

N° 68

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 1996-1997

Annexe au procès verbal de la séance du 6 novembre 1996

AVIS

PRÉSENTÉ

au nom de la commission des Finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation (1) sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 1997, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE.

Par M. Jacques OUDIN,

Sénateur.

(1) Cette commission est composée de : MM. Christian Poncelet, président ; Jean Cluzel, Henri Collard, Roland du Luart, Jean-Pierre Masseret, Mme Marie-Claude Beaudeau, MM. Philippe Marini, vice-présidents ; Emmanuel Hamel, René Régnauld, Alain Richard, François Trucy, secrétaires ; Alain Lambert, rapporteur général ; Philippe Adnot, Denis Badré, René Ballayer, Bernard Barbier, Jacques Baudot, Claude Belot, Mme Maryse Bergé-Lavigne, MM. Roger Besse, Maurice Blin, Joël Bourdin, Guy Cabanel, Auguste Cazalet, Michel Charasse, Jacques Chaumont, Yvon Collin, Jacques Delong, Yann Gaillard, Hubert Haenel, Jean-Philippe Lachenaud, Claude Lise, Paul Loridant, Marc Massion, Michel Mercier, Gérard Miquel, Michel Moreigne, Joseph Ostermann, Jacques Oudin, Maurice Schumann, Michel Sergent, Henri Torre, René Tréguet

Voir les numéros

Assemblée nationale (10ème législ.) : 3014, 3053, 3064 et T A 589

Sénat : 61 et 66 (1996-1997)

Sécurité sociale.

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS.....	7
CHAPITRE PREMIER : LE CONTEXTE DU PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE.....	9
I. L'IMPOSSIBILITÉ D'UN ÉQUILIBRE FINANCIER SPONTANÉ.....	9
A. LA PROGRESSION PARALLÈLE DES DÉPENSES ET DES PRÉLÈVEMENTS SOCIAUX	9
1. <i>L'augmentation des dépenses sociales</i>	9
2. <i>La hausse des prélèvements sociaux.....</i>	10
B. LA DÉTÉRIORATION DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER.....	11
1. <i>L'accumulation des déficits.....</i>	11
2. <i>L'accroissement des contributions de l'Etat.....</i>	12
3. <i>Le recours à l'emprunt.....</i>	13
II. DES DYNAMIQUES D'ÉVOLUTION VARIABLES.....	16
A. VIEILLESSE : UNE PROGRESSION RALENTIE À MOYEN TERME.....	16
1. <i>Le niveau moyen des retraites est satisfaisant</i>	16
2. <i>La réforme de 1993 produit les effets attendus.....</i>	17
3. <i>L'adaptation des régimes spéciaux de retraite reste à faire.....</i>	18
B. ACCIDENTS DU TRAVAIL : UNE MODÉRATION TROMPEUSE ?.....	19
1. <i>Des cotisations ajustées aux dépenses.....</i>	19
2. <i>La sous-évaluation chronique des maladies professionnelles.....</i>	20
C. FAMILLE : LA POURSUITE D'UN EFFORT IMPORTANT.....	21
1. <i>Des moyens considérables.....</i>	21
2. <i>Le succès de la loi famille de 1994.....</i>	22
3. <i>Le renforcement de la dimension familiale de l'impôt sur le revenu.....</i>	23

D. MALADIE : L'URGENCE D'UNE MAÎTRISE GLOBALE	24
1. Un niveau de dépenses excessif	24
2. Des inégalités injustifiées	26
III. LE CHANTIER DE LA RÉFORME	29
A. LA MISE EN OEUVRE DU "PLAN JUPPÉ"	29
1. L'impact des mesures immédiates de redressement financier	29
2. Un rééquilibrage contrarié par les moindres rentrées de cotisations sociales	31
B. LE NOUVEAU DISPOSITIF DE PILOTAGE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	32
1. Le renforcement du rôle du Parlement	32
2. L'implication de la Cour des Comptes	32
3. L'aménagement du paritarisme	33
4. Les outils de régulation de l'assurance maladie	33
CHAPITRE II : L'ECONOMIE GENERALE DU PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	37
I. UNE ARCHITECTURE DETERMINEE PAR LA LOI ORGANIQUE	37
A. UN CHAMP RESTREINT AUX RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE	37
B. UN CONTENU LIMITATIF	40
C. UN CONTENU PROTÉGÉ	41
II. LES PRÉVISIONS DE DÉPENSES ET DE RECETTES : RETOUR À L'ÉQUILIBRE EN 1999 ?	42
A. LA PERSISTANCE D'UNE SITUATION DÉFICITAIRE L'AN PROCHAIN	42
B. LA PERSPECTIVE D'UN RETOUR À L'ÉQUILIBRE EN TROIS ANS	44
1. Perspectives du régime général	45
2. Les autres principaux régimes	46
C. UNE MARGE D'INCERTITUDE INÉVITABLE	48

III. L'OBJECTIF NATIONAL DE DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE :	
QUELLE RÉPARTITION ?	50
A. UN OBJECTIF VOLONTARISTE	50
B. UNE RÉPARTITION À PRÉCISER	51
IV. L'EXTENSION DE LA CONTRIBUTION SOCIALE GÉNÉRALISÉE ET LA RÉFORME DU FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE	53
A. LA CONFIGURATION ACTUELLE DE LA CSG	53
B. UNE ASSIETTE ÉLARGIE PLUS CONFORME À LA RÉALITÉ DES REVENUS	55
1. Les revenus d'activités	55
2. Les revenus de remplacement	56
3. les revenus du patrimoine.	56
4. Les produits de placement	57
5. Les mises et gains de jeux	58
C. UNE BAISSÉ COMPENSÉE DES COTISATIONS MALADIE	62
V. DES MESURES FINANCIÈRES PONCTUELLES	65
A. LES RECETTES NOUVELLES	65
1. L'affectation d'une fraction du droit sur les tabacs à la CNAMTS.	65
2. L'extension du champ de la taxe des grossistes en médicaments	66
3. L'extension de la garantie AGS aux cotisations salariales	66
4. L'affectation du solde de la taxe sur les grandes surfaces aux régimes de retraite des commerçants et artisans	66
B. LES RESSOURCES DE TRÉSORERIE	67
1. Prélèvement au titre des maladies professionnelles non déclarées	67
2. Intégration financière du régime d'assurance maladie des militaires dans le régime général	67
3. Prélèvement sur le fonds d'invalidité des agents des collectivités locales au profit de la CNRACL	68
4. Report du solde de la contribution sociale de solidarité des sociétés en 1996 sur l'exercice 1997	68

C. LES MESURES D'ÉCONOMIE	69
1. <i>Non-cumul des allocations de préretraite progressive et de l'abattement sur cotisations temps partiel</i>	69
2. <i>Intégration des aides personnelles au logement dans le calcul de l'allocation de parent isolé</i>	69
D. LES MESURES CONNEXES AU PROJET DE LOI	69
1. <i>La réforme des aides au logement</i>	69
2. <i>L'amélioration de la prise en charge par le FSJ des périodes de chômage non indemnisé</i>	70
3. <i>Versement exceptionnel de EDF-GDF à la CNAMTS</i>	70
EXAMEN DES ARTICLES	71
TITRE PREMIER : ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ SOCIALE	77
• ARTICLE PREMIER : Approbation du rapport	77
• ARTICLES PREMIER BIS, TER et QUATER (nouveaux) : Rapports au Parlement	79
• ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE QUATER (nouveau) : Rapport à l'appui du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 1998	80
TITRE II : DISPOSITIONS RELATIVES À L'ÉQUILIBRE FINANCIER	81
• ARTICLE 2 : Prévisions des recettes par catégories	81
• ARTICLE 3 : Objectifs de dépenses par branches	84
• ARTICLE 4 : Objectif national de dépenses d'assurance maladie	86
• ARTICLE 5 : Plafonds d'avances de trésorerie	88
• ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 5 : Rapport du Gouvernement en cas de relèvement des plafonds par décret	92
• ARTICLE 6 (retiré) : Modalité de perception de la contribution sociale généralisée sur les revenus de source étrangère	93
• ARTICLE 7 : Elargissement de l'assiette de la contribution sociale généralisée pour les revenus d'activité et de remplacement	95
• ARTICLE 8 : Modalités de précompte et de recouvrement de la CSG sur les revenus d'activité et de remplacement	97
• ARTICLE 9 : Elargissement de l'assiette de la CSG sur les revenus du patrimoine	98

• <i>ARTICLE 10</i> : Elargissement de l'assiette de la CSG sur les produits de placement.....	100
• <i>ARTICLE 11</i> : Modalités d'entrée en vigueur de l'acompte de la CSG sur certains produits de placement	102
• <i>ARTICLE 12</i> : CSG sur les mises ou gains de jeux	103
• <i>ARTICLE 13</i> : Taux et affectation de la CSG	105
• <i>ARTICLE 14</i> : Répartition des ressources entre les régimes obligatoires d'assurance maladie	106
• <i>ARTICLES 15 à 20</i> : Dispositions de conséquence	109
• <i>ARTICLE 21</i> : Ressources du fonds de solidarité vieillesse	110
• <i>ARTICLE 22</i> : Date d'entrée en vigueur des dispositions relatives à la CSG et aux droits sur les alcools	111
• <i>ARTICLE 23</i> : Affectation à la branche maladie du régime général d'une fraction du droit de consommation sur les tabacs	112
• <i>ARTICLE 24</i> : Relèvement des tarifs du droit sur les alcools et du droit sur les bières.....	113
• <i>ARTICLE 24 BIS (nouveau)</i> : Création d'une taxe sur les "premix"	115
• <i>ARTICLE 25</i> : Versement annuel de la branche accidents du travail à la branche maladie du régime général	117
• <i>ARTICLE 26</i> : Intégration financière du régime d'assurance maladie des militaires dans le régime général	119
• <i>ARTICLE 27</i> : Extension du champ d'application de la contribution des grossistes répartiteurs	121
• <i>ARTICLE 28</i> : Suppression du cumul entre l'abattement de cotisations sociales en faveur du temps partiel et des allocations de préretraite progressive	123
• <i>ARTICLE 29</i> : Extension du régime de garantie des créances des salariés aux cotisations sociales salariales	124
• <i>ARTICLE 30</i> : Prélèvement sur le fonds d'allocation temporaire d'invalidité au profit de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales	126
• <i>ARTICLE 31</i> : Report sur l'exercice 1997 du solde de la contribution sociale après sa première répartition	128
• <i>ARTICLE 32</i> : Affectation d'une partie du produit de la taxe sur les grandes surfaces aux régimes d'assurance vieillesse des non salariés agricoles.....	130
• <i>ARTICLE 33</i> : Modalités de calcul des ressources ouvrant droit à l'allocation de parent isolé	132

EXAMEN EN COMMISSION 135

AMENDEMENTS PRÉSENTÉS AU NOM DE LA COMMISSION DES FINANCES 139

AVANT-PROPOS

Mesdames. Messieurs.

Le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale est le premier du genre examiné par le Parlement en application de la révision constitutionnelle du 22 février 1996. Votre rapporteur pour avis accueille avec satisfaction une réforme qu'il a longtemps appelée de ses vœux.

L'instauration des lois de financement de la sécurité sociale ne marque pas simplement un renforcement des pouvoirs du Parlement. Elle constitue l'amorce d'un changement profond de l'organisation et de la logique de notre système de protection sociale.

Elle permet également de dédramatiser la question du déficit de la sécurité sociale, qui a trop souvent été abordée dans un climat d'urgence et de polémique. En l'absence de tout mécanisme assurant un équilibre *a priori* entre les dépenses et les recettes sociales, il est bien normal que des ajustements interviennent régulièrement chaque année. Il n'en va pas autrement pour le budget de l'Etat.

Le présent projet de loi de financement propose ainsi un certain nombre de mesures ponctuelles destinées à réduire le déficit tendanciel des régimes de base de sécurité sociale en 1997. A cet égard, votre rapporteur pour avis regrette que la solution de facilité consistant à augmenter les recettes ait été globalement préférée à un effort accru d'économie sur les dépenses.

Par ailleurs, l'élargissement de l'assiette de la contribution sociale généralisée, même si toutes ses modalités ne sont pas également satisfaisantes, permettra de diversifier le financement de la sécurité sociale pour le rendre à la fois plus équitable et moins sensible à la conjoncture économique. L'amorce du basculement des cotisations maladie sur cette contribution sociale généralisée à base élargie constitue le préalable financier à la création d'un régime universel d'assurance maladie.

Enfin, le vote de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie proposé par le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale donnera le coup d'envoi au dispositif novateur de régulation des dépenses de santé prévu par les ordonnances du 24 avril 1996. Votre rapporteur pour avis est convaincu que la maîtrise des dépenses d'assurance maladie ne peut être que globale, et qu'il ne saurait y avoir de maîtrise médicalisée digne de ce nom sans aussi une maîtrise comptable.

A l'avenir, l'ambition qu'il conviendra de donner aux lois de financement de la sécurité sociale successives doit être la stabilisation de la part des prélèvements sociaux dans la richesse nationale.

CHAPITRE PREMIER

LE CONTEXTE DU PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

I. L'IMPOSSIBILITÉ D'UN ÉQUILIBRE FINANCIER SPONTANÉ

Il n'existe aucun mécanisme automatique d'ajustement entre les dépenses et les recettes de la sécurité sociale, qui évoluent chacune selon leurs propres déterminants sociaux, démographiques et économiques.

C'est précisément cette absence d'équilibre financier spontané qui justifie la création des lois de financement de la sécurité sociale.

A. LA PROGRESSION PARALLÈLE DES DÉPENSES ET DES PRÉLÈVEMENTS SOCIAUX

1. L'augmentation des dépenses sociales

Sur longue période, les dépenses sociales ont progressé plus rapidement que la richesse nationale. Ce mouvement a été particulièrement accentué entre 1975 et 1985, puis entre 1990 et 1993.

Ainsi, la part des prestations sociales dans le PIB est passée de 18,5 % en 1970 à 22,1 % en 1975, puis à 28,2 % en 1985, pour atteindre un pic de 30,3 % en 1993, avant de se stabiliser à 29,8 % en 1994 et 1995.

Les prestations sociales apportent désormais une contribution essentielle au revenu disponible des ménages. Le "taux de socialisation" des revenus mesure la part du revenu disponible brut provenant des prestations sociales : ce taux est passé de 34,1 % en 1990 à 36 % en 1995, en atteignant un maximum de 36,3 % en 1993 et 1994.

Taux de socialisation des revenus

							<i>(en %)</i>
1981	1986	1990	1991	1992	1993	1994	1995
30.4	34.6	34.1	34.6	35.2	36.3	36.3	36.0

L'évolution de cet indicateur depuis 1990 traduit la croissance rapide des revenus de transfert perçus par les ménages, comparée à la faiblesse de la croissance des revenus d'activité depuis 1993.

2. La hausse des prélèvements sociaux

Les cotisations sociales effectives représentaient 13,1 % du PIB en 1970. Elles en représentent 19,3 % en 1995, après avoir atteint un maximum de 19,6 % en 1993.

Le "taux de pression sociale" est défini comme le rapport entre les prélèvements contributifs et fiscaux directement affectés à des dépenses de protection sociale et le PIB. Ce taux connaît une croissance soutenue, passant de 23,6 % à 25,3 % entre 1990 et 1995.

Evolution du taux de pression sociale

							<i>(en % du produit intérieur brut)</i>
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	
Cotisations sociales	22.6	22.7	23.0	23.3	22.8	23.0	
Impôts et taxes affectées	1.0	1.2	1.3	1.7	2.3	2.3	
Total des prélèvements sociaux	23.6	23.9	24.3	25.0	25.1	25.3	

Jusqu'en 1993, l'ensemble des cotisations et des impôts et taxes affectés concourent à la croissance du taux de pression sociale. En 1994, conséquence de la dégradation marquée de la masse salariale, la part des cotisations chute, alors que celle des impôts et taxes affectés croît fortement (+ 0,6 point par rapport à 1993) en raison de l'augmentation du taux de la CSG en juillet 1993. En 1995, la part des cotisations sociales s'accroît à nouveau sous l'effet de l'amélioration de l'emploi et de quelques hausses ponctuelles des taux de cotisations, notamment celui de la CNRACL.

Cette augmentation continue se traduit par une part croissante des prélèvements sociaux dans l'ensemble des prélèvements obligatoires.

Structure des prélèvements obligatoires

(en % du produit intérieur brut)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Impôts après transfert de recettes fiscales	24,4	24,7	24,2	24,3	24,9	25,2
Administrations publiques centrales	16,6	16,1	15,5	15,0	15,7	16,1
<i>dont Etat</i>	37,3	15,8	15,2	14,7	14,6	14,9
Administrations publiques locales	6,1	6,3	6,4	6,8	6,8	6,8
Administrations de sécurité sociale	0,8	1,1	1,2	1,5	1,3	1,3
Communauté économique européenne	0,9	1,2	1,1	1,1	1,1	1,0
Cotisations sociales effectives	19,3	19,2	19,4	19,6	19,1	19,3
Total prélèvements obligatoires	43,7	43,9	43,7	43,9	44,1	44,5

Le tableau ci-dessus montre bien la déformation de la structure des prélèvements obligatoires au détriment de l'Etat, qui voit sa part se réduire de 16,3 % en 1990 à 14,9 % en 1995, et au profit des administrations de sécurité sociale, qui voient leur part augmenter de 20,1 % en 1990 à 20,6 % en 1995.

B. LA DÉTÉRIORATION DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER

1. L'accumulation des déficits

Depuis 1990, le solde des opérations courantes du régime général de sécurité sociale a été constamment négatif. Ce déficit de trésorerie, qui était de l'ordre de 15 milliards de francs chaque année, s'est brutalement amplifié en 1993 sous l'effet de la récession économique, pour dépasser 56,4 milliards de francs.

En 1994, l'ensemble des branches du régime général sont devenues déficitaires. Elles l'auraient d'ailleurs été dès 1993, si le produit du relèvement de 1,3 point de la CSG décidé en cours d'année n'avait pas été temporairement versé à la branche famille, avant d'être affecté l'année suivante au fonds de solidarité vieillesse. Cette situation de déséquilibre simultané de toutes les branches du régime général est sans précédent depuis la création de la sécurité sociale en 1945.

En dépit d'un moindre déficit global en 1994, de 54,8 milliards de francs, les comptes du régime général ne se sont pas redressés depuis leur brutale détérioration de 1993. Les rentrées de cotisations sociales ont pourtant retrouvé un rythme de progression de 6,4 % en 1995, mais les dépenses se sont accrues encore plus vite (+ 7,2 %).

Evolution du solde du régime général et ventilation par branches

(en milliards de francs)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996 (p)
Régime général	- 16,6	- 15,3	- 56,4	- 54,9	- 67,3	- 51,5
Dont :						
- Maladie	- 3,0	- 6,3	- 27,3	- 31,5	- 39,7	- 33,5
- Accidents du travail	0,5	2,1	- 0,3	- 0,1	1,1	0,6
- Vieillesse	- 18,7	- 17,9	- 39,5	- 12,8	- 10,1	- 5,7
- Famille	4,6	6,8	10,7	- 10,4	- 38,9	- 12,7

En 1996, le très net ralentissement des recettes, qui ne progressent que de 1,8 % sur l'année, explique l'aggravation du déficit à 51,5 milliards de francs, en dépit de la modération des dépenses (+ 0,4 %).

Le tableau ci-dessous retrace le besoin de financement des administrations de sécurité sociale tel qu'il apparaît dans les comptes de la Nation, abstraction faite du régime d'indemnisation du chômage.

Besoins de financement des administrations de sécurité sociale

(en millions de francs)

	1991	1992	1993	1994	1995
Régimes généraux	-15.245	-18.341	-62.898	-55.313	-74.311
Régime général de sécurité sociale	-14.831	-18.713	-61.590	-55.538	-74.570
Fonds spéciaux	-414	372	-1.308	225	259
Régimes particuliers	20.646	3.781	-9.316	-16.202	-7.505
Régimes de salariés non agricoles	19.764	6.777	-2.942	-12.743	-5.515
Régimes de non salariés non agricoles	2.915	-3.264	-6.209	-1.431	-2.549
Régimes agricoles	-2.033	268	-165	-2.028	559
Total des régimes	5.401	-14.560	-72.214	-71.515	-81.816

2. L'accroissement des contributions de l'Etat

Une première réponse à l'accroissement des déficits sociaux a consisté à accroître les contributions de l'Etat au financement de la sécurité sociale. Dans son rapport au Parlement sur la sécurité sociale de septembre 1996, la Cour des Comptes retrace l'évolution sur la période récente de ces

contributions, qui prennent la forme soit de concours budgétaires, soit de taxes ou impôts affectés directement ou par l'intermédiaire du fonds de solidarité vieillesse.

Contributions publiques aux régimes de base

(en milliards de francs)

	1992	1993	1994	1995
I. Concours de l'Etat aux régimes de base				
Subventions d'équilibre	41,3	43,9	45,9	36,1
Prestations prises en charge (hors AAH)	17,5	23,4	8,9	7,8
Compensations d'exonérations de cotisations	6,4	11,3	18,9	28,9
Total I	65,2	78,6	73,7	72,8
II. Concours du FSV aux régimes de base				
Prestations prises en charge			34,8	32,9
Cotisations prises en charge			19,2	25,0
Total II			54,0	57,9
Total I+II	65,2	78,6	127,7	130,7
III. Impôts et taxes affectés	88,1	102,8	79,5	93,4
dont CSG affectée à la CNAF	40,4	58,3	41,3	42,4
Total I + II + III	153,3	181,4	207,2	224,1

Les concours de l'Etat progressent fortement du fait des compensations d'exonérations de cotisations sociales liées à la politique de l'emploi. En revanche, les prestations prises en charge par l'Etat diminuent nettement à compter de 1994, du fait de la prise en charge des dépenses du minimum vieillesse par le FSV. Le relèvement de la fraction de TVA affectée au BAPSA se traduit en 1995 par une diminution des subventions d'équilibre et un accroissement des impôts et taxes affectés.

Au total, les contributions publiques aux régimes de base de sécurité sociale sont passées de 153,3 milliards de francs en 1992, à 224,1 milliards de francs en 1995, soit une progression de 46 % en trois ans.

3. Le recours à l'emprunt

La seconde réponse à l'accroissement des déficits sociaux a été le recours à l'emprunt, sous la forme d'un "cantonnement" de la dette du régime général de sécurité sociale en deux étapes.

Première étape, l'article 105 de la loi de finances pour 1994 a transféré à l'Etat, à hauteur de 110 milliards de francs, la dette cumulée du régime général au 31 décembre 1993. Bien que cette dette soit juridiquement à la charge de l'Etat, son amortissement en intérêt et capital était

économiquement assuré par un versement annuel du fonds de solidarité vieillesse de 12,5 milliards de francs, appelé à se renouveler pendant 15 ans.

Toutefois, du fait de l'évolution spontanée de son solde de trésorerie, le régime général s'est à nouveau trouvé déficitaire à compter du mois de septembre 1994 et pendant toute l'année 1995. Le plafond conventionnel des avances de la Caisse des dépôts et consignations à l'ACOSS, porté à 20 milliards de francs, s'est révélé rapidement insuffisant, et le régime général a dû recourir de nouveau aux avances du Trésor. Au 31 décembre 1995, le solde de trésorerie de l'ACOSS s'établissait à - 119,5 milliards de francs.

Seconde étape, l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 a créé la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), sous la forme d'un établissement public à caractère administratif.

La CADES a pour mission :

- d'apurer sur une durée de treize années la dette cumulée du régime général depuis 1992, soit 230 milliards de francs (110 milliards de francs repris à la fin de 1993 + 120 milliards de francs accumulés en 1994 et 1995) ;

- de prendre en charge une partie du déficit prévisionnel du régime général pour 1996, à hauteur de 17 milliards de francs ;

- de prendre en charge le déficit prévisionnel de la CANAM pour 1996, soit 3 milliards de francs.

La dette totale portée par la CADES s'élève ainsi à 250 milliards de francs.

Le FSV se trouve en conséquence déchargé de l'obligation de contribuer au remboursement de la dette cumulée du régime général antérieure à 1994, la CADES assurant à sa place le versement annuel à l'Etat de 12,5 milliards de francs.

Les ressources de la CADES sont constituées essentiellement de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), impôt à large assiette assis sur toutes les catégories des revenus d'activité, de remplacement ou du patrimoine. Le rendement de la CRDS, au taux de 0,5 %, est estimé à 25,5 milliards de francs pour 1997.

Les ressources de la CADES sont constituées également du produit des cessions du patrimoine immobilier locatif des caisses nationales de sécurité sociale, dont la valeur actualisée est estimée à 2,8 milliards de francs, et du remboursement des créances sur des organismes étrangers de sécurité sociale antérieures au 31 décembre 1995.

Dans l'attente de la mise en place de la CADES, la Caisse des dépôts a consenti à l'ACOSS, à compter du 4 décembre 1995, un prêt relais d'un montant de 137 milliards de francs. Ce prêt a été remboursé par la CADES, grâce aux ressources d'emprunt qu'elle a levées sur les marchés financiers au printemps 1996.

L'endettement de la CADES, au 30 septembre 1996, se décompose de la manière suivante :

Dettes à long terme : 34 milliards de francs

- emprunt 6,25 % échéance 2007 (FF) : 11 milliards de francs
- emprunt 5,50 % échéance 2002 (FF) : 14 milliards de francs
- emprunt 6,375 % échéance 2004 (florins néerlandais) : 9 milliards de francs

Dettes à court terme : 105 milliards de francs

- titres courts (billets de trésorerie et papier commercial) : 93 milliards de francs
- crédit syndiqué : 12 milliards de francs.

Tableau emplois-ressources de la CADES au 30 septembre 1996

(en milliards de francs)

RESSOURCES	
Emprunts	
- long terme	34,0
- court terme	105,0
RDS	11,0
TOTAL	150,0
EMPLOIS	
Remboursements à la Caisse des dépôts	
- principal	137,0
- intérêts	0,8
Versements à l'Etat	6,0
Versements à la CANAM	3,0
Intérêts	
- long terme	-
- court terme	2,9
Autres	0,2
TOTAL	149,9
SITUATION DE TRESORERIE	
	0,1

Le compte d'exploitation prévisionnel de la CADES en 1997 fait apparaître un solde positif de 6,5 milliards de francs, correspondant à la capacité de financement qu'il lui faut dégager afin de pouvoir rembourser le principal des capitaux empruntés.

Compte d'exploitation de la CADES 1996 et 1997

(en milliards de francs)

	1996	1997
RECETTES		
RDS	21,5	25,5
TOTAL	21,5	25,5
DEPENSES		
Versements à l'Etat	12,5	12,5
Versement à la CANAM	3,0	-
Intérêts		
- long terme	-	3,5
- court terme	5,2	3,5
Autres	0,6	0,5
TOTAL	21,3	19,0
TOTAL GENERAL	0,2	6,5

II. DES DYNAMIQUES D'ÉVOLUTION VARIABLES

A. VIEILLESSE : UNE PROGRESSION RALENTIE À MOYEN TERME

1. Le niveau moyen des retraites est satisfaisant

La montée en charge des régimes de retraite de base et complémentaires s'est accompagnée d'une très nette amélioration du niveau des pensions de vieillesse.

Cette amélioration s'est traduite par une forte diminution du nombre des bénéficiaires du minimum vieillesse, qui ne représentaient plus en 1992 que 11,8 % des personnes âgées de plus de 65 ans, contre 21 % en 1983. Cette évolution est d'autant plus remarquable que le minimum vieillesse a été fortement revalorisé depuis le début des années 1970, plus rapidement que les pensions du régime général.

Les niveaux moyens des pensions et des salaires sont devenus comparables. En 1993, pour l'ensemble des retraités du régime général, la retraite moyenne représentait environ 80 % du salaire moyen net (mais 70 % seulement du salaire moyen net en fin de carrière, les rémunérations de fin de carrière étant généralement plus élevées).

Les pensions de vieillesse atteignaient en 1993 un montant moyen de 7.600 francs par mois pour les salariés (public et privé) et de 5.094 francs tous régimes confondus.

Montant moyen de la pension de droits directs en 1993

(en francs)

	Hommes	Femmes	Ensemble
Salariés du régime général	10.322	6.034	8.459
<i>dont</i> :			
cadres affiliés à l'AGIRC pendant plus de 15 ans	15.730	11.079	14.972
autres cadres	10.725	8.710	10.192
autres salariés	7.446	5.451	6.395
Fonctionnaires	12.171	10.003	11.135
<i>dont</i> :			
catégorie A	15.423	12.879	14.588
catégorie B	9.660	9.771	9.730
catégorie C	6.793	6.899	6.858
Exploitants agricoles	2.501	1.500	1.935
Artisans, commerçants	3.427	3.108	3.356
Salariés agricoles	4.655	4.429	4.612
Autres régimes de base	9.984	5.311	8.789

2. La réforme de 1993 produit les effets attendus

Comme l'indique le rapport annexé au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, la réforme des retraites de 1993 et la poursuite de la prise en charge par le fonds de solidarité vieillesse des dépenses de solidarité permettent d'engager le rééquilibrage des comptes de la CNAVTS malgré les tendances lourdes de la dégradation du rapport démographique. L'allongement de la durée d'assurance (150 à 160 trimestres) et la réforme du mode de calcul du salaire moyen (10 à 25 ans) devraient induire une économie de plus de 4 milliards de francs en l'an 2000 et de presque 28 milliards de francs en 2010.

Le rythme d'évolution en valeur des prestations financées par le régime général s'infléchit depuis 1994, passant de 5,8 % en 1994 à 5,3 % en 1996. Il devrait être de 4 % en 1997. Toutefois, si la loi du 22 juillet 1993 garantit la pérennité de notre système de retraite par répartition, elle laisse subsister un déficit tendanciel. Ainsi, pour l'exercice 1996, le déficit devrait atteindre 5,7 milliards de francs.

3. L'adaptation des régimes spéciaux de retraite reste à faire

L'an dernier, le rapport du groupe de travail du Plan sur les perspectives à long terme des retraites, présidé par M. Raoul Briet, avait dressé un tableau préoccupant de l'avenir des régimes spéciaux.

