

N° 72

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2007-2008

Annexe au procès-verbal de la séance du 7 novembre 2007

RAPPORT

FAIT

au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE,

Par M. Alain VASSELLE,
Sénateur.

Tome I :
Équilibres financiers généraux

(1) *Cette commission est composée de : M. Nicolas About, président ; MM. Alain Gournac, Louis Souvet, Gérard Dériot, Jean-Pierre Godefroy, Mme Claire-Lise Campion, MM. Bernard Seillier, Jean-Marie Vanlerenberghe, Mme Annie David, vice-présidents ; MM. François Autain, Paul Blanc, Jean-Marc Juilhard, Mmes Anne-Marie Payet, Gisèle Printz, secrétaires ; Mme Jacqueline Alquier, MM. Jean-Paul Amoudry, Gilbert Barbier, Pierre Bernard-Reymond, Daniel Bernardet, Mme Brigitte Bout, MM. Jean-Pierre Cantegrit, Bernard Cazeau, Mmes Isabelle Debré, Christiane Demontès, Sylvie Desmarescaux, Muguette Dini, M. Claude Domeizel, Mme Bernadette Dupont, MM. Michel Esneu, Jean-Claude Etienne, Guy Fischer, Jacques Gillot, Francis Giraud, Mmes Françoise Henneron, Marie-Thérèse Hermange, Gélita Hoarau, Annie Jarraud-Vergnolle, Christiane Kammermann, MM. Marc Laménie, Serge Larcher, André Lardeux, Dominique Leclerc, Mme Raymonde Le Texier, MM. Roger Madec, Jean-Pierre Michel, Alain Milon, Georges Mouly, Mmes Catherine Procaccia, Janine Rozier, Michèle San Vicente-Baudrin, Patricia Schillinger, Esther Sittler, MM. Alain Vasselle, François Vendasi.*

Voir les numéros :

Assemblée nationale (13^e législ.) : 284, 295, 303 et T.A. 48

Sénat : 67 et 73 (2007-2008)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
AVANT PROPOS	7
I. LES GRANDES MASSES ET LES GRANDES TENDANCES : TROIS ANNÉES DIFFICILES	9
A. 2006 : DES COMPTES EN APPARENCE MEILLEURS.....	10
B. 2007 : LA RECHUTE.....	11
C. 2008 : UN PAS EN AVANT	12
1. Recettes : une hausse attendue de 5 %	12
2. Déficit : en amélioration de 2,8 milliards d'euros.....	15
3. Dépenses : une progression contenue	15
II. LES FINANCES ACTUELLES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE : QUATRE DÉFIS MAJEURS À RELEVER	19
A. LA CONSOLIDATION DE L'AMÉLIORATION DES RELATIONS FINANCIÈRES ENTRE L'ÉTAT ET LA SÉCURITÉ SOCIALE.....	19
1. Quatre motifs de satisfaction.....	19
2. Quatre points encore non résolus.....	21
B. LE TRAITEMENT DES DÉFICITS ET DETTES CUMULÉS	22
1. Des montants considérables	22
2. Une situation sans issue	23
C. L'APPROFONDISSEMENT DE LA RÉFLEXION SUR LES DÉPENSES.....	23
1. Les réformes déjà engagées	24
2. La nécessaire poursuite des réformes.....	24
D. LA RECHERCHE D'UNE RESSOURCE DYNAMIQUE ET PÉRENNE.....	25
III. LES OBSERVATIONS ET PROPOSITIONS DE LA COMMISSION	26
A. CONSOLIDER LES ACQUIS DE LA LOI ORGANIQUE.....	26
1. Des avancées confirmées	26
2. Des améliorations déjà mises en œuvre.....	27
3. Des progrès encore nécessaires	29
4. L'approche nouvelle des programmes de qualité et d'efficience	30
B. COMPLÉTER LE PROJET DE LOI.....	32
1. Les principales dispositions du projet de loi	32
2. Les propositions de la commission	33
3. La poursuite des travaux de la Mecess.....	33

TRAVAUX DE LA COMMISSION	37
I. AUDITION DES MINISTRES	37
• Audition de M. Xavier BERTRAND, ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité, Mme Roselyne BACHELOT-NARQUIN, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, M. Eric WOERTH, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique et Mme Valérie LÉTARD, secrétaire d'Etat chargée de la solidarité (<i>en commun avec la commission des finances</i>)	37
II. AUDITIONS	50
• Audition de M. Philippe SÉGUIN, Premier président de la Cour des comptes, Mme Rolande RUELLAN, présidente de la 6 ^e chambre, MM. Laurent RABATÉ, rapporteur général sur le rapport annuel de la Cour, et Maximilien QUEYRANNE, auditeur	50
• Audition de MM. Pierre BURBAN, président du conseil d'administration, Pierre RICORDEAU, directeur, et Alain GUBIAN, directeur financier de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos)	60
• Audition de MM. Jean-Louis BÜHL, président du conseil d'administration, et Jacques LENAIN, directeur, du fonds de solidarité vieillesse (FSV)	68
ANNEXE - RÉPONSES DE LA COUR DES COMPTES AU QUESTIONNAIRE DE M. ALAIN VASSELE, RAPPORTEUR DE LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, SUR LE RAPPORT CONSACRÉ À LA SÉCURITÉ SOCIALE	73

Les propositions de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux en 2008

Pour la première fois, le cadre juridique rénové de la loi organique du 2 août 2005 permet de **comparer, à l'aide des mêmes règles et des mêmes tableaux, trois exercices successifs** : 2006 - l'exercice clos, 2007 - l'exercice en cours, 2008 - l'exercice à venir.

Contrairement à ce qui était espéré il y a un an, 2006 et, davantage encore, 2007 n'ont pas été des années de redressement des comptes sociaux : le « bouclage » 2006 a bénéficié de la recette exceptionnelle de la mesure de taxation anticipée des plans d'épargne logement de plus de dix ans ; 2007 se termine avec un dérapage de 2,3 milliards pour la maladie et 1,1 milliard pour la vieillesse. C'est donc à partir d'une base dégradée qu'a été construit le projet de loi de financement pour 2008.

L'exercice 2008 promet néanmoins des améliorations avec le retour à l'équilibre de deux branches - la famille et les accidents du travail-maladies professionnelles - et un recul du déficit de la maladie à 4,3 milliards, l'ensemble du déficit du régime général étant ramené à moins de 9 milliards d'euros. Peu de mesures recettes figurent dans le projet de loi de financement pour 2008, l'essentiel du bouclage se faisant par une recette inscrite dans le projet de loi de finances avec le prélèvement à la source de charges sociales sur les dividendes, pour 1,3 milliard d'euros. Cette mesure « à un coup » fragilise toutefois l'équilibre proposé, en repoussant la solution des problèmes.

Quatre défis majeurs doivent aujourd'hui être relevés par la sécurité sociale :

- **la consolidation de l'amélioration des relations financières entre l'Etat la sécurité sociale**, principal et réel acquis du projet de loi de financement, avec en particulier le remboursement de 5,1 milliards d'euros par l'Etat à la sécurité sociale, la remise à niveau d'un certain nombre de dotations budgétaires et la compensation des allègements dits Fillon et de ceux liés aux heures supplémentaires de la loi Tepas ;

- **le traitement des déficits et des dettes cumulés** qui s'élèveront, pour l'ensemble des régimes et des fonds, à plus de 30 milliards d'euros à la fin de 2007 ;

- **une réflexion approfondie sur les dépenses**, en particulier sur les avantages, au regard de leur coût, des diverses exonérations de charges sociales, sur les différents volets de la maîtrise des dépenses de santé, sur le problème du déficit structurel de l'assurance vieillesse et sur le financement de la dépendance ;

- **le financement de la sécurité sociale** : la recherche d'une source de financement pérenne et dynamique est une priorité.

Dans ce cadre, **les propositions de la commission**, s'orientent autour de trois axes :

- **ouvrir le débat sur le financement de la sécurité sociale** avec l'instauration d'une « flat tax » appliquant un taux bas (2 %) à l'ensemble de l'assiette exonérée des « niches sociales » et la création d'une taxe nutritionnelle sur les boissons sucrées ;

- **améliorer les contrôles et la lutte contre la fraude**, notamment en permettant une meilleure récupération des indus par la Cnam ;

- **renforcer l'autonomie financière de la sécurité sociale** en particulier en refusant la non-compensation de cinq mesures d'exonérations de charges sociales.

Elle annonce d'ores et déjà qu'elle considère légitime qu'une partie des recettes attendues des futures taxes-carbone soit affectée aux régimes sociaux dès lors que la pollution cause des dommages évidents à la santé humaine.

Mesdames, Messieurs,

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 met en œuvre, pour la troisième année consécutive, le cadre juridique rénové de la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale. Il en confirme la justesse et l'utilité.

En effet, il permet, pour la première fois, de comparer, à l'aide des mêmes règles et des mêmes tableaux, trois exercices successifs : l'exercice clos, c'est-à-dire 2006, l'exercice en cours - 2007 - et l'exercice à venir - 2008.

