objet de contestation.

¹ « *Les lois de financement : acquis essentiel et instrument perfectible* » Sénat n° 433 (1998-1999). Rapporteur : Charles Descours.

Les lois de financement de la sécurité sociale d'après la loi organique du 22 juillet 1996

• Les prévisions de recettes par catégorie

Le Parlement approuve les recettes de la sécurité sociale par catégorie, à travers les « prévisions de recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement » (article LO. 111-3 I 2° du code de la sécurité sociale). Le détail de ces catégories n'est pas donné par la loi organique.

Depuis la première loi de financement, certaines catégories de recettes ont évolué. Elles comprennent toutefois :

- les **cotisations sociales effectives** ;
- les **cotisations fictives** ;
- les **contributions publiques** ;
- les **impôts ou taxes**, qui sont **affectés** de façon durable à certains régimes ;
- les **transferts** entre régimes ;
- enfin, les **autres ressources**, qui recouvrent des recettes de nature variable, notamment les revenus des placements et les recours contre tiers.

• Les objectifs de dépenses par branche

Le Parlement approuve les dépenses de la sécurité sociale à travers les « *objectifs de dépenses par branche des régimes de plus de 20.000 cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres* ». Ces dépenses correspondent aux opérations courantes des régimes, effectuées en métropole et dans les DOM. Elles recouvrent :

- les **prestations sociales** ;
- les **prestations de services sociaux** ;
- les **frais de gestion** engagés par les organismes de sécurité sociale ;
- les **transferts** entre régimes de protection sociale ;
- les **frais financiers** et les **autres dépenses**.

Par assimilation au régime général, quatre branches ont été retenues :

- la branche maladie-maternité-invalidité-décès ;
- la branche accidents du travail ;
- la branche vieillesse ;
- la branche famille.

Les comptes de la sécurité sociale, traditionnellement présentés toutes branches confondues, ont été éclatés pour satisfaire à cette décomposition en branches.

La grande innovation des lois de financement fut de consacrer implicitement la notion de « branche » pour l'ensemble des régimes de sécurité sociale, et non pour le seul régime général.

• Un objectif particulier pour la branche assurance maladie : l'Ondam

Le Parlement fixe, pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), qui comprend :

- les dépenses de soins ambulatoires et d'hospitalisation des trois risques maladie, maternité et accidents du travail ;
- les dépenses correspondant aux prestations en espèces des deux risques maladie et accidents du travail (incapacité temporaire).

Outre les dépenses de gestion administrative, d'action sanitaire et sociale et de prévention ainsi que les frais financiers, ne sont exclues, en ce qui concerne les prestations, que les indemnités journalières maternité et les rentes d'accidents du travail.

• Les plafonds d'avances de trésorerie

Enfin, le Parlement fixe, pour chacun des régimes obligatoires de base comptant plus de 20.000 cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres ou des organismes ayant pour mission de concourir à leur financement qui peuvent légalement recourir à des ressources non permanentes, « les limites dans lesquelles ses besoins de trésorerie peuvent être couverts par de telles ressources ».

Grâce à la réforme constitutionnelle de 1996, notre pays s'est doté d'un outil d'orientation et de contrôle permanent sur les recettes et les dépenses de la protection sociale.

Le caractère original et les dispositions novatrices des lois de financement ont permis de soumettre l'évolution des finances sociales aux principes des règles raisonnables qui sont celles de la gestion de l'État : le consentement parlementaire à l'impôt et la confrontation des recettes aux dépenses.

2. Des acquis à consolider

Au total, les lois de financement ont permis un acquis démocratique essentiel en même temps qu'elles ont constitué un progrès réel dans la gestion des finances publiques. Toutefois, l'usage de la loi organique du 22 juillet 1996 a révélé certaines limites qui ne pouvaient être dépassées sans une révision de ce texte, comme votre commission l'a, à plusieurs reprises, souligné.

Ses principales critiques portaient sur :

- un champ de la loi de financement flou, minimal, voire arbitraire ;
- l'impossibilité de faire apparaître un solde financier des branches de la sécurité sociale ;
- une construction sur des agrégats à la fois larges dans leur montant et imprécis dans leur composition ;
- l'absence de toute mise en perspective pluriannuelle.

C'est pourquoi, dès le mois d'avril 1999, votre commission des Affaires sociales s'est attachée à explorer les pistes permettant d'envisager une réforme ambitieuse du cadre organique. Ce travail a trouvé un aboutissement naturel dans la proposition de loi organique n° 268 déposée en avril 2001 par notre ancien collègue Charles Descours. Il a fallu quatre années supplémentaires pour engager effectivement les débats avec le Gouvernement.

Ces discussions ont abouti au vote de la loi organique du 2 août 2005.

B. LES AXES ESSENTIELS DE LA NOUVELLE LOI ORGANIQUE DU 2 AOÛT 2005

A la lumière des débats parlementaires conduits autour des neuf premières lois de financement de la sécurité sociale et après le vote de la loi relative à l'assurance maladie du 13 août 2004 qui a notamment renforcé le contrôle de l'Ondam, tant le Parlement, en particulier votre commission, que le Gouvernement ont souhaité renforcer le cadre juridique du pilotage de l'ensemble de la politique publique de sécurité sociale. La poursuite de cet

objectif a permis d'aboutir à la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

Cette loi a, pour l'essentiel, réécrit les articles L.O. 111-3 et L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale, afin de redéfinir le contenu et la présentation des lois de financement de la sécurité sociale.

Ses dispositions peuvent être regroupées autour de **quatre axes principaux**.

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

Dans le cadre de la précédente loi organique, les prévisions de recettes étaient universelles, ce qui impliquait que toutes les recettes de la sécurité sociale étaient soumises au vote.

En revanche, les objectifs de dépenses, présentés par branche, étaient limités aux régimes les plus significatifs, c'est-à-dire aux régimes ayant plus de 20.000 cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres. Seul l'Ondam retraçait les objectifs de dépenses de l'ensemble des régimes, mais pour l'assurance maladie seulement.

La nouvelle loi organique prévoit une présentation différente. **Désormais les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses sont évalués par branche**, ce qui permet grâce à leur rapprochement, de voter des tableaux d'équilibre.

Ceux-ci effectuent les rapprochements entre prévisions de recettes et objectifs de dépenses à trois niveaux : pour le régime général, pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et pour les organismes concourant au financement de ces régimes, c'est-à-dire aujourd'hui le FSV et le Ffipsa.

Cette nouvelle universalité des lois de financement permet le rapprochement des recettes et des dépenses et donc **un vote sur les soldes** (équilibre ou déséquilibre) branche par branche.

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

Enfin, la loi de financement est élargie, non seulement aux organismes qui concourent au financement des régimes de base de la sécurité sociale (FSV et Ffipsa), mais également à la Cades, pour laquelle un vote sur l'objectif annuel d'amortissement de la dette sociale est prévu, et au FRR, avec l'approbation chaque année du montant prévisionnel de l'abondement du fonds.

Par ailleurs, le VII de l'article L.O. 111-3 prévoit l'application des principes de sincérité, de régularité et de fidélité aux comptes des régimes et

organismes. Cela devrait garantir une meilleure appréhension, en particulier par le Parlement, du patrimoine et de la situation financière de ces régimes et fonds. La Cour des comptes vérifiera le respect de ces principes, notamment en certifiant, à partir des résultats de l'année 2006, les comptes des organismes nationaux du régime général et les comptes combinés de chaque branche et de l'activité de recouvrement du régime général.

2. L'accroissement de l'autonomie financière de la sécurité sociale

A l'instar de la démarche retenue pour les lois de finances, la nouvelle loi organique reconnaît aux lois de financement de la sécurité sociale, outre leur domaine propre inscrit dans la Constitution, **un monopole** sur les mesures relatives à :

- l'affectation totale ou partielle d'une recette exclusive de la sécurité sociale (cotisations, CSG, CRDS, autres impôts) à une personne morale autre que les organismes gérant un régime obligatoire de base de la sécurité sociale ou concourant à leur financement (III de l'article L.O. 111-3) ;

- la dérogation au principe, inscrit dans l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, de compensation par le budget de l'Etat des mesures de réduction, d'exonération ou d'abattement d'assiette de cotisations ou de contributions sociales.

Par ailleurs, dans un souci de coordination entre les lois de finances et les lois de financement, la loi de financement de l'année prévoit un vote sur le montant inscrit dans le projet de loi de finances au titre de la compensation de ces mesures de réduction, d'exonération ou d'abattement.

3. L'introduction d'une dimension pluriannuelle dans la présentation des prévisions de recettes et des objectifs de dépenses

La loi de financement de la sécurité sociale sera, à compter du projet de loi pour 2006, présentée en **quatre parties** :

- la première sur le dernier exercice clos ;
- la deuxième sur l'exercice en cours ;
- la troisième relative aux prévisions de recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir ;
- la quatrième portant sur les dépenses pour l'année à venir.

Par ailleurs, un **cadrage pluriannuel** des prévisions financières est institué. Chaque loi de financement fixera les perspectives de recettes et de dépenses pour les quatre années à venir. Ce cadrage pluriannuel concernera

également les organismes concourant au financement des régimes de sécurité sociale, c'est-à-dire le FSV et le Ffipsa.

L'inscription des lois de financement dans une perspective pluriannuelle contribue fortement à renforcer leur portée.

4. L'affirmation de la démarche objectifs-résultats, grâce aux programmes de qualité et d'efficience

L'article 2 de la loi organique, qui réécrit l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale, a remanié le contenu des annexes et rationalisé leur contenu. L'objectif poursuivi était de proposer des annexes plus courtes et directement liées à l'objet financier des lois de financement.

Liste des annexes au projet de loi de financement de la sécurité sociale

- **Annexe A** : Rapport décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents ou la couverture des déficits constatés sur l'exercice 2004 ;

- **Annexe B** : Rapport décrivant les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les quatre années à venir ;

- **Annexe C** : Etat des recettes par catégorie et par branche, des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, du régime général de la sécurité sociale et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale ;

- **Annexe 1** : Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2005 ;

- **Annexe 2** : Objectifs et moyens des organismes de sécurité sociale ;

- **Annexe 3** : Mise en œuvre de la loi de financement pour 2005 ; mesures de simplification ;

- **Annexe 4** : Recettes des régimes de sécurité sociale par catégorie et par branche ;

- **Annexe 5** : Présentation des mesures d'exonération de cotisations et contributions et de leur compensation ;

- **Annexe 7** : Ondam et dépense nationale de santé ;

- **Annexe 8** : Les comptes du FSV, du Ffipsa, de la Cades, du FRR et de la CNSA ;

- **Annexe 9** : Besoins de trésorerie des régimes ; impact sur les comptes des mesures nouvelles

- **Document triennal** : Liste des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

Parmi ces documents, une nouvelle annexe prévoit d'illustrer les éléments financiers inscrits dans la loi par la mise en place de la démarche objectifs - résultats pour l'ensemble des branches de la sécurité sociale et pour

la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Les « *programmes de qualité et d'efficience* », contenus dans cette annexe, présenteront un diagnostic de situation, une description des objectifs mesurés au moyen d'indicateurs, une présentation des moyens et l'exposé des résultats atteints au cours des derniers exercices. Il s'agit en quelque sorte d'adopter une démarche proche de celle de la LOLF pour le domaine des finances sociales.

La nouvelle loi organique sera appliquée, pour la première fois et pour l'essentiel, par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, à l'exception toutefois de ce dernier aspect dont la mise en œuvre nécessite plus de temps.

C. LES ENSEIGNEMENTS À TIRER D'UNE PREMIÈRE APPLICATION

Votre commission tient d'abord à saluer la performance du Gouvernement qui **a mis en œuvre le nouveau cadre organique en à peine deux mois**, alors que la mise en place de la LOLF, pour le budget de l'Etat, a pris quatre années.

Cette première loi de financement de la sécurité sociale « modèle 2005 » confirme la justesse des remarques faites par le passé par votre commission. Elle montre également que des marges de progrès sont encore possibles pour donner au Parlement les moyens de se prononcer en toute connaissance de cause sur l'ensemble des aspects des finances sociales.

1. La confirmation des analyses et propositions de la commission des affaires sociales

Les souhaits, analyses et propositions de la commission des affaires sociales sur le nouveau cadre organique applicable aux lois de financement mais également sur le contenu même de ces textes ont trouvé, en grande partie, leur application dans ce projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006.

Il en résulte un texte plus précis, plus lisible, plus sincère et de nature à permettre un examen moins formel et plus approfondi du Parlement.

- une mise en perspective pluriannuelle utile

La loi de financement s'inscrit désormais dans une perspective pluriannuelle claire. Présentée en quatre parties - exercice clos, exercice en cours, recettes et équilibre de l'année à venir, dépenses de l'année à venir -, elle permet une mise en perspective des comptes et fournit de vrais moyens de comparaison entre les exercices $n - 1$, n et $n + 1$.

Elle inclut également un cadrage pluriannuel prospectif sur quatre années qui est un élément indispensable pour un pilotage pertinent des équilibres généraux de la sécurité sociale.

- une réelle prise en compte de la notion de solde

Dans le projet de loi de financement de cette année, il est enfin possible de rapprocher recettes et dépenses par branche et d'obtenir des soldes sur lesquels le Parlement est amené à se prononcer. Il s'agit là d'un grand progrès car les lois de financement précédentes présentaient les prévisions de recettes par catégorie et les objectifs de dépenses par branche, ce qui rendait impossible tout rapprochement et surtout ne permettait pas de faire apparaître des soldes.

- une vision plus globale des finances sociales

L'extension du champ de la loi de financement, notamment aux organismes concourant au financement de la sécurité sociale, c'est-à-dire au fonds de solidarité vieillesse (FSV) et au fonds de financement des prestations sociales des non salariés agricoles (Ffipsa), ainsi qu'à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) et au fonds de réserve pour les retraites (FRR) apparaît à l'évidence être une bonne chose, tant l'impact de leurs situations respectives sur les équilibres généraux de la sécurité sociale est important.

Il est désormais possible d'avoir une vision plus large et plus globale, à travers le projet de loi lui-même, des finances sociales de la nation.

- un renforcement de la clarté et de la sincérité des comptes

L'affirmation du principe de l'obligation de sincérité, de régularité et de fidélité des comptes est une nouvelle et forte exigence dont le contrôle sera assuré par la Cour des comptes qui devra certifier les comptes du régime général à compter de l'année 2006.

S'imposant au Gouvernement, cette nouvelle obligation permet d'obtenir une présentation des comptes plus précise et plus transparente, ce qu'avait toujours souhaité votre commission.

- la mise en œuvre de l'autonomie renforcée de la sécurité sociale

Enfin, le renforcement de l'autonomie financière de la sécurité sociale se traduit par l'impossibilité de déroger à la règle de compensation des exonérations de charges sociales en dehors de la loi de financement, celle-ci devant en outre approuver le montant total de la compensation tel qu'inscrit au projet de loi de finances. La première mise en application de ces dispositions apparaît comme très satisfaisante car l'approbation du montant de la compensation est détaillé dans une annexe (l'annexe 5) dont le contenu livre un grand nombre d'informations et est particulièrement précis sur chacun des quarante-six cas d'exonérations de cotisations ou contributions sociales en vigueur.

2. Des améliorations possibles et nécessaires

Pour que l'intention du législateur organique soit pleinement respectée et afin de rendre la décision parlementaire encore plus effective, **certaines améliorations peuvent encore et devront être apportées dans les prochaines lois de financement.**

Il conviendra en effet à la fois de progresser dans la recherche d'une plus grande transparence et d'une meilleure précision des comptes et de renforcer l'information du Parlement.