La dégradation du rapport démographique est en effet beaucoup plus prononcée dans ces régimes que dans le régime général, notamment pour les deux principaux d'entre eux, celui des fonctionnaires de l'Etat et celui des agents des collectivités locales et des hôpitaux (CNRACL).

Cette détérioration résulte pour le régime des fonctionnaires de la structure actuelle de la pyramide des âges des cotisants, qui reflète la politique d'embauche de la fonction publique des années 1960 à nos jours : forte augmentation des effectifs à compter des années 1960, puis stabilisation depuis 10 ans.

Dans le cas du régime des collectivités locales, la baisse importante du rapport démographique est imputable à la montée en charge de ce régime encore jeune. En outre, ses ressortissants sont majoritairement de sexe féminin (63 % des retraités de droits directs sont de sexe féminin en 1994) et ont donc une espérance de vie plus élevée que la moyenne. Le rapport démographique est divisé par presque trois d'ici 2015.

Le rapport cotisants/retraités des deux principaux régimes spéciaux à l'horizon 2015

Effectifs (en milliers)		1995	2000	2005	2010	2015	1995 /2015
Fonctionnaires civils	Retraités	821	948	1.118	1.309	1.481	80%
	Cotisants	2.072	2.075	2.075	2.075	2.075	
	Rapport cotisants/retraités	2.51	2.19	1.86	1.59	1.40	-45%
CNRACL	Retraités	426	576	794	984	1.177	176%
	Cotisants	1.541	1.561	1.560	1.560	1.560	1%
	Rapport cotisants/retraités	3,62	2,71	1,96	1,59	1,33	-63%

Ces évolutions démographiques de fond expliquent que le besoin de financement de ces deux régimes de retraite devient très important dès l'an 2000 : le régime des fonctionnaires civils de l'Etat connaîtrait ainsi des besoins de financement évalués à près de 11 points de cotisation en 2005 et à près de 21 points en 2015. Pour la CNRACL, le besoin de financement atteindrait le tiers de la masse salariale en 2015.

En milliards de francs		1993	1995	2000	2005	2010	2015	1995/2015
Fonctionnaires civils	Charges	98.6	104.8	122.7	148.6	182.2	219.6	110%
	Ressources	98.6	101.0	106.2	114.4	126.2	139.4	38%
	Besoin de financement	0.0	3.8	16.5	34.2	56.0	80.2	
	Exprimé en points de cotisation		1.3	5.5	10.7	15.9	20.6	
CNRACL	Charges	31.3	37.3	50.3	71.2	93.4	119.2	220%
	Ressources	31.3	34.5	36.7	39.8	43.9	48.4	40%
	Besoin de financement	0.0	2.8	13.6	31.4	49.5	70.8	
	Exprimé en points de cotisation		1.7	7.8	16.7	23.8	30.8	

Une adaptation des règles de fonctionnement des régimes spéciaux de retraite apparaît donc nécessaire, portant sur l'assiette des cotisations, la durée de cotisation pour une retraite à taux plein, l'âge de l'ouverture des droits à pension et les conditions de versement des pensions de réversion.

B. ACCIDENTS DU TRAVAIL : UNE MODÉRATION TROMPEUSE ?

1. Des cotisations ajustées aux dépenses

La branche accidents du travail se singularise par un mode de calcul des cotisations très personnalisé, qui permet de les ajuster aux dépenses effectives.

La tarification des risques accidents du travail et maladies professionnelles est déterminée par établissement, chaque établissement étant classé dans une catégorie de risque en fonction de son secteur d'activité. Le taux notifié est constitué à partir d'un taux brut et de trois majorations pour le risque accidents de trajet, la solidarité entre régimes et les charges générales.

L'article 10 de la loi du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale a accentué cette personnalisation des taux de cotisation accidents du travail, afin de les rendre plus incitatifs à la prévention. Ainsi, les seuils d'effectifs déterminant le mode de tarification ont été abaissés :

- les entreprises de moins de 10 salariés, au lieu de 20 auparavant, se voient notifier un taux collectif, c'est-à-dire le taux de cotisation moyen national de leur secteur d'activité ;

- les entreprises de 10 à 199 salariés, au lieu de 20 à 299 auparavant, se voient notifier un taux mixte, qui prend en compte une part du taux collectif et une part du taux propre au prorata des effectifs :

- les entreprises de plus de 200 salariés et plus, au lieu de 300 auparavant, se voient notifier un taux propre, c'est-à-dire calculé à partir du coût des accidents dont ont été victimes les salariés de chacun de leurs établissements.

Par ailleurs, les dérogations aux règles générales dont bénéficient un certain nombre d'établissements seront accordées de façon plus restrictive et les différents établissements d'une même entreprise ne se verront plus notifier un taux commun.

La commission des accidents du travail et des maladies professionnelles, instance paritaire siégeant auprès de la CNAMTS, détermine chaque année les taux bruts collectifs et fixe le montant des trois majorations servant au calcul des taux nets.

Le taux net moyen s'établit à 2.27 % pour 1996.

Ce mode de calcul des cotisations explique que la branche accidents du travail soit depuis 1994 régulièrement excédentaire : 1.1 milliard de francs en 1995, 0.6 milliard de francs en 1996, 1.7 milliard de francs prévu pour 1997.

2. La sous-évaluation chronique des maladies professionnelles

L'évolution du nombre des accidents du travail est sur le long terme orienté à la baisse du fait de la politique de prévention encouragée par le caractère personnalisé des cotisations. A court terme, elle reste corrélée à la conjoncture économique, une reprise de l'activité de l'industrie et du bâtiment se traduisant par un regain du nombre des accidents.

Accidents du travail : cas d'incapacité permanente et décès

	1980	1985	1987	1988	1989	1990	1991
Incapacité permanente	109.270	80.930	69.483	74.606	70.501	73.662	74.749
Décès	1.562	1.157	1.076	1.188	1.258	1.285	1.177

En revanche, le nombre des maladies professionnelles est vraisemblablement sous-évalué, en raison de procédures de reconnaissance trop rigides.

La difficulté vient de ce que les maladies dont les causes sont multiples ne sont pas reconnues au titre des risques professionnels sans expertise individuelle ponctuelle. C'est ce qui a conduit la France, à l'instar d'autres pays européens, à adopter un système mixte : d'une part, le système des tableaux pour lequel la présomption d'origine perdure et, d'autre part, le système dit complémentaire, qui est fondé sur une expertise médicale mettant en évidence le lien de causalité entre une pathologie et des conditions de travail.

La loi n° 93-121 du 27 mars 1993 a ainsi institué un système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles, fondé sur une expertise individuelle par trois médecins réunis dans un comité régional. Ce nouveau système permet la reconnaissance du caractère professionnel de certaines affections n'entrant pas dans le champ d'application des tableaux de maladies professionnelles :

- soit parce que, bien que l'affection soit inscrite dans un tableau, toutes les conditions administratives ne sont pas remplies (durée insuffisante d'exposition, délai de prise en charge dépassé, travail non inscrit) ;

- soit parce que l'affection n'est pas inscrite dans un tableau, bien qu'elle ait entraîné la mort du salarié ou une incapacité permanente partielle des deux tiers.

Cette réforme du système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles a ainsi permis de décroiser les branches maladie et accidents du travail. Toutefois ce mécanisme reste très limité dans son application : sur les 1.273 dossiers inscrits par les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles en 1994 et 1995, 636 ont été acceptés.

Cette procédure n'est sans doute pas à la mesure du phénomène des maladies professionnelles non reconnues. Le présent projet de loi de financement propose une prise en charge forfaitaire de celles-ci par la branche accidents du travail.

C. FAMILLE : LA POURSUITE D'UN EFFORT IMPORTANT

1. Des moyens considérables

Les moyens consacrés à la politique familiale sont considérables. Ainsi, selon les comptes de la protection sociale, la politique familiale mobilise environ 319 milliards de francs en 1995, soit 4,6 % de la richesse

nationale, la France se situant au troisième ou au quatrième rang en Europe. Les familles allocataires sont plus de 5.8 millions et le nombre d'enfants bénéficiaires de la politique familiale dépasse 12.2 millions. En outre, les instruments de la politique familiale sont riches et variés. Les prestations familiales sont plus nombreuses et d'une étendue plus vaste qu'ailleurs en Europe.

Les prestations familiales en Europe (1990)

En Ecu	France	Allemagne	Royaume-Uni	Europe des 12
Montant par habitant	364.8	351.2	273.5	232.7

Le volume des prestations versées par la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) a atteint 236 milliards de francs en 1995. S'y ajoutent des aides fiscales à hauteur de 100 milliards de francs environ, ainsi que des aides personnelles au logement.

Les branches maladie et vieillesse de la sécurité sociale prennent également en compte la dimension familiale. Ainsi, la seule cotisation maladie d'un actif permet de couvrir tous les membres de sa famille, quel que soit leur nombre. En vieillesse, les pensions sont majorées en fonction du nombre d'enfants.

2. Le succès de la loi famille de 1994

Comme le rappelle le rapport annexé au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, la loi du 25 juillet 1994 relative à la famille a profondément renouvelé le cadre de la politique familiale en tenant compte des évolutions et des attentes des familles et en s'adaptant à la montée du taux d'activité des mères de famille. Cette politique familiale ambitieuse a pour triple objectif d'améliorer l'accueil des jeunes enfants, d'aider les familles ayant de jeunes adultes à charge, de mieux prendre en compte les besoins spécifiques de certaines familles (familles adoptantes, familles qui connaissent des naissances multiples, familles dont l'état de santé de l'enfant demande une plus grande disponibilité).

Ainsi, l'ensemble des mesures relatives à la prise en charge des jeunes enfants (APE, AGED, AFEAMA) ont connu une dynamique bien supérieure à ce qui avait été prévu en 1994. De 1994 à 1996, les prestations versées au titre de l'APE et de l'AGED ont plus que doublé. Le coût de ce premier volet de la loi est désormais évalué à 8,5 milliards de francs en 1996 ; 11,7 milliards de francs en 1997, contre 7,9 milliards initialement prévus ; et à 14 milliards de francs en régime de croisière contre 10 milliards initialement prévus.

Ce succès de la loi de 1994 explique que les comptes de la branche famille apparaissent fortement déséquilibrés en 1995, avec un déficit de - 38,9 milliards de francs. et justifie le "gel" exceptionnel des prestations familiales en 1996.

3. Le renforcement de la dimension familiale de l'impôt sur le revenu

L'impôt sur le revenu prend en compte la vie en couple et les charges de famille selon le système du quotient : le revenu imposable est divisé par un certain nombre de parts ; le barème est appliqué à ce revenu par part ; le résultat est multiplié par le nombre de parts.

Le mécanisme du quotient trouve sa justification dans la théorie des niveaux de vie : les études statistiques montrent qu'un célibataire disposant d'un revenu de 100 a le même niveau de vie qu'un couple sans enfant disposant d'un revenu de 170. qu'un couple avec enfant disposant d'un revenu de 200.

Pour un même niveau de revenu, l'impôt sur le revenu est plus élevé pour les célibataires sans charge de famille : un salarié célibataire sans enfant situé à la médiane des revenus paie cinq fois plus au titre de l'impôt sur le revenu qu'un couple avec deux enfants.

Dans son principe, cette technique est cohérente avec l'objectif de taxation en fonction des capacités contributives puisqu'elle consiste, à revenu égal, à taxer chaque unité de consommation de la même manière.

Les effets du quotient familial sont toutefois plafonnés au-delà de seuils de revenus qui varient selon la situation familiale (marié, veuf, célibataire). L'avantage en impôt résultant de l'application du quotient familial est ainsi plafonné à 15.900 francs par demi-part excédant une part (célibataire, divorcés, veufs ou séparés) ou deux parts (mariés).

Toutefois, les contribuables célibataires, divorcés ou séparés, ayant un ou plusieurs enfants à charge, voient leur réduction d'impôt plafonnée à 19.680 francs lorsque les demi-parts additionnelles sont du nombre de deux.

Au total, l'application du quotient familial représente une dépense fiscale de 72 milliards de francs.

Si l'on prend en compte l'ensemble des aides fiscales en faveur des familles, on arrive à un total de l'ordre de 96 milliards de francs, auquel

s'ajoutent 9,5 milliards de francs au titre du non-assujettissement des prestations familiales à l'impôt sur le revenu.

La réforme de l'impôt sur le revenu proposée par le Gouvernement dans le cadre du projet de loi de finances pour 1997 rendra la fiscalité encore plus favorable aux familles. Le remplacement de la décote par l'élargissement de la tranche à taux zéro devrait aboutir à exonérer 1,5 million de familles supplémentaires de l'impôt sur le revenu.

D. MALADIE : L'URGENCE D'UNE MAÎTRISE GLOBALE

1. Un niveau de dépenses excessif

Après l'accalmie de 1994, la consommation de soins et de biens médicaux est repartie à la hausse en 1995, année où elle a progressé de 4,6 % pour atteindre 682 milliards de francs, soit 11.735 francs par habitant.

La consommation dérape essentiellement sur le médicament (+ 6 %) et l'hôpital (+ 4,8 %). Le ralentissement marqué depuis le début des années 1980 se trouve ainsi remis en cause.

Taux de croissance des principaux postes de la consommation de soins et biens médicaux

(évolution annuelle en %)

	80-85	85-90	1992	1993	1994	1995
Soins hospitaliers	13,0	6,3	6,8	6,4	4,2	4,8
Soins ambulatoires	14,5	9,3	5,7	3,8	0,9	3,7
Transports de malades	19,0	9,5	8,8	3,4	5,7	3,9
Médicaments	13,8	8,4	6,2	7,2	2,1	6,0
Prothèses	15,1	12,0	8,9	4,9	6,5	0,8
Consommation de soins et de biens médicalisés	13,7	7,7	6,5	5,7	3,0	4,6

En dépit de cette tendance au ralentissement, la progression de la consommation médicale totale a toujours été sensiblement supérieure à celle du PIB, sauf en 1994 (accroissement de la consommation médicale totale de 3,3 % contre 4,1 % pour le PIB) sous l'effet des mesures du plan Veil.

Sur longue période, les soins de santé constituent en termes d'analyse micro-économique un bien supérieur, dont la consommation augmente plus vite que le revenu.

Cette dynamique des dépenses de santé est commune à la plupart des pays développés. Toutefois, la France se singularise par un niveau de dépenses de santé particulièrement élevé, comme le montre le tableau ci-après :

Part de la dépense nationale de santé dans le PIB

(en %)

	1980	1985	1990	1991	1992	1993
Allemagne	8,4	8,7	8,3	8,4	8,7	8,6
Autriche	7,9	8,1	8,4	8,6	9,0	9,3
Belgique	6,6	7,4	7,6	7,9	7,9	8,3
Danemark	6,8	6,3	6,3	6,5	6,6	6,7
Espagne	5,6	5,7	6,6	6,5	7,5	7,3
Finlande	6,5	7,3	8,0	9,1	9,4	8,8
France	7,6	8,5	8,9	9,1	9,4	9,8
Grèce	4,3	4,9	5,3	5,3	5,4	5,7
Irlande	9,2	8,2	7,0	7,4	7,1	6,7
Italie	6,9	7,0	8,1	8,4	8,5	8,5
Luxembourg	6,8	6,8	7,2	7,3	7,4	6,9
Pays-Bas	8,0	8,0	8,2	8,4	8,6	8,7
Portugal	5,9	7,0	7,1	7,8	7,9	7,3
Royaume-Uni	5,8	6,0	6,2	6,6	7,1	7,1
Suède	5,6	5,9	6,0	6,5	7,0	7,1

Depuis 1990, la France est le pays de l'Union européenne qui consacre la plus forte proportion de son PIB aux dépenses de santé. Certains de ses voisins européens ont su au contraire diminuer depuis 1985 la part des dépenses de santé dans leur revenu national, tels l'Allemagne, le Danemark ou l'Irlande.

Au sein de l'OCDE, les seuls pays qui consacrent une part plus importante de leur PIB aux dépenses de santé sont les Etats-Unis (14,1 %), le Canada (10,2 %) et la Suisse (9,9 %).

Les Français se rendent en moyenne 14,8 fois par an chez un praticien (11,4 fois en 1980), dont 6,4 séances chez le médecin, 3,6 séances d'analyses, radios ou examens, 5,5 séances d'auxiliaires paramédicaux et 1,5 séance chez le dentiste.

En matière de médicaments, les Français comptent parmi les plus gros consommateurs mondiaux en volume (37,2 boîtes par an et par habitant en 1991, contre 27,4 en 1980), à égalité avec les Japonais et devant les Allemands.

Au vu de ces données, votre rapporteur pour avis conclut que ce n'est certainement pas le "rationnement des soins" qui menace actuellement les Français, mais bien la surconsommation médicale.

Ce n'est sans doute pas un hasard si la France détient l'un des plus forts taux de maladie "iatrogènes", causées par des interactions médicamenteuses ou des prescriptions inadaptées.

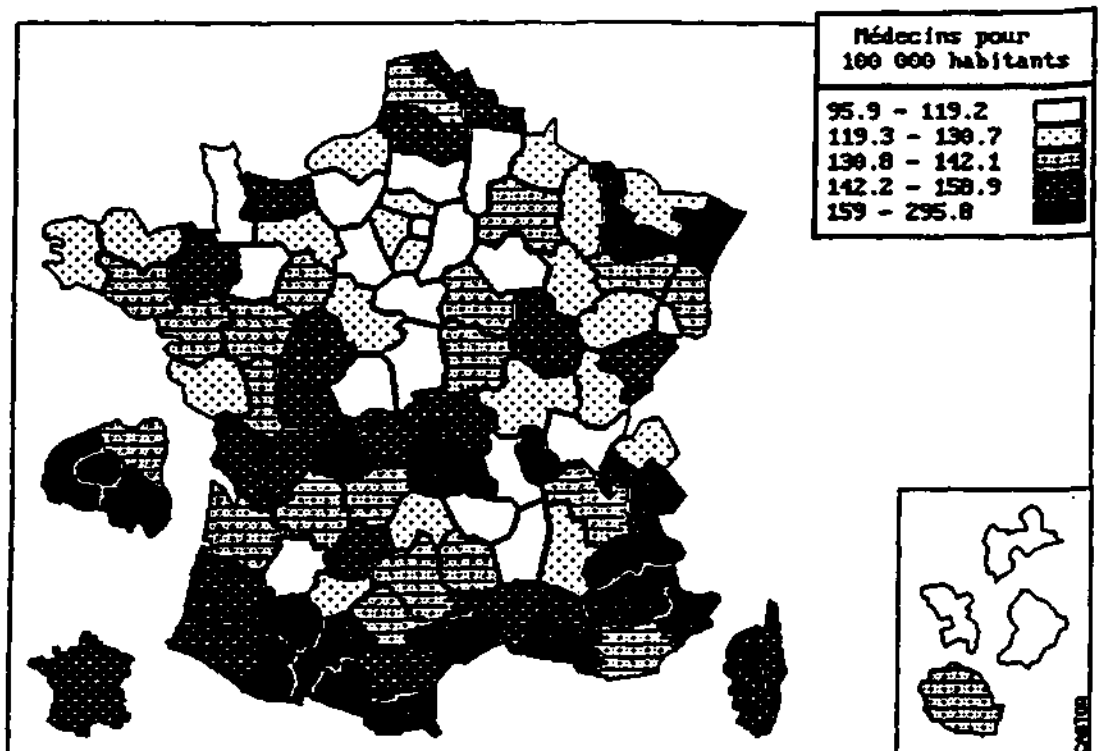
Si notre pays avait consacré en 1993 aux dépenses de santé une part de son PIB comparable à celle de l'Allemagne, il aurait économisé 100 milliards de francs. S'il s'était aligné sur le niveau du Royaume-Uni ou de la Suède, l'économie aurait été de 230 milliards de francs.

2. Des inégalités injustifiées

Les inégalités dans la répartition géographique de l'offre de soins sont désormais bien connues. Ainsi, la répartition des praticiens sur le territoire national fait apparaître de grandes disparités qu'aucun motif de santé publique ne peut expliquer.

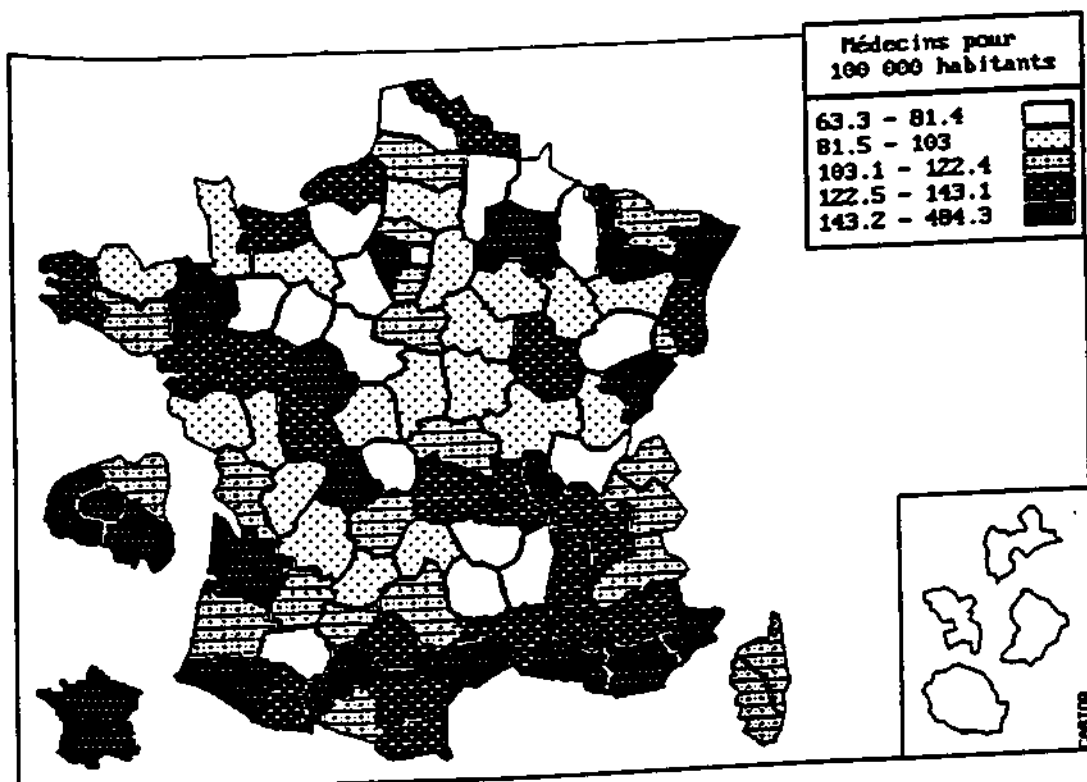
Le nombre des médecins généralistes est, pour la France entière, de 148,5 pour 100.000 habitants. Mais ce ratio moyen recouvre des écarts interdépartementaux qui vont de 95,9 en Seine-et-Marne à 295,8 à Paris.

Répartition des médecins généralistes au 1er janvier 1996



La répartition des médecins spécialistes apparaît tout aussi inégale. Alors que la moyenne nationale est de 145.9 pour 100.000 habitants, ce ratio s'étage de 63.3. en Haute-Loire. à 484.3 à Paris.

Répartition des médecins spécialistes au 1er janvier 1996



Les inégalités dans la répartition de l'offre hospitalière ne sont pas moindres. Un ouvrage récent de M. Elias Coca¹, directeur d'hôpital, a montré qu'elles se doublent d'inégalités dans la répartition des moyens.

Le tableau ci-après rapporte, pour chaque région, les moyens financiers alloués aux hôpitaux publics (CHR + CH), à la population et à l'activité des établissements. Les populations régionales sont "standardisées", c'est-à-dire corrigées en fonction de leur structure démographique, puisque la consommation des soins est fortement corrélée à l'âge. L'activité des établissements est exprimée en "équivalent journées de court séjour", mesure homogène des différentes activités hospitalières.

¹ Elias Coca - "Les inégalités entre hôpitaux" - Berger-Levrault.

Les inégalités régionales de financement de l'hospitalisation publique

CHR+CH	Financement net en KF	Population standardisée en milliers	F / habitant standardisé	Activité en équivalent journées CS	F / équivalent journée de court séjour
Ile-de-France	28.911.559	9.996,3	2.892	9.185.280	3.148
Alsace	4.131.220	1.567,4	2.636	1.712.975	2.412
Franche-Comté	2.298.530	1.090,6	2.108	1.079.933	2.128
Rhône-Alpes	10.950.321	5.267,0	2.079	4.022.752	2.722
Limousin	1.738.738	865,8	2.008	823.672	2.111
Languedoc-Roussillon	4.670.987	2.333,2	2.002	1.672.852	2.792
PACA + Corse	9.621.584	4.870,9	1.975	3.350.311	2.725
Bretagne	5.585.475	2.902,7	1.924	2.371.291	2.355
Basse-Normandie	2.677.749	1.400,1	1.913	1.088.609	2.460
Nord-Pas -de-Calais	7.063.395	3.735,8	1.891	2.868.712	2.462
Champagne-Ardennes	2.508.912	1.332,2	1.883	1.074.453	2.335
Lorraine	4.138.358	2.238,3	1.849	1.731.785	2.390
Auvergne	2.646.968	1.442,5	1.835	1.160.183	2.282
Picardie	3.152.293	1.729,8	1.822	1.347.947	2.339
Haute-Normandie	3.038.832	1.668,2	1.822	1.295.656	2.345
Poitou-Charentes	3.150.285	1.750,0	1.800	1.262.839	2.495
Aquitaine	5.266.692	3.048,2	1.728	2.095.944	2.513
Midi-Pyrénées	4.623.358	2.687,7	1.720	1.570.359	2.927
Centre	4.232.358	2.495,0	1.696	1.864.345	2.270
Pays-de-Loire	5.123.003	3.061,4	1.673	2.069.725	2.475
Bourgogne	2.337.470	1.734,4	1.348	1.088.328	2.148
FRANCE	117.868.108	57.217,6	2.060	44.926.950	2.624

Ces rapprochements sont riches d'enseignements. Ils font apparaître l'extrême concentration des ressources hospitalières. Alors que la dotation moyenne est de 2.060 francs par habitant, quatre régions seulement se situent au-dessus de ce ratio : l'Ile-de-France (2.892 francs), l'Alsace (2.636 francs), la Franche Comté (2.108 francs) et Rhône-Alpes (2.079 francs). Les vingt autres régions peuvent donc être considérées comme sous-dotées.

Le rapprochement des ressources financières et de l'activité des hôpitaux, qui intègre les inégalités d'équipement, fait apparaître des disparités comparables dans la répartition des dotations.

Alors que la moyenne nationale est de 2.624 francs par journée, cinq régions seulement se situent au-dessus de ce ratio : l'Ile-de-France (3.148 francs), Midi-Pyrénées (2.927 francs), Languedoc-Roussillon (2.792 francs), Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse (2.725 francs) et Rhône-Alpes (2.722 francs).

Ces inégalités dans la répartition régionale des ressources hospitalières ne sont pas seulement préoccupantes en termes de santé publique. Elles sont également l'indice d'un formidable gisement de productivité au sein d'une masse financière qui représente près de la moitié

des dépenses d'assurance maladie. Votre rapporteur pour avis a la conviction que les dotations hospitalières peuvent être alignées sur le niveau de la région la plus économe, sans diminution de la qualité des soins. Mais cet objectif ne sera pas atteint sans une politique énergique de réallocation des ressources, qui implique des taux d'évolution négatifs pour les régions particulièrement surdotées.

III. LE CHANTIER DE LA RÉFORME

A. LA MISE EN OEUVRE DU "PLAN JUPPÉ"

1. L'impact des mesures immédiates de redressement financier

Dans son discours du 15 novembre 1995, le Premier ministre avait présenté, à côté de réformes structurelles, un certain nombre de mesures à incidence financière immédiate destinées à réduire le déficit du régime général de 35 milliards de francs dès 1996.

Le tableau ci-après, tiré des annexes du présent projet de loi de financement, retrace l'écart entre les rendements attendus de ces mesures d'urgence et leurs rendements effectifs, qui atteint 5,6 milliards de francs.

Effets des mesures d'urgence en 1996

(en milliards de francs)

Mesures annoncées le 15 novembre 1995	Prévision	Réalisation
Branche famille	5,7	4,3
Stabilité de la base mensuelle des allocations familiales en 1996	2,6	2,6
Recentrage de l'APJE au profit des familles les plus modestes	0,6	0,6
Rationalisation des prestations familiales et des aides au logement	1,8	1,1
Hausse du taux de cotisations familiales des entreprises publiques	0,7	0,0
Branche vieillesse	11,0	11,7
Augmentation des prises en charge du FSV	11,0	11,7
Branche maladie	16,8	12,3
Mise en oeuvre de la première étape de l'harmonisation des cotisations maladie retraités imposables et des chômeurs indemnisés au SMIC	7,1	4,9
Respect des objectifs de dépenses	3,3	2,2
Réforme du calcul des indemnités journalières maternité	0,6	0,6
Contribution de l'industrie pharmaceutique	2,5	2,5
Frais de recours contre tiers	1,0	0,3
Contribution des médecins	2,3	1,4
Economies de gestion des caisses	1,5	1,5
TOTAL	35,0	29,4

Pour la branche famille, les effets des mesures sont inférieurs de 1,4 milliard de francs aux prévisions. Cette différence s'explique par le moindre rendement de la rationalisation des prestations familiales et des aides au logement (- 700 millions de francs), et par l'absence de hausse du taux de cotisations familiales des entreprises publiques et de l'Etat (- 700 millions de francs). Dans le rapport annexé au présent projet de loi de financement, le Gouvernement précise toutefois que ce taux sera porté de 4,8 % à 5,2 % en 1997.

Pour la branche vieillesse, l'effet de l'amélioration de la prise en charge des périodes de chômages validées gratuitement (la base forfaitaire étant portée de 60 % à 90 % du SMIC) est au contraire supérieur de 600 millions de francs au rendement espéré.

Pour la branche maladie, les effets des mesures sont inférieurs de 4,5 milliards de francs aux prévisions. Cette différence de près d'un tiers concerne toutes les mesures, à l'exception de la réforme du calcul des indemnités journalières maternité (600 millions de francs) et de la contribution de l'industrie pharmaceutique (2,5 milliards de francs), dont les rendements sont conformes aux prévisions.

Enfin, les économies de gestion des caisses, qui concernent toutes les branches, sont conformes aux prévisions de 1,5 milliard de francs.