Contrairement à ce qui était espéré il y a un an, 2006 et, davantage encore, 2007 n'ont pas été des années de redressement des comptes sociaux : le résultat plutôt moins défavorable de 2006 résulte essentiellement de la recette exceptionnelle tirée de la mesure de taxation anticipée des plans d'épargne logement de plus de dix ans ; 2007 s'achève avec un dérapage de 2,3 milliards d'euros pour la maladie et de 1,1 milliard pour la vieillesse. C'est donc à partir d'une base dégradée qu'a été construit le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

L'exercice 2008 promet des améliorations avec le retour à l'équilibre de deux branches et un net recul du déficit de l'assurance maladie. Des réponses efficaces ont par ailleurs été trouvées à la question récurrente de l'amélioration des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale.

Mais certains sujets de préoccupation subsistent, en particulier la fragilité du « bouclage financier » proposé et l'existence d'une dette sociale, non encore apurée, élevée.

Cette situation renforce la nécessité de poursuivre dans la voie des réformes. Celle des retraites est d'ores et déjà prévue, celle du système de santé est soumise à la réflexion, celle du financement est en train de s'imposer.

Votre commission des affaires sociales contribuera à l'ensemble des éléments du débat afin d'être en mesure de proposer des réponses aux défis que doit relever la sécurité sociale.

La mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale, qu'elle a créée en son sein alimentera cette réflexion avec le fruit de ses prochains travaux.

I. LES GRANDES MASSES ET LES GRANDES TENDANCES : TROIS ANNÉES DIFFICILES

Après les déficits record de 2004 et 2005, qui ont atteint, respectivement 11,9 milliards d'euros et 11,6 milliards d'euros pour le régime général, la période 2006 à 2008, couverte par le présent projet de loi de financement, ne marque pas encore le reflux des déficits, contrairement à ce qui était espéré il y a un an.

Le tableau ci-après fournit le détail de ces tendances, par branche, pour le régime général.

Soldes par branche du régime général

(en milliards d'euros)

	2006	2007	2008
Maladie	- 5,9	- 6,2	- 4,3
Accidents du travail	- 0,1	- 0,4	+ 0,3
Vieillesse	- 1,9	- 4,6	- 5,1
Famille	- 0,9	- 0,5	+ 0,3
Total régime général	- 8,7	- 11,7	- 8,9

Le tableau ci-dessous donne une vision d'ensemble des déficits sociaux avec les soldes de l'ensemble des régimes de base et des fonds.

Soldes des régimes de base et des fonds

(en milliards d'euros)

	2006	2007	2008
Régime général	- 8,7	- 11,7	- 8,9
Autres régimes de base	0,9	0,3	1,0
Ensemble des régimes de base	- 7,8	- 11,4	- 7,9
FSV	- 1,3	- 0,3	0,5
Ffipsa	- 1,3	- 2,3	- 2,7
Ensemble des régimes de base et des fonds	- 10,5	- 14,0	- 10,1

Il ressort clairement de ce tableau qu'aucune baisse des déficits n'a encore été amorcée, puisque **le solde négatif de l'ensemble des régimes de base et des fonds reste supérieur à 10 milliards d'euros tout au long de la période**. L'aggravation temporaire des comptes intervenue en 2007 ne permet pas aux comptes 2008 d'afficher de réel progrès par rapport aux résultats atteints en 2006.

A. 2006 : DES COMPTES EN APPARENCE MEILLEURS

Le régime général affiche un déficit global de **8,7 milliards d'euros** en 2006, au lieu de 11,6 milliards en 2005. On constate donc une amélioration du solde du régime général, de l'ordre de 25 %.

- L'essentiel du déficit provient toujours de la **branche maladie**, dont le solde négatif atteint 5,9 milliards d'euros. Mais celle-ci amorce un **réel redressement** par rapport à 2004 lorsqu'elle affichait un déficit de 11,6 milliards d'euros, son plus haut niveau historique, et 2005, année au cours de laquelle le déficit s'est établi à 8 milliards d'euros. Cette amélioration est la conséquence directe de la mise en œuvre de la loi du 13 août 2004 de réforme de l'assurance maladie comportant à la fois des hausses de recettes et une modération des dépenses, particulièrement marquée pour les soins de ville grâce aux diverses mesures de « maîtrise médicalisée » des dépenses.

- La **branche famille** enregistre un déficit de 0,9 milliard, en retrait par rapport à la situation très dégradée de 2005 qui affichait un solde négatif de 1,3 milliard d'euros, après celui de 0,4 milliard en 2004 qui constituait le premier déficit de la branche depuis 1998. Ce résultat traduit pour l'essentiel la poursuite de la montée en charge rapide de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje).

- La **branche accidents du travail-maladies professionnelles** voit son déficit ramené de 0,4 milliard à 0,1 milliard, en raison principalement de la hausse du taux de cotisation de 0,1 point au 1^{er} janvier 2006.

- La **branche vieillesse**, qui était excédentaire en 2004 à hauteur de 0,25 milliard, est à nouveau déficitaire en 2006, avec un solde négatif de 1,9 milliard, identique à celui de 2005. Cette dégradation provient de la montée en charge des retraites anticipées au titre du dispositif « carrières longues », de l'impact du « papy-boom » et d'un changement de comportement des salariés qui ont, dans une proportion supérieure à ce qui était prévu, anticipé leur départ en retraite.

Le tableau suivant retrace l'évolution des soldes initialement prévus il y a deux ans, révisés il y a un an et finalement réalisés.

Evolution du tableau d'équilibre 2006 du régime général

(en milliards d'euros)

	LFSS pour 2006	LFSS pour 2007	PLFSS pour 2008
Maladie	- 6,1	- 6,1	- 5,9
Vieillesse	- 1,4	- 2,4	- 1,9
Famille	- 1,2	- 1,3	- 0,9
AT/MP	- 0,2	0,0	- 0,1
Total	- 8,9	- 9,7	- 8,7

De la loi de financement initiale pour 2006 au présent projet de loi de financement, les soldes prévus et révisés ont été sensiblement améliorés, principalement sous l'effet du dynamisme des recettes. Ainsi, depuis la dernière loi de financement, l'amélioration du solde de 1 milliard d'euros est la conséquence des bonnes rentrées de CSG et des cotisations du secteur public.

Mais surtout, il convient de souligner que **l'essentiel du « bouclage » financier de la loi de financement pour 2006 n'a pu être obtenu que par une recette exceptionnelle** tirée de la taxation anticipée des plans d'épargne logement de plus de dix ans. L'absence de cette mesure non reconductible, en 2007 comme en 2008, a évidemment pesé lourdement sur les comptes de ces deux exercices.

B. 2007 : LA RECHUTE

Le régime général devrait enregistrer un déficit de **11,7 milliards d'euros** en 2007, au lieu de 8 milliards d'euros dans les prévisions initiales, **soit une dégradation particulièrement forte, de 3,7 milliards d'euros.**

Le tableau ci-après fournit le détail des prévisions ainsi rectifiées par branche.

Soldes par branche du régime général en 2007

(en milliards d'euros)

	Loi de financement pour 2007	Projet de loi de financement pour 2008
Maladie	- 3,9	- 6,2
Vieillesse	- 3,5	- 4,6
Famille	- 0,8	- 0,5
Accidents du travail	+ 0,1	- 0,4
Total régime général	- 8,0	- 11,7

Le niveau global du déficit du régime général est ainsi accru de près de 45 %. Cette nouvelle prévision recouvre toutefois des évolutions différentes selon les branches :

- la **branche maladie** voit son déficit augmenter de 2,3 milliards d'euros, notamment sous l'effet de la progression des dépenses de soins de ville ;

- la **branche vieillesse** enregistre une dégradation de son résultat de 1,1 milliard d'euros, principalement du fait de l'effet démographique et d'une mauvaise anticipation du comportement des assurés ;

- avec 400 millions de déficit, la **branche AT-MP** connaît également une détérioration de son résultat, due à la vigueur de la croissance des prestations (indemnités journalières, dotation au Fcaata) ;

- en revanche, la **branche famille** voit son déficit se réduire, passant de 800 millions à 500 millions d'euros, en raison d'un ralentissement sensible des prestations familiales.

L'essentiel de la rectification proposée résulte donc du **dérage des dépenses**. En effet, les prévisions sur les recettes restent conformes et même légèrement supérieures aux montants inscrits en loi de financement pour 2007.

C. 2008 : UN PAS EN AVANT

1. Recettes : une hausse attendue de 5 %

Les recettes attendues pour 2008 s'élèvent à **414,8 milliards d'euros** pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, en augmentation de 4,9 % par rapport à 2007. Pour le régime général, ce montant est de **302,3 milliards**, en hausse de près de 5 % par rapport à 2007.

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

Les évolutions affectent les quatre grandes catégories de ressources :

• Les cotisations

En 2008, les cotisations s'élèveraient à **213 milliards d'euros** pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, en augmentation de 3,4 % par rapport à 2007 et à **168,4 milliards d'euros** pour le régime général, en hausse de 3,2 %.

Depuis la substitution de la CSG aux cotisations d'assurance maladie et malgré la montée en charge des mesures d'allègement de charges, les cotisations patronales assurent l'essentiel des cotisations, soit environ 75 % de l'ensemble, contre seulement près de 20 % pour les cotisations salariales.

Près de la moitié des cotisations sont affectées à la branche vieillesse (44,8 % du montant total des cotisations pour l'ensemble des régimes de base). Viennent ensuite la branche maladie avec 35,6 %, la famille pour 15,4 % et les accidents du travail pour 4,1 %.