Pour parvenir à cet objectif, votre commission estime nécessaire :

- d'étayer l'annexe consacrée au cadrage pluriannuel des finances sociales

En effet, cette annexe B, extrêmement succincte dans le projet de loi de financement pour 2006, devra justifier plus solidement les évolutions prévues. Par exemple, dans le document de cette année, il est indiqué que la masse salariale progressera de 4,45 % en moyenne par an jusqu'en 2009 et que l'augmentation annuelle de l'Ondam sera contenue à 2,2 %. Mais aucune argumentation détaillée n'est donnée sur le moyen de parvenir à ces chiffres.

Il pourrait également être utile de présenter dans cette annexe plusieurs scénarios, à l'image de ce qui existe dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances. Cela aurait le mérite de montrer où se situe le choix du Gouvernement entre diverses évolutions et tendances possibles ;

- de fournir, dans l'exposé des motifs du projet de loi, les raisons des diverses évolutions envisagées, notamment pour les prévisions de dépenses, de recettes et d'équilibre

Sans interrogation parallèle du ministère et de ses services, il est en effet impossible, à la seule lecture du projet de loi, de comprendre les montants inscrits dans les tableaux de recettes, de dépenses et d'équilibre pour 2006.

Certes, dans l'annexe 9 du projet de loi, à la suite de l'explication des besoins de trésorerie des régimes pour 2006, figurent quelques éléments permettant de mesurer l'impact, sur les comptes, des mesures nouvelles comprises dans le projet de loi de financement.

Mais ces données sont particulièrement elliptiques. Résumées et regroupées dans deux tableaux, l'un relatif aux recettes, l'autre aux dépenses, elles ne suffisent pas à expliquer les montants inscrits dans les articles du projet de loi.

Par ailleurs, s'il est vrai que le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, présenté quelques jours avant le projet de loi de financement, fournit un grand nombre d'explications, il reste incomplet. Pour l'année à venir, il mentionne des tendances. Mais celles-ci sont en partie

modifiées par les mesures décidées par le Gouvernement. Le passage des évaluations de la commission des comptes à celles du projet de loi mériterait donc de plus amples explications.

- de présenter les chiffres en millions d'euros et non en milliards arrondis à la centaine de millions d'euros près

Cette excessive simplification va à l'encontre de la recherche de sincérité et de précision des comptes. Elle est d'autant plus regrettable que certaines mesures « recettes », parfois même sujettes à de fortes polémiques, se chiffrent simplement en dizaines de millions d'euros, ce qui les rend totalement transparentes dans les tableaux de prévisions de recettes et d'équilibre.

A titre de comparaison, la loi de finances qui manie aussi les dizaines de milliards est présentée à l'euro près.

Aussi, sans aller jusqu'à ce degré de précision, il paraîtrait raisonnable de retenir pour la présentation des projets de loi de financement un chiffrage en million d'euros.

- de chiffrer précisément les différentes mesures proposées

Les articles du projet de loi de financement qui ont un impact aussi bien sur les recettes que sur les dépenses devraient être systématiquement chiffrés, les montants de ces évaluations étant inscrits dans l'exposé des motifs des articles correspondants.

En effet, comme pour les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses, pour lesquels l'exposé des motifs est quasiment inexistant cette année, une plus grande précision et une meilleure argumentation des articles du projet de loi seraient souhaitables à l'avenir.

II. LE REDRESSEMENT DES COMPTES SOCIAUX

A. 2004 : UN DÉFICIT RECORD

Avec un déficit de **11,9 milliards d'euros**, l'année 2004, première année de mise en place au moins partielle des réformes, fait apparaître un déficit encore supérieur à ceux constatés au cours des années précédentes.

L'essentiel des difficultés provient du dérapage des dépenses de l'assurance maladie.

Tableau d'équilibre par branche du régime général pour 2004

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	113,4	125,0	- 11,6
Vieillesse	75,2	74,9	+ 0,3
Famille	48,2	48,6	- 0,4
Accidents du travail et maladies professionnelles	8,8	9,0	- 0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	240,9	252,8	- 11,9

Le rapport de votre commission sur la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 a présenté une analyse détaillée de ces résultats, imputables :

- d'une part, à de **moindres recettes**, pour les deux tiers relatives aux rentrées de cotisations sociales,

- d'autre part, à un **dérapiage des dépenses d'assurance maladie**, avec 1,5 milliard d'euros de dépassement et une progression de l'Ondam de 4,9 % au lieu d'un objectif initial de 4,2 %.

B. 2005 : LA STABILISATION DU DÉFICIT

Le déficit de l'exercice est stabilisé au niveau de 2004, soit à **11,9 milliards d'euros**.

Pour la première fois, **toutes les branches sont déficitaires**, la branche vieillesse s'installant, comme prévu, durablement dans le déficit à partir de cette année. En revanche, de véritables économies sont enregistrées dans les comptes de l'assurance maladie, dont le déficit est réduit de 3 milliards d'euros par rapport à 2004.

Tableau d'équilibre par branche du régime général pour 2005

(en milliards d'euros)

	Prévision de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	120,6	128,8	- 8,3
Vieillesse	78,2	80,1	- 2,0
Famille	49,7	50,8	- 1,1
Accidents du travail et maladies professionnelles	9,0	9,5	- 0,5
Toutes branches (hors transferts entre branches)	252,6	264,5	- 11,9

Malgré le début de redressement constaté pour l'assurance maladie, la commission des comptes de la sécurité sociale a, lors de sa réunion du mois de septembre 2005, émis un avis sévère sur la situation générale des comptes sociaux dont le texte ci-après fait une synthèse.

**Avant-propos du rapport de la commission des comptes
de la sécurité sociale de septembre 2005**

Le déficit du régime général est désormais estimé à 11,9 milliards d'euros en 2005, contre 11,6 milliards dans notre rapport de juin. Il s'établirait ainsi exactement au même niveau qu'en 2004. Mais sur un champ élargi correspondant à celui de la loi de financement, c'est-à-dire l'ensemble des régimes de base et du Fonds de solidarité vieillesse, le déficit de la sécurité sociale atteindrait en 2005 le niveau sans précédent de 15,2 milliards d'euros. Loin de se réduire comme il était prévu il y a un an, il s'est encore creusé de 3 milliards en 2005 avec la multiplication des foyers de déficit : celui-ci touche à présent les quatre branches du régime général mais aussi le FSV et le régime des exploitants agricoles, dont l'équilibre n'est plus assuré de manière automatique par le budget de l'Etat.

Les dispositions prises pour 2005 dans le domaine de l'assurance maladie - apport substantiel de recettes et ralentissement des dépenses - ont amorcé la réduction du déficit de la CNAM, mais elles n'ont pour le moment permis que de stabiliser celui du régime général sans éviter une nouvelle dégradation de l'ensemble des régimes de base et des fonds.

La sécurité sociale s'installe dans une situation de déficit très élevé. La phase actuelle de déficit de la sécurité sociale dépasse en gravité et bientôt en durée celle que la France avait connue au milieu des années 1990 après la récession de 1993, sans qu'on puisse l'attribuer cette fois à une conjoncture aussi négative. Certes, l'évolution de la masse salariale est depuis 2002 inférieure à sa tendance de longue période, mais elle ne s'est jamais effondrée. Le déficit actuel doit davantage que celui d'il y a dix ans à l'augmentation des dépenses.

Après avoir été très vive entre 2001 et 2003, en raison de l'envolée des charges d'assurance maladie, la croissance des dépenses du régime général a encore été de l'ordre de 4,5 % par an en 2004 et 2005, un rythme supérieur à la tendance spontanée des recettes. Dans ces conditions, la simple stabilisation du déficit suppose un apport annuel de recettes nouvelles. Sa réduction requiert des actions très vigoureuses.

1. L'apport de recettes nouvelles

Le régime général bénéficie en 2005 des recettes nouvelles décidées dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie.

Les produits du régime général augmenteraient de 4,9 % en 2005, après 3,1 % en 2003 et 4,0 % en 2004.

Cette accélération est due pour l'essentiel aux augmentations et aux créations de recettes intervenues au début de 2005 en application de la loi du 13 août 2004.

La CNAM a ainsi bénéficié :

- du rendement accru de la CSG, à hauteur de 2,2 milliards d'euros,
- d'une hausse des droits sur le tabac, pour 1 milliard,
- de la nouvelle contribution additionnelle à la C3S, pour 800 millions.

La CNAV enregistre les produits liés à l'adossement au régime général du régime de retraite des industries électriques et gazières sous la forme d'un versement de cotisations et du paiement d'une fraction de la soulte.

En revanche, le régime général ne bénéficie plus en 2005 du produit de 1,1 milliard, enregistré en 2003 et 2004, correspondant à la reprise par la Cades de la dette du Forec au titre de l'exercice 2000.

En conséquence de l'élargissement de l'assiette de la CSG, les prélèvements sur les revenus d'activité (cotisations, CSG et remboursement d'exonérations) progressent plus vite que la masse salariale en 2005, soit d'environ 3,6 % au lieu de 3,2 %. Les prélèvements sur les revenus du capital connaissent également une forte augmentation, de près de 11 %, liée pour l'essentiel à la majoration du taux de CSG sur ces revenus au 1^{er} janvier 2005, ce taux passant de 7,5 % à 8,2 %.

Au total, malgré ces recettes nouvelles, le taux de couverture des charges par les produits fait apparaître un déficit pour chaque branche ainsi que le montre le tableau ci-après.

**Taux de couverture des charges par les produits
du régime général en 2005**

	Produits nets (en milliards d'euros)	Charges nettes (en milliards d'euros)	Taux de couverture
Maladie	121,9	130,1	93,6 %
Vieillesse	78,2	80,2	97,6 %
Famille	50,0	51,1	97,9 %
Accidents du travail	9,0	9,5	94,4 %
Régime général	253,1	265,0	95,5 %

2. Les quatre branches en déficit

Après avoir été concentré sur l'assurance maladie entre 2002 et 2004, le déficit du régime général se répartit désormais entre ses quatre branches. Si la situation de la branche maladie s'améliore, celles de la CNAV et de la CNAF se dégradent rapidement et sont marquées par des déficits substantiels en 2005.

- L'assurance maladie : un déficit en réduction mais encore important

Le bilan de l'assurance maladie pour l'année 2005 apparaît comme relativement positif, même s'il comporte encore quelques zones d'ombre.

Le résultat principal est que **l'Ondam en valeur pourrait être respecté, pour la première fois depuis 1998**. Le montant des dépenses serait en effet proche de l'objectif de 134,9 milliards d'euros fixé il y a un an dans la loi de financement pour 2005.

Au sein de l'Ondam, la principale évolution favorable est la nette décélération des soins de ville qui progressent de 2,7 % en 2005 au lieu de 4,3 % en 2004 et entre 6,5 et 8 % par an sur la période 2000-2003.

Cette modération s'explique d'abord par la poursuite de la baisse des indemnités journalières amorcée à la mi-2003, mais aussi par une inflexion des dépenses de médicaments (3,5 à 4 % au lieu de 6 à 8 % les années précédentes) et une évolution modérée des honoraires. Cependant les indications disponibles sur l'application des engagements conventionnels pris par les professionnels en début d'année (assujettissement au ticket modérateur des patients en ALD pour la consommation médicale non liée à l'affection exonérante, réduction des prescriptions d'antibiotiques, de statines et de psychotropes, ...) font apparaître pour le moment des résultats nettement inférieurs aux objectifs.

Il convient dès lors de s'interroger sur le caractère durable de cette évolution, au moins pour certaines de ses composantes.

Parmi les zones d'ombre figure essentiellement le dépassement de l'objectif pour les versements aux établissements sanitaires qui augmentent de 4,1 % pour un dépassement estimé à 650 millions d'euros. Celui-ci s'explique notamment par une croissance de l'activité plus forte que prévu lors de la construction de l'objectif (environ 2 % en volume au lieu de 1 %).

- Des déficits croissants pour les branches retraite et famille

Les excédents substantiels enregistrés par la CNAV en 2001 et 2002 se sont nettement réduits en 2003 et en 2004. Cette dégradation s'accélère en 2005 pour conduire à un déficit important de 2 milliards d'euros.

Cette situation est due pour l'essentiel à l'accélération de la croissance des prestations qui augmentent de 5,3 % en 2004 et de 5,5 % en 2005, hors retraites des IEG, principalement au titre de la montée en charge de la retraite anticipée. Le coût de cette mesure est en effet estimé à 560 millions d'euros en 2004 et à 1,4 milliard en 2005. L'opération d'adossement du régime des IEG au régime général se traduit par ailleurs pour la CNAV par de nouveaux flux dont le solde net pour le régime général est légèrement négatif en 2005.

La branche famille connaît également une détérioration de son solde financier. Son excédent, important au début de la décennie (1,8 milliard d'euros en 2001), s'est amenuisé en 2002 et 2003 pour faire place à un déficit en 2004 de 400 millions d'euros. Celui-ci se creuse en 2005 pour atteindre 1,1 milliard.

Cette dégradation reflète une croissance rapide des charges dans un contexte de progression très modérée des produits entre 2003 et 2005, d'un peu moins de 3 % par an. L'augmentation des dépenses est elle supérieure, avec un taux de 4,5 % par an en 2004 et 2005, principalement du fait de la montée en charge de la Paje et d'une croissance soutenue des dépenses de logement.

Ainsi, pour les deux branches, la croissance des dépenses est actuellement supérieure à celle des recettes. Cette situation est vraisemblablement passagère pour la famille qui pourrait revenir à l'équilibre en 2009, mais durable pour la branche vieillesse. En l'absence de mesures nouvelles, le déficit de la branche vieillesse au sens large, additionnant ceux de la CNAV et du FSV, dépasserait 4 milliards en 2006.

C. 2006 : LE DÉBUT DU REDRESSEMENT

La poursuite de la mise en place des réformes permet un nouveau recul du déficit estimé, en tendance, à 11,5 milliards d'euros par la commission des comptes de la sécurité sociale, mais fixé à **8,9 milliards d'euros** dans le présent projet de loi de financement.

Tableau d'équilibre par branche du régime général pour 2006

(en milliards d'euros)

	Prévision de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	125,8	131,9	- 6,1
Vieillesse	81,6	83,1	- 1,4
Famille	51,6	52,8	- 1,2
Accidents du travail et maladies professionnelles	9,7	9,9	- 0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	263,7	272,7	- 8,9

Le projet de loi de financement crée ainsi les conditions du redressement grâce à une hausse des recettes, une limitation des dépenses de santé et un renforcement de la lutte contre la fraude.

1. La hausse des recettes

Les recettes attendues pour 2006 s'élèvent à **363,6 milliards d'euros** pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, en augmentation de 4,1 % par rapport à 2005. Pour le régime général, ce montant est de **263,7 milliards d'euros**, en augmentation de 4,4 % par rapport à 2005.

L'annexe C incluse dans le projet de loi fournit le détail de ces recettes par catégorie et par branche. D'autres précisions sont données par les documents annexés au projet de loi : l'annexe 4 « Recettes des régimes de sécurité sociale par catégorie et par branche » et, pour partie, l'annexe 9 « Impact sur les comptes des mesures nouvelles ».

Les recettes de la sécurité sociale se divisent en quatre grands ensembles :

1°) Les cotisations

En 2006, les cotisations s'élèveraient à **234,9 milliards d'euros** pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, en diminution de 2,85 % par rapport à 2005 et à **160,8 milliards d'euros** pour le régime général, en diminution de 4,85 %.

Cette baisse est due pour l'essentiel à la **diminution des cotisations prises en charge par l'État**. En effet, selon les dispositions de l'article 41 du projet de loi de finances pour 2006, les allègements généraux de charges sociales sur les bas salaires ne seront plus financés par crédits budgétaires mais par le transfert d'un panier de neuf recettes fiscales à la sécurité sociale.