Au total, le rendement des mesures de redressement financier atteint 85 % du montant initialement escompté. Cet écart est loin d'expliquer à lui seul l'absence d'amélioration significative du régime général en 1996.

2. Un rééquilibrage contrarié par les moindres rentrées de cotisations sociales

En dépit de la forte progression des contributions publiques, les cotisations constituent toujours la plus grande part des recettes de la sécurité sociale. Pour le régime général, elles constituent 85 % de ses ressources, qui sont donc très dépendantes de la conjoncture économique.

Comme l'ensemble de l'Europe, la France a connu un net ralentissement de l'activité économique à partir du printemps 1995. Il en résulte une croissance sensiblement inférieure à celle initialement prévue pour 1996 : 1,3 % au lieu de 2,8 %. Ce ralentissement explique une part très importante du déficit de la sécurité sociale prévu pour 1996.

Le plan de rééquilibrage présenté devant le Parlement le 15 novembre 1995 était fondé en effet sur une accélération de la progression de la masse salariale. Son taux de croissance était estimé à 5,3 % pour 1996 alors que le rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 1996 retient désormais une hypothèse de 2,3 % pour cette année. Cette progression plus faible de la masse salariale a induit d'importantes moins-values de rentrées de cotisations sociales.

Par conséquent, le déficit prévisionnel du régime général devrait s'établir à 51,5 milliards de francs en 1996, même en intégrant les mesures d'urgence annoncées le 15 novembre 1995, sans lesquelles il aurait été voisin de 90 milliards de francs.

L'analyse de l'écart entre l'objectif initial du Gouvernement et le déficit tendanciel montre bien que c'est l'atonie de la croissance économique, induisant des moins-values de recettes de près de 30 milliards de francs, qui a retardé le redressement des comptes en 1996 :

(en milliards de francs)

Objectif initial	-16,6
Ecart	-34,9
- pertes de recettes liées à la conjoncture	-29,5
- report de cotisations de 1995 sur 1996	3,2
- moindre rendement des mesures d'urgence	-5,6
- croissance non prévue des dépenses	-3,0
Résultat prévisionnel	-51,5

B. LE NOUVEAU DISPOSITIF DE PILOTAGE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

1. Le renforcement du rôle du Parlement

Votre rapporteur pour avis salue avec satisfaction la réforme constitutionnelle fondamentale qui a rendu possible le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale. Il appelait depuis longtemps de ses vœux ce renforcement du rôle du Parlement, qui n'avait été qu'amorcé par le débat sans vote prévu par la loi du 25 juillet 1994.

Notre système de sécurité sociale a trop longtemps souffert d'un émiettement institutionnel, de la dilution des responsabilités et de la faiblesse des administrations de tutelle.

Seule la représentation nationale dispose de la vision d'ensemble et de la légitimité indispensables pour donner l'impulsion aux réformes nécessaires et trop longtemps différées.

2. L'implication de la Cour des Comptes

La compétence nouvelle en matière de sécurité sociale que le Sénat a bien voulu conférer à la Cour des Comptes en 1994, sur le conseil de votre rapporteur pour avis, a été confirmée par la loi organique n° 96-646 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

Cette implication de la Cour des Comptes devrait accélérer la remise en ordre des méthodes comptables des organismes de sécurité sociale. Un grand progrès est en voie d'être réalisé avec le passage définitif du régime général à une comptabilité en droits constatés en 1997 et la généralisation de cette règle à tous les régimes de sécurité sociale en 1998.

Toutefois, le second rapport annuel de la Cour au Parlement sur la sécurité sociale montre que beaucoup reste encore à faire pour rationaliser le cadre comptable des organismes de sécurité sociale, qu'il s'agisse de la consolidation des branches ou de l'organisation des comptes en fonds multiples.

Au-delà de ces aspects techniques, la Cour des Comptes apportera au Parlement le concours précieux d'une analyse indépendante des réformes proposées par le Gouvernement et de l'exécution des lois de financement de la sécurité sociale. Votre rapporteur pour avis estime qu'il conviendrait sans

doute que la Cour adapte son organisation interne en fonction de la nouvelle mission essentielle qui lui a été confiée.

3. L'aménagement du paritarisme

L'ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996, portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale, a rénové le paritarisme en rétablissant, au sein des conseils d'administration des caisses, la parité entre les représentants des assurés sociaux et ceux des employeurs, ainsi qu'en prévoyant la participation des personnalités qualifiées. Les pouvoirs de proposition et d'avis des conseils ont aussi été renforcés.

Le renouvellement des conseils d'administration intervenu le 15 juillet 1996 s'est traduit par un changement de présidence dans les trois quarts des cas.

Les conseils d'administration des caisses nationales du régime général et de l'ACOSS sont désormais doublés de conseils de surveillance, présidés par des parlementaires. Votre rapporteur pour avis regrette d'ailleurs que l'installation de ces conseils de surveillance ne soit pas encore effective.

Cet effort de rénovation du paritarisme, qui fait suite à de trop longues années d'immobilismes et de rentes de situation, est appréciable. Votre rapporteur pour avis donne acte aux nouveaux conseils d'administration de leur comportement beaucoup plus responsable que celui de leurs prédécesseurs. Il persiste néanmoins à penser qu'il faudra aller plus loin dans l'adaptation d'un paritarisme qui, au-delà de ses justifications historiques, n'a pas vocation à perdurer pour les branches famille et maladie, compte tenu de l'évolution prévisible de leurs modes de financement.

4. Les outils de régulation de l'assurance maladie

Les ordonnances n° 96-345 et n° 96-346 du 24 avril 1996, relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, et portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, ont mis en place les instruments de régulation qui faisaient jusqu'à présent défaut à notre système de soins.

a) L'objectif national de dépenses d'assurance maladie

Un objectif prévisionnel de dépenses d'assurance maladie est voté chaque année par le Parlement dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale.

Cet objectif est ensuite décliné par le Gouvernement en quatre objectifs prévisionnels : médico-social, cliniques privées, hospitalisation, médecine ambulatoire. Sur la base de l'objectif des dépenses de soins de ville ainsi défini, les caisses d'assurance maladie et les représentants des syndicats représentatifs fixeront, par négociation, l'objectif prévisionnel propre à chaque profession de santé.

Si les négociations entre les caisses d'assurance maladie et les syndicats n'aboutissent pas, le Gouvernement a la faculté de fixer l'objectif d'évolution des dépenses par secteur de soins. Par ailleurs, le respect de l'objectif est garanti par des mécanismes d'ajustement. Ainsi, pour les médecins, les revalorisations d'honoraires sont désormais provisionnées et strictement conditionnées au respect de l'objectif.

b) Le carnet de santé

La responsabilisation des assurés sociaux justifie la création du carnet de santé à l'intention de l'ensemble de la population. Le médecin porte sur ce carnet présenté par le patient toutes les indications utiles à son suivi, sauf celles que le patient ne souhaite pas y voir figurer. L'usage du carnet de santé sera entouré de garanties, notamment l'identification du porteur du carnet par un numéro et par son seul prénom, afin que soit préservée la confidentialité des données médicales.

Le carnet de santé, dont la présentation sera obligatoire, est utile pour la santé de chacun. Il sera dans le même temps un instrument pertinent pour limiter le risque de multiplication des mêmes actes et examens, contribuant ainsi à la coordination des soins.

c) L'informatisation du système de santé

Un calendrier rigoureux a été fixé pour l'informatisation des cabinets médicaux : ainsi, au 31 décembre 1998, les caisses d'assurance maladie et les professionnels de santé devront être en mesure de procéder à des échanges informatisés de données.

Le projet SESAM prévoit la disparition progressive de la feuille de soins et son remplacement par un système d'échanges informatiques. Ce système sera sécurisé par des cartes d'accès au réseau : carte d'assuré social (Vitale) et carte de professionnel de santé (CPS). Les cartes seront diffusées progressivement au cours des années 1997 et 1998.

La montée en puissance rapide de la télétransmission implique une informatisation rapide des professionnels de santé. C'est pourquoi ceux d'entre eux qui s'engagent à télétransmettre leurs feuilles de soins peuvent bénéficier d'actions d'accompagnement d'ici au 31 décembre 1997. En contrepartie, au-

dès du 1er janvier 2000, les professionnels de santé non informatisés devront participer financièrement aux frais de gestion des feuilles de soins "papier".

Conjuguée au codage des actes et des pathologies, l'informatisation des cabinets médicaux doit permettre une amélioration de la pratique médicale et du suivi des malades en offrant la possibilité aux professionnels de la santé d'échanger des informations avec leurs confrères ou avec des établissements de soins et en généralisant l'utilisation de logiciels d'aide à la décision médicale.

Votre rapporteur pour avis souligne l'importance stratégique de ce volet technique de la réforme de l'assurance maladie, qui conditionne le succès de tous les autres instruments de régulation mis en place.

d) Les agences régionales de l'hospitalisation

Dans chaque région, une agence régionale de l'hospitalisation a été créée sous la forme d'un groupement d'intérêt public entre l'Etat et les organismes d'assurance maladie.

Les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation ont été nommés par décret du Président de la République le 4 septembre 1996. D'origines professionnelles très diverses (directeurs d'hôpitaux, directeurs régionaux et départementaux des affaires sanitaires et sociales, praticien hospitalier, administrateurs civils, membres du corps préfectoral, de l'inspection générale des affaires sociales et de chambre régionale des comptes, cadres dirigeants issus du secteur privé), ils ont engagé, en étroite collaboration avec les services de l'Etat et les organismes d'assurance maladie de leur région respective, l'élaboration des conventions constitutives des agences qui devra aboutir avant la fin de l'année 1996.

Ils sont tenus informés des décisions que les préfets et les conseils d'administration des CRAM continuent de prendre jusqu'à la date où les agences exerceront leurs compétences, au plus tard le 30 juin 1997. Le décret en Conseil d'Etat portant convention constitutive type des agences régionales de l'hospitalisation doit être prochainement publié.

Les agences régionales de l'hospitalisation délivreront les autorisations relatives aux installations et activités hospitalières, fixeront les orientations présidant à l'allocation des ressources aux établissements et négocieront avec eux des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

e) La rationalisation de l'allocation des dotations hospitalières

Les agences régionales disposeront des moyens de rationaliser la répartition des ressources entre les établissements hospitaliers. Les dépenses hospitalières seront désormais strictement encadrées par des dotations régionales limitatives, dont les montants seront fixés afin de corriger progressivement les écarts de moyens entre les régions.

En ce qui concerne les établissements privés conventionnés, dès 1998, l'objectif quantifié national sera lui aussi réparti en objectifs quantifiés régionaux.

Ces dotations régionales limitatives et ces objectifs quantifiés régionaux comprendront dorénavant les établissements relevant encore en 1996 du régime du prix de journée préfectoral et qui devront opter pour l'une ou l'autre forme de financement.

Les agences régionales ont également vocation à développer les complémentarités entre les établissements assurant le service public au sein d'un même secteur sanitaire. Les coopérations entre établissements privés et publics seront facilitées par la création de groupements de coopération sanitaire. Enfin, les conversions partielles ou totales de structures devraient se trouver facilitées car, désormais, tout établissement de santé est autorisé à créer et gérer des institutions sociales ou médico-sociales relevant de la loi du 30 juin 1975.

CHAPITRE II

L'ECONOMIE GENERALE DU PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

I. UNE ARCHITECTURE DETERMINEE PAR LA LOI ORGANIQUE

Le texte issu de la révision constitutionnelle du 22 février 1996 fixe de façon détaillée les délais d'examen des projets de lois de financement de la sécurité sociale, qui sont précisés au nouvel article 47-1 de la Constitution : dépôt du projet de loi au plus tard le 15 octobre ; examen par l'Assemblée nationale dans un délai de 20 jours ; examen par le Sénat dans un délai de 15 jours ; examen par le Parlement dans un délai de 50 jours.

Il reste en revanche très laconique sur le contenu de cette nouvelle catégorie de lois, l'antépénultième alinéa de l'article 34 de la Constitution disposant simplement que « *les lois de financement de la sécurité sociale déterminent les conditions générales de son équilibre financier et, compte tenu de leurs prévisions de recettes, fixent ses objectifs de dépenses, dans les conditions et sous les réserves prévues par une loi organique* ».

La structure du présent projet de loi est ainsi déterminée par la loi organique n° 96-646 du 22 juillet 1996 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, de même que celle de tout projet de loi de finances est déterminée par l'ordonnance n° 59-2 du 2 janvier 1959 portant loi organique relative aux lois de finances.

Ces dispositions organiques sont codifiées aux articles L.O. 111-3 à L.O. 111-7 du code de la sécurité sociale.

A. UN CHAMP RESTREINT AUX RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE

Alors que le texte constitutionnel mentionne « *la sécurité sociale* » sans plus de précision, le texte organique limite le champ des lois de financement aux seuls régimes obligatoires de base et aux organismes créés pour concourir à leur financement.

Le champ du présent projet de loi de financement et de ses annexes est ainsi différent de ceux des autres documents disponibles pour l'information du Parlement sur les comptes de la sécurité sociale :

- le champ du rapport bi-annuel de la Commission des comptes de la sécurité sociale englobe en outre les régimes complémentaires ;

- le champ de l'Effort social de la Nation, annexe budgétaire informative, englobe en outre le régime d'indemnisation du chômage et les régimes d'intervention sociale des administrations ;

- le champ des comptes de la protection sociale englobe en outre les régimes d'employeurs et les mutuelles. Toutefois, l'agrégat "comptes de la sécurité sociale" de ce document est proche du champ du présent projet, à condition que l'on en retranche les régimes complémentaires.

Par ailleurs, le champ des lois de financement de la sécurité sociale n'est pas parfaitement homogène, selon que l'on considère les recettes ou les dépenses.

En effet, le 2° de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale dispose que les prévisions de recettes sont relatives à l'ensemble des régimes obligatoires de base, tandis que le 3° du même article dispose que les objectifs de dépenses sont relatifs aux seuls régimes comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres.

Vingt quatre régimes satisfont actuellement à ce critère de taille.

Le régime général est de loin le plus important, avec 25,8 millions d'actifs cotisants et retraités de droit direct, cinq autres régimes seulement comptant plus d'un million de ressortissants. A l'inverse la caisse mutuelle d'assurance maladie des cultes (CAMAC) dépasse de très peu le seuil des 20.000 cotisants et pourrait donc, compte tenu de ses perspectives démographiques, sortir bientôt du champ des dépenses des lois de financement de la sécurité sociale.

Enfin, il convient de relever que le champ du présent projet de loi inclut sous une forme consolidée les recettes et les dépenses du fonds de solidarité vieillesse, en tant qu'organisme créé pour concourir au financement des régimes de base de sécurité sociale, mais pas celles de la caisse d'amortissement de la dette sociale.

En effet, il a été considéré que la CADES a pour objet de contribuer au désendettement du régime général et non pas à son financement.

REGIMES ENTRANT DANS LE CHAMP DES OBJECTIFS DE DEPENSES

	Actifs cotisants	Retraités bénéficiaires de droits directs	Total
Régime général	17.836.000	7.942.174	25.778.174
Allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales (ATIACL)	11.727.646	50.621	11.778.267
Agents de l'Etat	2.430.443	1.256.311	3.686.754
Régime des exploitants agricoles	822.000	2.061.722	2.883.722
Salariés agricoles	628.454	1.674.572	2.303.026
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL)	1.548.528	347.171	1.895.699
Caisse de compensation de l'organisation autonome nationale de l'industrie et du commerce (ORGANIC)	615.645	681.323	1.296.968
Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes (CANAM)	1.209.322		1.209.322
Caisse autonome nationale de l'assurance vieillesse artisanale (CANCAVA)	489.247	456.399	945.646
Caisse autonome d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL)	379.631	91.141	470.772
Société nationale des chemins de fer français (SNCF)	177.600	216.300	393.900
Caisse nationale militaire de sécurité sociale	325.887		325.887
Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CNASSM)	29.655	260.153	289.808
Electricité de France - Gaz de France	149.667	92.151	241.818
Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat (FSPOEIE)	82.000	71.391	153.391
Etablissement national des invalides de la marine (ENIM)	46.619	65.212	111.831
Caisse mutuelle d'assurance vieillesse des cultes (CAMAVIC)	26.616	70.789	97.405
Fonds commun des accidents du travail agricoles (FCATA)	0	84.930	84.930
Service de l'allocation spéciale vieillesse (SASV)	0	76.414	76.414
Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (CRPCEN)	38.851	33.118	71.969
Régie autonome des transports parisiens (RATP)	39.368	29.137	68.505
Fonds commun des accidents du travail (FCAT)	0	33.415	33.415
Caisse nationale des barreaux français	28.257	4.407	32.664
Banque de France	16.641	11.145	27.786
Caisse mutuelle d'assurance maladie des cultes (CAMAC)	20.655	0	20.655

B. UN CONTENU LIMITATIF

Le paragraphe I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale énumère cinq éléments devant figurer obligatoirement dans chaque loi de financement de la sécurité sociale :

❶ Un rapport annexé présentant les « *orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et les objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier* ». Ce rapport est l'équivalent du rapport économique et financier présenté à l'appui de chaque projet de loi de finances. Toutefois, à la différence de ce dernier, il fait l'objet d'un vote formel du Parlement, appelé par l'article premier du présent projet de loi à en approuver le contenu.

❷ La prévision des recettes, par catégories, des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement. La portée de ces prévisions de recettes de la sécurité sociale est juridiquement comparable à celle des prévisions des recettes de l'Etat retracées dans l'article d'équilibre du projet de loi de finances et détaillées dans le fascicule des voies et moyens.

❸ Les objectifs de dépenses, par branches, des régimes obligatoires de base comptant plus de 20.000 ressortissants. Juridiquement, ces objectifs de dépenses n'ont pas un caractère limitatif, mais évaluatif.

❹ L'objectif national de dépenses d'assurance maladie, pour l'ensemble des régimes obligatoires de base. Cet élément de la loi de financement de la sécurité sociale est celui qui a juridiquement le plus de consistance, puisqu'il sera décomposé pour être rendu opposable aux gestionnaires des établissements sanitaires et aux professionnels de santé.

❺ Les plafonds des avances de trésorerie faites aux régimes obligatoires de base qui peuvent légalement recourir à des ressources non permanentes. Cet élément de la loi de financement de la sécurité sociale a également une valeur juridique forte, puisque ces plafonds sont strictement limitatifs et ne peuvent être relevés que par un vote du Parlement - sous réserve d'une procédure d'urgence de nature réglementaire.

Outre ces dispositions obligatoires, le premier alinéa du paragraphe III de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale prévoit que les lois de financement de la sécurité sociale ne peuvent comporter que des dispositions affectant directement l'équilibre financier des régimes obligatoires de base ou améliorant le contrôle du Parlement sur leur application. Ces dispositions

facultatives constituent le corps du présent projet de loi et font l'objet de ses articles 6 à 33.

La structure du présent projet de loi de financement suit exactement l'ordre des dispositions organiques. Il en résulte que les recettes et les dépenses sont chronologiquement discutées et votées avant les dispositions du projet de loi de financement qui en affectent les montants.

La commission des Affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, jugeant cette solution peu satisfaisante, avait souhaité reporter à la fin de la loi de financement les prévisions de recettes, les objectifs de dépenses et les plafonds de trésorerie. Toutefois, le Gouvernement a convaincu l'Assemblée nationale de maintenir ceux-ci en tête du projet de loi, quitte à les ajuster en seconde délibération aux modifications apportées par la suite aux autres dispositions.

C. UN CONTENU PROTÉGÉ

Le contenu des lois de financement est strictement limité aux dispositions obligatoires et facultatives énumérées ci-dessus. Lors de la création des lois de financement de la sécurité sociale, le souci constant du constituant comme du législateur organique a été d'éviter que celles-ci ne se transforment, par voie d'amendements, en lois portant diverses dispositions d'ordre social.

A cette fin, les deux derniers alinéas du paragraphe III de l'article L.O. 111-3 instaurent une procédure d'irrecevabilité des amendements non conformes aux prescriptions de son premier alinéa.

La résolution modifiant le règlement du Sénat adoptée le 3 octobre 1996 a confié la responsabilité de l'examen de la recevabilité des amendements aux projets de lois de financement à la commission des Affaires sociales, selon une procédure calquée sur la déclaration d'irrecevabilité financière tirée de l'article 40 de la Constitution.

Ainsi, l'"irrecevabilité sociale" d'un amendement peut être invoquée par le Gouvernement, la commission des Affaires sociales, la commission saisie au fond ou tout sénateur. Cette irrecevabilité est admise de droit, sans qu'il y ait lieu à débat, lorsqu'elle est affirmée par la commission des Affaires sociales.

Il convient de souligner que ces règles de recevabilité spécifiques s'appliquent sans préjudice des règles de recevabilité financière découlant de l'article 40 de la Constitution, dont l'application reste de la responsabilité de

la commission des Finances. Ainsi, aucun amendement au projet de loi de financement ne pourra avoir pour effet de diminuer les recettes de la sécurité sociale ou d'accroître une dépense sociale.

II. LES PRÉVISIONS DE DÉPENSES ET DE RECETTES : RETOUR À L'ÉQUILIBRE EN 1999 ?

A. LA PERSISTANCE D'UNE SITUATION DÉFICITAIRE L'AN PROCHAIN

A la différence des lois de finances, le présent projet de loi de financement ne comporte pas d'article d'équilibre faisant apparaître un solde consolidé, qui serait en l'occurrence négatif.

Cette différence de structures recouvre une différence de logiques.

L'Etat, par son action et ses investissements matériels ou immatériels, peut contribuer à la croissance du pays : il est donc économiquement légitime qu'il puisse recourir à l'emprunt pour couvrir ses dépenses, dans certaines limites qui sont, hélas, aujourd'hui dépassées.

En revanche, la sécurité sociale est un système de solidarité fondée sur une logique de répartition instantanée : il est donc économiquement nécessaire qu'elle soit en permanence strictement équilibrée, sauf à reporter la charge de son financement sur les générations futures.

Quoiqu'il en soit, l'absence d'article d'équilibre formalisé peut être suppléée par le simple rapprochement des prévisions de recettes présentées à l'article 2 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale et des objectifs de dépenses présentés à son article 3.

Les tableaux ci-dessous retracent l'évolution de ces recettes et de ces dépenses depuis 1995, en distinguant pour 1997 leur évolution tendancielle et leur évolution résultant du projet de loi de financement de la sécurité sociale, dans sa version initiale.

EVOLUTION DES RECETTES DE LA SECURITE SOCIALE

(en milliards de francs)

	1995 (réalisations)	1996 (prévisions)	Evolution en %	1997 (tendanciel)	Evolution en %	1997 (LFSS)	Evolution en %	Ecart 1997 LFSS / tendanciel
Cotisations effectives	1 108,3	1 155,0	4,2	1 193,0	3,3	1 152,1	-0,3	-40,9
Cotisations fictives	168,6	176,9	4,9	181,9	2,8	181,9	2,8	0
Contributions publiques	62,8	61,8	-1,6	60,9	-1,5	63,9	3,4	3
Impôts et taxes affectées	158,5	169,0	6,6	174,5	3,3	224,5	32,8	50
Transferts reçus	4,6	4,6	0,0	4,7	2,2	4,7	2,2	0
Revenus des capitaux	2,3	1,9	-17,4	1,8	-5,3	1,8	-5,3	0
Autres ressources	36,3	31,8	-12,4	30,0	-5,7	30,0	-5,7	0
Total des recettes	1.541,4	1.601,0	3,9	1.646,8	2,9	1.658,9	3,6	12,1

EVOLUTION DES DEPENSES DE LA SECURITE SOCIALE

(en milliards de francs)

	1995 (réalisations)	1996 (prévisions)	Evolution en %	1997 (tendanciel)	Evolution en %	1997 (LFSS)	Evolution en %	Ecart 1997 LFSS / tendanciel
Maladie-maternité-invalidité-décès	635,3	649,1	2,2	666,8	2,7	661,8	2,0	-5
Vieillesse-veuvage	653,0	708,4	8,5	731,8	3,3	726,7	2,6	-5,1
Accidents du travail	48,7	49,1	0,8	49,3	0,4	54,7	11,4	5,4
Famille	262,4	239,2	-8,8	242,5	1,4	241,7	1,0	-0,8
Total des dépenses	1.599,4	1.645,8	2,9	1.690,4	2,7	1.684,9	2,4	-5,5

La différence entre les recettes et les dépenses des régimes de base de sécurité sociale apparaît donc de - 58 milliards de francs pour les réalisations 1995, de - 44,8 milliards de francs pour les prévisions 1996 et de - 43,6 milliards de francs pour le tendanciel 1997. L'amélioration spontanée du solde en 1997 par rapport à 1996 est l'effet d'une croissance des recettes supérieure à celle des dépenses : + 2,9 % contre + 2,7 %. Mais cette évolution tendancielle est faussée, puisque les prévisions de recettes pour 1997 intègrent déjà l'effet de l'élargissement de l'assiette de la CSG pour la branche famille, à hauteur de 3,1 milliards de francs.

Quoiqu'il en soit, le projet de loi initial visait à améliorer de 17,6 milliards de francs le solde de 1997, pour le réduire à - 26 milliards de francs. Cette amélioration résulte de 12,1 milliards de francs de recettes nouvelles nettes et de 5,5 milliards de francs d'économies nettes sur les dépenses.

Toutefois, les modifications apportées par l'Assemblée nationale aux dispositions relatives à la CSG sur les jeux et au tarif du droit de consommation sur les alcools se traduisent par une moindre recette de - 900 millions de francs par rapport au projet de loi de financement initial du Gouvernement. Le déficit des régimes obligatoires de base serait donc de - 26,9 milliards de francs en 1997.

Enfin, ce solde de - 26,9 milliards de francs doit être corrigé pour tenir compte de la légère différence de champs entre les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses. Il convient en effet de l'aggraver des dépenses des régimes comptant moins de 20.000 affiliés, pour un montant de 2,5 milliards de francs, ainsi que des opérations en capital des organismes de sécurité sociale qui ne sont pas prises en compte dans leurs dépenses tout en étant financées sur leurs recettes, pour un montant de 2 milliards de francs.

Ainsi, le déficit global des régimes de base de la sécurité sociale serait légèrement supérieur à - 31 milliards de francs en 1997.

B. LA PERSPECTIVE D'UN RETOUR À L'ÉQUILIBRE EN TROIS ANS

Conformément aux prescriptions du paragraphe II de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale, l'annexe C du projet de loi de financement présente les perspectives d'évolution des recettes et des dépenses des régimes obligatoires de base pour les deux années postérieures.

Cette projection pluriannuelle constitue une innovation appréciable pour l'information du Parlement. Jusqu'à présent, aucun document relatif aux comptes sociaux ne comportait de prévisions à moyen terme.

Ces perspectives à l'horizon 1999 sont fondées sur les mêmes hypothèses macro-économiques que celles de la prévision quinquennale du budget de l'Etat présentée en annexe du projet de loi de finances.

La projection des recettes repose sur un taux de croissance du PIB de + 2,5 % en volume et un taux d'inflation de 1,8 %, soit un taux de croissance du PIB en valeur de + 4,3 %, pour chacune des deux années 1998 et 1999.

L'amélioration du marché du travail entraînerait une stabilisation de la part des salaires dans la valeur ajoutée, et la masse salariale croîtrait comme le PIB à un rythme annuel de + 4,3 %.

Les cotisations sociales progresseraient ainsi chaque année à ce taux de + 4,3 %, les impôts et taxes affectés étant conventionnellement supposés croître selon un taux identique.

1. Perspectives du régime général

Compte tenu du caractère non reproductible de certaines dispositions du projet de loi de financement améliorant les recettes du régime général (versement EDF-GDF, intégration financière de la CNMSS), les ressources totales du régime général progresseraient à un rythme un peu inférieur à 4,3 % : + 4 % en 1998 et + 4.2 % en 1999.

S'agissant des dépenses, la projection est fondée sur l'hypothèse d'une évolution rigoureuse des dépenses de prestations légales, limitée à + 2,5 % chaque année. Les dépenses de gestion progresseraient plus lentement, au rythme de l'inflation. Les transferts liés aux mécanismes de compensation démographique progresseraient à un rythme plus dynamique, du fait de l'augmentation des effectifs salariés.

Au total, les dépenses du régime général s'accroîtraient de + 2,5 % chacune des années 1998 et 1999, ce taux global recouvrant des évolutions différenciées selon les branches :

- +1.8 % pour les branches maladie et accidents du travail, taux proche de celui de l'inflation conformément à l'objectif national de dépenses d'assurance-maladie ;

- +3.9 % pour la branche vieillesse, taux conforme aux évolutions démographiques prévues et aux effets attendus de la réforme des pensions de 1993 ;

- +2.4 % pour la branche famille, taux compatible avec la revalorisation annuelle de la base mensuelle des allocations familiales en fonction des prix mais qui n'intègre aucune dépense supplémentaire au titre du second volet de la loi famille de 1994.

Globalement, les recettes du régime général progresseraient chaque année plus vite que les dépenses, cet écart positif étant de 1,5 % en 1988 et de 1,7 % en 1999. Appliquée à des masses de l'ordre de 1.200 milliards de francs, ces écarts se traduiraient par une amélioration du solde du régime général d'une vingtaine de milliards de francs chaque année.

Ainsi, le régime général serait encore déficitaire de - 12 milliards de francs en 1998 et renouerait avec un excédent en 1999, de 8 milliards de francs.