• Les impôts et taxes affectées

En 2008, les impôts et taxes affectés aux régimes de base s'élèveraient à **110,7 milliards d'euros**, en augmentation de 6 % par rapport à 2007. Sur ce total, les impôts et taxes affectés au régime général représenteraient **92,8 milliards d'euros**, en hausse de 6,4 % par rapport à 2007.

Cette catégorie continue à augmenter fortement, en particulier du fait de l'affectation de nouvelles recettes fiscales en compensation des allègements généraux de charges sociales et de la détaxation des heures supplémentaires.

La branche maladie est la première bénéficiaire de ces recettes, avec plus de 70 % de l'ensemble, en raison de l'affectation à cette branche de la majeure partie de la CSG, soit 58 milliards d'euros sur un produit total de **82,5 milliards**.

Le reste des impôts et taxes affectés est essentiellement marqué par l'évolution des droits tabacs et de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S), soit des recettes attendues respectivement pour 2008 de 2,75 et 4,18 milliards d'euros.

• Les contributions publiques

La catégorie « contributions publiques » comporte trois ensembles : les subventions d'équilibre à divers régimes, les remboursements de prestations versées par la sécurité sociale pour le compte de l'Etat, enfin les remboursements de cotisations.

Le total de ces contributions atteindrait, pour l'ensemble des régimes de base, **17,7 milliards d'euros** en 2008, en augmentation de 2,4 % par rapport à 2007.

Les subventions d'équilibre à divers régimes, destinées à assurer l'équilibre de certains régimes spéciaux, pourraient s'élever à **5,7 milliards**, dont 2,9 milliards pour la SNCF (soit environ la moitié de l'ensemble), 1,1 milliard pour le régime des ouvriers de l'Etat, 752 millions pour le régime des marins et 800 millions pour le régime minier. Depuis 2005, le régime des exploitants agricoles ne reçoit plus de subvention d'équilibre.

Les remboursements de prestations versées par la sécurité sociale pour le compte de l'Etat pourraient s'élever à **7 milliards d'euros** en 2008, dont 5,58 milliards au titre de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et 1,07 milliard pour l'allocation de parent isolé (API), servies par la Cnaf.

Enfin, les remboursements de cotisations atteindraient **4,2 milliards d'euros**. Il s'agit du financement des exonérations ciblées de charges sociales, qui seraient quasiment stables par rapport à 2007, sous l'effet de mesures d'économie mais aussi de l'extinction des contrats de qualification et d'une légère diminution attendue des effectifs d'apprentis.

• **Les transferts**

Les transferts reçus par les régimes de sécurité sociale atteindraient **31,1 milliards** d'euros, en augmentation de 6,2 % par rapport à 2007.

Pour les deux organismes concourant au financement des régimes obligatoires de bases, le FSV et le Ffipsa, les recettes ne font pas appel à toutes ces catégories :

- **les recettes du FSV**

Les prévisions de recettes du FSV pour 2008 atteignent **14,8 milliards**, au lieu de 14 milliards d'euros en 2007, soit une progression de 5,7 %.

Ces recettes sont, conformément à l'annexe C, pour l'essentiel des impôts et taxe affectées, pour un montant de 12,4 milliards d'euros, dont 11,5 au titre de la CSG.

- **les recettes du Ffipsa**

Les recettes attendues pour le Ffipsa en 2008 s'élèvent à **14,2 milliards d'euros**, soit le même montant qu'en 2007. L'annexe C en fournit le détail.

Le tableau suivant détaille l'impact attendu par le Gouvernement des mesures nouvelles 2008 sur les recettes.

Mesures nouvelles 2008 sur les recettes

(en millions d'euros)

	Régime général	Tous régimes
Mesures nouvelles 2008 sur les recettes	2 029	2 063
Suppression de l'exonération AT-MP	180	180
Maintien du taux de la taxe sur le chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique à 1 %	100	100
Taxe exceptionnelle sur le chiffre d'affaires des grossistes	43	50
Prélèvement à la source sur les dividendes (mesures PLF)	867	867
Instauration d'une contribution sur les indemnités de mise à la retraite et de départ à la retraite	300	300
Augmentation de la contribution sur les préretraites et affectation de tout le produit de la taxe à la Cnav	80	80
Affectation de nouvelles recettes fiscales pour compenser les allègements généraux de charges sociales (mesure PLF)	459	486

Au titre du présent projet de loi de financement, **les mesures nouvelles ayant le plus fort impact** sont l'instauration d'une contribution sur les indemnités de mise à la retraite et de départ à la retraite, prévue à l'article 10, pour environ 300 millions d'euros, la suppression de l'exonération de cotisations AT-MP, prévue à l'article 14, pour un rendement estimé à 180 millions d'euros, le maintien du taux de la taxe sur le chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique à 1 %, prévue à l'article 9, pour environ 100 millions d'euros et la création d'une taxe exceptionnelle sur le chiffre d'affaires des grossistes, également prévue à l'article 9, pour un rendement estimé à 50 millions d'euros.

Néanmoins **l'essentiel des recettes nouvelles attendues pour 2008 figure dans le projet de loi de finances** avec :

- la mise en place du **paiement à la source des prélèvements sociaux sur les dividendes**, mesure inscrite à l'article 6 du projet de loi de finances, dont le produit attendu serait de 1,3 milliard d'euros, réparti entre 870 millions pour le régime général, 170 millions pour le FSV, 156 millions pour le FRR, 47 millions pour la CNSA et 60 millions pour la Cades ;

- l'affectation de **nouvelles recettes fiscales pour compenser les allègements généraux** de charges sociales, conformément à l'article 29 du projet de loi de finances, soit près de 500 millions d'euros pour les régimes de sécurité sociale.

2. Déficit : en amélioration de 2,8 milliards d'euros

Le déficit global de l'ensemble des régimes obligatoires, en 2008, serait de **7,7 milliards d'euros** au lieu de 11,4 milliards pour l'année en cours, soit une amélioration de 3,7 milliards d'euros. Pour le régime général, l'amélioration attendue est de 2,8 milliards d'euros par rapport à 2007.

Deux branches seraient excédentaires, l'une et l'autre avec un excédent proche de 300 millions d'euros : les accidents du travail-maladies professionnelles et la famille.

Les deux autres branches resteraient déficitaires, de façon pratiquement égale, soit de 4,2 milliards d'euros pour la maladie et de 4,1 milliards pour la vieillesse.

En dehors du régime général, **les autres régimes obligatoires devraient être globalement équilibrés** et même excédentaires pour la branche vieillesse (1 milliard d'euros).

3. Dépenses : une progression contenue

Le tableau suivant présente une synthèse des mesures nouvelles pour 2008 en matière de dépenses, en précisant leur impact financier.

Mesures nouvelles 2008 sur les dépenses

(en millions d'euros)

	Régime général	Tous régimes
Mesures d'économies sur les dépenses d'assurance maladie	1 744	2 025
Mesures d'économies intégrées à l'Ondam 2008	1 644	1 925
Franchise sur les médicaments, transports sanitaires et actes paramédicaux	723	850
Maîtrise médicalisée avenant n° 23	543	635
Mesures structurantes proposées par l'Uncam	86	100
Calcul des indemnités journalières	60	70
Plan médicament : baisses de prix génériques	77	90
Plan médicament : baisses de prix médicaments sous brevet	43	50
Encadrement des transports sanitaires effectués par les taxis	26	30
Dispositif d'entente préalable	43	50
Remboursement médicalisé des médicaments à 35 % pour les ALD	43	50
Mesures d'économies hors Ondam	100	100
Participation de l'Etat au financement de l'Eprus	100	100
Mesures nouvelles 2008 sur les autres branches	85	85
Droit d'option entre l'AEEH et la PCH	50	50
Alignement des taux d'effort pour les ménages modestes pour la garde des enfants par des assistantes maternelles ou en mode collectif	- 35	- 35
Majoration unique par âge	80	80
Revalorisation de rentes de certains ayants droit de victimes AT-MP	- 10	- 10

L'analyse de ce tableau montre que l'essentiel des évolutions attendues en termes de dépenses proviendra en 2008, comme les années précédentes, de l'assurance maladie, les économies atteignant un total de 2 milliards d'euros, dont 850 millions au titre des franchises, 635 millions de maîtrise médicalisée et 100 millions de mesures structurantes proposées par l'Uncam.

Ces montants sont sensiblement inférieurs à ceux qui figuraient dans les lois de financement pour 2006 et 2007.

L'Ondam serait fixé pour 2008 à **152,1 milliards d'euros**.

Montant de l'Ondam voté et réalisé

(en milliards d'euros)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007*	2008
Ondam voté	91,5	93,6	96,0	100,4	105,7	112,8	123,5	129,7	134,5	140,7	144,8	152,1
Ondam réalisé	91,4	95,1	97,6	103,0	108,8	116,7	124,7	131,0	134,9	141,8	147,7	
Dépassement	- 0,1	1,5	1,6	2,7	3,1	3,9	1,2	1,3	0,4	1,2	2,9	

*prévisions

Ce montant représente une progression de 2,8 % par rapport à l'année précédente, soit un niveau légèrement supérieur à ceux retenus en 2006 et 2007.