La contrepartie de cette diminution se retrouve dans une augmentation de l'ensemble « impôts et taxes affectées ».

Pour ce qui est des cotisations effectives, on note en revanche une progression, de 3,7 % pour les cotisations des régimes de base et de 3,98 % pour les cotisations du régime général qui atteindraient 156,7 milliards d'euros en 2006.

2°) Les impôts et taxes affectées

En contrepartie de la baisse de l'ensemble « cotisations » du fait du changement du mode de financement des exonérations de charges sur les bas salaires, la catégorie impôts et taxes affectées progresse fortement, de 26,8 % pour les régimes de base et de 31,4 % pour le régime général.

Au sein de cet ensemble, on note la **progression dynamique du rendement attendu de la CSG**, de plus de 4 %. Les régimes de base percevraient 63,2 milliards de CSG en 2006 et le régime général 56,5.

3°) Les contributions publiques

La catégorie contributions publiques progresse également. Elle représenterait 12,4 milliards d'euros pour les régimes de base et 6,9 milliards pour le régime général, en hausse respective de 3,3 et de 4,5 %.

Ces dépenses concernent, d'une part, la branche vieillesse au titre de subventions d'équilibre aux régimes spéciaux (essentiellement de la SNCF, du régime des marins et du régime minier) pour 4,7 milliards d'euros, d'autre part, la branche famille pour le remboursement de prestations (notamment l'allocation adulte handicapé et l'allocation parent isolé) pour 6,6 milliards d'euros.

4°) Les transferts

Les transferts reçus par les régimes de sécurité sociale seraient globalement stables en 2006. Ils atteindraient 15,1 milliards pour les régimes de base et 13 milliards d'euros pour le régime général.

Le tableau ci-après détaille l'impact attendu par le Gouvernement des mesures nouvelles 2006 sur les recettes.

Mesures nouvelles 2006 sur les recettes

(en millions d'euros)

	Régime général	Tous régimes
Mesures législatives	1.011	1.011
Taxe sur le CA des laboratoires pharmaceutiques	300	300
Prélèvement sur les PEL	717	717
Réaffectation des droits tabacs vers le fonds CMU	- 178	- 178
Autres recettes	172	172
Autres mesures	1.380	1.380
Augmentation de 0,2 point du taux des cotisations vieillesse (assiette plafonnée)	740	740
Augmentation de 0,1 point du taux des cotisations AT-MP (assiette déplafonnée)	400	400
Effet de la hausse de 0,2 point des cotisations retraite sur le transfert de la CNAF à la CNAV au titre de l'AVPF	50	50
Effet de la hausse de 0,2 point des cotisations retraite sur la prise en charge des cotisations des chômeurs par le FSV	90	90
Contrôles	100	100
Clause de sauvegarde pharmaceutique	336	400
TOTAL	2.727	2.791

Au titre du présent projet de loi de financement, les mesures nouvelles ayant le plus fort impact sont le prélèvement par anticipation des contributions sociales sur les intérêts des plans d'épargne logement, prévu à l'article 10, pour un peu plus de 700 millions d'euros et l'augmentation de la taxe sur le chiffre d'affaires des industries pharmaceutiques, prévue à l'article 15, pour 300 millions d'euros.

Parmi les autres mesures, il faut noter l'augmentation de 0,2 point du taux des cotisations vieillesse sur l'assiette plafonnée, qui a été prévue par la loi portant réforme des retraites et qui pourrait rapporter 740 millions d'euros, et l'accroissement de 0,1 point du taux des cotisations AT-MP sur l'assiette déplafonnée - en principe seulement en 2006 - pour un gain attendu de 400 millions d'euros.

2. La limitation des dépenses de santé

Les dépenses prévues pour 2006 s'élèvent à **373,7 milliards d'euros** pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, en augmentation de 3,2 % par rapport à 2005. Pour le régime général, ce montant est de **272,7 milliards d'euros**, en augmentation de 3,1 % par rapport à 2005.

Le tableau ci-après présente une synthèse des mesures nouvelles du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 en matière de dépenses, en précisant leur impact financier.

Mesures nouvelles 2006 sur les dépenses

(en millions d'euros)

	Régime général	Tous régimes
Mesures d'économies sur les dépenses d'assurance maladie	3.968	4.708
Mesures sur les produits de santé	1.751	2.085
Mesures sur les établissements de santé	958	1.140
Revalorisation du forfait journalier hospitalier	84	100
Maîtrise médicalisée	748	890
Lutte contre les fraudes	126	150
Maintien d'un ticket modérateur plafonné sur les actes au-delà de 91 €	84	100
Autres mesures (dont solde net sur les indemnités journalières : 20 ME tous régimes)	80	95
Revalorisation du forfait CMU	138	148
Mesures nouvelles sur les dépenses des autres branches	129	116
Réforme des conditions d'octroi de l'allocation de présence parentale	21	21
Nouveau complément de libre choix d'activité	35	35
Mesure non législative	50	50
Intégration du régime de retraite des cultes au régime général	23	10

L'analyse de ce tableau montre que l'essentiel des évolutions attendues en termes de dépenses proviendra de l'assurance maladie, les économies atteignant un total de 4,7 milliards d'euros, dont 2,1 milliards au titre des produits de santé, 1,1 milliard au titre des établissements de santé et 890 millions de maîtrise médicalisée.

L'Ondam est fixé à 140,7 milliards d'euros, en augmentation de 2,5 % par rapport à 2005.

Le détail des évolutions des dépenses de la sécurité sociale en 2006 figure dans les autres tomes du présent rapport consacrés à l'assurance maladie, à la famille, à l'assurance vieillesse et aux accidents du travail et maladies professionnelles.

3. Les fonds dans l'impasse

Plusieurs articles sont consacrés aux organismes concourant au financement de la sécurité sociale dans le présent projet de loi de financement puisque, désormais, doivent être approuvés leurs prévisions de recettes, leurs objectifs de dépenses et les tableaux d'équilibre correspondants.

Ces organismes, c'est à dire le fonds de solidarité vieillesse (FSV) et le fonds de financement des prestations sociales agricoles (Ffipsa) connaissent des difficultés structurelles dues à un état de déficit permanent.

Votre commission estime que cette situation a sans doute atteint sa limite aujourd'hui. Elle souhaite donc que le Gouvernement prenne des mesures fortes pour rétablir l'équilibre de ces fonds et, au moins, traiter le problème des importants déficits cumulés. Elle a donc pris l'initiative d'un débat spécifique sur cette question lors de la discussion en séance publique du projet de loi de financement pour 2006.

- le fonds de solidarité vieillesse

Le FSV affiche un déficit de 600 millions d'euros en 2004, 2 milliards en 2005 et 1,5 milliard en 2006. **Son déficit cumulé devrait atteindre près de 5 milliards d'euros à la fin de l'année 2006**, soit près de 40 % du total de ses ressources.

Au-delà du FSV lui-même, cette situation déficitaire est fortement dommageable pour le Fonds de réserve pour les retraites dont le montage initial comportait le versement d'un excédent du FSV.

Or, aucune disposition n'est prévue dans le projet de loi de financement pour traiter ces déficits.

Pourtant, dans son dernier rapport, la Cour des comptes indique clairement que, conformément à l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale, « *les recettes et les dépenses (du FSV) doivent être équilibrées dans les conditions prévues par les lois de financement de la sécurité sociale* ». Mais, depuis 2002, cette règle n'est plus respectée alors que, comme le dit la Cour, « **la loi n'autorise pas le cumul de déficits récurrents, qui plus est croissants** ».

Examinant l'ensemble des possibilités susceptibles de remédier à cette situation qui « *demande une solution rapide et durable* », la Cour, après avoir écarté un transfert de dette à la CADES et le recours à l'emprunt, estime que seules sont possibles l'augmentation de la CSG affectée au FSV ou l'attribution au FSV d'une dotation budgétaire d'équilibre.

- le fonds de financement des prestations sociales agricoles

Le Ffipsa, qui a pris la suite du Bapsa le 1^{er} janvier 2005, a intégré dans son bilan d'ouverture une **dette de 3,2 milliards d'euros**. Il affiche en outre **un déficit de 1,7 milliard d'euros en 2005 et un déficit prévisionnel du même montant pour 2006**.

Or, là encore, l'article L. 731-4 du code rural prévoit très clairement que les recettes du Ffipsa sont constituées « *d'une dotation budgétaire destinée, le cas échéant, à équilibrer le Ffipsa* ». Mais **aucune dotation n'est inscrite dans le projet de loi de finances pour 2006**.

Le ministre du budget a récemment esquissé quelques pistes à l'Assemblée nationale mais celles-ci n'apportent qu'une réponse extrêmement partielle et, surtout, ne se sont traduites à ce jour par aucune disposition concrète.

Votre commission des Affaires sociales souhaite que l'Etat cesse de reporter la résolution du problème - et donc d'en transférer la charge sur les générations futures - et fournisse dès à présent des précisions sur les mesures qu'il entend prendre pour résorber ces déficits tant en montant cumulé que pour l'avenir.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I. AUDITION DE MM. XAVIER BERTRAND, MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS, ET PHILIPPE BAS, MINISTRE DÉLÉGUÉ À LA SÉCURITÉ SOCIALE, AUX PERSONNES ÂGÉES, AUX PERSONNES HANDICAPÉES ET À LA FAMILLE, SUR LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2006

Réunie le mardi 18 octobre 2005 sous la présidence de M. Nicolas About, président, la commission a procédé à l'audition de MM. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, et Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006.

Avant de présenter les mesures de ce projet de loi, M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, a rappelé les principes sur lesquels le Gouvernement entend conduire son action : la continuité dans la mise en œuvre des réformes engagées, qu'il s'agisse de la réforme de l'assurance maladie grâce à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et à un changement durable des comportements des assurés sociaux ou de la politique familiale, qui contribue à long terme à l'avenir de notre système de protection sociale ; la détermination à rétablir l'équilibre des comptes sociaux pour disposer des moyens de moderniser le système social, de mieux l'organiser et de faire face aux défis futurs.

M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, a précisé qu'après avoir sollicité, l'an dernier, la participation active des Français pour assurer le succès de la réforme de l'assurance maladie, le Gouvernement réclame aujourd'hui un effort particulier à l'industrie du médicament, ainsi qu'aux organismes complémentaires.

Par ailleurs, l'orientation solidaire de la réforme de 2004 se confirme, d'une part, avec l'amélioration du dispositif d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire, d'autre part, avec l'augmentation du forfait de la couverture maladie universelle-complémentaire (CMU-C) destinée à inciter les organismes complémentaires à s'impliquer davantage dans la

gestion de cette prestation. Vont dans le même sens le renforcement des plans « vieillissement et solidarités » et « Alzheimer », ainsi que l'augmentation des moyens consacrés à l'amélioration de la qualité de vie des personnes handicapées.

Après avoir considéré qu'en ouvrant le dossier de la démographie médicale, le Gouvernement souhaite assurer une meilleure répartition des médecins sur le territoire et garantir un égal accès aux soins pour tous, il a fait part de son engagement personnel à accompagner et à renforcer la modernisation de l'hôpital.

*Puis **M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille**, a rappelé le contexte financier dans lequel ce projet de loi de financement de la sécurité sociale a été conçu. En 2005, le déficit de l'ensemble des branches du régime général sera stabilisé, par rapport à 2004, au niveau de 11,9 milliards d'euros, tandis que le solde de l'assurance maladie s'améliorera très nettement. L'équilibre de la sécurité sociale a pâti du ralentissement de 0,8 point de la croissance de la masse salariale qui s'est traduite par des recettes inférieures de 1,2 milliard d'euros aux prévisions initiales.*

La réduction significative du déficit de l'assurance maladie (11,6 milliards d'euros en 2004 ; 8,3 milliards d'euros attendus en 2005) est conforme aux engagements du Gouvernement et illustre les premiers effets positifs de la réforme. Il s'agit d'une rupture très nette par rapport à la précédente tendance au creusement du déficit. Cette amélioration ne suffit toutefois pas à compenser les soldes négatifs enregistrés par les autres branches. Le déficit de la branche famille passe ainsi de 400 millions d'euros à 1,1 milliard d'euros en 2005, en raison du dynamisme de trois catégories de prestations : les aides au logement, les prestations d'action sociale et surtout la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE). Le déficit de l'assurance vieillesse devrait ainsi atteindre 2 milliards d'euros en 2005, du fait principalement de la montée en charge du dispositif « carrières longues » permettant des départs anticipés à la retraite entre 56 et 58 ans. L'ambition du Gouvernement est de ramener, en 2006, le solde des quatre branches à 8,9 milliards d'euros, soit une baisse de 25 %.

Conformément à la tradition, les grandes lignes du projet de loi de financement de la sécurité sociale ont été exposées, avant même sa présentation en conseil des ministres et son dépôt sur le bureau des deux assemblées parlementaires, aux membres de la commission des comptes de la sécurité sociale. Il a indiqué qu'à l'avenir l'avant-projet de ce texte majeur sera transmis en même temps aux caisses et aux parlementaires, afin que l'ensemble des acteurs institutionnels du système de protection sociale disposent d'une information transparente et exhaustive aussitôt que possible.

***M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille**, a exposé ensuite le détail du texte.*

En ce qui concerne l'assurance maladie, il a observé au préalable que, grâce aux premiers résultats de la réforme engagée en 2004, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour 2005 sera respecté, pour la première fois depuis de nombreuses années. Le rythme de progression des soins de ville, qui était de 7 à 8 % par an jusqu'en 2003, est revenu à 1,9 % sur les huit premiers mois de l'année 2005, malgré une épidémie de grippe hivernale. On constate ainsi la quasi-stabilisation des honoraires médicaux, liée à l'évolution modérée du nombre des consultations, et la diminution de 2,6 % sur les huit premiers mois de l'année des indemnités journalières, qui avaient augmenté de 10 % en 2002 et de 6,6 % en 2003.

Les Français ont adhéré à la réforme de l'assurance maladie si l'on en juge les changements de comportement constatés à ce jour : près de 32 millions d'assurés sociaux, soit les deux tiers, ont désigné leur médecin traitant. Par ailleurs, les règles du parcours de soins entreront en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2006, avec la mise en œuvre des contrats responsables entre les assurances complémentaires et les patients, et l'instauration de la majoration de participation pour les assurés qui ne passent pas par leur médecin traitant.

M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, a jugé qu'il convient d'approfondir cette mobilisation collective pour qu'elle produise des effets durables. Dans cet esprit, l'article 57 du projet de loi de financement de la sécurité sociale vise à renforcer la lutte contre les fraudes et les abus. Le contrôle des indemnités journalières et les sanctions contre les comportements abusifs doivent permettre de réaliser 150 millions d'euros d'économies, grâce en particulier à l'obligation pour les caisses de sécurité sociale d'engager des poursuites lorsqu'elles détectent des fraudes, à un meilleur suivi des associations de domiciliation, au renforcement de la coopération entre les organismes de sécurité sociale, et à un meilleur contrôle des ressources perçues à l'étranger pour éviter que des personnes ne bénéficient gratuitement de la CMU, alors qu'elles disposent, par ailleurs, de revenus confortables dans leur pays d'origine.

Il a précisé que près de 900 millions d'euros d'économies sont attendus de la poursuite de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, notamment par des actions spécifiques sur les actes de biologie et les transports sanitaires. Dans le domaine de la biologie, l'article 27 du projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit, conformément à une recommandation formulée par la Cour des comptes, de simplifier la procédure en cas de simple adaptation de la nomenclature.