COMPTES RESUMES DU REGIME GENERAL

CNAMTS-Maladie	1995	%	1996	%	1997	%	1998	%	1999	%
Recettes	506.720	3.4%	526.949	4.0%	554.855	5.3%	576.494	3.9%	600.707	4.2%
Dépenses	546.422	4.8%	560.504	2.6%	570.732	1.8%	580.720	1.8%	590.882	1.8%
Variation du fonds de roulement	-39.702		-33.555		-15.877		-4.225		9.825	

CNAMTS-Accidents du travail	1995	%	1996	%	1997	%	1998	%	1999	%
Recettes	43.876	5.0%	43.705	-0.4%	45.015	3.0%	47.007	4.4%	49.140	4.5%
Dépenses	42.768	2.1%	43.135	0.9%	44.168	2.4%	44.941	1.8%	45.727	1.8%
Variation du fonds de roulement	1.108		570		847		2.067		3.413	

CNAMTS-Maladie et accidents	1995	%	1996	%	1997	%	1998	%	1999	%
Recettes	550.596	3.5%	570.654	3.6%	599.870	5.1%	623.502	3.9%	649.848	4.2%
Dépenses	589.190	4.6%	603.639	2.5%	614.900	1.9%	625.661	1.8%	636.610	1.8%
Variation du fonds de roulement	-38.594		-32.985		-15.030		-2.159		13.238	

CNAVTS	1995	%	1996	%	1997	%	1998	%	1999	%
Recettes	353.678	12.9%	351.768	-0.5%	362.983	3.2%	378.010	4.1%	393.660	4.1%
Dépenses	343.536	5.4%	357.529	4.1%	369.970	3.5%	384.399	1.8%	399.390	3.9%
Variation du fonds de roulement	10.142		-5.761		-6.987		-6.389		-5.731	

CNAF	1995	%	1996	%	1997	%	1998	%	1999	%
Recettes	224.715	4.0%	226.955	1.0%	235.271	3.7%	245.011	4.1%	255.154	4.1%
Dépenses	263.610	16.3%	239.706	-9.1%	242.999	1.4%	248.831	2.4%	254.803	2.4%
Variation du fonds de roulement	-38.895		-12.751		-7.728		-3.820		352	

Ensemble du régime général	1995	%	1996	%	1997	%	1998	%	1999	%
Recettes	1.128.989	6.4%	1.149.377	1.8%	1.198.124	4.2%	1.246.523	4.0%	1.298.662	4.5%
Dépenses	1.196.336	7.2%	1.200.874	0.4%	1.227.869	2.2%	1.258.890	2.5%	1.290.803	2.5%
Variation du fonds de roulement	-67.347		-51.497		-29.745		-12.367		7.859	

2. Les autres principaux régimes

Sur la base des mêmes hypothèses macro-économiques, les projections relatives aux autres régimes de sécurité sociale montrent que ceux-ci seraient quasiment tous proches de l'équilibre en 1998 et 1999.

L'affectation aux régimes d'assurance-maladie d'une fraction des droits de consommation sur les alcools et le produit de la C3S permettrait à la CANAM d'être légèrement excédentaire en 1999 (91 millions de francs). Le

solde restant de la C3S serait en outre suffisant pour assurer l'équilibre en 1999 de l'ORGANIC (137 millions de francs) et de la CANCAVA (75 millions de francs).

Les régimes spéciaux de salariés sont par construction équilibrés par une subvention de l'Etat (régime des fonctionnaires et des agents de l'Etat, SNCF), ou une contribution de l'entreprise de rattachement (EDF-GDF).

Ainsi, le seul régime déficitaire à l'horizon 1999 serait celui des agents des collectivités locales. Au-delà du transfert en 1997 de l'essentiel des réserves du FATIACL, la CNRACL serait en déficit de - 3,6 milliards de francs en 1998 et de - 4,7 milliards de francs en 1999.

Le commentaire de l'annexe C du présent projet de loi de financement précise que "ce régime devra ainsi faire l'objet d'un plan de financement qui sera présenté au Parlement dans le cadre du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 1998".

COMPTES RESUMES DES REGIMES DE NON SALARIES

CANAM	1996	%	1997	%	1998	%	1999	%
Emplois	28.116	0,5%	29.196	3,8%	29.618	1,4%	30.201	2,0%
Ressources	27.943	3,1%	29.097	4,1%	29.542	1,5%	30.292	2,5%
Solde des opérations courantes	-173		-98		-77		91	

ORGANIC	1996	%	1997	%	1998	%	1999	%
Emplois	18.414	2,8%	18.840	2,3%	19.373	2,8%	19.920	2,8%
Ressources	18.600	10,5%	18.716	0,6%	19.266	2,9%	20.057	4,1%
Solde des opérations courantes	186		-124		-107		137	

CANCAVA	1996	%	1997	%	1998	%	1999	%
Emplois	12.841	3,4%	13.173	2,6%	13.677	3,8%	13.893	1,6%
Ressources	13.293	17,0%	13.101	-1,4%	13.614	3,9%	13.969	2,6%
Solde des opérations courantes	453		-72		-64		75	

CNAVPL	1996	%	1997	%	1998	%	1999	%
Emplois	5.460	3,2%	5.778	5,8%	6.057	4,8%	6.284	3,7%
Ressources	5.586	3,6%	5.810	4,0%	6.088	4,8%	6.313	3,7%
Solde des opérations courantes	126		32		31		29	

EXPLOITANTS AGRICOLES	1996	%	1997	%	1998	%	1999	%
Emplois	88.981	1,9%	89.696	0,8%	90.651	1,1%	91.376	0,8%
Ressources	88.409	2,3%	89.894	1,7%	91.065	1,3%	91.474	0,4%
Solde des opérations courantes	-572		197		415		98	

COMPTES RESUMES DES PRINCIPAUX REGIMES DU SECTEUR PUBLIC

Fonctionnaires civils et militaires	1996	%	1997	%	1998	%	1999	%
Emplois	180.977	5,0%	185.657	2,6%	193.575	4,3%	201.758	4,2%
Ressources	180.977	5,0%	185.657	2,6%	193.575	4,3%	201.758	4,2%
Solde des opérations courantes	0		0		0		0	

Ouvriers de l'Etat	1996	%	1997	%	1998	%	1999	%
Emplois	8.851	3,3%	9.232	4,3%	9.588	3,9%	9.958	3,9%
Ressources	9.061	3,0%	9.232	1,9%	9.587	3,9%	9.957	3,9%
Solde des opérations courantes	211		0		0		0	

CNRACL	1996	%	1997	%	1998	%	1999	%
Emplois	58.296	3,2%	60.647	4,0%	63.582	4,8%	66.818	5,1%
Ressources	57.137	7,3%	62.600	9,6%	59.937	-4,3%	62.131	3,7%
Solde des opérations courantes	-1159		1953		-3645		-4687	

SNCF	1996	%	1997	%	1998	%	1999	%
Emplois	38.492	1,6%	38.713	0,6%	39.291	1,5%	39.863	1,5%
Ressources	38.536	1,7%	38.875	0,9%	39.537	1,7%	39.949	1,0%
Solde des opérations courantes	44		162		246		86	

EDF-GDF	1996	%	1997	%	1998	%	1999	%
Emplois	17.789	1,1%	18.376	3,3%	18.799	2,3%	19.238	2,3%
Ressources	17.789	1,1%	18.376	3,3%	18.799	2,3%	19.238	2,3%
Solde des opérations courantes	0		0		0		0	

C. UNE MARGE D'INCERTITUDE INÉVITABLE

Ces projections à moyen terme sont d'un grand intérêt. Elles montrent qu'un redressement des comptes sociaux pourrait résulter spontanément d'une croissance des recettes plus forte que celle des dépenses, à législation inchangée. La question du financement des déficits accumulés entre 1996 et 1998 restera néanmoins à résoudre. Pour le seul régime général, la dette serait de 85,8 milliards de francs à la fin de 1999.

Toutefois, les conclusions à tirer d'un tel exercice de prévision doivent être nuancées par la marge d'incertitude qui lui est inhérente.

Dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 1996, la Cour des comptes s'est attachée à évaluer rétrospectivement la fiabilité des prévisions relatives aux évolutions du régime général de sécurité sociale.

Assises essentiellement sur la masse salariale, les recettes dépendent étroitement des grandes variables macro-économiques. La Cour relève toutefois une forte réactivité des cotisations sociales : elles progressent plus rapidement que la masse salariale en période de croissance et,

symétriquement, ralentissent plus nettement en période de récession. Ce phénomène explique les écarts régulièrement constatés entre les prévisions et les réalisations : en moyenne, sur la période 1987-1994, cet écart a été de 2,4 % pour la prévision à l'été n-1.

Les évolutions des dépenses de retraite et de prestations familiales, qui dépendent de variables démographiques à forte inertie, sont prévisibles avec une faible marge d'erreur : l'écart n'est que de 0,7 % en moyenne pour la prévision à l'été n-1.

A l'inverse, l'évolution des dépenses d'assurance maladie, qui est anticipée par extrapolation de tendances antérieures, apparaît beaucoup plus erratique : l'écart est de 1,9 % en moyenne pour la prévision à l'été n-1. La Cour préconise d'ailleurs que la fiabilité de leur prévision soit améliorée en utilisant également des variables externes de nature démographique ou macro-économique. Désormais, la fixation d'un objectif national de dépenses d'assurance maladie devrait contribuer à rendre la progression de celles-ci bien plus prévisible.

Au total, sur la période 1987-1994, l'écart moyen entre les prévisions et les réalisations à l'été n-1 est de 25,4 milliards de francs. Il est moitié moindre pour les prévisions à l'automne n-1 : 11,7 milliards de francs.

Cette marge d'incertitude moyenne de 11,7 milliards de francs peut paraître importante au regard d'une prévision de déficit du régime général de -29,7 milliards de francs en 1997.

Elle reste négligeable rapportée à la masse des dépenses, qui est proche de 1.200 milliards de francs : 0,9 %.

Cependant, l'analyse de la Cour des compte porte sur les prévisions à court terme, faites en année n-1. Pour des projections à moyen terme, faites en année n-2 ou n-3, le risque d'erreur est forcément plus grand car les écarts constatés chaque année entre les prévisions et les réalisations sont cumulatifs.

III. L'OBJECTIF NATIONAL DE DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE : QUELLE RÉPARTITION ?

A. UN OBJECTIF VOLONTARISTE

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie est la pièce maîtresse du nouveau dispositif de régulation du système de santé mis en place par les ordonnances du 26 avril 1996.

Les dépenses prises en considération par cet objectif ne sont pas toutes les dépenses remboursées de la branche maladie, mais seulement les dépenses de soins et les prestations en espèces directement liées au risque, c'est-à-dire celles qui sont réellement de la responsabilité des prescripteurs. Elles incluent les dépenses de même nature rattachées à la branche accidents du travail (voir ci-après le commentaire sous l'article 4).

Ainsi définies, les dépenses composant l'objectif national d'assurance maladie devraient progresser de + 3,05 % en 1996, pour atteindre un montant de 590,2 milliards de francs pour la Métropole, les Français à l'étranger et les DOM.

Dans le rapport annexé au présent projet de loi de financement, le niveau de l'objectif en 1997 résultant de son évolution tendancielle est estimé à 604,5 milliards de francs, soit une progression de + 2,42 %.

Toutefois, selon le Gouvernement, des économies d'un montant de 4,3 milliards de francs sont attendues de la mise en oeuvre l'an prochain des mesures suivantes :

- extension des références médicales opposables ;
- contrôle accru des arrêts de travail et des transports sanitaires ;
- formation médicale continue ;
- diffusion du carnet de santé ;
- ajustement des budgets hospitaliers aux coûts et à l'activité réelle des établissements ;
- développement des médicaments génériques ;
- cessation anticipée d'activité des médecins âgés de 56 à 65 ans.

Le Gouvernement propose donc de fixer l'objectif national des dépenses d'assurance-maladie à 600,2 milliards de francs pour 1997, ce qui correspond à un taux de progression de + 1,69 % proche de celui de l'inflation.

En valeur absolue, ce taux de progression correspond à une augmentation des dépenses d'assurance maladie de 10 milliards de francs en 1997. Sur la période récente, leur augmentation a été de l'ordre de 30 milliards chaque année.

Le tableau ci-dessous retrace la progression de l'objectif national depuis 1995, en supposant de façon conventionnelle que ses trois composantes géographiques évolueront toutes au même rythme en 1997, ce qui n'est pas le cas en 1996.

OBJECTIF NATIONAL DE DEPENSES D'ASSURANCE MALADIE
(en millions de francs)

	1995	1996	Evolution en %	1997	Evolution en %
Métropole	560.448	577.311	3,01	587.068	1,69
Français à l'étranger	811	852	5,06	866	1,69
DOM	11.496	12.069	4,98	12.273	1,69
Total	572.755	590.232	3,05	600.207	1,69

Cet objectif est certes volontariste. Mais sa valeur est loin d'être purement incantatoire, car il sera décliné pour être répercuté à travers les nouveaux mécanismes de régulation du système de santé.

B. UNE RÉPARTITION À PRÉCISER

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie se compose de deux agrégats principaux : d'une part, les dépenses exécutées en ville et, d'autre part, les dépenses exécutées en établissements. Ces deux agrégats sont eux-mêmes composés de multiples sous-agrégats, selon une logique institutionnelle.

Le tableau ci-après retrace l'évolution de chacun de ces postes de dépenses de 1995 à 1996, ainsi que leur progression tendancielle pour 1997, avant prise en compte des 4,3 milliards de francs d'économies qui doivent limiter l'objectif national de dépenses d'assurance maladie à 600,2 milliards de francs.

**EVOLUTION DES DIFFERENTES COMPOSANTES DE L'OBJECTIF NATIONAL DE DEPENSES
D'ASSURANCE MALADIE DE 1995 A 1997**

(en millions de francs)

	1995	1996 (prévision)	Evolution en %	1997 (tendanciel)	Evolution en %
Dépenses exécutées en ville	248.576	256.029	3,0	261.607	2,2
OQN médecins libéraux	200.601	205.215	2,3	209.319	2,0
autres dépenses de villes	47.975	50.814	5,9	52.288	2,9
Dépenses exécutées en établissements	311.872	321.284	3,0	329.352	2,5
Etablissements sanitaires	237.221	242.638	2,3	248.517	2,4
Etablissements sanitaires sous DG	226.334	230.891	2,0	236.663	2,5
Etablissements sanitaires à prix de journée	10.113	10.949	8,3	11.069	1,1
Honoraires du secteur public	774	798	3,1	785	-1,7
Etablissements médico-sociaux	36.023	38.767	7,6	40.297	3,9
Adultes handicapés	24.432	26.478	8,4	27.246	2,9
Personnes âgées	11.591	12.289	6,0	13.051	6,2
Cliniques privées	38.628	39.879	3,2	40.537	1,7
Cliniques privées sous OQN	33.422	34.277	2,6	34.723	1,3
Cliniques privées hors OQN	5.206	5.602	7,6	5.815	3,8
Total Métropole	560.448	577.313	3,0	590.959	2,4
Dépenses DOM et Français à l'étranger	12.307	12.921	5,0	13.566	2,6
Total dépenses d'assurance maladie	572.755	590.234	3,1	604.524	2,4

Votre rapporteur regrette que le gouvernement n'ait pas cru utile, afin d'éclairer le vote du Parlement, de préciser la façon dont il entend répartir l'enveloppe de 600,2 milliards pour infléchir les évolutions tendanciennes de ses diverses composantes.

Par ailleurs, il convient de souligner que les frontières entre les différentes catégories de dépenses ne sont pas étanches. Beaucoup de dépenses réalisées à l'hôpital peuvent être effectuées en médecine de ville, et inversement.

Ces transferts de dépenses résultent aussi bien des stratégies propres des praticiens, que de décisions des pouvoirs publics. Ainsi, la décision de mettre fin à l'exclusivité hospitalière pour la distribution des médicaments mis en oeuvre dans les trithérapies contre le Sida entraînerait à elle seule un transfert de 300 millions de francs vers la médecine de ville. De même, la transformation souhaitable des lits de long séjour se traduit logiquement par un transfert de charges du secteur sanitaire vers le secteur médico-social.

Les transferts de dépenses d'un secteur du système de soin à un autre ne sont pas seulement inévitables : ils sont également souhaitables, car sources d'économies. Jusqu'à présent, les cloisonnements institutionnels ont freiné le développement de l'hospitalisation à domicile et encouragé la redondance des prescriptions.

En fait, les mécanismes de répartition de l'objectif de dépenses d'assurance maladie ont été conçus en fonction des informations actuellement disponibles sur le système de soins, qui s'inscrivent dans une logique d'abord institutionnelle.

Votre rapporteur estime qu'il conviendra, à terme, de parvenir à une répartition de l'enveloppe nationale sur une base géographique, afin de corriger les inégalités existantes sans faire obstacle aux mutations nécessaires du système de soins.

IV. L'EXTENSION DE LA CONTRIBUTION SOCIALE GÉNÉRALISÉE ET LA RÉFORME DU FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE

A. LA CONFIGURATION ACTUELLE DE LA CSG

Le Conseil des impôts, dans son rapport de 1995 consacré à la CSG, rappelle que celle-ci a été créée en réponse à deux évolutions contradictoires de notre système de protection sociale.

D'un côté, le lien entre activité professionnelle et droit à prestation s'est relâché. Depuis 1978, le droit aux prestations familiales est devenu universel. Dans le même temps, le développement de l'assurance personnelle et de l'aide médicale gratuite a abouti à une couverture quasi totale de la population pour le risque maladie. Enfin, le lien contributif entre le montant des cotisations versées et celui des prestations reçues s'est également distendu.

D'un autre côté, les revenus des ménages ont connu une évolution qui a réduit leur composante salariale servant d'assiette aux cotisations sociales. Les rémunérations d'activité incluent une part croissante d'avantages extra-salariaux. Les revenus de remplacement, qu'il s'agisse des retraites, des indemnités de chômage ou des minima sociaux, constituent désormais près du tiers des ressources des ménages. Les revenus du patrimoine se sont développés dans un contexte de faible inflation.

Ce double mouvement a conduit à une concentration des prélèvements sociaux sur les seuls revenus d'activité de nature salariale, concentration aggravée par la structure de l'assiette de l'impôt sur le revenu. Cette situation n'est pas conforme à l'équité. Elle est en outre défavorable à l'emploi.

L'objectif de la CSG lors de sa création était donc de corriger cette distorsion, en élargissant le financement de la sécurité sociale à d'autres revenus que ceux inclus dans l'assiette aux cotisations. Toutefois, cet objectif n'a été que partiellement atteint en raison de la configuration qui lui a été donnée en 1991.

La CSG est en fait constituée de trois impositions distinctes :

- Une contribution sur les revenus d'activité et de remplacement, recouvrée selon les mêmes règles que celles applicables aux cotisations sociales ;
- Une contribution sur les revenus du patrimoine, recouvrée selon les mêmes règles que celles applicables à l'impôt sur le revenu ;
- Une contribution sur les produits de placement, recouvrée selon les mêmes règles que celles applicables au prélèvement libératoire de l'impôt sur le revenu.

Cette configuration de la CSG répond à des considérations pragmatiques d'efficacité. Lors de sa création, il a paru plus simple de confier son recouvrement aux organismes déjà chargés de collecter des prélèvements sur des assiettes proches de celles que l'on souhaitait lui donner.

Ainsi, la CSG sur les revenus d'activité et de remplacement est perçue par voie de retenue à la source par les organismes chargés du recouvrement des cotisations sociales. La CSG sur les revenus du patrimoine et la CSG sur les produits de placement sont recouvrées par les administrations fiscales selon des modalités distinctes : la première est recouvrée par voie de rôle en même temps que l'impôt sur le revenu, la seconde est précomptée en même temps que le prélèvement libératoire

Mais cette juxtaposition d'assiettes existantes a abouti à lier les exonérations de CSG aux exonérations d'impôt sur le revenu ou de cotisations sociales, et à reconduire ainsi les défauts du système de prélèvements obligatoires.

B. UNE ASSIETTE ÉLARGIE PLUS CONFORME À LA RÉALITÉ DES REVENUS

Les articles 7 à 12 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale proposent d'étendre l'assiette de la CSG pour la faire coïncider presque exactement avec celle de la CRDS.

Cette extension se traduit par l'élargissement des trois catégories de contribution existantes et par la création d'une quatrième catégorie, assise sur les mises et gains de jeux.

1. Les revenus d'activités

Il est proposé d'étendre l'assiette de la CSG sur les revenus d'activité et de remplacement aux revenus d'activité suivants :

- les contributions patronales aux régimes de retraite ou de prévoyance.
- les indemnités versées lors de la rupture du contrat de travail pour leur fraction supérieure au montant légaux ou conventionnels.
- les allocations versées au salarié pendant la durée de son congé parental d'éducation ou de son temps partiel, en application de l'article 15 de la loi famille de 1994.
- les produits de la participation et des plans d'épargne entreprise.

Ainsi, l'assiette de la CSG sera exactement semblable à celle de la CRDS pour les revenus d'activité, ce qui simplifiera la gestion des paies par les entreprises. Les extensions proposées devraient rapporter 550 millions de francs supplémentaires par point de CSG.

Par ailleurs, le projet de loi de financement initial apportait une solution au problème des revenus de provenance étrangère, perçus principalement par les travailleurs frontaliers. En droit, ces revenus sont déjà actuellement assujettis à la CSG. Mais, faute de compétence sur les entreprises étrangères, les URSSAF ne peuvent pas en pratique procéder à leur recouvrement. Celui-ci est suspendu depuis 1994 par une instruction officielle du Gouvernement.

Il était donc proposé que la CSG due au titre des revenus de source étrangère soit recouvrée en même temps que l'impôt sur le revenu, comme la CSG sur les revenus du patrimoine.

Toutefois, l'Assemblée nationale a souhaité que cet aménagement technique n'intervienne pas avant qu'ait abouti un examen approfondi des droits des travailleurs frontaliers au regard de la protection sociale, qui semblent lacunaires. Le Gouvernement a donc retiré cette disposition du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

2. Les revenus de remplacement

Il est proposé d'étendre la CSG sur les revenus d'activité et de remplacement aux revenus de remplacement suivants :

- Les indemnités journalières versées par un organisme de sécurité sociale ou directement par l'employeur en cas de maladie, de maternité ou d'accident du travail.

- Les pensions de retraite et d'invalidité des personnes exonérées d'impôt sur le revenu, lorsque cette exonération résulte du jeu des réductions d'impôt. Dans cette hypothèse, la CSG sera perçue à un taux réduit de 1 %. Toutefois, les prestations constitutives du minimum vieillesse restent exclues.

- Les indemnités de chômage et les allocations de préretraite des personnes exonérées d'impôt sur le revenu, lorsque cette exonération résulte du jeu des réductions d'impôts. Dans cette hypothèse également, la CSG est perçue au taux réduit de 1 %. Par ailleurs, un mécanisme d'écrêtement est prévu afin de garantir aux bénéficiaires de ces revenus un niveau de ressources au moins égal au SMIC.

L'assiette de la CSG sur les revenus de remplacement serait ainsi légèrement plus restreinte que celle de la CRDS, qui n'exclut que les titulaires d'un minimum social (minimum vieillesse, pension d'invalidité non contributive, allocation spéciale de solidarité). Les extensions proposées devraient rapporter 815 millions de francs supplémentaires par point de CSG.

3. Les revenus du patrimoine

Il est proposé d'étendre la CSG sur les revenus du patrimoine aux éléments suivants :

- les revenus actuellement exonérés en vertu de l'abattement de 8000/16000 francs sur certains revenus mobiliers.

- les plus-values professionnelle exonérées en vertu de l'abattement de 20 % ou 10 % dont bénéficient les entrepreneurs adhérents à un centre de gestion agréé.

- les revenus d'origine indéterminée taxés d'office.

- les revenus du patrimoine actuellement exonérés du fait de l'exonération de leur titulaire de l'impôt sur le revenu.

L'assiette de la CSG sur les revenus du patrimoine serait ainsi en tous points identique à celle de la CRDS. Les extensions proposées devraient rapporter 71 millions de francs supplémentaires par point de CSG.

4. Les produits de placement

Il est proposé d'étendre l'assiette de la CSG sur les produits de placement aux produits suivants :

- les intérêts et primes des plans et comptes d'épargne logement.

- les produits des contrats de capitalisation (assurance-vie).

- les produits des plans d'épargne populaire.

- les gains nets réalisés lors des retraits sur les plans d'épargne en actions ou les rentes versées lors de leur clôture.

- les revenus nets perçus lors de la délivrance des droits constitués au titre de la participation.

- les revenus nets provenant des plans d'épargne entreprise.

- les produits provenant des fonds communs de placement à risque et les dividendes distribués par les sociétés de capital risque.

- les revenus provenant des plans d'épargne retraite.

L'assiette de la CSG sur les produit de placement serait ainsi en tous points identique à celle de la CRDS. Les extensions proposées devraient rapporter 1,510 milliards de francs supplémentaires par point de CSG.

Demeurent exonérés de CSG, comme de CRDS, les intérêts des livrets A, des livrets d'épargne populaire, des livrets jeunes, et des CODEVI.

Pour la plupart de ces produits de placement précédemment exonérés, la CSG sera due "à la sortie", lors du versement effectif des intérêts, primes, produits, gains, rentes ou revenus.

Par exception, le fait générateur de la CSG sera l'inscription en compte pour les intérêts des comptes d'épargne logement ainsi que pour les produits des contrats de capitalisation en francs et des plans d'épargne populaire. Cela signifie que la CSG sera prélevée annuellement, "au couru", avant l'échéance normale des produits concernés.

Cette solution, qui n'est guère conforme à la logique de produits d'épargne, a pour seul objectif de maximiser les rentrées immédiates de CSG. Les contrats d'assurance vie apporteraient ainsi à eux seuls près des trois quarts du gain attendu de CSG sur les produits de placement. Elle ne peut toutefois s'appliquer qu'à des produits dont le rendement final est garanti, ce qui n'est pas le cas des contrats de capitalisation en unités de compte ou des plans d'épargne en actions.

Par ailleurs, pour ces placements imposés "au couru", il est proposé un mécanisme d'acomptes destiné à anticiper chaque année au mois de décembre les versements de CSG intervenant normalement aux mois de janvier ou février de l'année suivante.

Votre rapporteur relève que, dans une logique de droits constatés, ces acomptes n'ont aucune incidence, puisque le fait générateur de la CSG reste l'inscription en compte des intérêts ou produits. En fait, les seules justifications de ce mécanisme complexe semblent être d'apporter une ressource de trésorerie au régime général au moment de l'année où ses besoins sont les plus grands, et de réduire dès 1997 le besoin de financement des organismes de sécurité sociale au regard des critères de Maastricht.

5. Les mises et gains de jeux

Le présent projet de loi de financement propose, comme pour la CRDS, de créer une nouvelle catégorie de CSG assise sur les jeux d'argent.

Dans le texte initial, cette CSG sur les mises et gains de jeux se décomposait elle-même en trois contributions distinctes :

- une contribution assise sur une fraction égale à 29 % des sommes mises sur les jeux exploités par la Française des jeux ;
- une contribution assise sur une fraction égale à 35 % des sommes engagées au pari mutuel sur et hors hippodromes ;

• une contribution assise sur trois fois le produit brut des appareils automatiques de jeux d'argent exploités par les casinos.

L'assiette proposée pour la CSG sur les jeux d'argent est plus étroite que celle de la CRDS, qui est de 58 % des sommes mises sur les jeux exploités par la Française des jeux, 70 % des sommes engagées au PMU et six fois le produit brut des appareils automatiques de jeux d'argent. Il s'agit, compte tenu d'un taux de CSG supérieur à celui de la CRDS, de modérer la pression fiscale exercée sur un secteur qui fait déjà l'objet de prélèvements massifs.

Le rendement de la CSG au taux de 3,4 % sur les jeux, dans sa configuration initiale, était estimé à 330 millions de francs pour la Française des jeux, 400 millions de francs pour le PMU et 500 millions de francs pour les casinos, soit au total 1.230 milliard de francs.

L'Assemblée nationale a souhaité garantir la viabilité économique du PMU et des casinos, en modifiant l'assiette de leurs contributions. La CSG sera ainsi assise sur 28 % des enjeux du PMU et directement sur le produit brut des appareils automatiques, sans aucun coefficient multiplicateur, le manque à gagner étant compensé par un prélèvement de 10 % sur les gains des joueurs supérieurs à 10.000 francs.

Dans cette nouvelle configuration, le produit de la CSG sur les jeux ne serait plus que de 1,080 milliard de francs.

L'ensemble des extensions proposées permettra de rendre l'assiette de la CSG beaucoup plus proche de la composition réelle des revenus des ménages qu'elle ne l'est actuellement. Le tableau ci-après montre le rééquilibrage attendu du poids de la CSG entre les différents revenus.

REPARTITION DU PRODUIT DE LA CSG SELON LES DIFFERENTES CATEGORIES DE REVENUS

	Composition du revenu des ménages	Produit de la cotisation maladie	Produit de la CSG actuelle	Produit de la CSG étendue
Revenus d'activité	62%	81%	74%	71%
Revenus de remplacement	27%	19%	19%	18%
Revenus du patrimoine	11%	0%	7%	11%

Globalement, la valeur d'un point de CSG passerait de 41,3 milliards de francs à 44,2 milliards de francs.

L'élargissement d'assiette se traduit donc, au taux inchangé de 2,4 %, par un gain de CSG de 7,4 milliards de francs.

Le relèvement d'un point du taux de la CSG, dans le cadre de la réforme du financement de l'assurance maladie apportera un produit supplémentaire de 44,2 milliards de francs.

Au total, le produit de la CSG attendu pour 1997 passerait de 99 milliards de francs avec une assiette et un taux inchangés, à 150,8 milliards de francs, avec une assiette élargie et un taux relevé.

Le tableau ci-après détaille les effets des extensions d'assiette et du relèvement de taux.

Dans le rapport annexé au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, le Gouvernement propose que ce point supplémentaire soit déductible de l'impôt sur le revenu, puisqu'il se substitue à des cotisations elles mêmes déductibles. Une disposition fiscale en ce sens devrait être introduite dans la seconde partie du projet de loi de finances pour 1997.

La déductibilité concernerait la CSG sur les revenus d'activité et de remplacement ainsi que celle sur les revenus du patrimoine, qui est prélevée en même temps que l'impôt sur le revenu. En revanche, la déductibilité semble impossible pour la CSG précomptée sur les produits de placement, sauf à prévoir un mécanisme "d'avoir social" trop complexe à gérer.