Taux de l'Ondam voté et réalisé

(en pourcentage)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008*
Ondam voté	1,7	2,4	1,0	2,9	2,6	4,0	5,3	4,0	3,2	2,5	2,6	2,8
Ondam réalisé	1,5	4,0	2,6	5,6	5,6	7,2	6,4	5,2	3,2	3,1	4,2*	

*prévision

*

Au total, malgré des comptes encore lourdement déficitaires et l'absence de perspective d'amélioration sensible à court terme, **un élément positif** doit être souligné. Il apparaît à la lecture des évolutions du taux de couverture des dépenses par les recettes.

Les deux tableaux ci-après en fournissent l'évolution pour l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que pour le régime général.

Equilibre réalisé et projeté pour les régimes de base de sécurité sociale

(en milliards d'euros)

	2004	2005	2006	2007(p)	2008(p)
Dépenses	346,8	363,7	389,2	406,9	422,5
Recettes	335,3	352,3	381,4	395,5	414,8
Recettes/dépenses	96,7 %	96,9 %	98,0 %	97,2 %	98,2 %

(p) prévisions

Source : PLFSS pour 2008

Equilibre réalisé et projeté pour le régime général de sécurité sociale

(en milliards d'euros)

	2004	2005	2006	2007(p)	2008(p)
Dépenses	253,3	265,5	286,6	299,6	311,1
Recettes	241,4	253,9	277,8	288,0	302,3
Recettes/dépenses	95,3 %	95,6 %	96,9 %	96,1 %	97,2 %

(p) prévisions

Source : PLFSS pour 2008

Si l'on excepte la « rechute » de 2007, on observe une amélioration continue de ce taux de couverture. Celui-ci est d'ailleurs largement supérieur au taux de couverture du budget de l'Etat qui est de 85 % dans la loi de finances pour 2008.

II. LES FINANCES ACTUELLES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE : QUATRE DÉFIS MAJEURS À RELEVER

La situation actuelle des finances sociales n'a pas fait disparaître les difficultés ni les obstacles à surmonter si l'on veut préserver le système de protection sociale et ses acquis, bien au contraire. Dans son dernier rapport sur la sécurité sociale de septembre 2007, la Cour des comptes observe que « *des réformes profondes sont nécessaires pour maîtriser durablement les dépenses de sécurité sociale* ».

Pour votre commission, quatre défis majeurs devront être relevés :

- celui, quotidien, des relations entre l'Etat et la sécurité sociale,
- celui, qui ne doit plus être reporté, de la couverture des déficits et dettes accumulés au cours des derniers exercices,
- ceux, pour demain, de la maîtrise durable des dépenses et du financement pérenne de la protection sociale française.

A. LA CONSOLIDATION DE L'AMÉLIORATION DES RELATIONS FINANCIÈRES ENTRE L'ÉTAT ET LA SÉCURITÉ SOCIALE

Le rétablissement de la clarté et de la sincérité des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale est indispensable car la sécurité sociale ne doit pas être la variable d'ajustement du budget de l'Etat, comme cela a trop souvent été le cas par le passé.

Aussi votre commission salue l'effort récemment engagé pour améliorer ces relations, dont elle demande qu'il puisse être conduit jusqu'à son terme.

1. Quatre motifs de satisfaction

Quatre séries de décisions vont dans le sens d'une réelle amélioration des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale :

- **le remboursement par l'Etat de la dette contractée à l'égard du régime général au 31 décembre 2006, soit 5,1 milliards d'euros**

En outre, afin de prévenir la reconstitution d'un nouvel endettement, le ministre des comptes publics a pris **deux engagements** :

- l'inscription, dans le projet de loi de finances pour 2008, d'un montant de crédits suffisant sur les lignes de financement de dispositifs gérés par la sécurité sociale pour le compte de l'Etat, qui étaient largement sous-dotées ces dernières années : aide médicale de l'Etat (AME), API, compensation de certaines exonérations ciblées. La lecture des annexes

transmises au Parlement laisse effectivement penser que cet engagement sera tenu, même si l'on ne peut pas exclure quelques insuffisances, notamment au titre de l'AAH ;

- la définition de règles applicables aux gestionnaires des différents programmes afin de prévoir le versement effectif des dotations destinées à ces dispositifs de compensation (prestations et exonérations) et à interdire de les consacrer à un autre objet en fonction des aléas de l'exécution budgétaire

• **l'apurement par l'Etat du reliquat de la dette à l'égard du Bapsa, soit 619 millions d'euros**

Cet apurement devrait intervenir dans le cadre de la loi de finances rectificative pour 2007.

Pour l'avenir, le ministre a indiqué son souhait de préparer, pour le premier semestre de 2008, **un schéma de financement pérenne de la protection sociale des exploitants agricoles**. Il a d'ores et déjà indiqué que la branche vieillesse relèverait de la solidarité nationale. Pour la maladie, plusieurs options seront également soumises à concertation, comme l'adossement au régime général ou la création d'une structure commune regroupant la MSA, le régime général et le RSI.

• **la mise à niveau du panier fiscal**

L'insuffisance, constatée dès avant le vote de la loi Tepas, du rendement du panier de recettes fiscales, destiné à compenser à la sécurité sociale les allègements généraux de cotisations sociales patronales, atteint, en 2007, près de 900 millions d'euros et serait d'environ 500 millions d'euros en 2008.

Par ailleurs, du fait de la loi Tepas, l'Etat doit désormais également couvrir **le coût de la mesure de neutralisation des heures supplémentaires** dans la formule de calcul des allègements généraux de cotisations patronales, ce qui représente un milliard d'euros en année pleine et une centaine de millions sur les deux derniers mois de 2007.

La loi de finances rectificative pour 2007 devrait combler ce « trou » en totalité en affectant au panier la part du produit de la **taxe sur les salaires** (500 millions d'euros) et la part du produit des **droits sur les tabacs** (500 millions d'euros également) encore perçues par l'Etat.

En ce qui concerne 2008, l'insuffisance du panier devrait atteindre 1,5 milliard d'euros (un milliard au titre de la neutralisation des heures supplémentaires et 500 millions de ressources manquantes). L'article 29 du projet de loi de finances pour 2008 confirme l'attribution à la sécurité sociale des parts revenant à l'Etat de droits tabacs et de taxes sur les salaires (1,2 milliard d'euros, soit 600 millions pour chacune des deux taxes) et ajoute à ce total une nouvelle ressource, **le droit de licence sur la rémunération des débiteurs de tabacs** (représentant un revenu attendu de 300 millions d'euros).

- **la compensation des exonérations de charges sociales sur les heures supplémentaires prévues par la loi Tepas**

La compensation, distincte du mécanisme du « panier fiscal » prévu pour les allègements généraux, est effectuée pour un montant prévisionnel de 300 millions d'euros en 2007 et de 4,1 milliards en 2008 grâce à **l'affectation de trois nouvelles recettes à la sécurité sociale** : une fraction du produit de la taxe sur les véhicules de société, pour 300 millions (en 2007), puis 600 millions (à partir de 2008) ; le produit, en totalité, de la contribution sociale sur les bénéficiaires, pour 1,4 milliard (à partir de 2008 seulement) ; enfin, la taxe sur la valeur ajoutée brute collectée sur les producteurs de boissons alcoolisées, avec un rendement de 2,1 milliards d'euros (à partir de 2008 également).

L'article 28 du projet de loi de finances pour 2008 prévoit enfin qu'en cas d'écart constaté entre le produit des impôts et taxes affectés et le montant définitif de la perte de recettes résultant des allègements de cotisations et de contributions sociales sur les heures supplémentaires, **cet écart fera l'objet d'une régularisation** par la plus prochaine loi de finances. Le mécanisme proposé comporte donc **une compensation à l'euro près des pertes de ressources imposées aux organismes de sécurité sociale**.

2. Quatre points encore non résolus

S'il faut saluer cette attitude extrêmement positive du Gouvernement, l'effort engagé n'en devra pas moins être poursuivi dans les mois qui viennent. En effet, plusieurs points demeurent encore non résolus :

- **le respect des échéances de versement par les gestionnaires de programmes**

D'après les renseignements fournis à votre commission, l'échéance non honorée de 100 millions d'euros, qui aurait dû être acquittée au 10 octobre dernier pour compenser le coût de certaines exonérations ciblées en faveur de l'emploi, pourrait être réglée d'ici à la fin de l'année et aucun nouvel incident ne devrait intervenir. Les dotations mises en réserve en début d'année sur les lignes de compensation des exonérations ciblées et de couverture du coût des prestations versées par la sécurité sociale pour le compte de l'Etat devraient également être débloquées avant la fin de l'exercice.

Ces points feront l'objet d'une **vigilance forte** de la part de la commission des affaires sociales au cours des prochaines semaines.

- **l'apurement de la dette de l'Etat à l'égard des régimes de base autres que le régime général**

L'Etat reste redevable de sa dette à l'égard des organismes de base de sécurité sociale, autres que le régime général, pour un montant qui devrait atteindre 1,3 milliard d'euros à la fin de l'année, selon les estimations fournies en septembre par la commission des comptes de la sécurité sociale.