M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, a ensuite précisé que la mise en œuvre du plan « médicament » se traduira par une baisse de 13 %, au 1^{er} janvier 2006, des prix des médicaments génériques en France et par la poursuite des différents aspects du plan sur les produits de santé (montée en charge des nouveaux conditionnements de trois mois, baisse du

prix des spécialités que le progrès médical permet de produire à meilleur coût et consolidation du système conventionnel avec le Comité économique des produits de santé pour le prix du médicament à l'hôpital). La politique de substitution volontaire menée de concert avec les professionnels de santé - pharmaciens et médecins - a produit des résultats positifs : en trois ans, la part des médicaments génériques dans les prescriptions est passée de 30 à 60 % et 89 % des Français se déclarent aujourd'hui favorables à ces médicaments.

Au sujet de l'adaptation de la prise en charge des produits dont la Haute Autorité de santé a jugé le service médical rendu insuffisant, il a indiqué que 156 médicaments seront retirés du remboursement à partir du 1^{er} mars 2006 et que 62 autres, appartenant à la classe des veinotoniques, verront leur prise en charge ramenée de façon temporaire à 15 % jusqu'au début de 2008. Parallèlement, une baisse de 20 % sera appliquée au tarif de ces produits. Outre les patients et l'assurance maladie obligatoire, les assureurs complémentaires bénéficieront de cette mesure, puisqu'ils seront libres de prendre en charge, ou non, ces traitements au-delà du taux de 15 %, dans la logique des contrats responsables.

*Puis M. **Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille**, a indiqué que l'aménagement des contributions de l'industrie pharmaceutique à la modération des dépenses d'assurance maladie repose sur deux mesures exposées à l'article 15 du projet de loi :*

- une augmentation de la taxe sur le chiffre d'affaires de médicaments remboursables, dont le taux sera porté, à titre exceptionnel en 2006, de 0,6 % à 1,96 %, ce qui permettra de dégager 300 millions d'euros ;

- l'élargissement, aux médicaments vendus par les pharmacies hospitalières aux patients de ville, des accords conventionnels prix-volume (clause de sauvegarde) passés entre les industriels et le comité économique des produits de santé (CEPS).

Il a précisé qu'en dehors des contributions supplémentaires mises à la charge de l'industrie pharmaceutique, le solde de la branche maladie devrait s'améliorer du fait de l'ensemble des mesures d'économie sur les médicaments, dont l'impact global est évalué à 2,1 milliards d'euros. Il a réaffirmé qu'il convient de mieux gérer l'assurance maladie, mais aussi de réorganiser à moyen terme le système hospitalier et d'agir sur la répartition des professions de santé sur le territoire national.

*Constatant que les différents acteurs du monde hospitalier ont engagé une mutation de grande ampleur nécessitant un certain temps d'adaptation, M. **Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille**, s'est félicité de voir les établissements de santé s'approprier les réformes mises en œuvre depuis 2002, comme les nouvelles règles de gouvernance et de planification, la modernisation de la gestion et la tarification à l'activité.*

Après avoir déclaré ne pas ignorer la situation financière tendue de nombreux établissements de santé et le défi considérable que représentent ces évolutions, il a précisé que le Gouvernement souhaite accompagner les hôpitaux dans leurs efforts d'adaptation. Ainsi, les moyens consacrés aux établissements hospitaliers progresseront de plus de 2 milliards d'euros en 2006, soit 3,4 % en valeur relative, après prise en compte du dépassement de 2005, afin de faire face à l'inflation et à l'accroissement de la masse salariale, mais également de financer la relance de l'investissement prévue, dans le cadre du plan Hôpital 2007 et dans les différents plans thématiques de santé publique (plans urgences, cancer, périnatalité, santé mentale et maladies rares).

M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, a affirmé qu'en définissant de nouvelles modalités de financement pour les établissements de santé, le Gouvernement a souhaité que les règles de tarification à l'activité deviennent plus justes et équitables et soient harmonisées entre le secteur public et le secteur privé « dans la limite des écarts justifiés par les différences dans la nature des charges ».

Constatant que la mesure de ces écarts apparaît difficile et complexe et que les outils nécessaires ne sont pas encore disponibles, **M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille**, a jugé préférable de prendre le temps de mener à bien tous les travaux préparatoires utiles. Une mission a été ainsi confiée à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur ce sujet, dont les conclusions seront rendues à la fin 2005. Le calendrier initial de mise en œuvre de la convergence sera alors adapté et l'échéance intermédiaire de 2008 modifiée en conséquence. Il a souhaité parallèlement que soit élaborée une échelle de coût commune aux établissements publics et privés, gage d'une transparence accrue, tout en se félicitant de la suppression prochaine des contraintes de la carte sanitaire, à l'occasion de la prochaine publication des nouveaux schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS). La définition d'objectifs quantifiés d'activité, dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens négociés entre les établissements de santé et les Agences régionales d'hospitalisation (ARH), doit aussi permettre de lier l'évolution de l'activité des établissements à celle des besoins de santé de la population.

Il a également noté que le Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) sera doté de 327 millions d'euros afin de soutenir l'investissement des établissements et leur modernisation sociale. Une partie des subventions d'investissement sera remplacée par des aides en fonctionnement permettant de prendre en charge les surcoûts liés à un recours accru à l'emprunt.

M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, a précisé que le volet hospitalier du plan de réforme de l'assurance maladie sera poursuivi : la maîtrise médicalisée doit être étendue à l'amélioration de la politique des

achats et à la gestion interne des établissements. La responsabilisation des prescripteurs hospitaliers doit être engagée, comme cela a été le cas pour leurs collègues exerçant en ville.

Après avoir indiqué que la question de la démographie des professions de santé revêt à ses yeux un caractère prioritaire, il s'est félicité que trois articles du projet de loi de financement de la sécurité sociale comportent des dispositions en ce sens qui complètent ainsi les mesures déjà prises par le Gouvernement pour améliorer la répartition des professionnels sur le territoire des professions de santé. Il s'agit en particulier des aides conventionnelles à l'installation qui sont élargies aux remplaçants dans des zones déficitaires : les patients qui consulteront un médecin récemment installé et qui n'est pas leur médecin traitant, ne se verront pas, dans ce cas précis, appliquer une majoration du ticket modérateur. Ainsi la constitution de patientèles des jeunes médecins ne sera pas pénalisée. La durée de cette dispense, qui devrait être de l'ordre de quatre à cinq ans, sera fixée par décret après concertation avec l'ensemble des acteurs concernés. Il a observé, par ailleurs, que les moyens du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) seront renforcés et que le Gouvernement lancera d'ici au 1^{er} janvier 2006 un plan dit de démographie médicale destiné à garantir à tous un égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire.

***M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille,** a souligné que pour favoriser le retour à l'emploi des chômeurs reprenant une activité, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 prévoit également des mesures visant à éviter la rupture des droits aux indemnités journalières maladie et maternité.*

Après avoir relevé que, face au risque de pandémie de grippe d'origine aviaire, l'assurance maladie apportera une dotation accrue au fonds de concours des plans de réponse aux menaces sanitaires graves (176 millions d'euros en 2005 et 175 millions d'euros en 2006), il a indiqué que le Gouvernement proposera par amendement au Parlement de porter cet effort à 200 millions d'euros lors de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Au total, et compte tenu de l'ensemble de ces mesures, la progression de l'ONDAM s'établira en 2005 à 2,7 % (à champ constant) ou à 2,5 %, si l'on exclut l'apport de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). L'objectif des dépenses des établissements de santé devrait augmenter de 3,4 % ; celui des soins de ville hors produits de santé de 3,2 %.

Il a considéré qu'atteindre l'objectif de réduction de 25 % du déficit de la sécurité sociale suppose d'affecter des recettes complémentaires à l'assurance maladie. Le plan de redressement conçu à l'été 2004 avait en effet été bâti sur des hypothèses de croissance de la masse salariale de 4,7 %, alors que la prévision d'évolution de la masse salariale s'établit aujourd'hui à

3,7 %. Cette différence d'un point représente un manque à gagner d'un milliard d'euros de recettes pour la branche maladie.

M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, a souligné que si le projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit notamment, pour compenser cette perte, de prélever par anticipation les intérêts capitalisés des plans d'épargne logement de plus de dix ans, il ne s'agit pas d'un nouvel impôt : les règles d'assujettissement des plans d'épargne logement (PEL) et le taux des cotisations perçues ne sont pas modifiés et ces sommes étaient dues, en tout état de cause, au dénouement du plan. Il convient d'ajouter à cette mesure un ensemble de dispositions ponctuelles, dont l'impact global est évalué à 172 millions d'euros :

- l'assujettissement aux cotisations sociales des indemnités de rupture, pour la fraction qui dépasse un seuil de 182.000 euros (correspondant au versement d'une indemnité de licenciement égale à dix-huit mois de salaires pour un salarié gagnant 10.064 euros par mois). Il s'agit pour le Gouvernement de mettre fin aux exonérations de charges dont peuvent bénéficier des indemnités de rupture versées pour des montants parfois très élevés. Les indemnités conventionnelles demeurent toutefois exonérées quel que soit leur montant ;

- le passage du forfait hospitalier de 14 à 15 euros, comme cela avait été prévu dès 2004 ;

- la suppression de l'abattement de 30 % de cotisations patronales créé en 1992 pour les salariés à temps partiel, qui a cessé de s'appliquer aux nouvelles embauches depuis le 1^{er} janvier 2001 pour les entreprises de plus de vingt salariés et depuis le 1^{er} janvier 2003 pour les entreprises de moins de vingt salariés. Les employeurs pourront remplacer les anciennes aides par le dispositif d'allègement général des cotisations sociales dit « réduction Fillon », qui apparaît d'ailleurs plus avantageux pour une rémunération inférieure à 1,33 salaire minimum de croissance (SMIC) ;

- le renforcement des moyens de lutte contre le travail dissimulé, par l'instauration d'un système de sanctions administratives permettant d'exclure du bénéfice des aides à l'emploi les entreprises dans lesquelles des situations de travail dissimulé ont été constatées ;

- l'obligation faite aux annonceurs d'accompagner les publicités alimentaires de messages à caractère sanitaire ou, à défaut, de verser une contribution financière à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Cette mesure s'inscrit dans le cadre de la politique de la lutte contre l'obésité.

M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, a par ailleurs expliqué le contenu de l'article du projet de loi de financement de la sécurité sociale tendant à instaurer une participation plafonnée à 18 euros sur les

actes d'une valeur supérieure à 91 euros, qui n'a sans doute pas été présenté avec toute l'exactitude requise. Aujourd'hui, lorsqu'un assuré social reçoit, en ville ou dans le cadre d'une hospitalisation, des soins médicaux d'un coût de plus de 91 euros, il est dispensé de ticket modérateur ; dans le même temps, une participation de 18 euros est laissée à la charge de l'assuré pour un acte de 90 euros effectué à l'hôpital. Cette distorsion de situations est anormale et c'est pourquoi le Gouvernement souhaite étendre cette participation aux actes d'une valeur supérieure à 91 euros et aux séjours hospitaliers au cours desquels un tel acte a été pratiqué. Dans un souci de justice, la participation ne sera pas fixée en pourcentage de la valeur de l'acte, mais plafonnée à 18 euros, quel que soit le montant total des frais encourus. Par ailleurs, elle ne concernera pas les personnes bénéficiant d'une exonération totale, c'est-à-dire les femmes enceintes, les nouveau-nés hospitalisés, les titulaires d'une rente pour accident du travail ou maladie professionnelle ou d'une pension d'invalidité, ni les six millions de personnes reconnues atteintes d'une affection de longue durée. Elle ne portera pas non plus sur les actes de biologie et de radiologie. De surcroît, pour les 92 % de Français qui en disposent, cette participation sera prise en charge par les organismes de protection sociale complémentaire et l'Etat l'assumera pour les 4,7 millions de personnes couvertes par la CMU-C. Les Français qui, pour des raisons financières, renoncent actuellement à souscrire un contrat de couverture complémentaire, bénéficieront, pour leur part, d'une augmentation de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire instaurée par la loi du 13 août 2004.

M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, a par ailleurs précisé que, pour inciter les organismes d'assurance complémentaire à s'impliquer davantage dans la gestion du dispositif de la CMU C, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 prévoit également d'augmenter de 11,6 % le montant du forfait qui leur est versé et qui passera de 304,52 euros à 340 euros par an. Si le taux de la taxe sur le chiffre d'affaires des organismes complémentaires au profit du fonds CMU sera bien relevé de 1,75 % à 2,5 %, ce qui représentera environ 200 millions d'euros, cette hausse sera très inférieure aux économies que les organismes d'assurance complémentaire réaliseront grâce aux mesures d'économies sur le médicament proposées par ce projet de loi de financement de la sécurité sociale.

En conclusion, **M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille**, a insisté sur l'ampleur de l'objectif de redressement que se fixe le Gouvernement : une réduction de 25 % du déficit consolidé des branches de sécurité sociale, c'est-à-dire l'effort le plus important réalisé pour l'ensemble des finances publiques et des finances sociales. Il a réaffirmé qu'il ne s'agit pas de rechercher le retour à l'équilibre pour lui-même, mais d'améliorer la qualité du service rendu à la population. C'est ainsi que les économies déjà réalisées n'ont pas empêché la mise sur le marché, en 2005, de 196 nouveaux

médicaments, dont une molécule très coûteuse permettant aux malades atteints d'un cancer d'espérer une rémission d'une durée moyenne de deux mois, que le Royaume-Uni avait, pour sa part, refusée sur des critères financiers. Il s'est également félicité de la progression de 9 % des dépenses dans le domaine de la dépendance et de 6 % pour le handicap, ainsi que de la forte progression à venir du budget d'action sociale de la caisse nationale d'allocations familiales (+ 7,5 % par an pendant quatre ans).

S'agissant de la branche famille, il a relevé le caractère conjoncturel du déficit : les recettes sont indexées sur la masse salariale, dont la progression est mécaniquement supérieure à l'évolution générale des prix sur laquelle reposent les dépenses. Pour le risque vieillesse, il a observé que la hausse des cotisations du 1^{er} janvier 2006 permettra de réduire de 600 millions d'euros le solde négatif de la branche (1,4 milliard d'euros en 2006 contre 2 milliards en 2005). Il s'est également réjoui que les recettes fiscales transférées à la sécurité sociale – 15 milliards d'euros (dont 10 milliards d'euros pour la TVA et 5 milliards pour la taxe sur les salaires) – assurent la compensation des exonérations de charges décidées par l'État.

Il a enfin insisté sur l'urgence qu'il y a à régler le problème de la perception du minimum vieillesse par des ressortissants étrangers résidant hors de France, qui bénéficient de cet avantage alors même qu'ils ne travaillent plus depuis longtemps dans notre pays ou qu'ils n'y ont séjourné qu'une courte période. L'effet d'aubaine joue d'ailleurs à plein, car il s'agit d'une allocation différentielle. Il a précisé que cette brèche dans la réglementation concerne aujourd'hui 260.000 personnes et que les dépenses engagées à ce titre progressent à un rythme annuel de 10 à 15 %. Le souci de réaliser des économies se conjugue ici à un impératif de justice pour les assurés sociaux, ce qui conduit les pouvoirs publics à mettre fin à cette situation.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a estimé qu'il serait utile, dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale, de s'inspirer des méthodes de travail utilisées pour le projet de loi de finances. Il a constaté que le ministre des finances n'est pas contraint, comme l'est celui des affaires sociales, de réaliser la prouesse consistant à présenter, en une seule fois et jusque dans le détail, l'ensemble des budgets dont il a la charge. De plus, l'examen de la loi de financement de la sécurité sociale conduit le Parlement à se prononcer sur 400 milliards d'euros de dépenses par an, soit plus que les 290 milliards d'euros du budget de l'Etat. Il a précisé, par ailleurs, que la commission des affaires sociales souhaite tout particulièrement débattre en séance publique de la situation financière du fonds de solidarité vieillesse (FSV) et du fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA), deux questions que le ministre n'a pas évoquées lors de son intervention.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a souhaité connaître la position du ministre sur l'initiative prise par la commission des finances de l'Assemblée nationale

pour intégrer dans la prochaine loi de finances une disposition sur la « barémisation » des charges sociales. Sans juger du fond, il s'est demandé si, sur la forme, un tel amendement ne devait pas, pour le moins, figurer dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale. A défaut, cette situation conduirait à fixer en loi de finances les règles applicables aux cotisations sociales. Il apparaît au minimum indispensable qu'une coordination entre ces deux textes soit réalisée.