PRODUIT EN 1997 DES EXTENSIONS DE L'ASSIETTE DE LA CSG

(en millions de francs)

Catégorie de revenu	Produit de l'assiette actuelle au taux de 2,4%	Produit des extensions proposées au taux de 2,4%	Produit de la nouvelle assiette au taux de 2,4%	Produit de la nouvelle assiette au taux de 3,4%
Revenus d'activité	73 550	1 320	74 870	106 066
Salariés du secteur privé	46 344		46 344	65 654
Autres salariés	20 866		20 866	29 560
Non salariés	6 341		6 341	8 983
Contributions patronales aux régimes de prévoyance et de retraite		1 080	1 080	1 530
Indemnités de rupture du contrat de travail		240	240	340
Allocation art. 15 de la loi famille		nd	nd	nd
Revenus des travailleurs frontaliers		0	0	0
Revenus de remplacement et de transfert	18 310	1 396	19 706	28 710
Pensions de retraites et d'invalidité (hors minima sociaux)	16 889	300	17 189	24 946
Allocations chômage et préretraite (hors minima sociaux)	1 421	100	1 521	2 353
Indemnités journalières maladie, maternité, accidents du travail		996	996	1 411
Revenus du capital	7 219	3 794	11 014	14 808
<i>Extensions sur les revenus du patrimoine</i>		170	170	333
Abattement sur les revenus de capitaux mobiliers		139	139	289
Abattement centres de gestion agréés sur les plus values professionnelles		31	31	44
Non prise en compte des réductions d'impôt		nd	nd	nd
<i>Extension sur les produits de placement</i>		3 624	3 624	5 134
Comptes et plan d'épargne logement		283	283	401
Contrats d'assurance vie		2 736	2 736	3 876
Plans d'épargne populaire		564	564	799
Plans d'épargne en actions		19	19	27
Revenus de l'épargne salariale		22	22	31
Mises et gains de jeux		762	762	1 080
Française des jeux		233	233	330
Pari Mutuel Urbain		247	247	350
Casinos		282	282	400
TOTAL CSG	99 079	7 273	106 352	150 664

C. UNE BAISSÉ COMPENSÉE DES COTISATIONS MALADIE

Jusqu'à présent, seules la branche famille et la branche vieillesse ont bénéficié d'une diversification de leurs ressources par l'affectation à chacune d'une fraction de CSG (*via* le fonds de solidarité vieillesse, pour la seconde).

Le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale propose de prolonger la réforme amorcée en 1991 et 1993 en basculant partiellement le financement de la branche maladie des cotisations vers la CSG.

La nouvelle tranche de CSG au taux de 1 % sera ainsi affectée aux régimes d'assurance maladie.

Cette ressource nouvelle rend possible une diminution en retour des taux des cotisations d'assurance maladie, qui interviendra par voie réglementaire.

Le Gouvernement envisage d'abaisser le taux des cotisations maladie de 1,3 point sur les revenus d'activité et de 1 point sur les revenus de remplacement. Pour les travailleurs indépendants, la baisse serait de 1,5 point sur la première tranche et de 0,8 point sur la seconde tranche.

Pour les salariés du secteur privé, ce transfert des cotisations maladie vers la CSG se traduira par un gain net de 0,45 % de pouvoir d'achat, pour un salaire au niveau du SMIC.

Pour les fonctionnaires, le transfert devrait se traduire par une perte de revenu net, leurs primes étant incluses dans l'assiette de la CSG mais pas dans celle des cotisations maladie. Le Gouvernement s'est toutefois engagé à compenser cet effet d'assiette pour les fonctionnaires les plus touchés.

Pour les non salariés, le transfert devrait être globalement neutre, avec un impact positif ou négatif selon qu'ils se trouvent au minimum ou au contraire au plafond des cotisations.

Pour les titulaires de revenus de remplacement, le transfert est neutre, mais interfère avec la hausse programmée de leurs cotisations d'assurance maladie.

Au total, les diminutions de taux envisagées se traduiront pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie par une perte de cotisations sociales de 45,9 milliards de francs. Cette perte n'est pas complètement compensée par la nouvelle fraction de CSG au taux de 1 % affectée à la branche maladie, dont le produit est estimé à 44,2 milliards de francs : le manque à gagner serait donc de 1,7 milliards de francs.

Or, le FSV, à qui une fraction de CSG au taux de 1,3 % est affectée, bénéficie également de l'élargissement d'assiette : son gain est estimé à 3,8 milliards de francs.

Par ailleurs, l'article 24 du présent projet de loi de financement proposait, dans sa rédaction initiale, de relever les droits sur les alcools constituant la seconde ressource affectée au FSV : le produit supplémentaire était estimé à 1,5 milliard de francs. Le FSV aurait ainsi bénéficié d'un surcroît de recettes de 4,87 milliards de francs en 1997.

Toutefois, l'Assemblée nationale a estimé que cette augmentation concentrée sur une partie restreinte des boissons alcoolisées ne serait conforme ni aux préoccupations de santé publique, ni aux intérêts légitimes des régions productrices.

Elle a jugé préférable de limiter la hausse des droits sur les alcools à 5 % et de la compléter par une hausse de 36 % du droit spécifique sur les bières. Le rendement de cette double hausse n'équivaut pas à celui de l'augmentation initialement proposée, puisqu'il est estimé à 900 millions de francs seulement (celui de la taxe spécifique de 15 francs par litre sur les "premix" créée de surcroît n'est pas connu).

Le gain total de ces mesures pour le FSV serait donc de 4,7 milliards de francs : 3,8 milliards de francs au titre de l'élargissement de l'assiette de la CSG et 900 millions de francs au titre du relèvement des droits sur les alcools et la bière.

Il est donc proposé de réaffecter à la branche maladie une fraction des droits sur les alcools, à hauteur de 4,7 milliards de francs, afin de compenser le manque à gagner résultant de l'opération de transfert cotisations/CSG. Cette réaffectation partielle des droits sur les alcools est neutre pour le FSV et laisse un gain de 3 milliards de francs à la branche maladie (4,7 milliards de francs de droits transférés - 1,7 milliards de francs de pertes nettes de cotisations).

Par ailleurs, l'élargissement de l'assiette bénéficie également à la branche famille, à laquelle est affectée une fraction de CSG au taux de 1,1 % : le gain est estimé à 3,2 milliards de francs.

Enfin, il convient de rappeler que le projet de loi de finances pour 1997 prévoit d'affecter à la CNAMTS une fraction des droits sur les tabacs, pour un montant estimé à 3 milliards de francs.

BILAN DE LA SUBSTITUTION CSG/COTISATIONS MALADIE ET DE LA REAFFECTATION PARTIELLE DES DROITS SUR LES ALCOOLS

I - Extension d'assiette de la CSG : un gain pour la branche vieillesse et la branche famille

L'impact de l'extension d'assiette est évalué à 2,9 milliards de francs pour 1 point de CSG.

Gain branche famille (1,1 % CSG) : $2,9 \times 1,1 = + 3,2$ milliards de francs ;

Gain branche vieillesse (1,3 % CSG) : $2,9 \times 1,3 = + 3,8$ milliards de francs ;

Total : + 7 milliards de francs.

II - Diminution des cotisations maladie et majoration d'un point de la CSG.

La majoration d'un point de la CSG rapporte 44,2 milliards de francs et est affectée à la branche maladie. En contrepartie, le taux des cotisations d'assurance-maladie est de 1 point pour les revenus de remplacement, soit une diminution de perte de recettes de 45,9 milliards de francs.

Perte branche famille (1 % CSG) : $44,2 - 45,9 = - 1,7$ milliard de francs.

III - Majoration des droits sur les alcools et transfert d'une fraction de ces droits du FSV à la branche maladie

La majoration des droits sur les alcools affectés au FSV entraîne un produit supplémentaire de 0,9 milliard de francs.

Une fraction de ces droits est transférée du FSV à la branche maladie, pour un montant de 4,7 milliards de francs.

IV - Gains finaux

Branche vieillesse : 0 franc

Extension d'assiette CSG + 3,8 milliards de francs

Hausse des droits sur les alcools + 0,9 milliard de francs

Transfert d'une partie des droits sur
les alcools à la branche maladie - 4,7 milliards de francs

Branche maladie : + 3 milliards de francs

Perte sur substitution CSG/cotisations - 1,7 milliard de francs

Transfert d'une partie des droits sur les
alcools antérieurement affectés au FSV + 4,7 milliards de francs

Branche famille : + 3,2 milliards de francs

Extension d'assiette CSG + 3,2 milliards de francs

V. DES MESURES FINANCIÈRES PONCTUELLES

Le coeur du dispositif du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 1997 est constitué par l'élargissement de l'assiette de la CSG et la réforme du financement de l'assurance-maladie. Toutefois, le solde net de ces deux réformes liées n'est que de 6.8 milliards de francs : elles ne permettent pas un redressement suffisamment rapide des comptes de la sécurité sociale.

Elles sont donc complétées par une série de mesures financières plus ponctuelles, dont le rendement total devrait permettre de réduire le déficit de la sécurité sociale de 17 milliards de francs en 1997.

Il est possible de les classer, selon leur nature, en trois catégories : les recettes nouvelles, les ressources de transfert ou de trésorerie, les mesures d'économie.

Par ailleurs, un certain nombre de mesures annoncées par le Gouvernement ne figurent pas dans le projet de loi de financement, mais leur impact financier est pris en compte dans les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses.

A. LES RECETTES NOUVELLES

1. L'affectation d'une fraction du droit sur les tabacs à la CNAMTS

L'article 23 du présent projet de loi de financement pose le principe de l'affectation d'une fraction, non précisée, du produit du droit sur les tabacs à la CNAMTS.

Cette disposition a son pendant dans l'article 30 du projet de loi de finances pour 1997, qui affecte à la CNAMTS une fraction égale à 6,39 % du produit du droit de consommation sur les tabacs, ce qui correspond à une recette nouvelle de 3 milliards de francs pour la branche maladie.

2. L'extension du champ de la taxe des grossistes en médicaments

L'article 27 du présent projet de loi de financement propose d'étendre le champ de la taxe due par les établissements de vente en gros de spécialités pharmaceutiques, qui est actuellement acquittée par les seuls grossistes-répartiteurs sur leurs ventes aux pharmacies d'officine.

S'agissant des redevables, la taxe sera étendue aux laboratoires pharmaceutiques qui vendent eux-mêmes directement leurs médicaments aux pharmacies.

S'agissant de l'assiette, la taxe sera étendue aux pharmacies mutualistes ou de secours minier.

Le rendement de cette double extension de la taxe est estimé à 100 millions de francs en 1997.

3. L'extension de la garantie AGS aux cotisations salariales

L'article 29 du présent projet de loi de financement propose d'étendre à la part salariale des cotisations sociales la garantie offerte, dans le cadre des règlements judiciaires d'entreprise, par le mécanisme d'assurance des salaires aux créances salariales.

Cette extension du champ de l'assurance des salaires, qui contribuera à améliorer le taux de recouvrement des cotisations sociales, entraînera un alourdissement des primes à la charge des employeurs, qui correspondent actuellement à 0,25 % de la masse salariale.

Le surcroît de cotisations pour les régimes de sécurité sociale attendu en 1997 de cette mesure est estimé à 1,5 milliard de francs.

4. L'affectation du solde de la taxe sur les grandes surfaces aux régimes de retraite des commerçants et artisans

L'article 32 du présent projet de loi de financement autorise l'affectation d'une fraction du solde du produit de la taxe sur les grandes surfaces aux régimes de retraite des commerçants et artisans.

La taxe sur les grandes surfaces est actuellement affectée au financement de l'indemnité de départ des commerçants et artisans et, pour son solde, au fonds d'intervention pour la sauvegarde de l'artisanat et du commerce (FISAC).

Le Gouvernement propose d'affecter ainsi en 1997 300 millions de francs à l'ORGANIC et à la CANCAVA.

B. LES RESSOURCES DE TRÉSORERIE

1. Prélèvement au titre des maladies professionnelles non déclarées

L'article 25 du présent projet de loi de financement propose d'instaurer un prélèvement de 1 milliard de francs à la charge de la branche accidents du travail et au profit de la branche maladie, représentatif des maladies professionnelles non déclarées comme telles.

Ce prélèvement peut être considéré comme un simple transfert à somme nulle entre deux branches de la sécurité sociale : c'est d'ailleurs l'analyse du Gouvernement.

Toutefois, il existe une ambiguïté dans la mesure où le dispositif prévoit que ce versement sera pris en compte dans le calcul des cotisations d'accidents du travail. Si son coût était ainsi répercuté, il serait peut-être plus exact de le considérer comme une ressource nette.

2. Intégration financière du régime d'assurance maladie des militaires dans le régime général

La caisse nationale militaire de sécurité sociale, bien que structurellement déficitaire, est régulièrement suréquilibrée par le jeu de la compensation interrégimes, ce qui lui a permis d'accumuler des excédents estimés à 1,2 milliard de francs.

L'article 26 du présent projet de loi de financement propose de l'intégrer financièrement au sein du régime général, qui assumera chaque année son équilibre par une contribution.

En conséquence, les réserves de la CNAMSS seront versées à la CNAMTS. Il s'agit d'une mesure par définition non reductible, dont le solde global est nul pour la branche maladie.

3. Prélèvement sur le fonds d'invalidité des agents des collectivités locales au profit de la CNRACL

L'article 30 du présent projet de loi de financement propose de prélever au profit de la CNRACL 4,5 milliards de francs sur les réserves accumulées par le fonds de l'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales (FATIACL).

Les assiettes et les ressortissants de la CNRACL et du FATIACL sont les mêmes, le fonds étant alimenté par une cotisation spécifique de 0,5 %.

Cette mesure non reconductible permettra à la CNRACL de franchir l'année 1997 sans nouvelle hausse de ses cotisations. Son solde est nul pour la branche AT.

4. Report du solde de la contribution sociale de solidarité des sociétés en 1996 sur l'exercice 1997

La contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) est prioritairement affectée à la CANAM, à l'ORGANIC et à la CANCAVA, son solde éventuel étant réparti entre les autres régimes d'assurance vieillesse de non salariés.

Or, le déficit de la CANAM en 1996 est exceptionnellement pris en charge par un versement de la CADES, à hauteur de 3 milliards de francs.

Pour cette raison, la répartition du premier niveau de la C3S fait apparaître en 1996 un solde excédentaire de 900 millions de francs, qui devrait normalement être réparti entre le BAPSA et la CAMAVIC.

L'article 31 du présent projet de loi de financement propose de déroger aux règles de répartition de second niveau de la C3S afin de reporter cet excédent de 900 millions de francs sur l'exercice 1997, ce qui permettra de réduire d'autant l'année prochaine les déficits des trois régimes prioritairement bénéficiaires.

C. LES MESURES D'ÉCONOMIE

1. Non-cumul des allocations de préretraite progressive et de l'abattement sur cotisations temps partiel

L'article 28 du présent projet de loi de financement propose de mettre fin à la possibilité de cumuler, pour un même emploi, l'allocation de préretraite progressive financée par le FNE et l'abattement de 30 % sur les cotisations sociales destiné à encourager le temps partiel.

Cette restriction de champ d'une exonération de cotisations non compensée budgétairement devrait se traduire en 1997 par un surcroît de recettes pour la sécurité sociale de 200 millions de francs.

2. Intégration des aides personnelles au logement dans le calcul de l'allocation de parent isolé

Actuellement, seule l'allocation de logement familial est incluse dans les ressources prises en compte pour le calcul de l'allocation de parent isolé.

L'article 33 du présent projet de loi de financement propose d'inclure dans les ressources prises en compte pour le calcul de l'API un forfait d'hébergement représentatif de toutes les formes d'aides personnelles au logement, modulé selon le nombre d'enfants à charge.

Cette mesure permettrait à la CNAF d'économiser 150 millions de francs en 1997.

D. LES MESURES CONNEXES AU PROJET DE LOI

1. La réforme des aides au logement

Le Conseil national de l'habitat et les CNAF sont actuellement saisis d'un projet de refonte d'ensemble des barèmes des aides au logement. La complexité de ces barèmes, qui a été à maintes reprises dénoncée par la Cour des Comptes, est due à la diversité des modalités de prises en compte des revenus de transfert ou d'activité dans le calcul des ressources.

Ces différences de traitement aboutissent à des situations inéquitables : deux familles de même taille, disposant de revenus équivalents et acquittant des loyers identiques, peuvent recevoir des aides de montants différents.

Pour corriger ces anomalies, les ressources prises en compte ne seront plus limitées aux seuls revenus d'activité, mais étendues à certains revenus de transfert à l'exception des minima sociaux. Cette réforme des barèmes ne s'appliquera qu'aux nouvelles demandes d'aides au logement. Son incidence financière serait une économie de 600 millions de francs pour la branche famille en 1997.

2. L'amélioration de la prise en charge par le FSV des périodes de chômage non indemnisé

Le FSV compense, pour la branche vieillesse du régime général et des régimes alignés, le coût de la validation gratuite des droits à la retraite pendant les périodes de chômage indemnisé ou non indemnisé. Le montant de cette prise en charge est calculé sur un salaire de référence, qui a été porté de 60 % à 90 % du SMIC par le décret n° 96-532 du 14 juin 1996, dans le cadre du plan de réforme de la sécurité sociale. Le gain pour la branche vieillesse de cette première amélioration de la prise en charge des avantages non contributifs par le FSV est estimé à 11 milliards de francs.

La prise en charge du chômage non indemnisé s'effectue également sur une base forfaitaire, les personnes concernées étant par définition mal recensées. Les effectifs des chômeurs non indemnisés pris en compte par le FSV sont ainsi fixés à 23,5 % de l'effectif des chômeurs inscrits à l'UNEDIC.

Le Gouvernement propose de relever ce taux forfaitaire pour le porter à 30 % des effectifs UNEDIC. Cette mesure de caractère réglementaire permettra de transférer 1,5 milliard de francs supplémentaires à la branche vieillesse en 1997.

3. Versement exceptionnel de EDF-GDF à la CNAMTS

L'assiette des cotisations sociales du personnel d'EDF-GDF est fixé par un arrêté interministériel du 29 juin 1960, qui en exclut certaines primes ou indemnités statutaires. Cette réfaction de l'assiette est contestée par les organismes de sécurité sociale chargés du recouvrement des cotisations maladie (le risque vieillesse et famille étant gérés directement par l'entreprise employeur).

L'arrêté de 1960 a été déclaré illégal le 10 juillet 1996 par le Conseil d'Etat, saisi d'une question préjudicielle à l'occasion d'un contentieux opposant EDF-GDF à l'URSSAF de Toulouse et portant sur la période 1984-1987. Cette décision aurait dû conduire à la multiplication des contentieux aboutissant à des rappels de cotisations.

Afin de clarifier la situation, le Gouvernement a introduit dans le projet de loi relatif à l'emploi dans la fonction publique et à diverses mesures d'ordre statutaire, adopté en première lecture par le Sénat le 30 octobre dernier, un article validant l'assiette des cotisations des salariés des industries électriques et gazières. Un décret viendra fixer l'assiette pour l'avenir conformément à l'arrêt du Conseil d'Etat du 10 juillet 1996.

En contrepartie, EDF-GDF versera à la CNAMTS les sommes provisionnées depuis plusieurs années dans la perspective d'une décision de justice donnant gain de cause aux URSSAF, soit 3 milliards de francs. Ce versement, ne découlant pas d'un jugement définitif, transitera par le budget de l'Etat.

Le tableau ci-après détaille l'incidence de ces mesures sur l'équilibre du seul régime général de sécurité sociale.

SCHEMA DE REDRESSEMENT FINANCIER DU REGIME GENERAL

(en millions de francs)

SOLDE TENDANCIEL	-47.200
Branche maladie	13.850
Fixation de l'objectif national des dépenses d'assurances maladie à 600,2 mdf en 1997 à comparer à des dépenses d'assurance maladie tous régimes qui atteindraient 604,5 mdf selon l'évolution tendancielle, soit 3,5 mdf de moins pour le seul régime général	3.500
Réforme du financement de l'assurance maladie	1.300
Majoration des droits à la consommation sur les boissons alcoolisées	850
Tabac : affectation permanente de 6,39 % des droits à la consommation à la CNAMTS	3.000
Versement exceptionnel de l'Etat (règlement du contentieux EDF-URSSAF)	3.000
Intégration financière du régime militaire de sécurité sociale : transfert des réserves au régime général	1.200
Contribution de la branche accidents du travail aux charges supportées par l'assurance maladie du fait des maladies professionnelles	1.000
Branche accidents du travail	-1.000
Contribution de la branche accidents du travail aux charges supportées par l'assurance maladie du fait des maladies professionnelles	-1.000
Branche famille	750
Economies procurées par la réforme des aides au logement (hors économies déjà intégrées dans le solde tendanciel)	600
Allocation de parent isolé : prise en compte d'un forfait logement dans l'appréciation des ressources	150
Branche vieillesse	1.500
Transfert du FSV à la branche vieillesse	1.500
Mesures toutes branches	1.750
Non-cumul de l'abattement temps partiel et des conventions de préretraites FNE	200
Extension aux cotisations salariales de la garantie offerte par l'AGS en cas de liquidation judiciaire	1.550
SOMME DES MESURES NOUVELLES	16.850
SOLDE PREVISIONNEL	-30.350

Le tableau ci-après récapitule les mesures prises en compte par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 1997, en précisant leur impact financier sur chaque branche. Au total, leur rendement net est de 16,4 milliards de francs (19,5 milliards de francs, si l'on y ajoute l'incidence de l'extension de l'assiette de la CSG sur la branche famille déjà intégrée dans les recettes tendanciennes).

**MESURES PRISES EN COMPTE PAR LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA
SECURITE SOCIALE POUR 1997**

Mesure	Imputation	Estimation
Objectif national de dépenses d'assurance maladie	Maladie	4.300
Extension d'assiette de la CSG affectée au FSV	FSV	3.660
Affectation de 1 % de CSG à la branche maladie	Maladie	40.930
Hausse et transfert partiel des droits sur les alcools	Maladie	4.700
	FSV	-3.800
Affectation d'une fraction du droit de consommation sur les tabacs	Maladie	3.000
Versement représentatif des maladies professionnelles non déclarées	Accidents du travail	-1.000
	Maladie	1.000
Intégration financière de la CNMSS au sein de la CNAMTS	Maladie	0
Extension du champ de la contribution des grossistes répartiteurs	Maladie	100
Non cumul abatement temps partiel / allocations de préretraite progressive	Maladie	80
	Vieillesse	60
	Famille	30
	Accidents du travail	20
Extension de la garantie AGS aux cotisations	Maladie	700
	Vieillesse	700
	Famille	100
	Accidents du travail	50
Versement des réserves du FATIACL à la CNRACL	Accidents du travail	-4.500
	Vieillesse	4.500
Report du solde de la contribution sociale de solidarité des sociétés	Maladie et vieillesse	900
	Maladie et vieillesse	-580
Affectation d'une part de la taxe sur les grandes surfaces à l'ORGANIC et à la CANCAVA	Vieillesse	300
Intégration des allocations logement dans le calcul de l'API	Famille	150
Réforme du barème des allocations logement	Famille	600
Versement EDF-GDF	Maladie	3.000
Amélioration de la prise en charge par le FSV des période de chômage non indemnisée	FSV	1.500
	Vieillesse	-1.500
Baisse des taux de cotisation maladie	Maladie	-42.600
Total maladie		15.970
Total vieillesse		7.220
Total famille		-1.640
Total accidents du travail		880
FSV		-5.430
TOTAL		16.400

*

* *

Au terme de cette présentation générale de l'économie du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, votre rapporteur pour avis souhaite formuler quelques observations critiques.

Tout d'abord, il remarque qu'une fois encore le redressement financier de la sécurité sociale passe par des recettes nouvelles plutôt que par des économies sur les dépenses. Sur un solde net de 16,4 milliards de francs des mesures destinées à réduire le besoin de financement des régimes de base en 1997, 5,2 milliards de francs seulement correspondent à des mesures d'économies (fixation de l'objectif de dépenses d'assurance maladie, non-cumul exonérations temps partiel/préretraite progressive, harmonisation de la base des ressources API, réforme des allocations logement).

Par ailleurs, beaucoup des ressources nouvelles sont non reproductibles ou globalement neutres pour la sécurité sociale, quand elles ne sont pas les deux à la fois (versement EDF-GDF, intégration financière de la CNMSS, prélèvement sur les réserves du FATIACL, versement de la branche accidents du travail).

L'élargissement de l'assiette de la CSG vient opportunément diversifier le financement de la sécurité sociale, trop fortement concentré sur les revenus d'activité. Toutefois, certaines des modalités retenues obéissent plus à des considérations de maximisation du rendement que d'équité ou de simplicité. Le mode d'assujettissement de certains produits de placement apparaît ainsi fort complexe. L'assiette de la CSG sur les jeux semble taillée d'une manière assez arbitraire.

Enfin, dans le rapport annexé au présent projet de loi de financement, le Gouvernement annonce que la substitution de la CSG à la cotisation maladie a vocation à se poursuivre dans les prochaines années. Votre rapporteur souligne que le prolongement de ce basculement d'une ressource vers l'autre ne pourra pas se faire sans certains aménagements. En effet, l'opération ne peut par définition être compensée que pour les titulaires de revenus d'activité ou de remplacement assujettis aux cotisations maladie. Pour les revenus du patrimoine et les mises ou gains de jeux, tout relèvement du taux de la CSG est un prélèvement brut.

Sachant que le produit des cotisations maladie s'élève à 541,8 milliards de francs pour les principaux régimes (CNAMTS, CANAM et régime des exploitants agricoles), et que le rendement d'un point de CSG élargie est estimé à 44,2 milliards de francs, un calcul rapide montre que le

basculement complet des cotisations maladie porterait le taux de la CSG à 14,6 % (12,2 % maladie + 2,4 % famille et vieillesse).

Votre rapporteur pour avis en conclut que la réforme du financement de l'assurance maladie la substitution de la CSG aux cotisations ne pourra pas être poursuivie sans diminution corrélative de la fiscalité de l'épargne et des prélèvements de l'Etat sur les jeux.

EXAMEN DES ARTICLES

TITRE PREMIER

ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ SOCIALE

ARTICLE PREMIER

Approbation du rapport

Commentaire : cet article tend à approuver le rapport annexé relatif aux orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et aux objectifs qui déterminent l'équilibre général de la sécurité sociale pour 1997.

Ce rapport est présenté par le Gouvernement pour être soumis à l'approbation du Parlement. Sa vocation est de susciter un débat d'ensemble sur la politique des pouvoirs publics en matière de santé publique et de sécurité sociale.

Il s'agit, en quelque sorte, d'une « survivance » du mécanisme qui existait antérieurement à la création des lois de financement en application de l'article 14 de la loi du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale. Cette disposition, aujourd'hui abrogée, prévoyait que « *le Gouvernement présente chaque année au Parlement, lors de la première session ordinaire, un rapport relatif aux principes fondamentaux qui déterminent l'évolution des régimes obligatoires de base de sécurité sociale* ». A la différence du présent article, elle ne prévoyait pas que le rapport fasse l'objet d'un vote.

Votre rapporteur reste un peu perplexe quant à la portée de cet article d'approbation. Il rappelle, à titre de comparaison, que le rapport économique et financier annexé à la loi de finances ne fait pas l'objet d'un vote spécifique, l'adoption du dispositif même de la loi valant approbation implicite des orientations qui déterminent son équilibre financier.

Sur le fond, le contenu du rapport annexé au présent projet de loi de financement est largement descriptif et rétrospectif. Il comporte également un certain nombre d'orientations plus politiques, qui justifient les mesures proposées dans le corps du projet de loi de financement et doivent être considérées comme leur exposé des motifs.

Cette articulation entre le contenu du rapport annexé et les dispositions du projet de loi de financement implique que l'approbation de celles-ci emporte celles du rapport, et inversement.

Néanmoins, l'Assemblée nationale a apporté un certain nombre de modifications au contenu du rapport. Elle a notamment précisé que les 14.000 lits de section de cure médicale dont la création a été récemment annoncée par le Gouvernement, seront prioritairement attribués aux zones sous-équipées. Elle a également inscrit dans le texte du rapport les dix priorités de santé publique reconnues par la Conférence nationale de santé.

Par ailleurs, l'Assemblée nationale a souhaité qu'il soit indiqué dans le rapport que *"la politique de maîtrise des dépenses de santé sera poursuivie sans que des mesures de déremboursement interviennent."*

Votre rapporteur pour avis estime cette orientation trop rigide. S'il est effectivement important de préserver le taux de remboursement global, il est tout aussi essentiel de ne pas figer les situations. Ainsi, un médicament dont l'efficacité n'apparaîtrait plus démontrée doit pouvoir être exclu du remboursement.

D'une façon plus générale, les taux de remboursement sont actuellement très variables selon les types de prestations : il ne faut pas s'interdire par avance de baisser certains taux pour pouvoir en augmenter d'autres. La redéfinition de ce qu'il est convenu d'appeler le "panier des biens et services médicaux" en fonction des priorités de santé publique reste à faire.

Par ailleurs, il semble inopportun de conférer une valeur juridique au néologisme que constitue le terme de "déremboursement", employé le plus souvent dans un but polémique.

Pour ces raisons, votre rapporteur pour avis estime préférable la rédaction suivante : *"La politique de maîtrise des dépenses de santé sera poursuivie sans diminution du niveau moyen de remboursement."*

Décision de la commission : votre commission émet un avis favorable à l'approbation du rapport ainsi amendé.

ARTICLES PREMIER BIS, TER et QUATER (nouveaux)

Rapports au Parlement

Commentaire : ces articles tendent à demander des rapports au Parlement sur des points particuliers du fonctionnement ordinaire ou de la réforme de la sécurité sociale.

L'article premier *bis* (nouveau) demande un rapport annuel de la Caisse nationale d'assurance maladie faisant le bilan des contrôles médicaux effectués dans le secteur de l'hospitalisation.

L'article premier *ter* (nouveau) demande un rapport annuel de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé sur la réforme de la nomenclature générale des actes professionnels.

L'article premier *quater* (nouveau) demande que le Parlement soit destinataire chaque année des informations transmises par les caisses aux conseils de surveillance instaurés par l'ordonnance n° 96-344 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale, notamment celles relatives à l'expérimentation des "réseaux et filières de soins", à l'exécution budgétaire de la loi de financement et à l'informatisation des caisses.

Ce dernier rapport peut sembler superfétatoire : les conseils de surveillance placés auprès des trois caisses du régime général et de l'ACOSS comprendront chacun trois députés et trois sénateurs, et seront présidés par un parlementaire : les informations que ces conseils de surveillance seront en droit d'exiger des caisses seront donc de plein droit accessibles au Parlement.

Par ailleurs, il semble plus rationnel de regrouper ces documents sous la forme d'un seul rapport venant à l'appui de la loi de financement de l'année prochaine.