- **la reconstitution de la dette de l'Etat à l'égard du régime général**

En 2007, la dette de l'Etat s'est partiellement reconstituée, le versement de 5,1 milliards n'ayant porté que sur la dette établie au 31 décembre 2006 : les sous-dotations des crédits budgétaires consacrés aux prestations versées par le régime général pour le compte de l'Etat et à la compensation des exonérations spécifiques, sont estimées par la commission des comptes à 1,5 milliard d'euros et à 1,6 ou 1,7 milliard par l'Acoss au 31 décembre prochain.

Cette dette pourrait en outre dériver à partir de 2008, l'Acoss estimant que la sous-dotation des lignes affectées à la compensation des exonérations ciblées atteint 600 millions d'euros dans le projet de loi de finances ; **le cap des 2 milliards de dette de l'Etat à l'égard du seul régime général serait ainsi dépassé fin 2008.**

- **la compensation des allègements généraux de charges sociales**

Si le Gouvernement a prévu **une compensation à l'euro près** en cas d'insuffisance des ressources versées à la sécurité sociale au titre de la compensation des exonérations de cotisations sur les heures supplémentaires, il n'a pas proposé de rétablir un dispositif similaire pour les cas d'insuffisance du panier fiscal lié aux allègements généraux dits « Fillon ».

B. LE TRAITEMENT DES DÉFICITS ET DETTES CUMULÉS

1. Des montants considérables

Pour l'ensemble des régimes et des fonds, le besoin de financement nécessaire à la fin de 2007 peut être évalué à **30 milliards d'euros**.

Compte tenu des prévisions actuelles, les besoins de financement du régime général et des fonds de financement pourraient dépasser **40 milliards d'euros** à la fin de 2008.

A cet effet, **les plafonds d'emprunt** ont été sensiblement relevés pour 2008. Ils sont ainsi fixés à des montants record par l'article 24 du projet de loi : 36 milliards pour le régime général et 8,4 milliards pour le régime des exploitants agricoles.

De fait, c'est bien **10 milliards de déficits supplémentaires** qu'il conviendra d'ajouter en 2008 aux déficits accumulés constatés à la fin de 2007, comme le montre le tableau suivant :

	2008
Régime général	- 8,9
Autres régimes de base	1,0
Ensemble des régimes de base	- 7,9
FSV	0,5
Ffipsa	-2,7
Ensemble des régimes de base et des fonds	-10,1

2. Une situation sans issue

Pour faire face à ces montants considérables, aucune solution n'est à ce stade envisagée.

En effet, grâce à la sagesse du législateur organique, le recours à la Cades, solution maintes fois utilisée par le passé, n'est plus possible sans conditions. L'article 20 de la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale a en effet interdit tout nouveau recours à la Cades sans qu'il soit accompagné des ressources permettant d'assumer les dépenses supplémentaires correspondantes. Cette mesure veut légitimement éviter le transfert de nouvelles dettes de la sécurité sociale sur les générations futures.

Les dettes sociales reprises par la Cades, depuis sa création, atteignent un total de **107,6 milliards** à la fin de 2007. A la même date, le montant restant à amortir s'élève à 72,9 milliards d'euros. Ce montant ne pourra désormais plus être accru sans une recette supplémentaire pour la Cades.

Pour régler le problème des déficits actuels, votre commission estime indispensable que l'on élabore rapidement un **plan d'apurement de la dette**. Il n'est en effet pas admissible de laisser le problème en suspens.

Elle rappelle que, selon les calculs de la Mecss, pour transférer à la Cades 30 milliards d'euros de déficits, soit à peu près le montant qui sera constaté à la fin de 2007, il faudra trouver une recette équivalente à 0,2 point de CRDS.

C. L'APPROFONDISSEMENT DE LA RÉFLEXION SUR LES DÉPENSES

Notre système de protection sociale est aujourd'hui arrivé à la croisée des chemins.

1. Les réformes déjà engagées

Trois réformes fondamentales ont été menées à bien au cours des dernières années :

- la réforme des **retraites** avec la loi du 21 août 2003 ;
- la réforme de l'**assurance maladie** avec la loi du 13 août 2004 ;
- la réforme du **cadre organique** avec la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale du 2 août 2005.

Chacune de ces réformes a fait évoluer les choses et produit des résultats significatifs et indéniables.

Elles ont permis, pour la vieillesse, de lancer un processus de réforme inscrit dans une perspective pluriannuelle avec l'organisation de rendez-vous réguliers et une meilleure prise de conscience des difficultés de l'équilibre par nos concitoyens. Pour la maladie, la maîtrise médicalisée des dépenses est devenue une priorité, avec une contribution attendue de chacun des acteurs, par exemple à travers le parcours de soins ou l'instauration de la tarification à l'activité à l'hôpital.

Toutefois, compte tenu de la situation actuelle, de nouvelles évolutions apparaissent d'ores et déjà nécessaires.

2. La nécessaire poursuite des réformes

L'une de ces réformes est annoncée et certaine, celle du **rendez-vous de 2008 sur les retraites**.

Les étapes préparatoires prévues pour ce rendez-vous sont actuellement mises en œuvre, notamment au sein du conseil d'orientation des retraites (Cor).

Par ailleurs, le Gouvernement a engagé la réforme des régimes spéciaux dont votre assemblée a débattu le 2 octobre dernier.

D'autres réformes apparaissent nécessaires, dans le domaine de la santé. Certaines sont d'ores et déjà programmées ou à l'étude : **la création d'agences régionales de santé, la réforme des hôpitaux, la détermination d'un meilleur partage entre régimes de base et régimes complémentaires**, autant de chantiers ouverts par le Président de la République au cours des derniers mois. Ils devraient aboutir chacun à des propositions et pistes de réforme dans le courant du premier semestre 2008.

Votre commission a bien l'intention d'être active sur ces débats car l'avenir de la sécurité sociale dépend des solutions qui pourront leur être apportées. La Mecss contribuera aussi, grâce à des travaux approfondis, au traitement de ces questions.

En tout état de cause, votre commission estime indispensable d'aborder ces sujets à travers **une approche globale** reposant sur les principes suivants :

- d'abord, **fixer le champ de la protection sociale obligatoire** : c'est d'ailleurs précisément l'objet du chantier présidentiel sur le financement de la santé lancé au mois de septembre dernier pour le premier semestre 2008 ; cette réflexion devra notamment inclure le partage entre dépenses obligatoires à la charge des régimes de base, parfois dénommées « panier de soins », et dépenses à la charge des assurances complémentaires. Ce que la sécurité sociale prend en charge devra être régulièrement actualisé, le plus important étant que la prise en charge se fasse dans des conditions efficaces en termes de santé publique et efficaces tant sur le plan de la santé que d'un point de vue économique ;

- puis déterminer un mode de financement de la protection sociale **soutenable à long terme**. Sur ce point, plusieurs interlocuteurs de la Mecss ont souligné l'insuffisance du débat - et singulièrement du débat parlementaire ;

- enfin s'assurer que **le principe d'équilibre** est acquis, y compris l'équilibre intergénérationnel, ce qui suppose en particulier de provisionner les retraites en s'assurant, par exemple, de l'alimentation du fonds de réserve des retraites (FRR) et d'équilibrer la branche maladie.

D. LA RECHERCHE D'UNE RESSOURCE DYNAMIQUE ET PÉRENNE

Dans le contexte ainsi décrit, la question du financement durable de la protection sociale apparaît cruciale. Elle a fait l'objet de beaucoup de débats au cours des derniers mois. Votre commission y a pris toute sa part, notamment à travers les travaux de la Mecss et le rapport publié en vue du débat sur les prélèvements obligatoires et leur évolution¹.

Schématiquement, ce rapport indique que :

- **le choix de toute nouvelle ressource doit se faire au regard de trois critères** : la dynamique potentielle de la recette, son impact économique à moyen et long terme, ses conséquences pour les contribuables ;

- **plusieurs pistes qualifiées de « fausses bonnes solutions » doivent plutôt être écartées** : la cotisation sur la valeur ajoutée et la TVA sociale ;

- **les voies à suivre** sont, avant toute augmentation d'un impôt existant : la remise en question des niches sociales ; l'exploitation de la piste des prélèvements comportementaux, par exemple à travers l'instauration d'une taxe nutritionnelle ou du relèvement des droits sur les alcools ; un fléchage, au moins partiel, de la future fiscalité écologique vers l'assurance maladie.

¹ *Protection sociale : trouver la ressource juste, promouvoir les bons usages - Rapport d'Alain Vasselle n° 66 (2007-2008)*

III. LES OBSERVATIONS ET PROPOSITIONS DE LA COMMISSION

A. CONSOLIDER LES ACQUIS DE LA LOI ORGANIQUE

Trois ans après la rénovation du cadre juridique de l'examen des lois de financement grâce à la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, nous disposons désormais du recul permettant d'apprécier le bien-fondé de ce texte en termes de préparation, de contenu et de modalités d'examen du budget social de la nation.

1. Des avancées confirmées

Cette troisième application confirme la justesse des analyses antérieures de la commission pour laquelle la réforme organique devait avoir pour objectifs prioritaires d'améliorer la présentation de la loi de financement, d'étendre son champ d'intervention, de clarifier les relations entre l'Etat et la sécurité sociale, de renforcer l'autonomie de la sécurité sociale, de parfaire la qualité des annexes, enfin d'accroître ses moyens de contrôle sur l'application des lois de financement.