Puis il a interrogé le ministre sur le sens qu'il convient de donner à l'article 41 du projet de loi de finances pour 2006 proposant de transférer à la sécurité sociale un panier de recettes fiscales destiné à assurer la compensation des allègements de charges décidés par l'État : la rédaction actuelle risque en effet de ne pas offrir, au-delà de l'horizon 2006, les garanties suffisantes pour permettre une compensation à l'euro près des exonérations de charges.

Après avoir observé que les mesures prévues par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour remédier à la situation préoccupante du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) ne semblent pas être à la hauteur de son déficit croissant, il a souhaité savoir si le Gouvernement a l'intention de prendre d'autres initiatives en la matière. Il a relevé que la Cour des comptes a souligné, dans son dernier rapport, que même une baisse sensible du chômage ne permettrait pas de rétablir à court terme l'équilibre de ce fonds.

*A titre incident, **M. Nicolas About, président**, a confirmé que la conférence des présidents du 18 octobre 2005 a décidé que l'examen en séance publique du projet de loi de financement de la sécurité sociale accordera une place particulière à l'organisation d'un débat sur le FSV et le FFIPSA.*

***M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie**, s'est interrogé sur la suite qui pourrait être donnée à la proposition de la Cour des comptes consistant à améliorer la lisibilité des comptes de la sécurité sociale par la consolidation de ceux du FSV avec ceux de la branche vieillesse.*

***M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille**, s'est déclaré disposé à compléter l'information des sénateurs. D'ailleurs, l'engagement pris d'adresser, à partir de l'année prochaine, l'avant-projet de loi de financement de la sécurité sociale au Parlement en même temps qu'aux caisses de sécurité sociale, et ce, dès la réunion du mois de septembre de la commission des comptes de la sécurité sociale, sera de nature à améliorer les conditions d'examen de ce texte majeur.*

S'agissant de la question de la « barémisation » des charges sociales, il a rappelé au préalable qu'il s'agit d'une réflexion de la commission des finances de l'Assemblée nationale visant à rendre progressives les cotisations des employeurs, jusqu'au seuil plafond d'exonération. Il a estimé qu'une réforme de cette nature risquerait de perturber les petites entreprises et ne

saurait être improvisée. Sur le fond, il a fait part de ses réserves quant aux conséquences d'un tel amendement, qui rendrait impossible la compensation à la sécurité sociale des exonérations de charges décidée par l'État.

Il s'est félicité du transfert à la sécurité sociale d'importantes recettes fiscales : 95 % du produit de la taxe sur les salaires, une part des droits sur les alcools, la taxe sur les primes d'assurance automobile, la taxe sur les contributions patronales destinées à financer la prévoyance complémentaire ainsi qu'une part de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) assise sur les tabacs et les produits de pharmacie.

En réponse aux préoccupations sur l'avenir du FSV, il a indiqué que plusieurs mesures permettront d'améliorer la situation de ce fonds, à commencer par l'élargissement de l'assiette de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) et le passage à une périodicité annuelle de perception des cotisations sociales dues au titre des intérêts des plans d'épargne logement, qui accroîtront les recettes de respectivement 50 et 150 millions d'euros en 2006. Par ailleurs, dans la mesure où il ne sera plus possible pour les personnes résidant à l'étranger et ayant travaillé en France dans un passé lointain de percevoir le minimum vieillesse, les comptes sociaux seront soulagés d'une dépense évaluée à 900 millions d'euros d'ici 2010 (dont 50 millions dès 2006 et 100 millions en 2007).

M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, a estimé trop élevé le déficit du FFIPSA et a considéré qu'il n'appartient pas au régime général de faire face à une telle charge. Après avoir rappelé solennellement que les fondements de la protection sociale agricole font l'objet, depuis 1962, d'un pacte entre la Nation et les agriculteurs, il a précisé que les ministères du budget et de l'agriculture, qui sont les principaux intervenants sur ce dossier, ainsi que ses propres services, réfléchissent actuellement au moyen de rétablir la situation financière de ce fonds. Par ailleurs, il n'a pas jugé opportun de donner suite à la recommandation de la Cour des comptes tendant à réaliser une présentation consolidée du solde du FSV et de celui de la branche vieillesse et ce, dans la mesure où ils relèvent de deux logiques différentes, la solidarité nationale, d'une part, la sécurité sociale, d'autre part.

Après avoir indiqué le montant des dépenses des établissements de santé tarifés à l'activité (45,8 milliards d'euros pour 2006), **M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie**, a souligné l'importance de l'article 32 du projet de loi de financement de la sécurité sociale proposant de redéfinir les conditions de la convergence tarifaire entre les établissements de santé publics et privés. Il a souhaité connaître les objectifs du Gouvernement pour ce qui concerne la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A). Il s'est également interrogé sur la date prévisionnelle de publication des dispositions réglementaires d'application nécessaires à l'entrée en vigueur des mesures législatives récentes dans le domaine du développement des bonnes pratiques à l'hôpital

(article 13 de la loi du 13 août 2004, article 16 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005) et des dispositifs de contrôle de la T2A (article 38 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005).

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a pris acte de la position de la fédération hospitalière de France, qui considère que l'objectif de progression retenu pour l'Ondam hospitalier (+ 3,44 % en 2006) serait inférieur de 1 % au niveau nécessaire pour assainir la situation financière des hôpitaux et mettre ainsi un terme à la pratique des reports de charges d'une année sur l'autre. Il s'est également demandé pourquoi seuls les veinotoniques ont fait l'objet de mesures spécifiques, alors qu'il existe d'autres médicaments présentant un service médical rendu qualifié d'insuffisant.

M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, a reconnu que la question de la convergence tarifaire entre les établissements de santé publics et privés apparaît particulièrement ardue : la loi elle-même a prévu que cette convergence s'organise « dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs ». Cela nécessitera un examen attentif et il faudra du temps pour que des groupes de travail constitués à cet effet rendent leurs conclusions. Une étude nationale des coûts sera lancée à partir du 1^{er} janvier 2006, et ses résultats devraient être disponibles à l'automne 2007.

Il a rappelé que l'objectif de mise en œuvre de la tarification à l'activité constitue l'un des quatre volets du plan Hôpital 2007, en plus de l'assouplissement de la planification sanitaire, de la relance des investissements et de la réorganisation interne des établissements. Des démarches ont par ailleurs été engagées pour organiser le passage à la T2A des soins de santé et de réadaptation. Il a estimé que le chantier des bonnes pratiques à l'hôpital rejoint l'esprit de la nouvelle convention médicale et s'est réjoui que ce travail soit déjà très avancé pour les antibiotiques. Après avoir considéré que les prescriptions internes à l'hôpital doivent également prendre en compte ces nouvelles habitudes de travail, il a indiqué qu'un décret sera publié avant la fin de l'année afin de préciser les modalités de contrôle des règles de codage des établissements.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a jugé qu'il est important que les ARH et les caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) puissent toutes deux contrôler l'identification des médecins prescripteurs. Selon lui, beaucoup reste à faire dans le domaine du contrôle et le décret attendu doit rapidement être publié. D'une façon générale, il a considéré qu'il convient d'éviter que n'apparaisse un décalage entre l'hôpital et la médecine de ville.

M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, a souligné que l'Ondam hospitalier augmentera de 3,4 %, c'est-à-dire plus que tous les

autres postes de dépense. Jugeant que ce niveau donne des marges de manœuvre pour réorganiser les hôpitaux, il s'est élevé, à l'inverse, contre les critiques tendant à accréditer l'idée que la dépense hospitalière progresserait trop vite au regard de l'effort imposé à la médecine de ville. Il a rappelé que l'évolution de l'Ondam hospitalier doit être appréciée sur une longue période, qu'elle a été en moyenne moins volatile que les dépenses de la médecine de ville et que son rythme de progression était autrefois deux fois inférieur à celui de l'ensemble de l'Ondam.

M. Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a noté que l'article 47 du projet de loi de financement de la sécurité sociale propose de créer les conditions du sauvetage des régimes additionnels de retraite dits « ASV » (avantage social vieillesse) des professions médicales et paramédicales conventionnées. Ces régimes, gérés par les cinq sections de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL) en charge de ces professions, se trouvent aujourd'hui en situation de « banqueroute virtuelle », selon les termes employés par le Premier président de la Cour des comptes, lors de son audition du 11 octobre dernier. Dans ce contexte difficile, il a souhaité connaître la manière dont le Gouvernement entend, pour reprendre les termes de l'exposé des motifs du projet de loi, améliorer la gouvernance de ces régimes, ouvrir la possibilité par voie réglementaire de moduler la valeur des points selon leur période d'acquisition, afin de permettre un traitement équitable entre les générations et créer une cotisation d'ajustement non créatrice de droits qui marque une solidarité des actifs vis-à-vis des retraités.

Il a souhaité également avoir confirmation que le Gouvernement a finalement renoncé à son intention initiale d'affecter l'excédent 2004 de la CNAV au fonds de solidarité vieillesse. Il a observé que ce montant de 255 millions d'euros apparaît de toute façon très modique et a estimé, d'une façon générale, que la faiblesse des abondements du fonds de réserve des retraites (F2R) réalisés depuis sa création ne lui permettra pas, quoi qu'il arrive, d'atteindre l'objectif initial fixé sous la précédente législature et consistant à disposer de 150 milliards d'euros d'encours à l'horizon 2020.

M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, a indiqué que le Gouvernement avait tenu compte des réserves exprimées par les partenaires sociaux et la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) en décidant de supprimer cette disposition du projet de loi de financement de la sécurité sociale. L'excédent 2004 de la CNAV sera donc bien affecté au F2R. Reconnaissant par ailleurs que la question de l'alimentation du F2R se pose, il a précisé que le Gouvernement considère que cette institution continue à jouer un rôle utile et doit être maintenue.

Il a souligné que les régimes additionnels de retraite ASV des professions médicales et paramédicales conventionnées sont affectés par des déséquilibres démographiques préoccupants. L'objectif du Gouvernement, dans l'article 47 du projet de loi de financement de la sécurité sociale,

consiste à modifier leurs modes de gouvernance pour rendre ensuite leur réforme possible, en étroite concertation avec les professionnels concernés et ce, progressivement, en fonction de la situation de chacun de ces régimes.

Il a déclaré que le Gouvernement n'oublie pas que les retraites ASV ont été instituées à partir de 1971 dans le cadre de la politique conventionnelle et qu'il est nécessaire que la contribution de l'assurance maladie soit maintenue à l'avenir. Celle-ci s'apparente au demeurant à ses yeux à la contribution employeur des professionnels salariés dans les régimes de droit commun.

*Au nom de M. André Lardeux, rapporteur pour la branche famille, **M. Nicolas About, président**, s'est d'abord interrogé sur les modalités, passées et futures, du financement du déficit de cette branche. Tout en prenant acte du gel du transfert des majorations de pensions pour enfant à la caisse nationale des allocations familiales (CNAF), il a voulu savoir si le Gouvernement envisage d'attribuer de nouvelles recettes à la branche famille et au FSV pour mettre fin au phénomène de transfert des déficits entre ces deux organismes. Il a enfin souhaité connaître les raisons qui ont conduit le Gouvernement à choisir un calcul forfaitaire, et non pas proportionnel au salaire antérieur, du nouveau complément optionnel de libre choix d'activité et à en limiter l'accès aux parents de trois enfants et plus.*

***M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, à la famille, aux personnes âgées et aux personnes handicapées**, a rappelé que la branche famille avait longtemps connu des exercices excédentaires, ce qui lui avait permis de constituer les réserves de trésorerie qui lui donnent les moyens de faire face aux déficits enregistrés ces trois dernières années.*

Il a souligné le caractère purement conjoncturel du déficit de la branche famille, à la différence de celui de l'assurance maladie. Le déficit actuel de la branche tient en grande partie au caractère contracyclique des prestations familiales et des allocations logement versées sous condition de ressources, ainsi qu'à la montée en charge de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE). Il a toutefois insisté sur le fait que les dépenses de la branche, indexées sur les prix, connaîtraient, sur le long terme, une évolution moins dynamique que ses recettes, indexées pour leur part sur les salaires.

Il a ensuite indiqué que, pour le Gouvernement, le débat sur le financement des majorations de pension pour enfant est clos.

*S'agissant de l'accompagnement du désir d'enfant des familles, **M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, à la famille, aux personnes âgées et aux personnes handicapées**, a d'abord voulu souligner l'originalité du modèle familial français, lequel permet aux deux parents de travailler. Il a insisté sur le fait que le dynamisme démographique de la population française, en comparaison de ses voisins européens, prouve que le développement de la famille est compatible avec un fort taux d'activité des femmes. L'objectif du Gouvernement est de permettre aux parents d'avoir le*

nombre d'enfants qu'ils souhaitent, soit en moyenne 2,5 enfants par femme alors que le taux de fécondité réel est de 1,92 enfant.

Les efforts du Gouvernement ont d'abord porté sur le développement de l'offre de places en crèche. S'agissant plus précisément du nouveau complément optionnel de libre choix d'activité, il a précisé que le fait de ramener sa durée à un an permettra de lutter contre les difficultés de réinsertion professionnelle des femmes, souvent peu qualifiées, qui cessent de travailler pour élever leurs enfants. Il a enfin expliqué que le principe d'universalité des prestations familiales s'oppose au versement d'une prestation proportionnelle au salaire antérieur, donc croissant avec le revenu, ce qui explique le choix par le Gouvernement d'une allocation forfaitaire.

*Abordant ensuite les aspects relatifs à la branche accidents du travail-maladies professionnelles, au nom de son rapporteur, M. Gérard Dériot, **M. Nicolas About, président**, a voulu savoir si l'augmentation de 0,1 point de la cotisation accidents du travail des employeurs constitue une mesure pérenne et quel serait son rendement. Il s'est également enquis des orientations de la nouvelle convention d'objectifs et de gestion récemment conclue avec l'État.*

***M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, à la famille, aux personnes âgées et aux personnes handicapées**, a précisé que le Gouvernement ne s'était résolu à augmenter la cotisation accidents du travail des employeurs que devant l'incapacité des partenaires sociaux à s'accorder sur une réforme de la gouvernance de la branche. La hausse de cette cotisation apporterait 400 millions d'euros de recettes nouvelles à la branche.*

Il a, par ailleurs, exposé les trois orientations principales de la nouvelle convention d'objectifs et de gestion de la branche accidents du travail-maladies professionnelles : l'amélioration de la prévention, conformément aux objectifs du plan « Santé au travail » 2005 2009, l'amélioration de la qualité du service rendu aux usagers et, enfin, le renforcement des capacités d'adaptation de la branche.

***M. Louis Souvet** a évoqué la question de l'automédication et s'est soucié du caractère « placebo » des spécialités achetées par les patients dans ce cadre.*

***M. Jean-Pierre Godefroy** a fait part des inquiétudes que lui inspire le plan « Démographie médicale », déplorant son caractère peu incitatif en matière d'installation dans les régions connaissant une pénurie de médecins. Il a estimé que le seul relèvement du numerus clausus ne résoudrait pas la question et qu'il pourrait même être à l'origine d'effets pervers.*

***M. François Autain** a rappelé que le déficit de la sécurité sociale avait atteint un niveau record en 2004 et a souligné que la stabilisation évoquée avec satisfaction par le ministre signifie, de fait, que le déficit reste toujours à ce niveau record. Prenant acte de la réduction du déficit de l'assurance maladie, il a remarqué que cette baisse résulte uniquement des*

recettes nouvelles dégagées par la réforme de l'assurance maladie et non de la maîtrise médicalisée des dépenses.