Décision de la commission : votre commission vous propose de supprimer ces trois articles.

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE QUATER (nouveau)

**Rapport à l'appui du projet de loi de financement
de la sécurité sociale pour 1998**

Commentaire : cet article prévoit qu'un rapport viendra à l'appui du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 1998, qui reprendra la substance des trois rapports précédemment supprimés.

Votre rapporteur pour avis suggère de compléter la liste des informations demandées par les quatre points suivants :

- l'informatisation du système de santé ;
- la mise en oeuvre des références médicales opposables ;
- la mise en oeuvre et les résultats du programme médicalisé des systèmes d'information ;
- les restructurations hospitalières.

Ce rapport n'ayant pas une périodicité annuelle, il conviendra lors du vote de chaque loi de financement de la sécurité sociale d'ajuster son contenu en fonction des sujets apparaissant d'actualité.

Décision de la commission : votre commission vous demande d'adopter cet article additionnel.

TITRE II

DISPOSITIONS RELATIVES À L'ÉQUILIBRE FINANCIER

ARTICLE 2

Prévisions des recettes par catégories

Commentaire : cet article retrace les prévisions de recettes pour 1997, par catégories, de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement.

Le présent article distingue sept catégories de recettes.

① Les cotisations effectives sont celles effectivement prélevées sur les salaires, les revenus de remplacement et les revenus des entrepreneurs individuels, ainsi que les cotisations prises en charge par l'Etat dans le cadre de la politique de l'emploi. En revanche, elles n'incluent pas les cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux prises en charge par les caisses d'assurance maladie qui, constituant à la fois des recettes et des dépenses pour la sécurité sociale, sont consolidées.

② Les cotisations fictives correspondent aux prestations fournies directement à leurs agents par les employeurs publics (Etat, SNCF, RATP et Banque de France), qui sont ainsi équilibrées comptablement.

③ Les contributions publiques correspondent aux subventions d'équilibre versées par le budget de l'Etat à certains régimes spéciaux (36 milliards de francs) et au remboursement de certaines prestations servies par les régimes de sécurité sociale pour le compte de l'Etat, principalement l'allocation aux adultes handicapés (24,8 milliards de francs).

④ Les impôts et taxes affectés sont ceux directement affectés aux régimes de base de sécurité sociale, ainsi que ceux qui constituent les ressources du fonds de solidarité vieillesse, dont les régimes sont les destinataires finaux.

⑤ Les transferts reçus ne tiennent pas compte des transferts de compensation démographique entre les régimes de sécurité sociale, dont le solde est nul par construction. Ils ne tiennent pas compte non plus des transferts provenant du fonds de solidarité vieillesse, qui ont pour contrepartie des impôts et taxes affectés déjà pris en compte dans la catégorie précédente de recettes.

⑥ Les revenus des capitaux résultent des excédents de trésorerie et des réserves des régimes de sécurité sociale.

⑦ Les autres ressources recouvrent principalement les recours contre tiers (5,8 milliards de francs) et les recettes provenant des départements d'outre-mer (16,7 milliards de francs). En effet, la ventilation des recettes DOM entre les différentes catégories n'est pas connue avec précision.

Les prévisions de recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base sont fixées aux montants suivants par le présent article, en milliards de francs :

Cotisations effectives	1.152,1
Cotisations fictives	181,9
Contributions publiques.....	63,9
Impôts et taxes affectés	223,6
Transferts reçus	4,7
Revenus des capitaux.....	1,8
Autres ressources.....	30,0
Total des recettes	1.658,0

Le montant des impôts et taxes affectés est réduit de 0,9 milliard de francs par rapport au montant figurant dans le projet de loi de financement initial, à la suite des modifications apportées par l'Assemblée nationale au relèvement du droit sur les alcools et à la CSG sur les jeux.

Le tableau ci-après retrace la façon dont on passe de la présentation détaillée des recettes figurant dans l'annexe C du projet de loi de financement à la présentation consolidée du présent article :

(en millions de francs)

Ressources 1997 PLFSS	Régimes de base	FSV	Ressources à consolider	Ensemble régimes de base+FSV
Cotisations effectives	1.159.695	0	-7.549	1.152.146
Cotisation des actifs	1.062.041	0	0	1.062.041
<i> cotisation patronales des salariés</i>	675.822			675.822
<i> cotisations salariales des salariés</i>	311			311
<i> cotisations des actifs non salariés</i>	74.905			74.905
Cotisation des inactifs	25.610	0	0	25.610
<i> sur les revenus de remplacement</i>	24.242			24.242
<i> autres</i>	1.368			1.368
Cotisations d'assurance personnelle	1.559			1.559
Cotisations prises en charge par l'Etat	62.936		-7.549	62.936
Cotisations prises en charge par la Sécurité sociale	7.549			0
Autres cotisations	0			0
Cotisations fictives d'employeur	181.885			181.885
Contributions publiques	63.853	0	0	63.853
<i> remboursement de prestations</i>	24.810			24.810
<i> subventions d'équilibre</i>	36.042			36.042
<i> autres ressources</i>	3.000			3.000
Impôts et taxes affectés	152.653	71.863	0	224.516
<i> Impôts affectés à la sécurité sociale</i>	92.773	58.231	0	151.004
<i> contribution sociale généralisée</i>	89.298	58.231		147.529
<i> autres impôts</i>	3.475			3.475
<i> Taxes affectées à la sécurité sociale</i>	59.880	13.632		73.512
Transferts reçus	208.543	0	-203.855	4.688
<i> transferts reçus des régimes de base de Sécurité sociale</i>	131.759		-131.759	0
<i> transferts reçus du reste de la sécurité sociale</i>	587			587
<i> transferts reçus du reste de la protection sociale</i>	76.197		-72.096	4.101
Revenus des capitaux	1.642	160		1.802
Autres ressources	29.962	0	0	29.962
Recours contre tiers	5.801			5.801
Autres ressources	7.443			7.443
Recettes DOM	16.718			16.718
Total des ressources PLFSS 97	1.798.233	72.023	-211.404	1.658.852

Décision de la commission : votre commission émet un avis favorable à l'adoption de cet article sans modification.

ARTICLE 3

Objectifs de dépenses par branches

Commentaire : cet article tend à fixer les objectifs de dépenses par branches, de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres.

Les quatre branches qui ont été retenues sont celles existant au sein du régime général : maladie - maternité - invalidité - décès ; accidents du travail ; vieillesse ; famille.

Comme pour les recettes, cette nomenclature implique certaines conventions comptables.

La définition de la branche maladie - maternité - invalidité - décès a nécessité le reclassement des pensions d'invalidité servies à des bénéficiaires âgés de plus de 60 ans par les principaux régime spéciaux, car ces derniers les rattachent au risque vieillesse. Dans le régime général et les régimes alignés, les prestations d'invalidité à la branche maladie sont transformées en pensions de vieillesse lorsque leurs bénéficiaires ont atteint 60 ans.

La branche vieillesse rassemble donc les prestations d'assurance vieillesse proprement dites, les prestations d'assurance veuvage et les prestations d'invalidité servies à des bénéficiaires âgés de plus de 60 ans.

La branche accidents du travail regroupe les dépenses effectives des fonds existants ainsi que les dépenses réalisées directement par les régimes d'employeurs en contrepartie de cotisations fictives.

La branche famille correspond pour l'essentiel aux dépenses de la CNAF, qui retracent déjà l'ensemble des prestations légales servies par les autres régimes ainsi que les charge annexes des organismes du régime général. Les frais de gestion et les dépenses d'action sociale des régimes agricoles et du régime minier, pour la part correspondant aux cotisations complémentaires familiales, s'y ajoutent.

Les objectifs de dépenses des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille ressortissants sont fixés aux montants suivants, par le présent article, en milliards de francs :

Maladie-maternité-invalidité-décès	661,8
Vieillesse-veuvage	726,7
Accidents du travail	54,7
Famille	241,7
Total des dépenses	1.684,9

Par ailleurs, les dépenses des régimes comptant moins de 20.000 ressortissants, qui restent en dehors du champ de cet article, sont évaluées à 2.5 milliards de francs.

Pour bien apprécier ces objectifs de dépenses exprimés en milliards de francs, il convient de considérer les évolutions correspondantes.

Evolution des objectifs de dépenses de 1995 à 1997

(en milliards de francs)

Branche	1995 réalisation	1996 (prévision)	Evolution en %	1997 (objectif)	Evolution en %
Maladie-maternité- invalidité-décès	635,3	649,1	2,13	661,8	1,92
Vieillesse-veuvage	653,0	708,4	7,82	726,7	2,52
Accidents du travail	48,7	49,1	0,81	54,7	10,24
Famille	262,4	239,2	-9,70	241,7	1,03
TOTAL	1.599,4	1.645,8	2,8	1.684,9	2,32

Ces taux de progression peuvent être comparés aux taux de croissance du PIB tels qu'ils figurent dans le rapport économique et financier annexé au projet de loi de finances : + 1,3 % en 1996 et + 2,3 % pour 1997.

Décision de la commission : votre commission émet un avis favorable à l'adoption de cet article sans modification.

ARTICLE 4

Objectif national de dépenses d'assurance maladie

Commentaire : cet article a pour objet de fixer pour 1997 à 600,2 milliards de francs l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base.

La détermination de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie est une disposition obligatoire de la loi de financement de la sécurité sociale, prévue au 4° de l'article L.O. 111-3.

La portée de cet objectif, exprimé en montant et non en taux, est différente selon les catégories de destinataires. Pour les assurés sociaux, l'objectif n'a pas de caractère limitatif et son dépassement éventuel n'aura pas pour conséquence de restreindre leurs droits aux soins. Pour les professionnels de santé, l'objectif aura bien un caractère contraignant et son dépassement éventuel entraînera des reversements.

L'objectif est exprimé en dépenses remboursées et non pas en dépenses remboursables. Cela implique qu'une augmentation du forfait hospitalier ou une diminution des taux de remboursement, qui n'est pas actuellement dans les intentions du Gouvernement, aurait pour effet mécanique de réduire le montant des dépenses prises en compte par l'objectif, à consommation de soins inchangée.

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie englobe également la branche accidents du travail. Toutefois, il ne correspond pas à la somme des objectifs de dépenses de ces deux branches. Il ne couvre en effet que les dépenses de soins des risques maladie-maternité et accidents du travail, ainsi que les prestations en espèces du risque-maladie et celles du risque accidents du travail pour leur part liée à l'incapacité temporaire.

Sont donc déduites des dépenses des branches maladie et accidents du travail :

- les rentes d'accidents du travail ;
- les indemnités journalières maternité ;
- les dépenses de gestion administrative ;

- les dépenses d'action sanitaire et sociale ;
- les dépenses des fonds de prévention ;
- les transferts ;
- les frais financiers.

Le tableau ci-dessous retrace la façon dont s'effectue le passage du total des dépenses de la branche maladie-maternité-invalidité et de la branche accidents du travail à l'objectif national des dépenses d'assurance maladie pour 1997.

Passage des dépenses par branche des régimes de base à l'objectif national de dépenses d'assurance maladie

(en milliards de francs)

	Branche maladie- invalidité	Branche accidents du travail	Total
Emplois de l'ensemble des régimes de base dans la nomenclature des comptes de la sécurité sociale	690,3	59,3	750,1
Dépenses à déduire :			
Frais de gestion	-33,9	-5,0	-38,9
Transferts versés	-25,9	-11,2	-37,1
Frais financiers	-1,8	-0,1	-1,9
Autres dépenses	-1,0	-0,1	-1,1
Solde des opérations avec les DOM	-5,7	0,2	-5,5
Prestations à déduire			
Prestations de service sociaux	-10,1	0,0	-10,1
Prestations extra-légales	-3,1		3,1
Prestations légales hors champ			
Incapacité-décès	-23,5		-23,5
Incapacité permanente (accidents du travail)		-30,2	-30,2
Indemnités journalières maternité	-10,9		-10,9
Objectif Métropole assurance maladie	574,4	13,4	587,8
Dépenses DOM	12,3	0,1	12,4
Objectif national de dépenses	586,7	13,5	600,2

Les recettes et les dépenses des DOM, qui sont agrégées dans les comptes de la sécurité sociale où elles n'apparaissent que pour leur solde, sont ici déconsolidées.

Décision de la commission : votre commission émet un avis favorable à l'adoption de cet article sans modification.

ARTICLE 5

Plafonds d'avances de trésorerie

Commentaire : cet article a pour objet de fixer les limites dans lesquelles certains régimes obligatoires de base peuvent recourir à des ressources non permanentes pour couvrir leurs besoins de trésorerie.

Le plafonnement proposé par le présent article est essentiel. D'une certaine manière, il supplée l'absence d'article d'équilibre dans la structure des lois de financement de la sécurité sociale, en permettant de prendre la mesure des besoins de trésorerie prévisionnels des principaux régimes de sécurité sociale.

En la matière, les pouvoirs du Parlement apparaissent plus étendus qu'à l'égard des charges de trésorerie de l'Etat car, au-delà de la fixation du solde annuel de la loi de finances, les opérations du Trésor échappent au contrôle parlementaire en vertu de l'autorisation d'emprunter de portée très générale accordée chaque année au ministre de l'économie et des finances.

Les plafonds fixés par le présent article s'appliquent aux encours des avances de trésorerie un jour donné. Il ne s'agit donc pas des « soldes significatifs de trésorerie » présentés dans le rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale, qui retracent l'évolution tendancielle du besoin de trésorerie des régimes au cours d'une année. Ces plafonds ne s'appliquent pas aux emprunts que les organismes de sécurité sociale peuvent contracter pour leurs opérations en capital.

Lors de la discussion de la loi organique, une question très débattue avait été de savoir si la fixation de tels plafonds n'aboutirait pas à autoriser les régimes de sécurité sociale concernés à s'endetter à long terme. Tel n'est évidemment pas le cas, et chacun des régimes concernés doit continuer de tendre à un exact équilibre entre ses recettes définitives et ses dépenses permanentes, conformément à la logique d'un système de sécurité sociale fondé sur la répartition.

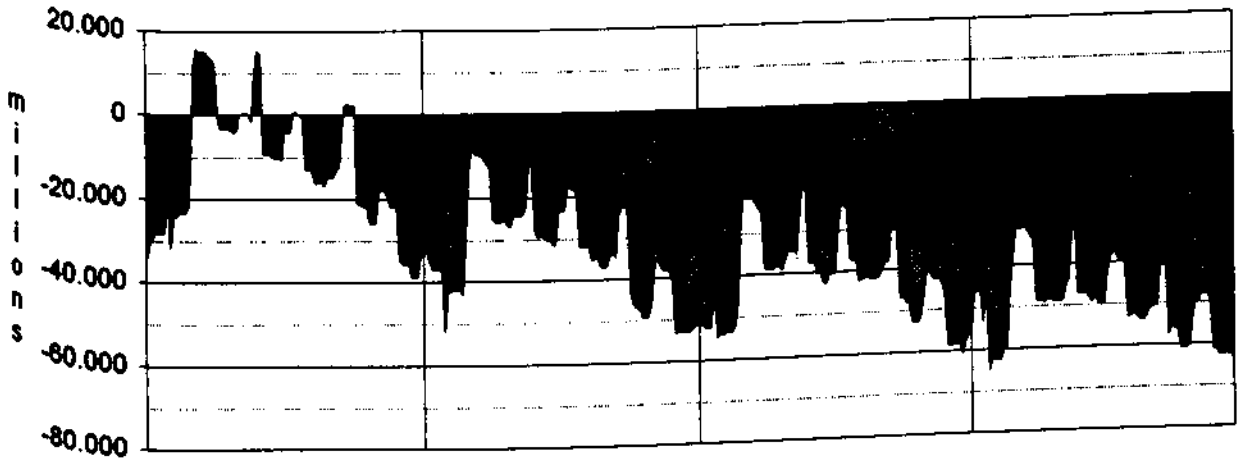
Il n'en reste pas moins que le recours à des avances de trésorerie de la part d'un régime de sécurité sociale peut correspondre aussi bien à un

décalage conjoncturel et transitoire qu'à un désajustement structurel et cumulatif entre ses recettes et ses dépenses.

A cet égard, les quatre régimes concernés par le présent article apparaissent dans des situations bien différentes.

Le plafond proposé pour le régime général est fixé à 66 milliards de francs. Il correspond exactement au point le plus bas de son profil de trésorerie à la fin de 1997. Ce besoin de trésorerie résulte de la somme du déficit prévisionnel de 1996 (51,6 milliards de francs) minoré de sa prise en charge partielle par la CADES (17 milliards de francs), et du déficit prévisionnel de 1997 tel qu'il découle du présent projet de loi (30,6 milliards de francs).

Trésorerie quotidienne de l'ACOSS de janvier à décembre 1997

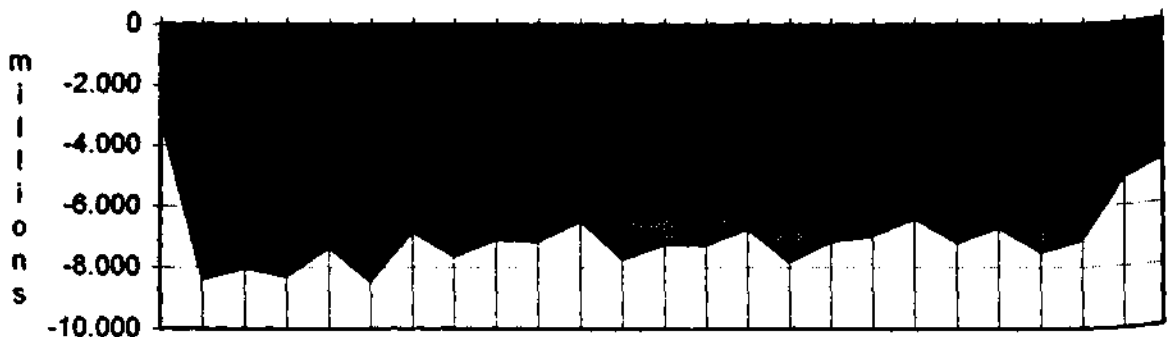


Le plafond proposé pour le régime des exploitants agricoles est fixé à 8,5 milliards de francs. Ce montant est celui prévu conventionnellement entre la Caisse centrale de Mutualité sociale agricole et le Crédit agricole.

Il convient de rappeler que, dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 1996, la Cour des comptes critique la gestion de trésorerie de la Mutualité sociale agricole : alors que la caisse centrale est perpétuellement en situation de découvert de trésorerie, les caisses locales ont accumulé des réserves supérieures à 4 milliards de francs en provisionnant les risques d'impayés sur cotisations. La Cour préconise donc une certaine centralisation de la gestion de trésorerie du régime agricole.

Situation de trésorerie du BAPSA de janvier à décembre 1997

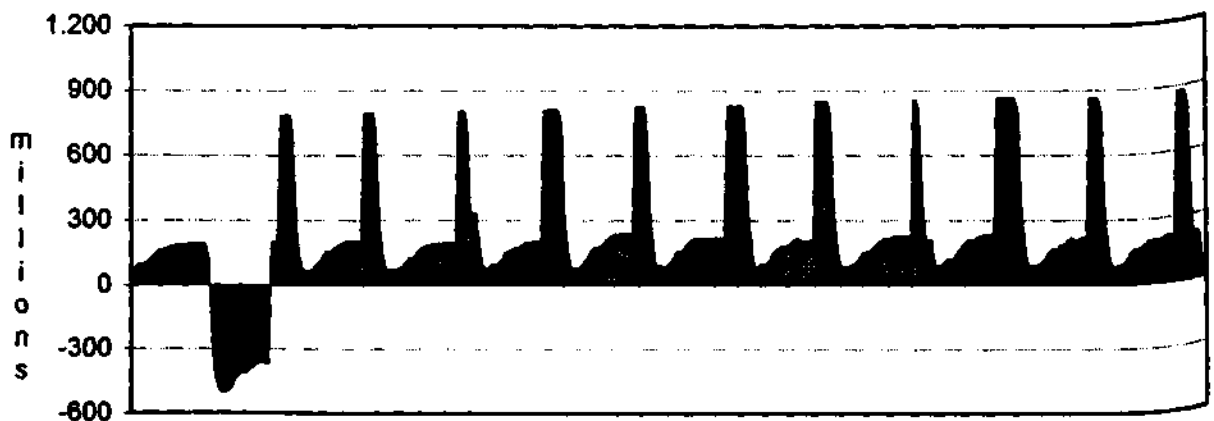
(Soldes bimensuels)



Le plafond de trésorerie proposé pour le fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat, géré par la Caisse des dépôts, s'élève à 0,8 milliard de francs.

Il apparaît élevé au regard du profil de trésorerie du FSOEIE, qui ne devrait pas descendre en-deçà d'un découvert de 500 millions de francs au début de 1997. Par ailleurs, ce creux de trésorerie du fonds au mois de février, qui est financé à 80 % par des crédits budgétaires, résulte du retard de parution des arrêtés de transfert et pourrait donc aisément être réduit. Pour ces raisons, l'Assemblée nationale l'a abaissé de 200 millions de francs par rapport au montant initial de 1 milliard de francs proposé par le Gouvernement.

Situation de trésorerie du FSPOEIE de janvier à décembre 1997

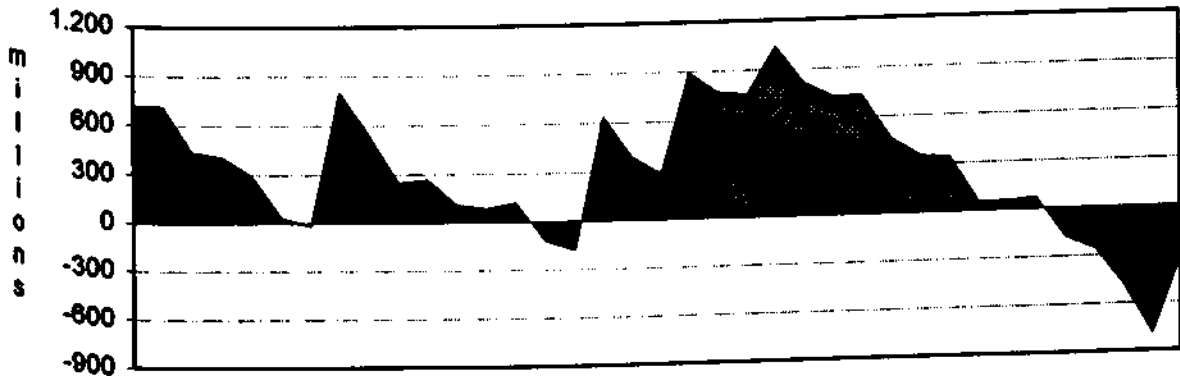


Le plafond de trésorerie proposé pour la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines s'élève à 2,3 milliards de francs. Ce plafond apparaît lui aussi surdimensionné, puisque le profil de trésorerie de la CANSSM, qui bénéficie d'une subvention d'équilibre de l'Etat, ne fait pas apparaître un besoin en découvert maximal de 800 millions de francs en 1997.

L'Assemblée nationale l'a également réduit de 200 millions de francs par rapport à son montant initial de 2,5 milliards de francs.

Situation de trésorerie de la CANSSM de janvier à décembre 1997

Soldes décadaires



L'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale prévoit la fixation de plafonds de trésorerie pour les seuls régimes qui « *peuvent légalement recourir à des ressources non permanentes* ». Or, les quatre régimes entrant dans le champ du présent article disposent actuellement de la possibilité de recourir à des avances de trésorerie sur une base conventionnelle, et non pas légale. Il faut donc considérer que c'est le vote de cette disposition de la loi de financement de la sécurité sociale qui aura valeur d'autorisation légale de leurs pratiques actuelles.

Sur la recommandation de sa commission des Finances, l'Assemblée nationale, a souhaité préciser *a contrario* que les autres régimes obligatoires de base comptant plus de 20.000 ressortissants et disposant d'une trésorerie autonome ne sont pas autorisés à recourir à des ressources non permanentes.

Décision de la commission : votre commission émet un avis favorable à l'adoption de cet article sans modification.

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 5

**Rapport du Gouvernement en cas de relèvement
des plafonds par décret**

Commentaire : cet article fait obligation au Gouvernement, lorsqu'il relève les plafonds de trésorerie fixés à l'article 5, de déposer devant le Parlement un rapport présentant les raisons de ce dépassement.

Le caractère limitatif des plafonds d'avances de trésorerie fixés à l'article précédent est tempéré par l'existence d'une procédure d'urgence inspirée de celle des décrets d'avance en matière budgétaire.

L'article L.O. 111-5 du code de la sécurité sociale prévoit que le Gouvernement, en cas d'urgence, peut relever les plafonds par un décret pris en Conseil des ministres après avis du Conseil d'Etat. Le décret est ensuite soumis à la ratification du Parlement dans le plus prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Cet article additionnel, qui résulte d'un amendement de la commission des finances de l'Assemblée nationale, complète cette disposition organique en prévoyant que le Gouvernement devra, dans cette hypothèse, déposer un rapport présentant les raisons du dépassement des plafonds et justifiant l'urgence qui exige le recours à la voie réglementaire.

Ce mécanisme apporte la garantie, en cas de dérapage du régime général par rapport aux prévisions, qu'un débat aura lieu immédiatement, sans attendre la plus prochaine loi de financement de la sécurité sociale, le Gouvernement n'étant pas tenu de présenter un projet de loi de financement rectificative.

Quant à la justification demandée de l'urgence, elle paraît simple : si le plafond de trésorerie n'est pas relevé, le régime général ne sera plus en mesure de servir les prestations dues.

Décision de la commission : votre commission émet un avis favorable à l'adoption de cet article sans modification.

ARTICLE 6 (retiré)

**Modalité de perception de la contribution sociale généralisée
sur les revenus de source étrangère**

Commentaire : cet article, finalement retiré par le Gouvernement, prévoyait que la CSG due par les titulaires de revenus de source étrangère, principalement les travailleurs frontaliers, serait perçue en même temps que l'impôt sur le revenu.

Le principe posé par l'article L. 136-1 du code de la sécurité sociale est l'assujettissement à la CSG de toutes les personnes fiscalement domiciliées en France. Ainsi, les titulaires de revenus de source étrangère, c'est-à-dire principalement les travailleurs frontaliers, sont redevables de la CSG sans être soumis pour autant à des cotisations sociales.

Il en résulte une difficulté de recouvrement insurmontable, qui vient de ce que les URSSAF ne connaissent pas ces contribuables, puisqu'ils n'acquittent pas de cotisations sociales.

En pratique, les URSSAF ne peuvent recouvrer la CSG auprès de l'entreprise qui emploie le travailleur frontalier que si celle-ci dispose d'un établissement en France. Dans le cas inverse, le travailleur frontalier doit en principe acquitter de lui-même la CSG à l'URSSAF la plus proche de son domicile. Selon le rapport précité du Conseil des impôts, sur les 135.000 travailleurs frontaliers recensés, moins de 60 % sont connus des URSSAF et seuls 10 % se sont acquittés de la CSG due, soit un taux de recouvrement effectif de 6 %.

A ces difficultés de recouvrement s'ajoute une opposition de principe de la commission européenne, qui considère que l'assujettissement des travailleurs frontaliers à la CSG contrevient à l'article 13 du règlement communautaire n° 1408/71 selon lequel le travailleur qui exerce son activité professionnelle dans un Etat membre est soumis exclusivement à la législation sociale de cet Etat. La Commission européenne, qui a adressé une mise en demeure à la France sur ce sujet le 25 novembre 1994, assimile ainsi la CSG aux cotisations, compte tenu de son affectation à des organismes de sécurité sociale.

En réponse, le Gouvernement français fait valoir la nature fiscale de la CSG, qui n'entraîne aucune contrepartie au bénéfice de ses assujettis et est destinée au financement de dépenses de solidarité nationale. Il convient de relever que la substitution de la CSG à des cotisations d'assurance maladie amoindrit la portée de cet argument. Mais d'autres Etats membres que la France ont déjà fait le choix de financer leur système de protection sociale par l'impôt, et dans des proportions bien supérieures.

Les opérations administratives de recouvrement de la CSG due par les travailleurs frontaliers sont suspendues depuis le 28 novembre 1994 par le Gouvernement.

L'article 6 du projet de loi de financement initial apportait une solution en assimilant les revenus de source étrangère aux revenus du patrimoine : la CSG aurait été établie, recouvrée et contrôlée dans les mêmes conditions que l'impôt sur le revenu, c'est-à-dire par l'administration fiscale et non par les URSAFF. Il s'agit de la solution déjà retenue par la CRDS.

Toutefois, devant l'Assemblée nationale, cet article a été retiré par le Gouvernement, qui s'est engagé à réaliser un examen approfondi des droits des travailleurs frontaliers au regard de la protection sociale avant de régler définitivement les difficultés de recouvrement de la CSG dont ils sont redevables.

Décision de la commission : votre commission a pris acte du retrait de cet article.

ARTICLE 7

Elargissement de l'assiette de la contribution sociale généralisée pour les revenus d'activité et de remplacement.

Commentaire : le présent article étend l'assiette de la CSG sur les revenus d'activité et de remplacement et restreint ses conditions d'exonération au titre de la non imposable à l'impôt sur le revenu.

Dans son dispositif actuel, la CGS sur les revenus d'activité et les revenus de remplacement est assise sur le montant brut des traitements, indemnités, émoluments, salaires, allocations, pensions, et ainsi que sur tous les avantages en nature ou en argent accordés en sus.

Dans cette définition, l'assiette de la CSG exclut de nombreuses catégories de revenus. Ainsi, ne sont pas assujetties à la CSG les allocations destinées à compenser les charges de famille, les prestations de solidarité versées sous condition de ressources ou encore les pensions ou rentes accordées en réparation d'un préjudice subi.

Le présent article tend, à travers l'élargissement de l'assiette de la CSG, à faire contribuer l'ensemble des revenus au financement de la protection sociale. Ces dispositions permettent l'unification des régimes de la CSG et de la CRDS, sous réserve du maintien de certaines différences d'assiettes subsistantes pour les revenus de remplacement.

Il modifie et complète l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale qui définit les revenus inclus dans l'assiette de la CSG sur les revenus d'activité et de remplacement.