C'est effectivement ce que permet désormais la loi de financement :

- **une présentation améliorée**

Présentée en **quatre parties** - la première pour l'exercice clos, la deuxième pour l'exercice en cours, la troisième pour les recettes et l'équilibre de l'année à venir et la quatrième pour les dépenses de l'année à venir -, elle inclut aussi un **cadre pluriannuel prospectif** sur quatre ans. Celui-ci est indispensable pour un pilotage pertinent des équilibres généraux de la sécurité sociale.

Par ailleurs, la nouvelle présentation de la loi de financement permet enfin de **rapprocher les recettes et les dépenses par branche et d'obtenir des soldes**, ce qui conduit le Parlement à voter sur l'équilibre financier de chacune des branches.

De plus, pour permettre une plus grande clarté dans la détermination des composantes de l'Ondam, la loi organique rend obligatoire sa déclinaison en **au moins cinq sous-objectifs** ; il y en a six dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

Pour la première fois cette année, **des comparaisons entre les trois derniers exercices sont réellement possibles**, grâce à la présentation harmonisée des tableaux d'équilibre contenus dans les deux dernières lois de financement et le projet de loi de financement pour 2008. Votre commission se félicite du progrès indéniable que cela constitue pour sa correcte appréciation de l'évolution des finances sociales.

- **un champ d'intervention étendu**

Le champ de la loi de financement est étendu non seulement aux organismes concourant au financement des régimes de la sécurité sociale - FSV, Ffipsa -, mais également à la Cades, pour laquelle doit être voté un objectif annuel d'amortissement de la dette, et au fonds de réserve pour les retraites (FRR), dont le montant prévisionnel de l'abondement doit être approuvé.

- **une autonomie de la sécurité sociale renforcée**

L'autonomie financière de la sécurité sociale a été renforcée : seule la loi de financement peut désormais autoriser que l'on **déroge à la règle** de la compensation des exonérations de charges sociales. Elle constitue aussi le cadre dans lequel est soumis à l'approbation du Parlement **le montant total de la compensation des exonérations ciblées**, en parallèle avec ce que prévoit la loi de finances.

Ces dispositions sont, pour votre commission, essentielles compte tenu des montants en jeu et de leur poids dans les recettes de la sécurité sociale. Elle aurait d'ailleurs préféré, mais sa plaidoirie était alors restée vaine, que soit élevé au niveau organique le **principe général de la compensation des exonérations de charges** tel qu'il figure à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, reprenant la loi Veil du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale.

A cet égard, votre commission estime indispensable que **la loi de financement devienne le point de passage obligé pour l'approbation des exonérations de charges sociales**. Trop de lois ordinaires viennent chaque année ajouter de nouvelles mesures d'exonération sans que leur impact sur les finances de la sécurité sociale ne soit correctement évalué et pris en compte.

- **des comptes certifiés**

Enfin, le principe de la **sincérité, de la régularité et de la fidélité des comptes** est clairement affirmé. La Cour des comptes est chargée de son contrôle ; elle doit désormais certifier les comptes du régime général. Cette nouvelle obligation est entrée en vigueur avec les comptes de l'exercice 2006. La Cour a donc remis son premier rapport de certification des comptes au mois de juin dernier et l'exercice s'est avéré extrêmement concluant dès cette première mise en œuvre.

Tout laisse à penser que la certification des comptes permettra des **progrès dans la gestion des branches**, ce que laisse déjà entrevoir la sanction de l'impossibilité de certifier les comptes de la branche famille pour celle-ci.

2. Des améliorations déjà mises en œuvre

Votre commission avait mis l'accent, ces deux dernières années, sur un **certain nombre d'insuffisances**. Elles visaient à progresser dans la

recherche d'une plus grande transparence, d'une meilleure précision des comptes et d'un renforcement de l'information du Parlement.

Beaucoup d'entre elles ont été prises en compte et votre commission ne peut que s'en féliciter.

La commission des affaires sociales du Sénat avait demandé avec insistance que les annexes au projet de loi de financement soient mieux étayées et plus précises.

Des progrès notables ont été réalisés cette année avec la prise en compte de plusieurs de ses demandes :

- **l'annexe B**, décrivant les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'Ondam pour les quatre années à venir, souffrait d'un manque patent d'analyse et de justification des hypothèses retenues.

Pour 2008, le texte explicatif est sensiblement plus précis et développé que les deux années précédentes et présente un descriptif clair des postulats sur lesquels reposent les prévisions de croissance des dépenses et des soldes des différents agrégats ;

- **l'annexe 7 relative à l'Ondam** propose, cette année, une présentation claire et synthétique des éléments constitutifs de l'objectif 2008 (avec une explication du montant du rebasage et des effets report du plan d'économies mis en œuvre après le déclenchement de la procédure d'alerte au printemps), ainsi que de l'évolution de chaque sous-objectif ; on peut dès lors penser que l'estimation retenue pour l'an prochain n'est pas entachée d'irréalisme comme l'était, à l'évidence, celle inscrite dans le projet de loi de financement pour 2007 et qui a conduit, pour la première fois au printemps dernier, au déclenchement de la procédure d'alerte de l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale.

Par ailleurs, d'une manière inédite, l'annexe 7 s'attache à étudier l'impact de l'organisation de l'accès aux soins sur l'Ondam (répartition de la part des dépenses de santé entre les différents acteurs, effet des affections de longue durée, poids de la rémunération des professionnels de santé) ; elle évoque également des pistes et des gisements pour améliorer l'efficacité de la dépense sociale ; enfin, des explications sont fournies sur les liens entre l'Ondam (objectif interrégimes et interbranches) et les objectifs de dépenses propres à la branche maladie ;

- **l'annexe 8 sur les comptes des organismes concourant au financement de la sécurité sociale ou financés par la sécurité sociale** a été complétée et comporte dorénavant une fiche sur chacune de ces structures,

alors que le document transmis au Parlement ces deux dernières années était lacunaire¹ ;

- enfin, **l'annexe 9**, qui présente notamment **une analyse de l'impact sur les comptes des mesures nouvelles**, apparaissait très succincte dans les deux derniers projets de loi de financement ; le document déposé cette année est sensiblement plus développé : présentant les mesures nouvelles par branche, il est articulé avec les exposés des motifs des articles du projet de loi ; quant aux exposés des motifs eux-mêmes, ils fournissent également beaucoup plus d'informations que les années passées ainsi que des chiffrages plus précis.

3. Des progrès encore nécessaires

Malgré ces progrès incontestables, il semble que :

- **la qualité des annexes reste perfectible :**

- les projections de **l'annexe B**, même si elles sont mieux étayées et donc plus crédibles, restent extrêmement générales et ne fournissent au total qu'une indication de trajectoire ; en particulier, **les contraintes à respecter** pour y parvenir, aussi bien en termes de maîtrise des dépenses que de recouvrement des recettes, ne sont ni clairement exposées, ni chiffrées ; il pourrait être judicieux de recourir à une expertise indépendante afin d'éviter le travers de l'affichage d'objectifs à caractère principalement volontariste et politique ;

- **l'absence de définition légale de l'Ondam** a été, ces dernières années, l'une des causes des nombreux changements de périmètre qui ont **affecté sa lisibilité** ; s'agissant du cadre normatif, la Cour des comptes fait, en premier lieu, régulièrement observer que certaines dispositions du code de la sécurité sociale relatives à l'objectif des dépenses de soins de ville ne sont pas ou plus appliquées et qu'une mise à jour s'impose ; la Cour a également plusieurs fois pointé la complexité extrême et les incohérences résultant de la persistance d'objectifs de dépenses de santé fixés par voie réglementaire dont l'articulation avec les sous-objectifs de l'Ondam mériterait d'être affinée² ; mais surtout, en ce qui concerne le contenu même de l'Ondam, **il serait souhaitable que le gouvernement renforce la densité des informations fournies au Parlement sur les sous-objectifs**, suivant le modèle des données déjà mises au point pour suivre la montée en charge des plans de santé publique et du secteur médicosocial ; il faudrait notamment que de nouveaux indicateurs soient élaborés, tel **l'impact des revalorisations tarifaires ou salariales sur les sous-objectifs soins de ville ou hôpital**.

¹ Sur les organismes manquants dans l'annexe 8 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, Cf. rapport n° 59 (2006-2007) (Tome VI) précité - p. 193.

² Cf. Rapport de la Cour des comptes sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale de septembre 2007 - pp. 67-68.

• **la présentation des données chiffrées doit être affinée**

Cette demande d'amélioration, déjà formulée l'année dernière, vise à obtenir que les montants inscrits dans le projet de loi de financement soient présentés en millions d'euros et **non en milliards arrondis à la centaine de millions d'euros près**. Cette excessive simplification va évidemment à l'encontre de la recherche de sincérité et de précision des comptes.

En particulier, elle ne permet pas de cerner facilement l'impact financier d'un certain nombre de mesures du projet de loi, surtout lorsque celles-ci s'élèvent à quelques dizaines de milliers d'euros seulement.

De son côté, le projet de loi de finances est présenté non pas en milliards, ni en millions, ni en milliers d'euros, mais en euros.

4. L'approche nouvelle des programmes de qualité et d'efficience

L'article L.O. 111-4-III du code de la sécurité sociale prévoit qu'est jointe au projet de loi de financement une annexe présentant les programmes de qualité et d'efficience (PQE) relatifs aux dépenses et aux recettes de chaque branche de sécurité sociale.