Il a fait part de sa perplexité devant la divergence de chiffrage du déficit du régime général entre le Gouvernement, la commission des comptes de la sécurité sociale et la Cour des comptes, la même question se posant également pour l'évaluation des dettes de l'État à l'égard de la sécurité sociale. Il a concédé que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) sera effectivement respecté en 2005, tout en soulignant que les dépenses d'hospitalisation restent sur une tendance de progression soutenue.

*Evoquant ensuite le rôle grandissant des organismes complémentaires, **M. François Autain** a estimé qu'il est anormal que leur union nationale, l'Unocam, ne soit pas consultée pour avis sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale. Il a toutefois regretté la place croissante laissée aux organismes complémentaires, dénonçant une privatisation rampante de l'assurance maladie. Il a qualifié d'anormalement faible le taux de croissance prévisionnel de l'Ondam pour 2006, estimant que ce procédé vise en fait à permettre l'intervention d'une maîtrise comptable des dépenses, sous l'impulsion du comité d'alerte qui sera contraint d'intervenir du fait d'un objectif intenable. Il a en particulier souligné le caractère peu vraisemblable de la progression quasi nulle des dépenses de médicaments.*

Revenant sur la question du déremboursement des spécialités à service médical rendu insuffisant, il a estimé que les économies attendues de ces mesures sont factices, les médecins ayant tendance à remplacer ces médicaments par d'autres, souvent plus chers. Il a enfin voulu connaître le chiffrage des fraudes et des abus justifiant les mesures de lutte prévues par le projet de loi de financement. Il a déploré que l'on s'attache uniquement aux abus commis par les patients et qu'on ignore ceux des praticiens. A cet égard, il a estimé que les accords de bon usage des soins sont davantage une manière déguisée d'augmenter les honoraires des médecins qu'une façon efficace de contrôler les bonnes pratiques.

***M. Roland Muzeau** a souhaité connaître le détail de ce que recouvrent les exonérations de charges retracées par le projet de loi de financement. Il a tenu à attirer l'attention sur la situation, à son sens catastrophique, de la branche accidents du travail maladies professionnelles qui pâtit notamment de la sous-déclaration des accidents du travail. Il a souhaité connaître les modalités de financement du plan « Santé au travail » annoncé par le Gouvernement.*

***Mme Valérie Létard** a fait part de l'inquiétude de sa collègue, Anne-Marie Payet, sur le problème de la consommation d'alcool par les femmes enceintes. Elle a voulu savoir si le Gouvernement avait tranché la question de la forme – message écrit ou pictogramme – à donner au message sanitaire prévu par la loi à leur intention, soulignant par ailleurs que les professionnels du secteur ont demandé un délai d'un à deux ans pour le mettre en œuvre.*

M. Francis Giraud a insisté sur la nécessité d'un changement des comportements, tant en matière de prescription que de consommation de soins. Il a estimé que cette politique commence à porter ses fruits pour les soins de ville et qu'il faut poursuivre les efforts engagés à l'hôpital, celui-ci n'étant pas – contrairement aux idées reçues – étranger à la notion de bonne gouvernance. Il a également plaidé pour que des efforts soient mis en œuvre en matière de prévention, de formation initiale et continue des médecins et de démographie médicale.

M. Paul Blanc a demandé s'il est envisageable de rétablir des cursus d'études spéciales.

M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, a insisté en premier lieu sur l'amélioration de la situation de la sécurité sociale, résultant des réformes entreprises depuis quelques années, et souligné qu'elle garantit la pérennité du système de protection sociale. Le déficit tendancier de l'assurance maladie en 2005 était de 16 milliards d'euros et la réforme intervenue l'an passé a permis de le ramener à environ 8 milliards, la moitié seulement de ce redressement étant acquise par une hausse des prélèvements.

Répondant à M. Louis Souvet, M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, a noté que l'automédication est plus développée dans certains pays étrangers qu'en France, cet écart pouvant s'expliquer par les réserves du corps médical sur cette pratique, et indiqué qu'il convient de veiller au respect de normes de qualité en la matière. Concernant les veinotoniques, le Gouvernement, constatant l'absence d'alternative thérapeutique, a décidé la création d'un taux intermédiaire de remboursement de 15 % applicable pendant les deux prochaines années. Il entend également obtenir de l'industrie pharmaceutique une baisse du prix des médicaments déremboursés.

En réponse à M. Jean-Pierre Godefroy, le ministre a affirmé que le Gouvernement est déterminé à relever le défi posé par la démographie médicale, comme l'attestent les mesures contenues dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, qui vont au-delà des préconisations du rapport Berland et qui seront, en outre, complétées par des mesures réglementaires et conventionnelles. Le système de santé supporte encore les conséquences de décisions erronées prises dans le passé, telles que la fermeture d'hôpitaux locaux ou une diminution exagérée du numerus clausus pour les études médicales. Le ministre a également évoqué l'importance de la complémentarité entre tous les acteurs du système de santé.

En réponse à M. François Autain, M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, a indiqué que le médicament doit être payé à son juste prix et souhaité, pour atteindre cet objectif, un effort supplémentaire de la part des mutuelles et de l'industrie pharmaceutique, les patients ayant déjà largement contribué au redressement des comptes de l'assurance maladie, notamment par leur adhésion massive au dispositif du médecin traitant.

Afin d'améliorer l'information des parlementaires, il a annoncé que l'avant-projet de loi de financement de la sécurité sociale leur serait transmis, l'année prochaine, en même temps qu'il sera présenté aux caisses pour avis.

Abordant la question des fraudes, il a indiqué qu'elles correspondent à 0,5 % des dépenses, soit 650 millions d'euros par an. Inacceptable d'un point de vue éthique, en ce qu'elle sape la légitimité du régime de solidarité, chaque fraude à la sécurité sociale fera systématiquement l'objet de poursuites et de demandes de remboursement.

Répondant à Mme Valérie Létard, il a indiqué que le Gouvernement n'a pas encore été saisi de la difficulté soulevée par Mme Anne-Marie Payet mais qu'il allait l'examiner attentivement. Il a ajouté que le ministère prendra prochainement des initiatives en matière de lutte contre l'obésité.

A M. Francis Giraud, il a répondu que l'hôpital est désormais la priorité du Gouvernement et s'est déclaré déterminé à mettre en œuvre la totalité du plan « Hôpital 2007 », mais également à aller au-delà, notamment en matière d'investissements hospitaliers. Après avoir rappelé que le problème de la démographie médicale se pose aussi en milieu hospitalier, il a souhaité que la politique de prévention soit renforcée, estimant qu'elle permettrait de dégager des économies à plus long terme. Il a enfin rappelé que la mise en œuvre des contrats responsables avait permis de réaliser de réels progrès.

*Répondant à M. Paul Blanc, **M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités**, a souligné qu'il convient aussi de réfléchir à une réforme du contenu des études médicales, afin que les étudiants connaissent mieux le système de santé et acquièrent une véritable culture de prévention. Il a insisté sur l'importance de la formation médicale continue.*

Après que Mme Gisèle Printz s'est interrogée sur les raisons du non remboursement par la sécurité sociale des dépenses occasionnées par les examens permettant de diagnostiquer l'ostéoporose chez les femmes, le ministre s'est engagé à consulter la Haute autorité de santé sur cette question.

***M. Jean-Pierre Godefroy** a alors regretté que le délai moyen pour obtenir un double examen de dépistage du cancer du sein dans sa région soit de huit mois.*

***M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille**, a ensuite répondu à M. François Autain que les chiffres du Gouvernement et de la Cour des comptes sur le déficit de la sécurité sociale concordent. A M. Roland Muzeau, il a indiqué que 21,6 milliards d'euros seraient consacrés, en 2006, à la compensation des allègements de charge, dont 18,9 milliards d'euros au titre des allègements généraux, le solde correspondant à certains allègements spécifiques. Il a rappelé que la moitié seulement des allègements de charges était compensée au moment du vote de la loi Veil en 1994, alors que cette proportion est aujourd'hui de 90 %.*

Concernant le plan « Santé au travail », il a souligné qu'il comporte des mesures de prévention, qui sont susceptibles d'avoir un effet positif sur les comptes de la branche accidents du travail et maladies professionnelles, mais que les dépenses qu'il occasionne figureront en loi de finances et non dans la loi de financement de la sécurité sociale. Regrettant que les partenaires sociaux n'aient pas encore ouvert de négociations en vue de la réforme de la branche, il s'est prononcé en faveur de modalités de financement incitant davantage les entreprises à la prévention.

II. AUDITIONS

A. AUDITION DE MM. PHILIPPE SEGUIN, PREMIER PRÉSIDENT DE LA COUR DES COMPTES, BERNARD CIEUTAT, PRÉSIDENT DE LA 6^E CHAMBRE, ET MICHEL BRAUNSTEIN, CONSEILLER MAÎTRE À LA 6^E CHAMBRE

Réunie le mardi 11 octobre 2005, sous la présidence de M. Nicolas About, président, la commission a procédé à l'audition de MM. Philippe Seguin, Premier Président de la Cour des comptes, Bernard Cieutat, président de la 6^e chambre, et Michel Braunstein, conseiller maître à la 6^e chambre, sur le rapport annuel consacré à l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

M. Philippe Seguin, Premier président de la Cour des comptes, s'est d'abord félicité de l'implication de la commission des affaires sociales du Sénat dans l'élaboration de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale et a souligné le rôle du dialogue fructueux entre la commission et la Cour dans l'aboutissement de cette réforme essentielle. Il s'est également réjoui de la cordialité des relations de travail mises en place entre la commission et la Cour, notamment à l'occasion des enquêtes effectuées par la Cour à la demande de la commission sur l'indemnisation des victimes de l'amiante et le fonds biotox.

Puis il a présenté le rapport 2005 de la Cour des comptes sur la sécurité sociale. Il a évoqué en premier lieu la situation particulièrement dégradée des comptes de l'année 2004, avec un déficit global de 13,2 milliards d'euros, soit le chiffre le plus élevé jamais constaté dans l'histoire de la sécurité sociale. Pour la première fois depuis des années, toutes les branches du régime général sont déficitaires, y compris les branches famille et retraite qui étaient encore excédentaires en 2003, et cette situation se reproduira en 2005. Cette dégradation est en partie seulement justifiée par le ralentissement de la croissance et son impact sur les recettes, car les décisions prises par les pouvoirs publics ont fortement pesé sur l'évolution des dépenses, en particulier les mesures en faveur de la petite enfance et la possibilité ouverte à certains salariés de faire valoir leurs droits à la retraite avant 60 ans.

*S'agissant de la branche retraite, **M. Philippe Seguin, Premier président de la Cour des comptes**, a développé deux points particuliers de préoccupation. Le premier est relatif aux retraites du monde agricole pour lesquelles la solidarité nationale doit certes s'appliquer, mais à condition que l'effort contributif des cotisants soit équivalent à celui des autres régimes. Le second concerne l'avantage social vieillesse de cinq professions de santé conventionnées, régimes de retraite complémentaire financés aux deux tiers par l'assurance maladie et en situation de banqueroute virtuelle. Il n'a estimé ni opportun ni justifié que cette situation pèse sur l'assurance maladie, et donc sur les cotisants des autres régimes, d'autant que l'effort consenti par l'assurance maladie pour la prise en charge partielle des cotisations des professionnels de santé s'élevait à 2 milliards d'euros. Le fait que le Gouvernement ait inscrit dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 des mesures permettant de remédier à cette situation est un point positif mais ne répond pas, en l'état, à la préoccupation essentielle de la Cour de ne pas faire supporter cette réforme par l'assurance maladie.*

*S'agissant des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base, **M. Philippe Seguin, Premier président de la Cour des comptes**, a rappelé que le déficit cumulé du Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (Ffipsa) et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) atteignait 4,7 milliards d'euros à la fin de 2004 et qu'il sera de près de 9 milliards à la fin de 2005, soit une multiplication par huit en deux ans. Les causes de ces dérapages sont bien identifiées : pour le FFIPSA, une croissance plus rapide que prévu des dépenses maladie et une surestimation des recettes de tabac qui lui sont affectées et pour le FSV, un décalage aggravé entre les dépenses en hausse et les recettes en baisse. Il a insisté sur le caractère désormais structurel du déficit du FSV que le ministère des finances ne semble pas vouloir traiter de façon appropriée. Il a alors évoqué une rumeur selon laquelle le Fonds de réserve des retraites (FRR), qui disposait à la fin de 2004 de 19 milliards d'euros, pourrait être sollicité pour combler ce déficit. Or, cette solution ne serait pas acceptable, les disponibilités financières actuelles du FRR étant déjà notoirement insuffisantes pour assurer les charges de financement des régimes de retraite à l'horizon 2020. En conséquence, la Cour s'interroge sur le bien-fondé du maintien du FSV. Il lui semblerait plus satisfaisant que les comptes du FSV soient consolidés avec ceux des régimes de retraite dans les tableaux d'équilibre de la branche retraite.*

***M. Philippe Seguin** a ensuite souligné que l'essentiel du déficit des régimes de sécurité sociale provient de la branche maladie dont le déficit atteint, pour le seul régime général, 12,3 milliards d'euros en 2004. Il a estimé que l'objectif de retour à l'équilibre prévu pour 2007 serait difficile à atteindre, comme cela a d'ailleurs été constaté lors de la dernière réunion de la commission des comptes de la sécurité sociale. L'addition de tous les déficits montre que le système de protection sociale n'est plus aujourd'hui totalement financé, ce qui risque de laisser aux générations futures un lourd*

passif à apurer. Cette préoccupation a d'ailleurs conduit le Parlement à adopter l'article 20 de la nouvelle loi organique, relative aux lois de financement, article dont le caractère organique a été confirmé par le Conseil constitutionnel dans sa décision du 29 juillet, et qui interdit tout nouveau transfert de dettes à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) sans transfert des ressources correspondantes.

***M. Philippe Seguin, Premier président de la Cour des comptes,** a ensuite indiqué que l'examen des mécanismes de régulation des dépenses de santé a conduit la Cour à recommander des actions plus vigoureuses et mieux ciblées en matière d'assurance maladie. Il s'est félicité de l'attention que le Parlement avait accordée aux précédentes recommandations de la Cour sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), qui s'étaient traduites très positivement dans la nouvelle loi organique. Mais il a insisté sur la nécessité que les sous-objectifs recouvrent bien la totalité des dépenses concernées, trop d'imputations inexactes étant recensées par la Cour. La régulation efficace des dépenses d'un secteur de la santé est en effet difficile si l'enveloppe de ces dépenses n'est pas correctement identifiée.*

La Cour a également mis en évidence les dérives financières constatées pour les cliniques privées. Cette analyse l'a conduit à recommander une attention particulière dans la mise en place de la tarification à l'activité à l'hôpital public. Il a par ailleurs souligné que la forte croissance des dépenses de biologie et de radiologie était due à un certain nombre de blocages institutionnels et réglementaires, qui empêchaient la réalisation d'économies d'échelle importantes dans ces secteurs. Enfin, la Cour a consacré une part importante de son rapport à l'examen des actions menées pour infléchir le comportement des professionnels de santé et des assurés sociaux, élément fondamental pour permettre une réduction du déficit de l'assurance maladie, comme en témoigne la place centrale que lui accorde la réforme de l'assurance maladie adoptée en 2004.