Le 2° assujettit les sommes réparties au titre de la réserve spéciale de participation, ainsi que les revenus alloués aux salariés au titre des plans d'épargne entreprise.

Le 3° étend l'assiette de la CSG :

- aux contributions patronales de retraite et de prévoyance complémentaires, à l'exception de celles destinées à financer les régimes complémentaires obligatoires de retraite lorsqu'elles sont exonérées de cotisations de sécurité sociale :

- aux indemnités de licenciement et de mise à la retraite et à toutes les autres sommes versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail pour la fraction qui excède le montant minimal prévu par la convention collective de la branche, l'accord professionnel ou interprofessionnel ou à défaut par la loi, ainsi qu'à toutes les sommes versées à l'occasion de la modification du contrat de travail :

- aux allocations versées, en application d'un accord collectif, par l'employeur au salarié pendant la durée de son congé parental d'éducation ou pendant l'exercice de son activité à temps partiel ;

- aux indemnités journalières ou allocations versées par les organismes de sécurité sociale ou, pour leur compte, par les employeurs à l'occasion de la maladie, de la maternité, des accidents du travail et des maladies professionnelles, à l'exception des rentes viagères servies aux victimes d'accident du travail ou de maladies professionnelles ou à leurs ayants droit.

En outre, le 4° aménage dans un sens plus restrictif le critère de non-imposition à l'impôt sur le revenu pour l'exonération de la CSG de certains revenus de remplacement.

Il applique à la CSG les règles prévues par l'article 1417 du code général des impôts pour l'exonération de la taxe d'habitation, selon lesquelles ne sont exonérées que les personnes dont une cotisation d'impôt sur le revenu recalculée par addition de divers éléments à l'impôt effectivement dû reste inférieure au seuil de mise en recouvrement. Un certain nombre de bénéficiaires de revenus de remplacement seront ainsi assujettis à la CSG bien qu'ils soient exonérés d'impôt sur le revenu. La rédaction actuelle de l'article 1417 devant être modifiée par la loi de finances pour 1997, l'Assemblée nationale l'a inscrite directement dans le code de la sécurité sociale.

Par ailleurs, le 1° précise que les indemnités journalières ne bénéficient pas de l'abattement forfaitaire de 5% au titre des frais professionnels, qui concerne uniquement les salaires et revenus assimilés.

Décision de la commission : votre commission émet un avis favorable à l'adoption sans modification de cet article.

ARTICLE 8

**Modalités de précompte et de recouvrement de la CSG
sur les revenus d'activité et de remplacement**

Commentaire : cet article adapte les modalités de précompte et de recouvrement de la CSG à l'extension d'assiette concernant les revenus d'activité et de remplacement.

La CSG est recouvrée comme les cotisations de sécurité sociale, mais sa nature fiscale ne permet pas le simple renvoi aux dispositions réglementaires concernant les cotisations. Une loi doit intervenir, qui autorise l'application de ces dispositions à la CSG. Or, les règles relatives aux cotisations sociales ont connu de nombreux aménagements depuis la loi n° 93-936 du 22 juillet 1993, qui a modifié pour la dernière fois le dispositif de la CSG.

Le 1° de cet article réactualise le renvoi aux dispositions réglementaires applicables au recouvrement, en disposant que les conditions de recouvrement de la CSG sont celles en vigueur à la date de la publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale.

Le 3° fixe les conditions de recouvrement de la contribution sur les pensions d'invalidité et sur les indemnités journalières ou allocations : elle sera précomptée par l'organisme débiteur de ces prestations et versée à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sur le modèle de la CRDS.

Décision de la commission : votre commission émet un avis favorable à l'adoption sans modification de cet article.

ARTICLE 9

Elargissement de l'assiette de la CSG sur les revenus du patrimoine

Commentaire : cet article tend à élargir l'assiette de la CSG sur les revenus du patrimoine en supprimant la condition d'imposabilité qui subordonne leur assujettissement à la CSG.

Dans le système actuel, seule une partie des revenus du patrimoine sont assujettis à la CSG. Il s'agit des revenus fonciers, des rentes viagères constituées à titre onéreux, des plus-values sur biens immobiliers et mobiliers, des plus-values et gains divers réalisés sur les marchés à terme et les marchés d'options négociables, des revenus des locations meublées non professionnelles, enfin, des revenus non commerciaux.

En outre, les contribuables exemptés d'impôt sur le revenu ou dont l'imposition au titre de la CSG est inférieure au minimum d'imposition ne sont pas assujettis à la CSG au titre de ces revenus.

Le présent article élargit l'assiette de la CSG sur les revenus du patrimoine. Ainsi, le 4° soumet à la CSG.

- les revenus de capitaux mobiliers couverts par l'abattement de 8.000/16.000 francs.

- les plus-values professionnelles pour leur fraction bénéficiant de l'abattement au titre de l'adhésion à des centres de gestion agréés.

Le 5° supprime la condition d'imposabilité à l'impôt sur le revenu pour l'assujettissement à la CSG des revenus du patrimoine.

En outre, il soumet à la CSG:

- les sommes taxées d'office à l'impôt sur le revenu en l'absence de réponse du contribuable aux demandes d'éclaircissements ou de justifications de l'administration ;

- les revenus dont l'imposition est attribuée à la France par une convention internationale relative aux doubles impositions.

En revanche, le 2° exclut de la contribution sur les revenus du patrimoine les placements qui ont déjà supporté la contribution sur les produits de placement, afin d'éviter une double imposition.

Décision de la commission : votre commission émet un avis favorable à l'adoption sans modification de cet article.

ARTICLE 10

**Elargissement de l'assiette de la CSG
sur les produits de placement**

Commentaire : cet article tend à élargir l'assiette de la CSG sur les produits de placement et prévoit, pour certains d'entre eux, un mécanisme d'acomptes.

Dans le système actuel, seuls les produits des placements à revenu fixe imposés à un taux forfaitaire libératoire sont soumis à la CSG. Tous les produits de placement partiellement ou totalement exonérés de l'impôt sur le revenu ne sont pas assujettis à la CSG. Le présent article codifie et complète l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale.

Le 1° de cet article supprime une référence obsolète à la date d'entrée en vigueur initiale de la CSG.

Le 2° exclut de l'assujettissement à la CSG lors de leur dénouement les produits déjà taxés "au couru" : il s'agit des bons ou contrats de capitalisation (assurance vie) ainsi que des produits des plans d'épargne populaires.

Le 3° modifie l'ordonnancement de l'article L. 136-7.

Le 4° intègre dans l'assiette de la CSG les produits de placement suivants :

- les intérêts et primes d'épargne des plans et comptes d'épargne logement ;

- les produits attachés aux bons ou contrats de capitalisation ainsi que les placements de même nature ;

- les produits des plans d'épargne populaire ;

- les gains nets réalisés ou la rente viagère versée lors des retraits de plans d'épargne en actions, une proratisation étant prévue lorsque le retrait n'est que partiel et n'entraîne pas la clôture du plan.

- les revenus correspondant aux droits constitués sur la participation des salariés aux résultats de l'entreprise ;

- les sommes ou valeurs provenant d'un plan d'épargne entreprise;

- les produits et gains nets effectués par un fonds commun de placement à risque ;

- les dividendes distribués par les sociétés de capital risque;

- les revenus procurés par les placements effectués en vertu d'un engagement d'épargne à long terme ou d'un plan d'épargne en vue de la retraite.

Le 5° exclut du champ de la CSG sur les produits de placement ceux de ces produits qui entrent dans le champ de la CSG sur les revenus du patrimoine, par coordination.

Le 6° prévoit que pour les comptes d'épargne logement, les contrats de capitalisation en francs et les plans d'épargne populaire, les établissements payeurs effectueront un versement, avant le 1er décembre de chaque année, déterminé d'après les revenus des mêmes placements soumis l'année précédente à la CSG au cours des mois de décembre et janvier et retenus pour 90 % de leur montant. Une régularisation interviendra, ensuite, lors de la liquidation de la contribution.

Décision de la commission : votre commission émet un avis favorable à l'adoption de cet article sans modification.

ARTICLE 11

Modalités d'entrée en vigueur de l'acompte de la CSG sur certains produits de placement

Commentaire : cet article précise les modalités d'entrée en vigueur de l'acompte prévu pour certains produits de placement par le 6° de l'article 10.

Cet article précise que les dispositions du 6° de l'article 10 s'appliqueront pour la première fois à la CSG due au titre de décembre 1997 et 1998.

A défaut d'assiette de référence pour ces deux périodes, le versement correspondant sera déterminé d'après les revenus des mêmes placements soumis à la contribution pour le remboursement de la dette sociale au cours des mois de décembre 1996 et janvier 1997, et retenus à hauteur de 90% de leur montant.

Décision de la commission : votre commission émet un avis favorable au vote sans modification de l'article.

ARTICLE 12

CSG sur les mises ou gains de jeux

Commentaire : cet article tend à créer une nouvelle catégorie de CSG assise sur les mises ou les gains de jeux.

Le présent article insère une nouvelle section 4 au chapitre VI du titre III du livre premier du code de la sécurité sociale, intitulée "De la contribution sociale sur les sommes engagées ou produits réalisés à l'occasion des jeux".

Cette section est constituée d'un seul article L. 136-7-1, qui définit trois types de CSG sur les jeux :

- une contribution assise sur une fraction des sommes mises sur les jeux exploités par la Française des jeux ;
- une contribution assise sur une fraction des enjeux du PMU ;
- une contribution assise sur le produit brut des appareils de jeux automatiques et sur les gains supérieurs à 10.000 francs réalisés dans les casinos.

La CSG sur les jeux vient peser sur un secteur qui fait déjà l'objet de prélèvements massifs de la part de l'Etat. Le projet de loi de finances pour 1997 estime ces ressources non fiscales à 12 milliards de francs : 7 milliards de francs prélevés sur la Française des jeux, 2.4 milliards de francs sur le PMU et 2.6 milliards de francs sur les casinos.

Afin de ne pas compromettre l'équilibre économique du secteur, les assiettes proposées sont restreintes de façon à limiter l'incidence de la CSG.

Pour les jeux exploités par la Française des jeux, l'assiette est égale à 29 % des sommes mises.

Pour les sommes engagées au PMU, l'assiette est égale à 28 % des enjeux. L'assiette initialement proposée par le Gouvernement était de 35 %, mais l'Assemblée nationale a jugé préférable de la réduire encore afin de respecter le plafond global des prélèvements sur le PMU, qui a été fixé à 30,5 % des enjeux par la seconde loi de finances rectificative pour 1995.

L'assiette proposée initialement pour les appareils de jeux automatiques était égale à trois fois leur produit brut. En effet, le produit brut est ce qui revient au casino, c'est-à-dire l'inverse des gains des joueurs : il convient donc de le multiplier si l'on souhaite parvenir à une assiette proche des gains.

L'Assemblée nationale a jugé plus prudent, compte tenu de la situation financière difficile de beaucoup de casinos, d'asseoir la CSG directement sur le produit brut des appareils de jeux automatiques, sans aucun coefficient multiplicateur. En compensation, elle propose d'instaurer une contribution de 10 % sur les gains supérieurs ou égaux à 10.000 francs.

Par rapport au texte initial, le rendement de la CSG sur le PMU est ainsi réduit de 400 millions de francs à 350 millions de francs, et celui de la CSG sur les casinos de 500 millions de francs à 400 millions de francs. Le rendement de la CSG sur la Française des jeux reste inchangé, à 330 millions de francs.

Au total, le produit attendu de la CSG sur les jeux est estimé à 1,080 milliard de francs en 1997.

Votre commission vous propose d'abaisser de 10 % à 8 % le prélèvement sur les gains de jeux supérieurs ou égaux à 10.000 francs réalisés dans les casinos afin de ne pas bouleverser l'équilibre financier de ce secteur qui contribue à l'animation de certaines communes touristiques.

Décision de la commission : votre commission émet un avis favorable à l'adoption de cet article ainsi modifié.

ARTICLE 13

Taux et affectation de la CSG

Commentaire : cet article tend à relever de un point le taux de la CSG et à répartir son produit entre la CNAF, le FSV et les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Cet article modifie et complète l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale, qui fixe le taux de la CSG et répartit son produit entre les différents organismes de sécurité sociale auxquels elle est affectée.

Le paragraphe I de l'article L. 136-8 relève de 2,4 % à 3,4 % le taux de chacune des contributions constitutives de la CSG.

Le paragraphe II fixe, de façon dérogatoire, un taux de 1 % pour les revenus de remplacement entrant dans le champ de la CSG du fait de la modification apportée au critère d'exonération de l'impôt sur le revenu par la non-prise en compte des réductions d'impôt.

Le paragraphe III affecte à la Caisse nationale d'allocations familiales le produit de la CSG correspondant au taux de 1,1 %, au fonds de solidarité vieillesse celui correspondant au taux de 1,3 %, et aux régimes obligatoires d'assurance maladie celui correspondant au taux de 1 %.

Votre commission vous propose un amendement de précision afin d'exclure du champ de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale la contribution sur le produit brut des appareils de jeux automatiques et sur les gains des joueurs dans les casinos. En effet, les taux de cette contribution sont fixés directement au III de l'article L. 136-7-1 et sont pour partie différents de 3,4 %.

Décision de la commission : votre commission émet un avis favorable à l'adoption de cet article ainsi précisé.

ARTICLE 14

**Répartition des ressources entre les régimes obligatoires
d'assurance maladie**

Commentaire : cet article tend, d'une part, à affecter à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale une fraction égale à 40 % du produit du droit de consommation sur les alcools et, d'autre part, à fixer les règles selon lesquelles l'Agence répartit entre les régimes obligatoires d'assurance maladie cette ressource jointe au produit de la CSG au taux de 1 %.

Le présent article insère deux articles nouveaux dans le titre III du livre premier du code de la sécurité sociale.

L'article L. 139-1 affecte à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, au profit des régimes obligatoires d'assurance maladie, 40 % du produit du droit de consommation sur les alcools prévu à l'article 403 du code général des impôts, qui est actuellement affecté au fonds de solidarité vieillesse.

Cette rédaction est celle de l'Assemblée nationale. Le texte initial du projet de loi de financement prévoyait d'affecter aux régimes obligatoires d'assurance maladie, via l'ACOSS, 8 % seulement du droit de consommation et la totalité des autres droits sur les boissons alcooliques et non alcooliques affectées au FSV depuis 1994, à savoir :

- le droit de consommation sur les produits intermédiaires prévu à l'article 402 *bis* du CGI ;
- le droit de circulation sur les vins, cidres, poirés et hydromels prévu à l'article 438 du CGI ;
- le droit spécifique sur les bières et les boissons non alcooliques prévu à l'article 520A du CGI ;
- le droit de fabrication sur les produits alcooliques à usage industriel ou pharmaceutique prévu à l'article 406A du CGI.

Cette affectation devait apporter aux régimes obligatoires d'assurance maladie une ressource nouvelle de 5.3 milliards de francs.

L'Assemblée nationale a jugé plus simple de ne réaffecter à la branche maladie qu'une fraction du droit de consommation prévu à l'article 403 du CGI, et de maintenir les autres droits sur les boissons alcooliques au FSV. Cette fraction a été fixée à 40 % de manière à équivaloir la répartition des droits initialement proposée entre la branche maladie et le FSV.

Cependant, elle ne correspond plus qu'à une ressource nouvelle de 4.7 milliards de francs, compte tenu de la limitation de la hausse du droit sur les alcools souhaitée par l'Assemblée nationale (voir commentaire sous l'article 24).

Cette redistribution d'une ressource affectée soulève une question d'ordre juridique. L'affectation au fonds de solidarité vieillesse de la totalité des droits sur les boissons alcooliques, qui étaient jusqu'en 1994 une ressource de l'Etat, a été prévue dans son principe par l'article 7 de la loi n° 93-936 du 22 juillet 1993 et réalisée par l'article 43 de la loi de finances pour 1994. Cette articulation entre les textes était nécessaire pour respecter les prescriptions de l'article 18 de l'ordonnance organique du 2 janvier 1959, en vertu duquel seule une loi de finances peut affecter une ressource du budget de l'Etat.

Le présent projet de loi de finances procède directement à la réattribution partielle à la branche maladie des droits sur les alcools affectés au FSV, sans transiter par une loi de finances. En effet, ces droits ne constituent plus une recette de l'Etat, depuis leur affectation en 1994. Il en résulte toutefois une contradiction entre le texte de l'article L. 139-1 du code de la sécurité sociale, qui affecte aux régimes d'assurance maladie une fraction du droit sur les alcools, et celui de l'article 43 de la loi de finances pour 1994, qui ne prévoit d'affectation qu'au seul FSV.

Votre commission vous propose un amendement tendant à inscrire dans le texte de l'article L. 139-1 du code de la sécurité sociale la mention du prélèvement au profit du BAPSA, qui figure dans le texte de l'article 43 de la loi de finances pour 1994. En effet, ce prélèvement, qui est de 100 francs par hectolitre d'alcool, vient s'imputer sur le produit du droit de consommation préalablement à son affectation, comme la part du droit perçu en Corse.

L'article L. 139-2 fixe les règles de répartition, entre les régimes d'assurance maladie, du produit de la fraction de CSG au taux de 1 % et de la fraction du droit de consommation sur les alcools qui leur sont affectées.

La répartition sera effectuée par l'ACOSS en deux étapes :

1. Ces ressources seront d'abord réparties en fonction de la perte de recettes induite pour chaque régime d'assurance maladie par la diminution des taux de cotisations.

2. Le solde sera réparti prioritairement, en fonction de leurs déficits comptables, entre la CNAMTS et la CANAM (avant attribution du produit de la C3S pour celle-ci) puis, le cas échéant, en fonction du déficit comptable des autres régimes obligatoires d'assurance maladie.

Un décret en Conseil d'Etat viendra fixer les modalités d'application de ce mécanisme de répartition, et notamment celles des diminutions des taux de cotisations d'assurance maladie qui doivent être prises en compte pour déterminer la perte de recettes des régimes.

Votre commission vous propose un amendement de précision, afin d'inscrire dans la loi qu'il ne peut s'agir que des diminutions de taux de cotisation destinées à compenser pour les assujettis le relèvement du taux de la CSG.

Les baisses de taux seront de 1,3 point pour les salariés et de 1 point pour les titulaires de revenus de remplacement. Pour les travailleurs indépendants, la baisse sera de 1,5 point sur la première tranche de cotisations et de 0,8 point sur la seconde.

L'opération de substitution CSG/cotisations devrait se traduire par une perte de 1,7 milliard de francs pour les régimes obligatoires d'assurance maladie : la perte de recettes sur cotisations, estimée à 45,9 milliards de francs, ne sera que partiellement compensée par l'affectation du produit de la CSG au taux de 1 %, estimé à 44,2 milliards de francs.

Le transfert de 40 % du produit du droit sur les alcools, pour un montant de 4,7 milliards de francs, permettra de combler cette perte et laissera en 1997 un solde de 3 milliards de francs qui serait réparti entre la CNAM (2,3 milliards de francs) et la CANAM (0,7 milliard de francs).

Décision de la commission : votre commission émet un avis favorable à l'adoption de cet article ainsi complété et précisé.

ARTICLES 15 à 20

Dispositions de conséquence

Commentaire : ces articles modifient les articles du code de la sécurité sociale définissant les recettes des différents régimes d'assurance maladie et de la CNAF de façon à y intégrer les nouvelles ressources qui leur sont affectées par le présent projet de loi de financement.

L'article 15 complète l'article L. 241-1 du code de la sécurité sociale, qui définit les ressources de la CNAMTS.

L'article 16 complète l'article L. 241-6 du code de la sécurité sociale, qui définit les ressources de la CNAF.

L'article 17 complète l'article L. 612-1 du code de la sécurité sociale, qui définit les ressources de la CANAM.

L'article 18 complète l'article L. 711-2 du code de la sécurité sociale, qui définit les ressources des régimes spéciaux.

L'article 19 complète l'article 1031 du code rural, qui définit les ressources du régime d'assurance maladie des salariés agricoles.

L'article 20 complète l'article 1106-6-3 du code rural, qui définit les ressources du régime d'assurance maladie des exploitants agricoles.

Décision de la commission : votre commission émet un avis favorable à l'adoption de ces articles sans modification.

ARTICLE 21

Ressources du fonds de solidarité vieillesse

Commentaire : cet article tend à redéfinir les ressources du fonds de solidarité vieillesse en fonction des modifications qui leur sont apportées par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 1997.

Les ressources du FSV sont définies à l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale.

Le 1° de cet article est complété afin d'y inclure la CSG sur les jeux prévue à l'article L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale.

Le 2° est modifié afin de limiter à une part fixée à 60 % le produit du droit de consommation sur les alcools affecté au FSV, la part de 40 % restante étant réaffectée aux régimes obligatoires d'assurance maladie. La rédaction issue des travaux de l'Assemblée nationale renvoie, pour ces recettes affectées aux FSV, aux conditions fixées par la loi de finances, ce qui ne semble pas cohérent avec la solution retenue pour la fraction du droit affectée à la branche maladie.

Votre commission vous propose une nouvelle rédaction supprimant la mention "dans les conditions fixées par la loi de finances", devenue obsolète, mais introduisant celle du prélèvement effectué au profit du BAPSA selon les dispositions de l'article 1615 bis du code général des impôts, qui figurait à l'article 43 de la loi de finances pour 1994.

Décision de la commission : votre commission émet un avis favorable à l'adoption de cet article ainsi rédigé.

ARTICLE 22

**Date d'entrée en vigueur des dispositions relatives
à la CSG et aux droits sur les alcools**

Commentaire : cet article fixe au 1er janvier 1997 la date d'entrée en vigueur des dispositions relatives à la CSG et à la nouvelle répartition du droit sur les alcools.

Les dispositions relatives à la CSG sur les revenus d'activité et de remplacement et à la CSG sur les produits de placement s'appliqueront à compter du 1er janvier 1997.

Les dispositions relatives à la CSG sur les revenus du patrimoine s'appliqueront à compter de l'imposition des revenus de 1996.

Les dispositions relatives à la CSG sur les jeux s'appliqueront à compter du 1er janvier 1997, étant précisé pour la Française des jeux qu'elles s'appliquent aux tirages et événements sportifs postérieurs au 31 décembre 1996, ce qui inclut sans aucune ambiguïté le tirage du Loto du 1er janvier.

Décision de la commission : votre commission émet un avis favorable à l'adoption de cet article sans modification.

ARTICLE 23

**Affectation à la branche maladie du régime général
d'une fraction du droit de consommation sur les tabacs**

Commentaire : cet article prévoit l'affectation à la branche maladie du régime général d'une fraction du produit du droit de consommation sur les tabacs.

Cet article complète la définition des ressources de la branche maladie du régime général pour y inclure une fraction du produit du droit de consommation sur les tabacs prévu à l'article 575 du code général des impôts.

Cette affectation vise à compenser le coût pour la CNAMTS des pathologies liées au tabagisme. En effet, l'usage du tabac est chaque année à l'origine de 65.000 décès prématurés par cancers ou maladies cardio-vasculaires.

L'affectation, s'agissant d'une recette de l'Etat, est réalisée par l'article 30 du projet de loi de finances pour 1997, qui attribue 6,39 % du produit du droit de consommation sur les tabacs à la CNAMTS.

Ce pourcentage a été calculé de façon à apporter une recette nouvelle de 3 milliards de francs à la CNAMTS, sur la base d'un produit de 46,9 milliards de francs pour 1997. Cette évaluation du rendement du droit de consommation sur les tabacs, comme l'observe M. Philippe Auberger dans son rapport sur le projet de loi de finances pour 1997, est sans doute trop optimiste : elle suppose que l'augmentation prévue de 9 % du prix de détail des tabacs au 1er janvier prochain (3 % due au relèvement de 0,4 point du droit + 6 % à l'initiative des industriels) n'aura aucun effet négatif sur le volume de la consommation.

Décision de la commission : votre commission donne un avis favorable à l'adoption de cet article sans modification.

ARTICLE 24

Relèvement des tarifs du droit sur les alcools et du droit sur les bières

Commentaire : cet article tend à relever de 4,97 % le droit de consommation sur les alcools et de 36 % le droit spécifique sur les bières.

Le relèvement des droits sur les boissons alcoolisées répond à des préoccupations de santé publique, la consommation abusive d'alcool étant, comme celle du tabac, l'une des principales causes de mortalité prématurée.

Le texte initial du projet de loi de financement proposait une augmentation du seul droit de consommation sur les alcools : le tarif applicable au rhum aurait été porté de 5.215 francs à 6.110 francs par hectolitre d'alcool pur, soit une hausse de 17,2 %, et le tarif des autres alcools aurait été porté de 9.060 francs à 10.610 francs, soit une hausse de 17,1 %. La recette supplémentaire attendue était estimée à 1,5 milliard de francs.

L'Assemblée nationale a estimé que cette forte hausse limitée aux seules boissons alcoolisées à forte teneur en alcool n'apportait qu'une réponse partielle aux préoccupations de santé publique et aurait un impact excessivement défavorable sur certaines productions traditionnelles de qualité (Cognac, Armagnac, Calvados).

Elle a donc préféré répartir la hausse des droits entre les alcools et les bières. Le double tarif du droit de consommation sur les alcools est ainsi porté à 5.474 francs pour le rhum et 9.510 francs pour les autres alcools, soit une hausse de 4,97 %.

Le double tarif du droit spécifique sur les bières est porté de 6,25 francs à 8,50 francs par hectolitre pour les bières titrant moins de 2,8 degrés, et de 12,50 francs à 17 francs pour les autres bières, soit une hausse de 36 %.

Le rendement de ces augmentations des tarifs est évalué à 435 millions de francs pour le droit de consommation sur les alcools et à 417 millions de francs pour le droit spécifique sur les bières, soit un total de 850 millions de francs à comparer avec les 1,5 milliard de francs que devait apporter la solution initialement proposée par le Gouvernement.

Décision de la commission : votre commission émet un avis favorable à l'adoption de cet article sans modification.

ARTICLE 24 BIS (nouveau)

Création d'une taxe sur les "premix"

Commentaire : cet article tend à instaurer une taxe spécifique sur les mélanges prêts à consommer entre une boisson non alcoolisée et un alcool fort, dits "premix".

Le lancement récent sur le marché des "premix", boissons constituées d'un mélange d'alcools forts et de sodas, présentés sous la forme attractive de canettes et vendus à des prix modiques, constitue un réel danger en termes de santé publique. Le développement de ces boissons est en effet de nature à ancrer très tôt des habitudes de consommation d'alcool fort chez les jeunes.

Le relèvement du droit de consommation sur les alcools aura un impact limité à 1 franc par litre pour ces boissons titrant environ 5 degrés d'alcool, qui n'apparaît pas suffisamment dissuasif.

L'Assemblée nationale a donc jugé opportun de créer une taxe spécifique de 15 francs par litre sur les "premix", de nature à rendre leurs prix de vente peu attractifs pour les jeunes.

Le "premix" est défini par le présent article comme un mélange préalable entre des boissons sans alcool et des boissons visées au 5° de l'article L. 1 du code des débits de boissons, c'est-à-dire toutes les boissons alcooliques autres que les boissons fermentées non distillées (vin, bière, cidre, poiré, crèmes de cassis, etc...), les vins doux naturels, les rhums, les tafias et les alcools provenant de la distillation des vins, cidres, poirés ou fruits.

L'instauration d'une taxe de ce type s'inscrit difficilement dans le cadre de la directive européenne du 19 octobre 1992 relative à la structure des droits d'accises sur l'alcool et les boissons non alcoolisées (92/83/CEE). Elle peut toutefois relever du point 2 de l'article 3 de la directive du 25 février 1992 relative au régime général des produits soumis à accises (92/12/CEE), qui prévoit que les alcools et les boissons alcooliques peuvent faire l'objet "d'autres impositions indirectes poursuivant des finalités spécifiques". La taxe dérogatoire proposée par le présent article semble répondre à cette définition.

Votre commission vous propose une nouvelle rédaction de cet article, inspirée de celle de l'article L. 245-7 du code de la sécurité sociale, qui institue une cotisation sur les boissons alcooliques affectée à la CNAMTS.

Cette rédaction requalifie la "taxe" instaurée par l'Assemblée nationale en "cotisation spécifique" perçue au profit de la CNAMTS. Le tarif de cette cotisation est fixé à 1,50 franc par décilitre ou fraction de décilitre. Elle est recouvrée selon les mêmes règles qu'en matière de contributions indirectes, et non pas comme le droit de consommation sur les alcools, car il ne s'agit pas d'un droit d'accises. Enfin, il est précisé qu'elle est versée à l'ACOSS et que ses frais de gestion et de recouvrement s'imputent sur son produit.

Décision de la commission : votre commission émet un avis favorable à l'adoption de cet article ainsi rédigé.

ARTICLE 25

**Versement annuel de la branche accidents du travail
à la branche maladie du régime général**

Commentaire : cet article vise à instituer, au sein du régime général de sécurité sociale, un versement annuel de la branche accidents du travail à la branche maladie représentatif des maladies professionnelles non déclarées.

Bien que le système de reconnaissance des maladies professionnelles s'adapte rapidement à l'évolution de l'épidémiologie, il reste nécessairement en décalage par rapport à l'apparition d'affectations imputables aux risques professionnels.

En outre, la mise à jour régulière des tableaux pour tenir compte des connaissances scientifiques n'a pas de caractère rétroactif et les affections qui y sont inscrites ne peuvent être prises en compte avant la date d'entrée en vigueur du nouveau tableau.

Il en résulte que la branche maladie prend en charge des frais médicaux qui, parce qu'ils sont imputables à des maladies professionnelles, devraient incomber à la branche accidents du travail.

Une première tentative d'identification et de reversement des frais supportés par la branche maladie au titre des maladies professionnelles a été effectuée dans le cadre de l'ordonnance du 24 janvier 1996 (article L.176-1 du code de la sécurité sociale), qui avait institué un reversement forfaitaire pour toute reconnaissance de maladie professionnelle entraînant un règlement de prestations en nature. Toutefois, l'application de ce système aurait nécessité la mise en oeuvre de procédures administratives complexes. C'est pourquoi le Gouvernement propose de lui substituer un système plus simple, fondé sur une approche forfaitaire et dont le champ d'application se limiterait au régime général.