Cet article précise que ces programmes comportent :

- un diagnostic de situation appuyé notamment sur les données sanitaires et sociales de la population ;
- des objectifs retracés au moyen d'indicateurs précis dont le choix est justifié ;
- une présentation des moyens mis en œuvre pour réaliser ces objectifs et l'exposé des résultats atteints lors des deux derniers exercices clos et, le cas échéant, lors de l'année en cours.

Pour chacun de ces programmes, les éléments d'information sont organisés en deux parties :

- une partie destinée à donner des éléments de cadrage et d'état des lieux ;
- une partie comportant des objectifs de politique publique assortis d'indicateurs de résultat précis.

Entre les données transmises à la commission des affaires sociales il y a un an et celles de cette année, de réels progrès peuvent être constatés. En particulier, **nombre des observations de votre rapporteur ont été prises en compte**.

La véritable utilité des programmes de qualité et d'efficience ne pourra toutefois apparaître qu'après plusieurs exercices, lorsqu'il deviendra possible de mesurer l'importance des progrès accomplis ou des difficultés rencontrées dans la poursuite des objectifs.

Le programme de qualité et d'efficience « Financement »

Cinq objectifs principaux sont poursuivis :

Objectif n°1 : garantir la viabilité financière des régimes de base

Indicateur n°1-1 : taux d'adéquation des dépenses avec les recettes pour le régime général et l'ensemble des régimes de base de la sécurité sociale

Indicateur n°1-2 : évolution de la dette « courante » des organismes de sécurité sociale (non reprise par la Cades)

Indicateur n°1-3 : suivi de la dette sociale portée par la Cades

Indicateur n°1-4 : dette de l'Etat vis-à-vis des organismes de sécurité sociale

Objectif n°2 : veiller à l'équité du prélèvement social

Indicateur n°2-1 : importance des prélèvements sociaux en fonction du revenu des ménages

Indicateur n°2-2 : montant des exemptions de cotisations sociales rapporté à la masse salariale

Objectif n°3 : concilier le financement de la sécurité sociale et la politique de l'emploi

Indicateur n°3-1 : taux de prélèvement effectifs à la charge de l'employeur pour un salarié rémunéré au Smic et pour un salarié rémunéré au plafond de la sécurité sociale

Indicateur n°3-2 : suivi des compensations financières à la sécurité sociale relatives aux exonérations de charges

Objectif n°4 : simplifier les procédures de financement

Indicateur n°4-1 : usage de procédures facilitant l'embauche

Indicateur n°4-2 : indicateurs permettant de mesurer la complexité du calcul des cotisations sociales pour les entreprises et du financement de la sécurité sociale

Objectif n°5 : améliorer l'efficience de la gestion financière et du recouvrement

Indicateur n°5-1 : indicateur sur la neutralité des relations financières de la sécurité sociale et de ses partenaires

Indicateur n°5-2 : écart entre le taux d'intérêt des emprunts de l'Acoss et le taux du marché

Indicateur n°5-3 : taux de restes à recouvrer de l'année n au 31 mars de l'année n + 1

Indicateur n°5-4 : coût de 100 euros recouverts par le régime général

Indicateur n°5-5 : indicateur permettant d'évaluer l'assiette fraudée

Indicateur n°5-6 : taux de couverture du fichier des Urssaf par l'activité de contrôle

Indicateur n°5-7 : taux de redressement des personnes dans le cadre de contrôles ciblés de lutte contre le travail dissimulé

B. COMPLÉTER LE PROJET DE LOI

1. Les principales dispositions du projet de loi

Une seule disposition vient modifier **l'équilibre pour 2007**, en dehors du réajustement des tableaux d'équilibre : la modification de la dotation du Faqsv.

Sur les dispositions relatives aux **recettes et à l'équilibre général pour 2008**, c'est-à-dire la troisième partie du projet de loi de financement, en dehors des articles d'approbation des prévisions de recettes, des tableaux d'équilibre et des plafonds de trésorerie, les principales mesures figurent dans l'encadré ci-après.

Article 9 Contribution exceptionnelle de régulation, due par les entreprises de vente en gros de spécialités pharmaceutiques, assise sur le chiffre d'affaires HT 2008
Article 10 Contribution sur les indemnités de mise à la retraite de 25 % puis 50 % en 2009
Article 11 Mesures en faveur des chefs d'entreprises agricoles (calcul de la CSG)
Article 12 Suppression de l'exonération des charges sociales pour les organismes d'intérêt général en zone de revitalisation rurale
Article 13 A titre expérimental, affiliation au régime général des personnes exerçant de petites activités économiques et agrément d'associations pour les assister
Article 14 Suppression des exonérations de cotisations d'accidents du travail et de maladies professionnelles pour les entreprises
Article 15 Contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) sur l'activité concurrentielle des organismes publics
Article 16 Non-compensation de cinq mesures d'exonération de charges sociales
Article 17 Compensation des exonérations, réductions et abattements
Articles 18 à 22 Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre pour 2008
Article 23 Certification des comptes des organismes de sécurité sociale

Par ailleurs, dans la quatrième partie, consacrée aux dépenses pour 2008, et au sein de la section relative à la gestion du risque et à l'organisation des caisses et régimes de la sécurité sociale, quatorze articles, dont huit insérés par l'Assemblée nationale, visent à **renforcer les dispositions existantes en matière de contrôle**.

2. Les propositions de la commission

En dehors du souci habituel de la commission de rendre plus opérationnelles certaines dispositions du texte, ses principales propositions pour le projet de loi de financement pour 2008 au titre des équilibres généraux s'orientent autour de trois axes :

• approfondir le débat sur le financement de la sécurité sociale

Cette question étant une priorité pour la commission, elle a adopté des amendements tendant à :

- instaurer une « flat tax » appliquant un taux bas (2 %) à l'ensemble de l'assiette exonérée des « niches sociales » ;

- créer une taxe à caractère nutritionnel sur les boissons sucrées

• améliorer les contrôles et la lutte contre la fraude

- permettre une meilleure récupération des indus par la Cnam

• renforcer l'autonomie financière de la sécurité sociale

- refuser la non-compensation de cinq mesures d'exonérations de charges ciblées ;

- transmettre les référés de la Cour des comptes en matière sociale à la commission des affaires sociales, parallèlement à leur transmission à la commission des finances.

3. La poursuite des travaux de la Mecss

Comme en 2006 et 2007, votre commission s'appuiera sur les travaux approfondis menés par la Mecss pour éclairer ses positions. Cinq rapports ont été produits depuis un an. L'encadré ci-après en retrace les grandes lignes et les principales conclusions.

**La mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss)
poursuit son travail d'analyse et de prospective au service d'une
meilleure compréhension des mécanismes et des enjeux de la protection sociale**

Créée en son sein par la commission des affaires sociales en 2006 sur la base des dispositions de la loi organique du 2 août 2005, la Mecss a publié cinq rapports au cours des douze derniers mois :

- « La compensation vieillesse est-elle encore réformable ? » (n° 131 ; 2006-2007). Rapporteurs : Claude Domeizel et Dominique Leclerc.

- « Transparence, équité, solidarité : les trois objectifs d'une réforme de la réversion » (n° 314 ; 2006-2007). Rapporteurs : Claude Domeizel et Dominique Leclerc.

- « Réformer la protection sociale : les leçons du modèle suédois » (n° 377 ; 2006-2007). Rapporteurs : Alain Vasselle et Bernard Cazeau.

- « Finances sociales : après la rechute, la guérison ? » (n° 403 ; 2006-2007). Rapporteur : Alain Vasselle (rapport préparatoire au débat d'orientation).

- « Protection sociale : trouver la ressource juste, promouvoir les bons usages ». Rapporteur : Alain Vasselle (rapport préparatoire au débat prélèvements).

• Le rapport sur la compensation démographique vieillesse

Les mécanismes de compensation institués au sein de la branche vieillesse mobilisent environ 10 milliards d'euros par an et ont un impact sensible sur les comptes des caisses de retraite.

Ils ont été institués voici plus de trente ans pour corriger l'effet des déséquilibres démographiques entre les différents régimes et pour faciliter leur rapprochement progressif. Or, la légitimité de ces mécanismes fait, depuis l'origine, l'objet de critiques récurrentes.

A l'analyse, trois constats de base s'imposent :

- les objectifs initiaux du législateur de 1974 n'ont pas été atteints ;

- l'Etat a joué un rôle particulièrement discutable au cours des trois dernières décennies, en détournant les dispositifs de compensation de leur objet pour pratiquer de véritables opérations de débudgétisation ;

- le système apparaît aujourd'hui à bout de souffle, dans un contexte de généralisation des déficits des régimes de la branche vieillesse.

Ces observations suscitent à leur tour plusieurs interrogations. Quel est l'avenir de la compensation ? Peut-on s'en tenir à une simple réforme technique de ses mécanismes ? Ne faudrait-il pas revenir, au moins progressivement, à l'objectif premier d'instaurer un régime unique de sécurité sociale, dès lors que l'alternative de la compensation a clairement atteint ses limites ?

Pour y répondre, la Mecss a souhaité établir un document de synthèse, qu'elle espère aussi lisible que possible compte tenu de la complexité du sujet, avec l'ambition de faire connaître sa lecture du fonctionnement de la compensation et ses propositions.