*La Cour a constaté que toutes les dispositions mises en place au cours des dernières années à cet effet ont largement échoué, à la seule exception de la campagne visant à réduire l'usage des antibiotiques. **M. Philippe Seguin, Premier président de la Cour des comptes,** a en particulier souligné l'échec des mécanismes d'incitation financière octroyés aux professionnels de santé. Aussi est-il indispensable de mener une réflexion sur les modalités de rémunération des professions de santé, notamment sur le paiement à l'acte. Il a fait valoir que la connaissance fine des comportements a beaucoup progressé grâce à la modernisation du système d'information de l'assurance maladie et qu'en conséquence des mesures de maîtrise plus efficaces devraient pouvoir être prises, en particulier en ce qui concerne le respect des engagements conventionnels des professionnels de santé.*

*Enfin, **M. Philippe Seguin** a rappelé qu'à partir de 2007, la Cour des comptes devra certifier les comptes de la sécurité sociale. Dans la troisième partie de son rapport, la Cour a donc fait le bilan des conditions à réunir pour que les comptes de la sécurité sociale soient en état d'être certifiés. D'une*

façon générale, la sécurité sociale est en avance sur l'État puisqu'elle a mis en place une comptabilité en droits constatés depuis 1996. Afin de réaliser cette nouvelle mission, la Cour devra cependant disposer de nouveaux moyens.

*Compte tenu de cette mission de certification, **M. Philippe Seguin** s'est interrogé sur l'intérêt du maintien, à l'avenir, de la commission des comptes de la sécurité sociale. Il a néanmoins souligné l'importance de permettre aux organisations syndicales et professionnelles de prendre connaissance des chiffres de la sécurité sociale et de les commenter et insisté sur la nécessité de disposer d'une instance indépendante pour la préparation des comptes prévisionnels.*

*En conclusion, **M. Philippe Seguin, Premier président de la Cour des comptes**, a évoqué le soixantième anniversaire de la sécurité sociale, soulignant que le système alors conçu dans un tout autre contexte n'était plus adapté, malgré ses évolutions, aux contraintes d'un pays vieillissant dans un monde ouvert.*

***M. Alain Vasselle** s'est interrogé sur les critiques apparemment plus sévères de la Cour envers la sécurité sociale qu'à l'égard du budget de l'État. Puis il a voulu savoir où se situait la limite entre dette et déficit de trésorerie et demandé des précisions sur la nature des relations entre l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss) et la Caisse des dépôts et consignations.*

***M. Philippe Seguin** a constaté que les observations de la Cour sur la sécurité sociale ont reçu un écho médiatique plus important que ses critiques sur l'exécution du budget de l'État, mais que celles-ci n'étaient pas moins sévères. Il a fait valoir qu'à la Cour, le domaine de la sécurité sociale est en avance sur celui des finances de l'État, en particulier par ses méthodes de travail et par ses rapports avec le Parlement. Il a rappelé que les premières préconisations faites par la Cour dans les années soixante avaient concerné la sécurité sociale.*

Puis il a déclaré que les plafonds de trésorerie votés annuellement doivent uniquement servir à faire face aux besoins journaliers des régimes et que la consolidation des déficits annuels n'est pas compatible avec le système des plafonds. Il a précisé que le recours de l'Acoss aux marchés financiers en 2004 s'était fait pour des montants faibles et sur une période limitée, la Caisse des dépôts et consignations portant l'essentiel de la dette et étant la seule à pouvoir assurer ce rôle de banquier à l'égard de la sécurité sociale. Il a rappelé que le transfert à la Cades, prévu dans la loi du 13 août 2004, ne concernait que l'assurance maladie et que la question du financement des déficits des autres branches, ainsi que ceux des fonds, reste entière.

***M. Alain Vasselle** a voulu connaître l'état des créances de l'État sur la sécurité sociale et savoir si les modifications comptables qui entreront en vigueur à partir du 1er janvier 2006 auront un impact sur cette situation.*

M. Bernard Cieutat a indiqué que le passage de la comptabilité de l'État en droits constatés permettrait un rapprochement plus facile avec les comptes de la sécurité sociale, mais que cette évolution serait sans incidence sur les délais de remboursement. Il a précisé que ceux-ci étaient inscrits dans une convention entre l'État et l'Acoss, qu'ils étaient bien appliqués, mais que le problème concernait des dettes non reconnues dans les comptes de la sécurité sociale. C'est pourquoi la Cour recommande l'apurement de ces dettes anciennes avant le bilan d'ouverture des comptes de l'État.

M. Alain Vasselle a souhaité savoir si la Cour avait effectué des comparaisons internationales sur la façon d'informer les professionnels de santé et les usagers, si l'obligation faite aux médecins de suivre une formation permettrait de favoriser la diffusion de ces recommandations et si l'on pouvait imaginer confier à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) des campagnes d'information à l'intention des usagers. Il s'est enfin interrogé sur la façon de mieux suivre l'évolution des dépenses de radiologie et de biologie.

M. Bernard Cieutat a indiqué que la Cour ne dispose pas de comparaisons internationales sur les modalités d'information des professionnels de santé, mais qu'en revanche elle a constaté une consommation de médicaments plus forte en France que chez ses voisins, de même qu'un taux de visites à domicile plus élevé qu'ailleurs. En matière de recommandations, il a estimé que la Haute autorité de santé a un rôle majeur dans la diffusion de référentiels et qu'il faudra travailler à lever les réticences des professionnels. Il a souligné que les campagnes d'information sont déjà en grande partie assurées par l'INPES et financées par l'assurance maladie.

S'agissant des dépenses de radiologie et de biologie, il a redit l'effet négatif de la trop grande dispersion des laboratoires, les blocages étant dus à une réglementation gênant les concentrations. Il a insisté sur le nombre trop élevé de radiographies conventionnelles, le recours à des systèmes plus modernes devant être privilégié.

M. Jean-Pierre Godefroy s'est interrogé sur le problème de l'installation des professionnels de santé et la très grande disparité de ces installations sur le territoire français. Il a souhaité avoir des précisions sur la remise en cause éventuelle du paiement à l'acte. Il a regretté l'abandon du système du médecin référent, puis demandé de combien il faudrait élever le taux de la contribution sociale généralisée (CSG) pour combler le déficit du FSV.

M. Philippe Seguin, Premier président de la Cour des comptes, a reconnu l'existence d'un très grave problème de répartition des professionnels de santé sur le territoire. Diverses solutions sont possibles pour y remédier, notamment des incitations financières, à l'image de ce qui a été fait au Québec. Il a estimé que le système actuel de paiement à l'acte est ultra-inflationniste et qu'il faudrait le modifier. Il a cité l'exemple des affections de longue durée (ALD) qui pourrait se prêter à une solution mixte ou à une

solution forfaitaire. Enfin, il a précisé que pour combler le déficit du FSV en 2004, il faudrait augmenter la CSG d'environ 0,4 point.

M. Guy Fischer est revenu sur la constatation faite par la Cour de la dérive des dépenses des cliniques privées, soulignant que le secteur privé prend de plus en plus de poids actuellement, notamment dans le domaine des actes chirurgicaux. Il s'est également élevé contre les effets pervers de la mise en place du ticket modérateur qui, comme l'affirme la Cour dans son rapport, rend plus difficile l'accès aux soins pour les personnes les plus modestes. A ce sujet, il s'est inquiété des nouvelles mesures qui pourraient entrer en vigueur en 2006.

M. Bernard Cieutat a rappelé les conditions dans lesquelles les dépenses des cliniques privées avaient été supérieures d'un milliard à ce qui était prévu, les ajustements tarifaires à la baisse a posteriori n'ayant pas été effectués correctement. Il a indiqué que la Cour avait décidé d'entamer, au vu de cette analyse, une étude approfondie sur la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) dans les hôpitaux publics et que cette étude serait disponible avant la fin du premier semestre 2006. Sur le ticket modérateur, il a rappelé que les assurances complémentaires permettent généralement d'en effacer l'impact et que, de toute façon, celui-ci ne concerne qu'environ 10 % des patients.

M. André Lardeux a constaté qu'en 2006, pour la troisième année consécutive, la branche famille sera en déficit. Il a souhaité connaître l'avis de la Cour des comptes sur la pérennisation de la prise en charge par la branche famille de la fraction de 60 % des majorations de pension pour enfant.

M. Michel Braunstein a fait valoir que cette prise en charge partielle des majorations de pension pour enfants contribue certes au déficit de la branche famille, mais qu'elle constitue des recettes pour le FSV et qu'il y a là essentiellement un problème de vases communicants.

M. François Autain s'est interrogé sur l'utilité des accords de bon usage des soins dès lors que la Cour avait constaté leur échec, à l'exception de celui relatif aux antibiotiques. Il a estimé que des moyens de sanction et l'élaboration de référentiels opposables seront sans doute nécessaires, même si les professionnels de santé considèrent qu'ils sont pris pour des boucs émissaires. Il a regretté qu'aucune évaluation du système du médecin référent n'ait été faite. Enfin, il a voulu savoir s'il fallait interdire le financement par les laboratoires pharmaceutiques de la formation médicale continue des médecins.

M. Dominique Leclerc a rappelé les principes de la compensation démographique contenus dans la réforme Fillon de 2003 sur les retraites. Il a estimé inéquitable la situation actuelle du régime des exploitants agricoles, ainsi que celle d'un certain nombre de régimes spéciaux et souhaité connaître l'avis de la Cour des comptes sur l'évolution du système de la compensation démographique.

M. Philippe Seguin, Premier président de la Cour des comptes, a indiqué qu'il n'y a pas de contradiction entre la Cour des comptes et les professionnels de santé sur le diagnostic de l'échec des accords de bon usage des soins, mais qu'il faudra certainement en tirer les conséquences dans la mise en œuvre de nouveaux engagements conventionnels. S'agissant de la formation médicale continue des médecins par les laboratoires, il a reconnu que cette situation n'est pas favorable, mais que son évolution à court terme reste difficile.

M. Michel Braunstein a rappelé que la compensation démographique entre régimes est un élément essentiel du système, mais qu'il s'agit d'un dossier très complexe, dont les conséquences concrètes sont difficiles à analyser.

M. Gilbert Barbier a estimé nécessaire de faire la différence entre les dépenses de santé au sens large, dont la progression est inéluctablement supérieure à celle du PIB, et les dépenses strictement remboursables. Puis il a constaté que la mise en place de la T2A pourrait avoir des conséquences délicates dans certaines zones du territoire où l'on devrait constater que certains petits hôpitaux coûtent cher à l'assurance maladie.

M. Philippe Seguin, Premier président de la Cour des comptes, a rappelé que seules les dépenses prises en charge par la sécurité sociale font l'objet du rapport de la Cour des comptes. Il a constaté que la Société de chirurgie elle-même avait demandé des fermetures d'établissements hospitaliers et qu'en tout état de cause une vigilance serait nécessaire dans la mise en œuvre de la T2A à l'hôpital public pour éviter le dérapage des dépenses des cliniques privées.

Mme Raymonde Le Texier a souhaité connaître l'avis de la Cour sur la mesure du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 qui impose au malade une contribution de 18 euros sur les actes les plus chers.

M. Philippe Seguin a indiqué que le revenu attendu de cette mesure sur une année pleine serait de 100 à 200 millions d'euros et que l'appréciation du bien-fondé de cette mesure ne relève pas de la compétence de la Cour.

M. Francis Giraud s'est interrogé sur la nature des dépenses de santé qui connaissent la progression la plus rapide.

M. Philippe Seguin a confirmé que la progression des dépenses actuellement la plus élevée concerne l'hôpital, et non plus la médecine de ville.

M. Alain Vasselle a demandé s'il aurait été nécessaire de préciser de façon plus détaillée le périmètre des sous-objectifs de l'ONDAM dans la loi organique.

M. Bernard Cieutat a indiqué qu'un examen attentif des sous-objectifs de l'ONDAM sera effectué dans le cadre du rapport sur la loi de

financement de la sécurité sociale pour 2006, qui constituera la première application de la nouvelle loi organique.

***M. Alain Vasselle** s'est interrogé sur les conséquences que tirerait la Cour si l'État ne remplissait pas ses obligations à l'égard du FFIPSA, étant donné qu'elle assimile les déficits de ce fonds à une créance sur l'État.*

***M. Bernard Cieutat** a considéré qu'une telle situation pourrait susciter une forte réserve de la part de la Cour.*

B. AUDITION DE MM. PIERRE BURBAN, PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION, JEAN-LUC TAVERNIER, DIRECTEUR GÉNÉRAL, ET ALAIN GUBIAN, DIRECTEUR FINANCIER, DE L'AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE (ACOSS)

Réunie le mercredi 19 octobre 2005, sous la présidence de M. Nicolas About, président, la commission a entendu MM. Pierre Burban, président du conseil d'administration, Jean-Luc Tavernier, directeur général, et Alain Gubian, directeur financier, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).

M. Pierre Burban, président du conseil d'administration, a d'abord indiqué que le conseil d'administration de l'Acoss s'est prononcé à la majorité contre le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006. Mais il y a eu unanimité pour condamner les nouvelles modalités de compensation des exonérations de cotisations sociales. La mauvaise humeur du conseil d'administration était d'autant plus forte que son président avait été mandaté au mois de juillet pour faire une démarche, au nom de l'ensemble des caisses et organismes de sécurité sociale, auprès du Premier ministre, afin de s'assurer que le système de compensation intégrale des exonérations serait préservé. Il a considéré que l'article 41 du projet de loi de finances pour 2006 est à la fois contraire à la loi Veil de 1994 et à la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie qui ont fixé les principes de la compensation. Il a reconnu qu'un mécanisme de vérification en fin d'exercice est prévu en 2006, mais que le texte ne comporte aucune garantie pour les années suivantes. Il a insisté sur l'incompréhension des organismes de sécurité sociale et souligné l'impact très direct de cette mesure sur la branche recouvrement de la sécurité sociale.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a rappelé, qu'à titre personnel et au nom de la commission, il s'était battu pour obtenir la compensation intégrale des exonérations de charges aussi bien lors du débat sur la réforme de l'assurance maladie que sur la loi organique relative aux lois de financement et qu'il n'avait pas ressenti le soutien très mobilisé des partenaires sociaux à ces deux moments. D'une façon générale, il a regretté le décalage entre les partenaires sociaux et les parlementaires lors de certains arbitrages importants. Puis il a voulu connaître le sentiment de l'Acoss sur la « barémisation » des exonérations de charges sociales proposée par la commission des finances de l'Assemblée nationale. Il a demandé des précisions sur les moyens de l'Acoss pour lutter contre la fraude et sur

l'estimation qu'elle en fait. Il a souhaité obtenir des indications sur la façon dont l'Acoss envisage de gérer sa trésorerie en 2006 et si un recours au marché financier est prévu. Enfin, il a souhaité savoir quelles seraient les grandes lignes de la prochaine convention d'objectifs et de gestion (COG) négociée entre l'État et l'Acoss.