Désormais, la branche accidents du travail et maladies professionnelles devrait verser à la branche maladie une somme calculée en fonction des dépenses enregistrées par cette dernière branche au titre des

affectations non prises en charge dans le cadre de la législation relative à l'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Il est précisé que le montant de ce versement sera pris en compte dans la détermination des éléments de calcul de la cotisation due au titre des accidents de travail et des maladies professionnelles. Ce montant sera revalorisé dans les mêmes conditions que les rentes d'accident du travail. En outre, un décret doit déterminer les modalités de participation au financement de ce versement forfaitaire des collectivités, établissements et entreprises assumant directement la charge totale de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Enfin, le versement prévu pour 1997 est fixé à un milliard de francs. Il devrait contribuer à la réduction du déficit de la branche maladie estimé à 31,2 milliards de francs pour 1997, tout en laissant subsister un excédent provisionnel de 0,8 milliard de francs de la branche accidents du travail.

Contestant les modalités de détermination du montant du versement, l'Assemblée nationale a prévu qu'un décret pris après avis d'une commission présidée par un magistrat à la Cour des comptes et concertation avec la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles mentionnée à l'article L. 221-4 du code de la sécurité sociale fixera les modalités de calcul du versement.

Toutefois, elle a admis que ce versement soit, à titre provisionnel, fixé à un milliard de francs pour 1997.

Décision de la commission : votre commission émet un avis favorable à l'adoption de cet article sans modification.

ARTICLE 26

**Intégration financière du régime d'assurance maladie
des militaires dans le régime général**

Commentaire : cet article tend à intégrer financièrement la Caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS) au régime général afin de mettre fin aux déséquilibres qui résulterait de l'application des règles de compensation bilatérales entre les deux régimes.

La CNMSS ne gère que les prestations en nature du risque maladie-maternité des militaires, qui sont alignées sur celles du régime général, comme pour les fonctionnaires civils de l'Etat.

Or, la situation du régime spécial des militaires, pour des raisons démographiques, est structurellement déficitaire. Toutefois, le mécanisme de la compensation a été calculé de telle sorte que le régime général a contribué au financement du régime spécial bien au-delà de ce qui était nécessaire à l'équilibre financier de celui-ci.

Evolution du solde de la CNMSS 1994-1997

(en millions de francs)

1994	1995	1996	1997
249	-1.065	335	598

La CNMSS dégage ainsi un excédent structurel qui lui a permis de constituer des réserves estimées à 1,2 milliard de francs à la fin de 1996.

Pour remédier à cette situation, il est donc proposé d'intégrer le régime spécial des militaires dans le régime général. Une convention entre l'ACOSS et la CNMSS doit fixer les conditions dans lesquelles le régime général met à la disposition de la caisse les sommes nécessaires au paiement des prestations, à la gestion administrative, aux investissements, au contrôle médical et à l'action sanitaire et sociale. En contrepartie, la CNMSS reverse à l'ACOSS la totalité des cotisations qu'elle collecte ainsi que ses réserves de trésorerie figurant au bilan de l'exercice 1996.

La compensation bilatérale maladie entre le régime général et la CNMSS, qui n'a qu'une base réglementaire, sera par ailleurs supprimée.

La spécificité du régime des militaires est toutefois préservée puisque l'approbation du budget de la CNMSS relèvera toujours de la compétence des ministres chargés de la sécurité sociale, de la défense et du budget et que la CNMSS continuera de gérer les prestations maladie-maternité servies aux militaires.

Décision de la commission : votre commission émet un avis favorable pour l'adoption de cet article sans modification.

ARTICLE 27

Extension du champ d'application de la contribution des grossistes répartiteurs

Commentaire : cet article vise à étendre le champ de la taxe due par les entreprises de vente en gros de produits pharmaceutiques pour mettre fin à certaines distorsions de concurrence.

La loi du 12 avril 1996 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier a pérennisé la contribution due par les établissements de vente en gros de produits pharmaceutiques sur leurs ventes de médicaments remboursables en France.

Le taux de cette contribution est calculé en fonction de l'évolution du chiffre d'affaire de la profession : il s'étage ainsi entre 1,5 % pour une croissance du chiffre d'affaires supérieure à 6 %, et 0,5 %, pour une diminution du chiffre d'affaire supérieure à 3 %.

Son produit est réparti entre les régimes d'assurance maladie qui financent le régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés. Il est estimé à 869 millions de francs pour 1996 et 881 millions de francs pour 1997.

Or, l'existence de cette contribution a encouragé les laboratoires pharmaceutiques à vendre directement leurs produits aux officines. Aujourd'hui, le montant de ces ventes directes est estimé à 6 milliards de francs. Elles introduisent une distorsion de concurrence, car les laboratoires ne supportent pas les obligations de référencement et de délais de livraison qui incombent aux grossistes répartiteurs.

C'est pourquoi le présent article propose d'élargir cette contribution aux ventes directes effectuées par les laboratoires. En outre, il propose d'étendre le champ de la contribution aux ventes réalisées auprès des pharmacies mutualistes et des pharmacies de secours minières, seules les ventes auprès des pharmacies d'officine y étant soumises jusqu'à présent, ce qui introduisait une autre distorsion de concurrence.

La ressource attendue par le gouvernement de cette double extension d'assiette est de 100 millions de francs en 1997, ce qui suppose une progression du chiffre d'affaire de plus de 6 % pour chacun des trimestres de 1997 par rapport au trimestre correspondant de 1996. En se basant un taux de progression du chiffre d'affaires de 1%, qui correspond à l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, le produit de cette mesure devrait se limiter à 70 millions de francs.

Décision de la commission : votre commission émet un avis favorable à l'adoption de cet article sans modification.

ARTICLE 28

Suppression du cumul entre l'abattement de cotisations sociales en faveur du temps partiel et des allocations de préretraite progressive

Commentaire : cet article vise à rationaliser les aides de l'Etat aux entreprises qui ont recours aux conventions de préretraite progressive.

Dans le cadre des conventions de préretraite progressive du Fonds national de l'emploi, la rémunération du salaire comporte deux éléments:

- le temps partiel payé par l'entreprise;

- une allocation de préretraite versée par l'ASSEDIC, égale à 30% du salaire journalier de référence dans la limite du plafond de la sécurité sociale et à 25% entre une et quatre fois ce plafond. Cette allocation est prise en charge, en tout ou en partie, par l'Etat. Le coût de cette mesure est évalué à 1,1 milliard de francs pour 1997.

Evolution des effectifs des préretraites

	Mars 1995	Mars 1996
Préretraites totales	174.051	146.014
Préretraites progressives	39.411	53.640

Par ailleurs, l'article L.322-4 du code du travail prévoit un abattement de 30% sur les cotisations sociales patronales des salariés travaillant à temps partiel.

Cet article propose qu'un même emploi ne puisse plus bénéficier de ces deux mesures, pour les conventions signées à partir de 1er janvier 1997, étant précisé que les nouvelles embauches à temps partiel dans le cadre des conventions de préretraite progressive seront éligibles à l'abattement de 30%. Ce cumul serait, selon le Gouvernement, sans effet incitatif sur l'emploi tout en pesant lourdement sur les finances publiques. Le montant de cotisations supplémentaires attendu est estimé à 200 millions de francs.

Décision de la commission: votre commission émet un avis favorable à l'adoption de cet article sans modification.

ARTICLE 29

Extension du régime de garantie des créances des salariés aux cotisations sociales salariales

Commentaire : cet article vise à étendre le champ d'application du régime de garantie des salaires en cas de redressement ou de liquidation judiciaire, en y incluant la part salariale des cotisations sociales dues aux organismes de recouvrement de la sécurité sociale.

Un dispositif de portée générale existe pour protéger les droits des salariés des entreprises en faillite. Ainsi, l'article L.143-10 du code du travail prévoit qu'en cas de procédure de redressement ou de liquidation judiciaire, une priorité absolue est donnée au paiement des créances "superprivilégiées" que sont les rémunérations de toute nature.

En outre, le mécanisme du privilège a été complété par le recours à la technique de l'assurance. L'Association pour la gestion du régime d'assurance des créances des salariés (AGS), créée par la loi du 25 janvier 1985, garantit aux salariés le paiement de leurs créances en cas de redressement ou de liquidation judiciaire. Cette assurance est financée par une cotisation additionnelle de 0,25 % à la cotisation patronale d'assurance chômage. Toutefois, elle ne couvre pas le précompte de cotisations sociales salariales. Or, le recouvrement de ces cotisations s'avère aléatoire.

Pour remédier à ce problème, le paragraphe I de cet article propose de les inclure dans le champ de la garantie des salaires. Ainsi, celle-ci serait étendue aux cotisations salariales des régimes d'assurance maladie, maternité, vieillesse, invalidité et décès, à la contribution sociale généralisée et à la contribution de remboursement de la dette sociale, aux cotisations salariales des régimes d'assurance chômage et de retraite complémentaires.

Le paragraphe II précise que le relevé des créances doit inclure ces cotisations et contributions afin de déterminer les sommes qui devront être versées aux organismes de recouvrement de la sécurité sociale.

Le paragraphe III fixe la date d'entrée en vigueur de cette extension de la garantie AGS aux relevés de créances établis à compter du 1er janvier 1997.

Si cette mesure avait été appliquée en 1996, elle aurait fait supporter une charge supplémentaire de 1,55 milliard de francs à l'AGS, s'ajoutant aux 8,7 milliards de francs de créances salariales avancées.

Compte tenu des réserves importantes accumulées par l'AGS (3,5 milliards de francs à la fin de 1996), celle-ci devrait pouvoir faire face à cette extension de garantie pendant trois ans. Un surcroit non négligeable de recettes sera ainsi versé aux organismes de recouvrement des cotisations et contributions sociales. Cependant, au-delà de cette période, l'équilibre financier de l'AGS risque d'être menacé. Il sera vraisemblablement nécessaire de relever le taux de cotisations des employeurs.

Décision de la commission: votre commission émet un avis favorable à l'adoption de cet article sans modification.

ARTICLE 30

Prélèvement sur le fonds d'allocation temporaire d'invalidité au profit de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales

Commentaire : cet article prévoit le prélèvement, au profit de la CNRACL, d'une somme de 4,5 milliards de francs sur les réserves du Fonds de l'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales (FATIACL).

Créée par un décret du 20 décembre 1961, l'allocation temporaire d'invalidité est destinée à indemniser les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers qui, consécutivement à un accident de service ou à une maladie professionnelle, sont atteints d'une invalidité partielle et permanente. Les ressources de ce régime proviennent d'une cotisation de 0,5% sur les traitements soumis à retenue pour la retraite de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales, à la charge des collectivités locales.

Or, la situation financière du Fonds de l'allocation temporaire d'invalidité est excédentaire.

Evolution du solde des opérations courantes du FATIACL depuis 1993

(en millions de francs)

1993	1994	1995	1996	1997
428	430	399	389	369

Au 31 décembre 1996, les excédents cumulés permettront de dégager une réserve de 5 milliards de francs.

En revanche, la situation financière du régime de retraite des agents titulaires des fonctions publiques territoriale et hospitalière est très inquiétante.

Evolution du solde des opérations courantes de la CNRACL depuis 1993

(en millions de francs)

1993	1994	1995	1996	1997
-3.766	-6.511	-3.205	-1.159	-3.147

Le déficit de trésorerie de la CNRACL devrait s'élever à 8 milliards de francs à la fin de 1997. Le présent article propose de lui transférer 4,5 milliards de francs prélevés sur les réserves du FATIACL.

Il faut toutefois rappeler que les soldes d'exercice négatifs cumulés au cours de la période récente ne résultent pas de la situation intrinsèque du régime, mais de l'ampleur des transferts de compensation qu'il doit verser aux autres régimes, compte tenu de sa situation démographique favorable.

Evolution des charges de compensation de la CNRACL

(en milliards de francs)

	1995	1996	1997
Compensation généralisée vieillesse	9,4	9,9	10,2
Surcompensation entre régimes spéciaux	9,3	9,4	9,5

Compte tenu de la totale identité de champ d'application entre la CNRACL et le régime de l'allocation temporaire d'invalidité, tant en ce qui concerne les personnes protégées que les collectivités cotisantes, on peut admettre l'affectation de la majeure partie de l'excédent de trésorerie du FATIACL à la CNRACL.

Toutefois, cette ponction des réserves du FATIACL constitue une mesure non reconductible qui risque de ne pas s'avérer suffisante, puisque le besoin de trésorerie de la CNRACL est évalué à 8 milliards de francs à la fin de 1997 par la Commission des comptes de la sécurité sociale.

Décision de la commission: votre commission émet un avis favorable à l'adoption sans modification de cet article.

ARTICLE 31

Report sur l'exercice 1997 du solde de la contribution sociale de solidarité des sociétés après sa première répartition

Commentaire : cet article vise à déroger aux règles de répartition de la C3S afin de reporter sur l'exercice 1997 le solde disponible après attribution aux régimes prioritaires.

Créée par la loi du 3 janvier 1970, la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) est une contribution versée par les sociétés commerciales et assimilées aux régimes d'assurance maladie et d'assurance vieillesse des non salariés, afin de compenser les pertes de recettes subies par ces régimes du fait du développement de l'exercice sous forme sociétaire des professions artisanales et commerciales.

La C3S a été modifiée de nombreuses fois par le législateur et ses règles de répartition ont été fixées par la loi du 12 avril 1996, qui prévoit un procédure en en deux étapes:

- la première répartition bénéficie prioritairement à la CANAM, l'ORGANIC et la CANCAVA. Elle est opérée au prorata de leurs déficits comptables respectifs;

- la seconde répartition, qui ne peut intervenir que si un solde subsiste après le premier partage, est réalisée entre les autres régimes de non salariés déficitaires, c'est-à-dire le BAPSA et la CAMAVIC.

Répartition du produit de la contribution sociale de solidarité des sociétés

(en millions de francs)

	CANAM	ORGANIC	CANCAVA	CNREBTP (1)	TOTAL
1994	2.784	3.587	2.648	183	9.202
1995	4.400	4.635	2.735	295	12.065
1996	3.420	6.224	4.214	252	14.111

(1) Le régime complémentaire des entrepreneurs du bâtiment et des travaux publics bénéficie de la répartition par l'intermédiaire de l'ORGANIC

Or, compte tenu de la prise en charge du déficit de la CANAM par la CADES en 1996, un solde de 900 millions devrait rester disponible après la première répartition. En application des règles précitées, le BAPSA devrait alors percevoir 855 millions de francs et la CAMAVIC 45 millions de francs.

Cet article propose de ne pas procéder à cette répartition de second niveau afin de faire face aux besoins de financement prévisibles des régimes prioritaires en 1997.

Cette mesure n'aurait pas d'effet réel sur l'équilibre du BAPSA, dans la mesure où celui-ci devrait connaître un solde positif de 200 millions de francs. En revanche, les 45 millions de francs destinés à la CAMAVIC auraient permis de ramener son déficit prévu de 52 à 7 millions de francs.

Décision de la commission: votre commission émet un avis favorable à l'adoption de cet article sans modification.

ARTICLE 32

Affectation d'une partie du produit de la taxe sur les grandes surfaces aux régimes d'assurance vieillesse des non salariés non agricoles

Commentaire : cet article tend à affecter, à compter de l'exercice 1996, une fraction du produit de la taxe d'aide aux commerçants et aux artisans aux régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales et des professions industrielles et commerciales.

La taxe sur les grandes surfaces a été créée par la loi du 13 juillet 1972 afin de financer l'indemnité de départ des commerçants et artisans affiliés depuis plus de quinze ans aux régimes d'assurance vieillesse et cessant leur activité après l'âge de soixante ans. Cette taxe est due par les établissements ouverts depuis le 1er janvier 1960 dont la surface de vente dépasse 400 m² et dont le chiffre d'affaire est supérieur à 3 millions de francs. Elle a régulièrement dégagé des excédents importants.

Pour tirer profit des ressources ainsi disponibles, la loi du 31 décembre 1989 a créé le Fonds d'intervention pour la sauvegarde de l'artisanat et du commerce (FISAC), alimenté par un prélèvement sur l'excédent de la taxe sur les grandes surfaces. Ainsi, selon l'ORGANIC qui est chargé du recouvrement de ladite taxe, son montant devrait s'élever en 1996 à 1 milliard de francs et le solde disponible après les prélèvements au titre des dépenses d'indemnité de départ et du FISAC attendrait 370 millions de francs.

Emploi de la taxe sur les grandes surfaces 1994-1997

(en millions de francs)

	1994	1995	1996*	1997*
Produit de la taxe disponible	755	981	943	1.030
Indemnité de départ	384	345	454	310
Frais de gestion et impôts	10	9	10	(nc)
Dotation du FISAC	170	300	300	(nc)
Réserves cumulées au 31 décembre	550	205	424	(nc)

* prévisions

Le présent article prévoit d'utiliser une partie de ces ressources pour financer les régimes d'assurance vieillesse des commerçants et des artisans, l'ORGANIC et la CANCAVA.

Il convient toutefois de noter que cette affectation du solde de la taxe d'aide aux commerçants et aux artisans risque devra rester compatible avec l'article 27 du projet de loi relatif à la mise en oeuvre du pacte de relance pour la ville. En effet, cet article institue un établissement public national pour l'aménagement et la restructuration des espaces commerciaux et artisanaux (EPARECA) et prévoit que cet établissement sera financé par un prélèvement de 130 millions de francs sur l'excédent du produit de la taxe sur les grandes surfaces. Le Gouvernement devra donc clarifier les règles de répartition de l'excédent de cette taxe.

Décision de la commission : votre commission émet un avis favorable à l'adoption de cet article sans modification.

ARTICLE 33

Modalités de calcul des ressources ouvrant droit à l'allocation de parent isolé

Commentaire : cet article tend à harmoniser la prise en compte des aides au logement dans le calcul des ressources ouvrant droit à l'allocation de parent isolé (API).

L'allocation de parent isolé est une prestation familiale destinée à assurer un revenu minimum à la personne isolée assumant seule la charge d'un ou plusieurs enfants. Le montant de cette allocation est égal à la différence entre le montant du revenu familial qu'elle garantit et la totalité des ressources du parent isolé. Toutefois, ne sont pas pris en compte:

- l'allocation d'éducation spéciale et son complément, l'allocation de rentrée scolaire;
- l'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée;
- les prestations en nature dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité ou décès;
- le capital décès servi par un régime de sécurité sociale;
- les secours attribués par les caisses d'allocation familiales;
- l'aide personnalisée au logement (APL).

Or, d'autres allocations logement comme l'allocation de logement social ou l'allocation de logement familiale sont prises en compte dans le revenu, ce qui crée des inégalités entre les bénéficiaires de l'API. C'est pourquoi le présent article propose de transposer le mécanisme retenu pour le RMI et d'inclure dans les ressources prises en considération pour l'API un forfait d'hébergement représentatif de tous les types d'aide personnelle au logement ou de l'avantage en nature procuré par un logement.

Votre commission vous propose un amendement de coordination. Actuellement, l'exclusion de l'APL de la base de l'API découle de l'article L. 315-10 du code de la construction et de l'habitation, qui prévoit

expressément que l'APL n'est pas prise en compte pour le calcul des prestations familiales. Il convient donc de faire exception à ce principe de portée générale pour l'allocation de parent isolé.

Décision de la commission : votre commission émet un avis favorable à l'adoption de cet article ainsi complété.

ARTICLE 34 (nouveau)

Rapport au Parlement

Commentaire : cet article demande qu'un rapport soit transmis chaque année au Parlement par la CNAF faisant le bilan des contrôles d'attribution des prestations.

Ce rapport particulier mérite d'être regroupé, avec ceux prévus aux articles premier, premier *bis*, premier *ter* et premier *quater*, au sein du rapport d'ensemble proposé par votre commission, qui viendra à l'appui du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 1998.

Décision de la commission : votre commission vous propose de supprimer cet article.

EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le mercredi 6 novembre 1996, sous la présidence de M. Christian Poncelet, président, la commission a procédé à l'**examen du rapport pour avis de M. Jacques Oudin, rapporteur pour avis**, sur le **projet de loi n° 61 (1995-1996) adopté par l'Assemblée nationale en première lecture, de financement de la sécurité sociale pour 1997**.

M. Jacques Oudin, rapporteur pour avis, s'est félicité de l'innovation fondamentale que constitue la première loi de financement de la sécurité sociale, qui rend enfin possible un véritable contrôle du Parlement sur les comptes sociaux.

Après avoir rappelé qu'il existe un système de vases communicants entre les comptes de la sécurité sociale et le budget de l'Etat, il a estimé regrettable que les questions relatives aux prélèvements obligatoires ne soient plus désormais suivies par une même commission.

Il a également regretté que les mesures proposées pour réduire de 17 milliards de francs le déficit tendancier des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale soient constituées essentiellement par des recettes nouvelles et non par des économies sur les dépenses. Il a estimé qu'il était possible d'économiser 60 à 70 milliards de francs sur les dépenses de santé.

A l'article 1er, la commission a adopté un amendement tendant à substituer la notion de "diminution du niveau moyen de remboursement" à celle de "déremboursement" dans le rapport annexé au projet de loi de financement.

La commission a ensuite adopté quatre amendements tendant à regrouper en un seul document, les trois rapports demandés aux articles 1er bis, ter et quater (nouveaux).

Elle a émis un avis favorable à l'adoption de l'article 2 fixant les prévisions de recettes, de l'article 3 fixant les objectifs de dépenses, de l'article 4 fixant l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, de l'article 5 fixant les plafonds de trésorerie pour les régimes autorisés à recourir à des ressources non permanentes, de l'article 5 bis faisant obligation au Gouvernement de présenter un rapport au Parlement lorsqu'il relève par décret ces plafonds.

La commission a ensuite émis un avis favorable à l'adoption des articles 7 à 11 qui étendent l'assiette des trois catégories existantes de contribution sociale généralisée (CSG). **M. Jacques Oudin, rapporteur pour avis**, a estimé qu'à terme la totalité de la CSG devrait être déductible.

A l'article 12 instituant une nouvelle contribution sur les mises et les gains de jeux, après un débat sur la contribution concernant les casinos, auquel ont participé **MM. Christian Poncelet, président, Jacques Oudin, rapporteur pour avis, et Jean-Philippe Lachenaud**, la commission a adopté un amendement tendant à abaisser de 10 % à 8 % le taux de la contribution sur les gains supérieurs à 10.000 francs réalisés dans les casinos.

A l'article 13, fixant le taux de la CSG, la commission a adopté un amendement de coordination avec le précédent.

A l'article 14, affectant une fraction du droit sur les alcools aux régimes d'assurance maladie, la commission a adopté un premier amendement précisant que le prélèvement au profit du BAPSA prévu à l'article 1615 bis du code général des impôts, s'impute préalablement sur le produit de ce droit, et un second amendement précisant que les diminutions des taux de cotisation d'assurance maladie prises en compte sont celles destinées à compenser le relèvement du taux de la CSG.

La commission a émis un avis favorable à l'adoption des dispositions de conséquence des articles 15 à 20.

A l'article 21, redéfinissant les ressources du fonds de solidarité vieillesse, la commission a adopté un amendement précisant que le prélèvement au profit du BAPSA prévu à l'article 1615 bis du Code général des impôts s'impute sur le produit du droit sur les alcools qui lui est affecté.

La commission a émis un avis favorable à l'adoption de l'article 22 fixant au 1er janvier 1997 la date d'entrée en vigueur des modifications apportées à la CSG, de l'article 23, prévoyant l'affectation à la caisse nationale d'assurance maladie d'une fraction du droit sur les tabacs, de l'article 24 relevant les taux du droit de consommation sur les alcools et du droit spécifique sur la bière.

La commission a adopté un amendement proposant une nouvelle rédaction de l'article 24 bis (nouveau), qui crée une taxe spéciale sur les mélanges de boissons alcooliques et de boissons non alcooliques, dits "prémix".

M. Jean-Philippe Lachenaud s'est déclaré très dubitatif à l'égard de cette taxe spécifique.

La commission ensuite émis un avis favorable à l'adoption de l'article 25 instaurant un versement de la branche accidents du travail à la branche maladie au titre des maladies professionnelles non déclarées, de l'article 26 intégrant financièrement le régime d'assurance maladie des militaires au régime général, de l'article 27 étendant le champ de la taxe des grossistes répartiteurs, de l'article 28 supprimant la possibilité de cumuler l'abattement sur les cotisations sociales au titre du temps partiel avec les allocations de préretraite progressive, et de l'article 29 étendant le champ de la garantie des salaires aux cotisations salariales.

Elle a émis un avis favorable à l'adoption de l'article 30 qui opère un prélèvement sur les réserves du fonds de l'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales au profit de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL). **M. Jacques Oudin, rapporteur pour avis**, a souligné que cette mesure permettrait à la CNRACL de franchir l'année 1997 sans relèvement supplémentaire de ses cotisations. **M. Jean-Philippe Lachenaud** a observé qu'il s'agissait d'une recette non reconductible.

La commission a émis un avis favorable à l'adoption de l'article 31 qui reporte sur l'exercice 1996 le solde de la contribution sociale de solidarité des sociétés après première répartition, à l'article 32 qui affecte une fraction de la taxe sur les grandes surfaces aux régimes de retraite des commerçants et artisans.

Elle a adopté un amendement de suppression de l'article 34 (nouveau), qui demande un rapport annuel sur les contrôles d'attribution des prestations familiales, ce sujet étant inclus dans la demande d'un rapport global précédemment adoptée.

M. Jacques Oudin, rapporteur pour avis, a souhaité qu'apparût dans la loi de financement de la sécurité sociale la question des créances d'assurance maladie sur les pays étrangers, rappelant que le Premier ministre avait évoqué la possibilité de les imputer directement sur les dépenses d'aide au développement.

M. Christian Poncelet, président, a estimé que cette solution s'inscrivait difficilement dans la diplomatie de la France.

MM. Christian Poncelet, président, et Alain Lambert, rapporteur général, se sont déclarés préoccupés des difficultés d'articulation entre la loi de finances et la loi de financement de la sécurité sociale, ainsi que de l'absence d'une vue d'ensemble des prélèvements obligatoires qui en résultait.

La commission a enfin donné un avis favorable à l'adoption de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 1997 ainsi amendé.

AMENDEMENTS PRÉSENTÉS AU NOM DE LA COMMISSION DES FINANCES

Article premier

Dans le paragraphe 4 du rapport annexé approuvé par cet article, rédiger ainsi la dernière phrase du premier alinéa :

"La politique de maîtrise des dépenses de santé sera poursuivie sans diminution du niveau moyen de remboursement."

Article premier *bis* (nouveau)

Supprimer cet article

Article premier *ter* (nouveau)

Supprimer cet article

Article premier *quater* (nouveau)

Supprimer cet article

Article additionnel après l'article premier *quater* (nouveau)

A l'appui du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 1998, un rapport est transmis au Parlement portant sur les sujets suivants :

- le bilan des contrôle médicaux effectués dans le secteur de l'hospitalisation ;
- la réforme de la nomenclature générale des actes professionnels ;
- les expérimentations de nouveaux modes de coordination des soins "filiales et réseaux de soins" ;

- le bilan des contrôles d'attributions des prestations familiales ;
- l'informatisation des caisses et du système de santé ;
- la mise en oeuvre des références médicales opposables ;
- la mise en oeuvre et les résultats du programme médicalisé des systèmes d'information ;
- les restructurations hospitalières.

Article 12

Rédiger ainsi les deux premiers alinéas du paragraphe III du texte proposé par cet article pour l'article L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale :

"III. - Il est institué une contribution sur le produit brut des appareils de jeux automatiques et sur les gains de jeux réglés par bons de paiement manuels d'un montant supérieur ou égal à 10.000 F réalisés dans les casinos régis par la loi du 15 juin 1907 réglementant le jeu dans les cercles et les casinos des stations balnéaires, thermales et climatiques.

"Les taux de cette contribution sont fixés à 3,40 % du produit brut et à 8 % des gains de jeux."

Article 13

Dans le paragraphe I du texte proposé par cet article pour l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale, remplacer la référence :

"L. 136-7-1"

par la référence :

"aux I. et II. de l'article L. 136-7-1"

Article 14

A la fin du deuxième alinéa du (1°) du texte proposé par cet article pour l'article L.139-2 du code de la sécurité sociale, remplacer les mots :

"par la diminution des taux de cotisation d'assurance maladie ;"

par les mots :

"par les diminutions des taux de cotisation d'assurance maladie destinées à compenser pour les assujettis le relèvement du taux de la contribution sociale généralisée :"

Article 14

Rédiger ainsi le texte proposé par cet article pour l'article L. 139-1 du code de la sécurité sociale :

"*Art. L. 139-1* - L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale reçoit et reverse aux régimes obligatoires d'assurance maladie une fraction fixée à 40 % du produit du droit de consommation prévu à l'article 403 du code général des impôts, à l'exception du produit de ce droit perçu dans les départements de la Corse et du prélèvement effectué au profit du budget annexe des prestations sociales agricoles selon les dispositions de l'article 1615 *bis* du même code."

Article 21

Rédiger ainsi le texte proposé par cet article pour le 2° de l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale :

"2° Le produit des droits prévus aux articles 402 bis, 406 A, 438 et 520 A du code général des impôts ainsi qu'une fraction fixée à 60 % du produit du droit de consommation prévu à l'article 403 du même code, à l'exception du produit de ce droit de consommation perçu dans les départements de la Corse et du prélèvement effectué au profit du budget annexe des prestations sociales agricoles selon les dispositions de l'article 1615 *bis* du même code."

Article 24 bis

Rédiger ainsi cet article :

Les boissons résultant d'un mélange préalable de boissons non alcooliques et de boissons visées au 5° de l'article L. 1 du code des débits de boissons et des mesures contre l'alcoolisme supportent une cotisation spécifique perçue au profit de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

La cotisation est fixée à 1,50 F par décilitre ou fraction de décilitre.

La cotisation est assise, contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles, conditions, garanties et sanctions qu'en matière de contributions indirectes. Son produit est versé à l'agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les frais relatifs au recouvrement et à la gestion de la cotisation sont fixés par arrêté et s'imputent sur son produit.

Article 33

Compléter *in fine* cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

III.- A l'article L. 351-10 du code de la construction et de l'habitation, après les mots : "des prestations familiales" il est inséré les mots : "autres que l'allocation de parent isolé".

Article 34 (nouveau)

Supprimer cet article