***M. Pierre Burban** a reconnu que le Sénat a maintenu une position constante sur la question de la compensation intégrale des exonérations de charges et a pris note de l'absence de coordination des actions entre les partenaires sociaux et les parlementaires sur ce sujet. Il a estimé que la « barémisation » est totalement prématurée et qu'il convient d'avoir au préalable une vraie réflexion, rappelant que, pour les entreprises, la visibilité et la sécurité sont indispensables. La politique d'allègement des charges sociales a en effet une véritable utilité, en particulier pour les grandes entreprises dont les effectifs ont beaucoup baissé au cours des dernières années.*

*Sur le contrôle et la lutte contre la fraude, il a indiqué qu'il s'agit d'une action permanente des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf) car le non-respect des règles du jeu entraîne une distorsion de concurrence entre les agents économiques. Toutefois, il convient de travailler avec discernement, en particulier auprès des très petites entreprises et des travailleurs indépendants qui connaissent parfois des périodes difficiles. Une évaluation précise de la fraude est néanmoins complexe. Elle atteint sans doute un minimum de 4 milliards d'euros, soit 2 % des recettes recouvrées par l'Acoss. Les actions ciblées sur certaines catégories de cotisants donnent en outre plus de résultats que des actions générales. La création de nombreux instruments de paiement spécifique, comme le chèque-emploi service, est aussi un moyen efficace pour lutter contre la fraude. L'objectif de la dernière COG était de consacrer 10 % du temps des agents de l'Acoss à la lutte contre le travail illégal : il est déjà dépassé et devrait encore être augmenté. Il faudra aussi à l'avenir développer les relations avec les services de l'inspection du travail, de la justice, de la police, de la gendarmerie et des services fiscaux pour repérer tout ce qui n'est pas déclaré. Dans ce but, **M. Pierre Burban** estime qu'il serait utile que plusieurs ministères, et non pas seulement celui de la sécurité sociale, soient associés à la prochaine COG. A ce sujet, l'article 17 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 contient des mesures utiles qui devront toutefois être ajustées sur un plan technique pour en permettre une bonne mise en œuvre.*

*S'agissant de la trésorerie de l'Acoss, **M. Pierre Burban** a indiqué que l'appel au marché de 2004 avait été réalisé dans de bonnes conditions, notamment en termes financiers, ce qui avait permis un gain pour la branche recouvrement. Pour 2006, compte tenu du plafond prévu pour la trésorerie, ce recours ne devrait pas être nécessaire. Néanmoins c'est un sujet de réflexion pour la prochaine COG et pour la convention entre l'Acoss et la Caisse des dépôts et consignations qui doit être renégociée au cours du premier semestre*

2006. **M. Jean-Luc Tavernier, directeur général**, a souligné que les principales incertitudes en matière de gestion de trésorerie sont liées aux conditions de la compensation des exonérations de charges et aux dates de leur versement par l'État.

M. Pierre Burban a estimé que la première utilité de la COG est de permettre un bilan précis de l'activité de l'ACOSS et de son efficacité. Pour la prochaine COG, une réflexion est engagée depuis le début de l'année 2005 avec l'ensemble des Urssaf. Le débat sur l'architecture du réseau lancé par la Cour des comptes, l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) et un certain nombre de parlementaires a son utilité, mais il paraît plus important de travailler sur l'efficacité du réseau, qui doit conserver une certaine proximité avec les usagers. A cet égard, les structures infradépartementales n'ont sans doute plus d'utilité, en particulier à l'échelon « politique », mais le maintien de la circonscription départementale est une bonne chose pour le maintien de relations étroites avec les cotisants. Il est cependant nécessaire d'homogénéiser le traitement des cotisants sur l'ensemble du territoire et de rationaliser les compétences des Urssaf en fonction des besoins des usagers et des cotisants.

M. François Autain a rappelé que l'opposition sénatoriale a toujours soutenu le principe de la compensation intégrale, par l'État, des exonérations de charges sociales. Il s'est interrogé sur la différence du chiffrage respectivement établi par la Cour des comptes et par le Gouvernement sur le montant des créances de l'État à la sécurité sociale.

M. Pierre Burban a indiqué qu'il fournirait un document écrit détaillé sur le chiffrage des créances que l'État doit à la sécurité sociale au titre de sa politique d'exonération des charges.

M. Guy Fischer a estimé important de mener une réflexion sur les sources de financement de la sécurité sociale. Il s'est interrogé sur une éventuelle généralisation du recours à des emprunts bancaires.

M. Pierre Burban a rappelé que le conseil d'administration de l'Acoss espère toujours un retour à l'équilibre des comptes. Toutefois, si le niveau des ressources à trouver est très élevé et que la Caisse des dépôts et consignations n'est pas en mesure ponctuellement de faire face à ces besoins, un recours au marché peut se justifier. A cet effet, une réflexion est menée dans le cadre de la future COG.

M. Alain Vasselle a considéré que le recours au marché financier avait permis une pression sans doute utile sur la Caisse des dépôts et consignations ainsi que sur les conditions qu'elle impose à l'Acoss.

M. Pierre Burban a rappelé qu'en 2004, la Caisse des dépôts et consignations ne souhaitait pas aller au-delà des plafonds conventionnels et que le recours au marché financier avait été obligatoire. Cette expérience a été très positive pour l'Acoss, notamment pour une meilleure détermination des coûts de la caisse des dépôts et consignations.

M. Jean-Luc Tavernier a indiqué que, pour 2006, le plafond de trésorerie de 18,5 milliards d'euros semble a priori correctement dimensionné, à condition toutefois que la reprise de la dette de l'assurance maladie par la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) intervienne au plus tard au début d'octobre 2006 et qu'il n'y ait pas de problème dans le transfert par l'État de la compensation des allègements de charges.

C. AUDITION DE MM. MICHEL LAROQUE, PRÉSIDENT, ET JACQUES LENAIN, DIRECTEUR, DU FONDS DE SOLIDARITÉ VIEILLESSE (FSV)

Réunie le mercredi 26 octobre 2005, sous la présidence de M. Nicolas About, président, la commission a procédé à l'audition de MM. Michel Laroque, président et Jacques Lenain, directeur, du fonds de solidarité vieillesse (FSV).

M. Nicolas About, président, a souhaité savoir quelle sera la situation financière du FSV à la fin de l'année 2005, ainsi que ses perspectives d'évolution pour 2006 et 2007. Il s'est demandé si un retour « spontané » à l'équilibre pourrait être envisagé au cours des prochaines années, dans l'hypothèse où le marché de l'emploi continuerait à s'améliorer et le chômage à se réduire. Enfin, compte tenu de l'ampleur des déséquilibres financiers accumulés à ce jour, il s'est interrogé sur la façon dont le FSV parvient malgré tout à gérer sa trésorerie.

M. Michel Laroque, président, a déclaré que la situation du FSV apparaît de plus en plus préoccupante, avec un déficit annuel représentant, en 2005, l'équivalent de 16 % des recettes. Le déficit cumulé depuis 2001, devenu aujourd'hui la dette du fonds, atteint désormais 3,7 milliards d'euros, soit environ 30 % des recettes et il pourrait dépasser le seuil de 40 % en 2006.

Après avoir rappelé que le FSV a été créé en 1994 afin de prendre en charge l'ensemble des avantages non contributifs de l'assurance vieillesse qui relèvent de la solidarité nationale, M. Jacques Lenain, directeur, a précisé que les dépenses du fonds se répartissent en trois postes principaux : tout d'abord le minimum vieillesse, qui représente, avec 2,6 milliards d'euros en 2004, 19 % des charges ; ensuite, les majorations pour conjoint et enfants à charge, qui s'inscrivent en forte augmentation ces dernières années et atteignent désormais 3,3 milliards d'euros ; enfin, la prise en charge des cotisations de retraite des salariés au chômage, qui s'élève cette année à 7,4 milliards d'euros.

Bien que cette structure de dépenses apparaisse relativement stable dans le temps, trois facteurs nouveaux se sont cumulés pour aboutir à l'actuelle dégradation des comptes. Il s'agit en premier lieu de l'augmentation du nombre des chômeurs, au sens de la définition du FSV, qui sont passés de 2.870.000 à 3.350.000 entre 2001 et 2004. Le deuxième élément résulte indirectement de l'unification, sur la base la plus favorable, des cinq salaires minimum de croissance (SMIC) qui avaient été créés, à l'occasion du passage aux 35 heures, sous la précédente législature : les dépenses du FSV au titre de

l'indemnisation des chômeurs étant calculées sur une base forfaitaire indexée sur le SMIC, il est donc logique que les dépenses du FSV à ce titre s'accroissent, d'autant que les dépenses liées à l'indemnisation du chômage ont fortement augmenté, passant de 5,6 à 7,4 milliards d'euros entre 2001 et 2004. Enfin, le dernier facteur de déséquilibre réside dans l'évolution défavorable de la structure des recettes du FSV : la part de la contribution sociale généralisée (CSG) est ainsi revenue de 90 à 72 % des produits sur la période considérée. Les autres produits proviennent des versements de la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF), qui prend en charge aujourd'hui 60 % de la charge de majorations pour conjoint et enfants à charge, et de la part de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés (C3S) attribuée au FSV. Il a observé que les décisions des pouvoirs publics prises en 2001 et 2002 et consistant à réduire la fraction de la CSG affectée au FSV ont fragilisé les finances du fonds. A cela s'ajoute le caractère aléatoire du montant perçu au titre de la C3S, dans la mesure où il s'agit d'un solde après attribution de ressources à l'Organic et la Cancava. Ainsi, les recettes que le fonds tire de la C3S sont-elles passées de 500 millions d'euros en 2003 à 1,3 milliard d'euros en 2003.

***M. Jacques Lenain** a indiqué que le déficit du FSV s'est élevé à 930 millions d'euros en 2003, à 639 millions en 2004 et qu'il devrait atteindre respectivement 2 milliards d'euros en 2005 et 1,5 milliard en 2006. De ce fait, le montant de la dette cumulée de l'institution devrait passer de 1,7 milliard d'euros à la fin 2004 à 3,7 milliards au 31 décembre 2005 puis à 5,2 milliards d'euros au 31 décembre 2006. S'agissant des perspectives de redressement du fonds, il a rappelé que la prévision quadriennale du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 est fondée sur l'hypothèse d'une baisse graduelle du déficit annuel (- 1,4 milliard euros en 2007, - 1,1 milliard euros en 2008 et - 500 millions d'euros en 2009) laissant espérer un retour à l'équilibre en 2010, et donc une stabilisation de la dette à un niveau supérieur à 8 milliards d'euros.*

***M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie,** a rappelé que, dès la création du FSV, la probabilité d'un effet de ciseaux très rapide entre l'évolution des dépenses et des recettes, en cas de retournement de la conjoncture économique, avait été évoquée. Il a également considéré que les mesures qui ont été prises sous l'ancienne législature afin de réduire la part de CSG perçue par le FSV expliquent, pour une part au moins, la gravité de la situation actuelle. Il s'est déclaré également inquiet quant à la probabilité d'un retour à l'équilibre du fonds à l'horizon 2010 et sur la date à laquelle la totalité de la dette accumulée à cette date pourra en définitive être apurée. Le précédent de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) n'incline pas, en effet, à l'optimisme.*

***M. Nicolas About, président,** a souhaité connaître la position du FSV sur les appréciations portées par la Cour des comptes dans son rapport de*

septembre 2005 consacré à la sécurité sociale, qui souligne le caractère « non conforme au droit » de la situation actuelle de ce fonds.

Au passage, il a précisé que l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 en séance publique donnera lieu à un débat consacré au FSV et au fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (Ffipsa) qui se déroulera le 15 novembre prochain à 16 heures.

M. Jacques Lenain a considéré qu'en cas de retour à l'équilibre du fonds à l'horizon 2010, il semble difficilement concevable d'imaginer ensuite un excédent annuel supérieur à 1 milliard d'euros. Sur ces bases, la perspective d'un apurement de la dette de 8 milliards d'euros se situerait autour de 2020. Pour ce qui concerne la manière dont la trésorerie est gérée, il a indiqué que la variable d'ajustement réside dans le calendrier des versements des flux financiers correspondant à la prise en charge des chômeurs. Cela ne concerne d'ailleurs que deux régimes, la CNAV et celui des exploitants agricoles. Ces versements font donc l'objet d'un écrêtement infra annuel et de reports d'une année sur l'autre.

M. Bernard Cazeau a considéré qu'il s'agit là d'une technique que l'on peut qualifier de cavalerie financière.

Reconnaissant que l'expression peut effectivement être employée en l'état actuel des choses, **M. Jacques Lenain** a fait valoir que, malgré l'apparition d'un déficit structurel, le FSV a procédé entre 2002 et 2004 au versement d'importants flux financiers à la CNAV au titre des chômeurs, contribuant par là même à son excédent, celui-ci étant versé in fine au fonds de réserve des retraites (FRR). Il a considéré que pour regrettable qu'ils soient, les retards de paiement du FSV ne remettent pas en cause les équilibres comptables en droits constatés de la CNAV. C'est l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos) qui se trouve contrainte d'emprunter à la place du FSV.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, s'est interrogé sur les frais financiers occasionnés par ces pratiques comptables peu orthodoxes.

M. Nicolas About, président, s'est demandé combien de temps il sera possible de différer d'une part, l'assainissement des finances du FSV et l'adoption de mesures nouvelles, d'autre part, le règlement des dettes cumulées du fonds à l'égard de la CNAV et de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole.

Reconnaissant s'être posé lui-même la question de la conformité au droit de la situation actuelle du FSV et avoir officiellement alerté son ministre de tutelle par une lettre du 22 octobre 2004, **M. Michel Laroque** a rappelé les termes de l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale selon lesquels « les recettes et les dépenses du FSV doivent être équilibrées dans les conditions prévues par les lois de financement de la sécurité sociale ». A la lecture de ces

dispositions et en sa qualité de président de conseil d'administration du FSV, il ne lui semblait pas possible, à la fin de l'année dernière, de présenter un budget 2005 en complet déséquilibre et de surcroît sans perspective de redressement. Il a indiqué que malgré le risque de voir le fonds continuer à accumuler des déficits élevés, l'État a avancé l'interprétation selon laquelle le FSV peut afficher un résultat déficitaire, dès lors que le Parlement est correctement informé des modalités de son équilibre financier. Tel est le sens d'ailleurs de la lettre adressée en réponse au courrier de M. Michel Laroque par le ministre des solidarités, de la santé et de la famille, à la date du 28 décembre 2004. Or, la Cour des comptes a estimé cette interprétation erronée, dès lors qu'aucune ressource de trésorerie ne figure dans la liste limitative des ressources du FSV que fixe l'article L. 135-3.

***M. Michel Laroque** a considéré qu'il estime personnellement être dans l'obligation de respecter la position de la Cour des comptes et annoncé que si des mesures de redressement ne sont pas prises dans un délai raisonnable, il demandera à être déchargé de ses fonctions. Il a précisé que la prochaine réunion du conseil de surveillance du FSV se tiendra le 22 novembre.*

Au-delà de ce débat juridique, il a attiré l'attention de la commission sur l'impératif de conduire une réflexion sur les modalités d'un retour à l'équilibre du FSV. A ce titre, il a formulé plusieurs propositions consistant notamment à rétablir à son niveau antérieur la fraction de la CSG reçue par le FSV. A défaut, et en l'absence d'une baisse des dépenses ou d'une hausse des recettes du fonds, il appartiendrait au budget de l'État de prendre en charge cette dette en instituant une dotation budgétaire d'équilibre.

Il a proposé enfin que le FSV se voit affecter la fraction sur le prélèvement social de 2 % portant sur les revenus du patrimoine et les produits de placement dont il s'est vu privé au bénéfice du FRR. Aujourd'hui, sur un produit total de 1,85 milliard d'euros, 65 % du montant sont attribués au FRR, 15 % à la CNAV et 20 % seulement au FSV.

***M. Jacques Lenain** a estimé que la situation délicate du FSV justifierait déjà, à elle seule, une telle mesure, mais il semble de surcroît paradoxal que le FSV demeure dans une situation aussi délicate, privé de ressources, alors que le FRR place des capitaux destinés à couvrir des besoins de financement qui n'apparaîtront qu'à l'horizon 2020. Il a enfin pris acte de la mesure nouvelle figurant dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 consistant à éviter que des ressortissants étrangers résidant hors de France, et n'ayant travaillé dans notre pays que peu de temps ou voici longtemps, ne puissent bénéficier du minimum vieillesse. Il a suggéré enfin que la prise en charge des cotisations des chômeurs soit lissée sur une période de cinq années glissantes.*