• Le rapport sur la réversion

Les pensions de réversion, qui concernent près de 3,8 millions de bénéficiaires, sont un sujet de préoccupation central pour nos concitoyens.

La Mecss a souhaité élaborer une présentation complète des différents régimes, incluant la réforme intervenue en 2003 et 2004. Or, celle-ci n'a pas apporté de réponse convaincante à deux difficultés majeures :

- la complexité extrême du cadre juridique de la réversion ;
- l'inéquité de la prise en charge des conjoints survivants.

Partant de ce bilan, Claude Domeizel (PS) et Dominique Leclerc (UMP) ont établi un rapport dont l'ambition est de prendre enfin la mesure exacte de la situation des conjoints survivants, d'aboutir à un diagnostic partagé sur les objectifs à atteindre et d'envisager l'avenir de l'indemnisation du veuvage dans le cadre des contraintes globales de financement de l'Etat providence.

Fruit de discussions approfondies entre les deux rapporteurs qui conservent chacun leurs convictions, ce travail commun a permis de dégager des propositions, d'envisager des pistes de réflexion et d'ouvrir le débat sur certaines questions sensibles, voire taboues, telle l'harmonisation, à terme, des règles des différents régimes, l'extension de la réversion aux nouvelles formes de vie en couple ou le calcul plus juste des droits à accorder aux anciens conjoints divorcés.

• Le rapport sur la protection sociale en Suède

En vue de la préparation du rendez-vous de 2008 sur l'avenir du système français de retraite, la Mecss a entrepris l'étude du dispositif suédois présenté généralement comme l'un des exemples les plus novateurs et performants en Europe.

Ce rapport analyse les mutations de la protection sociale dans ce pays et, plus particulièrement, la réforme de l'assurance vieillesse engagée voici près de dix ans.

A partir d'un système classique de retraites par répartition à prestations définies, très proche à maints égards du régime général français, les Suédois basculent progressivement vers un mécanisme à cotisations définies. Ce cadre général, soutenu par un large consensus politique et social et l'adhésion de la population, fait clairement porter l'ajustement entre dépenses et recettes sur l'âge de cessation d'activité des assurés, afin que la charge financière du régime ne soit plus reportée sur les générations futures.

La France peut-elle s'engager dans la même voie, ou du moins s'inspirer de certaines des recettes mises en œuvre ?

La comparaison se justifie pleinement, car les deux pays occupent respectivement la première et la deuxième places en Europe en matière de dépenses sociales. Leur situation est pourtant bien différente en termes d'endettement, de déficit des comptes sociaux et de taux d'emploi notamment des seniors. Sur tous ces aspects, des leçons utiles peuvent être tirées du modèle suédois.

• Le rapport préparatoire au débat d'orientation des finances sociales

Ce rapport dresse un bilan à mi-parcours de l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007. Après l'amélioration constatée en 2006, l'exercice en cours s'est traduit par une rechute grave des comptes de la protection sociale, avec un déficit qui s'établira à 12 milliards d'euros en fin d'année.

Certes, le nouveau Gouvernement a lancé plusieurs actions pour tenter d'enrayer cette dérive. De ce point de vue, le plan d'économies pour l'assurance maladie mérite d'être salué, au même titre que les déclarations du ministre des comptes publics sur la volonté de l'Etat de rembourser sa dette à l'égard du régime général, permettant vraisemblablement ainsi à l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss) de rester sous le plafond de découvert de 28 milliards d'euros voté par le Parlement.

L'ampleur de ce découvert amène cependant à poser la question d'une réouverture de la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades).

Au-delà, cette opération d'apurement comptable, qui apparaît de plus en plus inéluctable, n'aura de sens que si des réformes structurelles, permettant un retour durable à l'équilibre des quatre branches de la sécurité sociale, sont conçues et menées à leur terme. La Mecss se propose de préconiser quelques orientations dans l'attente des rendez-vous à venir.

• Le rapport préparatoire au débat sur les prélèvements obligatoires

Les déficits structurels qui affectent aujourd'hui les branches Maladie et Vieillesse de la sécurité sociale obligent à conduire une action vigoureuse pour maîtriser les dépenses.

Or, cette démarche, certes prioritaire, ne suffira pas pour faire face à l'évolution prévisible des besoins d'une population vieillissante. Préparer l'avenir suppose donc aussi :

- la mobilisation de nouvelles ressources, dont l'assiette de prélèvement doit être à la fois productive, compatible avec l'ouverture de notre économie et socialement acceptée ;

- un pilotage plus efficace des finances publiques, tenant compte de la diversité des budgets de l'Etat, de la sécurité sociale et des collectivités locales, tout en offrant une vision globale des prélèvements obligatoires opérés sur nos concitoyens.

De nombreux débats, parfois polémiques, ont été ouverts dans ces deux directions. La Mecss a souhaité en rendre compte pour forger sa propre doctrine sur les options à retenir : doit-on remplacer les cotisations assises sur les salaires par une taxe d'assiette plus large tenant compte de la valeur ajoutée ; par exemple, la TVA sociale ? Doit-on préconiser la fusion des lois de finances et des lois de financement ? Certaines branches de la sécurité sociale, la branche Famille notamment, devraient-elles être budgétisées ?

Au terme d'un long travail préparatoire, la Mecss a constaté une convergence de vues sur la nécessité d'écarter des solutions inadaptées qui créeraient plus de difficultés qu'elles n'en résoudraient et a recensé d'autres pistes, à son sens plus prometteuses, que le rapport se propose d'explorer.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I. AUDITION DES MINISTRES

Audition de M. Xavier BERTRAND, ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité, Mme Roselyne BACHELOT-NARQUIN, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, M. Eric WOERTH, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique et Mme Valérie LÉTARD, secrétaire d'Etat chargée de la solidarité
(en commun avec la commission des finances)

Réunie le jeudi 11 octobre 2007 sous la présidence de M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales, et de M. Jean Arthuis, président de la commission des finances, puis de M. Denis Badré, vice-président de la commission des finances, la commission a procédé à l'audition de M. Xavier Bertrand, ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité, Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, M. Eric Woerth, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, et Mme Valérie Létard, secrétaire d'Etat chargée de la solidarité, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

M. Eric Woerth, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, a présenté le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 comme un texte équilibré contenant des mesures fortes destinées à moderniser notre système de santé et à rompre avec la facilité des déficits. En 2007, le déficit de la sécurité sociale a atteint 11,7 milliards d'euros. En tendancier, il devrait s'élever à 14 milliards en 2008. Toutefois, ce projet de loi permet de ramener ce montant à 8,9 milliards d'euros grâce à la maîtrise des dépenses et à un apport de recettes nouvelles. Deux branches afficheront un excédent en 2008, la famille et les accidents du travail - maladies professionnelles (AT-MP). L'assurance maladie connaîtra un déficit de 4,3 milliards d'euros soit son plus faible niveau depuis 2002.

Le premier des quatre axes majeurs du projet de loi concerne la maîtrise des dépenses de l'assurance maladie et la modernisation du système de santé. La progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) est fixée à 2,8 %, ce qui est un objectif réaliste et suffisant pour répondre aux besoins. Il devra impérativement être respecté. Sans prise en compte de l'impact des franchises, la progression de cet agrégat atteindrait 3,4 % en 2008.

Le deuxième axe du projet de loi est de favoriser l'emploi des seniors dont la progression est l'une des clefs du redressement des comptes sociaux. Les mesures proposées à cet effet devraient d'ailleurs rapporter 350 millions d'euros dès 2008. Elles s'inscrivent dans l'ensemble des recettes supplémentaires prévues, soit 2 milliards d'euros dont 1,6 milliard pour le régime général. L'essentiel de ces nouvelles ressources proviendra de la mise en place d'un prélèvement à la source sur les dividendes pour un produit attendu de 1,3 milliard. La contribution pharmaceutique sera prolongée et quelques exonérations de charges seront revues comme celles touchant aux cotisations AT-MP. Certaines recettes ne figurent pas, à ce stade, dans le projet de loi, en particulier la taxation des « stock-options », proposition faite par la Cour des comptes dans son dernier rapport. Le Gouvernement est ouvert sur ce dossier même s'il considère que le chiffrage de la Cour des comptes est surévalué. Il faudra donc trouver à la fois l'assiette et le taux les plus adaptés et inclure les distributions d'actions gratuites dans cette nouvelle extension d'assiette. Dans tous les cas, il ne s'agira que de prévoir des contributions patronales.

Le troisième axe du projet de loi vise à rétablir la clarté et la sincérité dans les relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale. Il convient en effet d'éviter un débat récurrent et stérile sans aucun impact global pour les finances publiques. Dans cet esprit, le Gouvernement a pris la décision de rembourser le 5 octobre dernier une dette de 5,1 milliards d'euros à l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss). Cette mesure permet une économie de charges financières pour l'Acoss de 55 millions d'euros en 2007 et de 220 millions en 2008. Le projet de loi de finances pour 2008 prévoit, par ailleurs, des dotations budgétaires appropriées pour les dispositifs gérés par la sécurité sociale mais financés par l'Etat, notamment pour l'allocation de parent isolé (API) et l'aide médicale d'Etat (AME). En outre, le Gouvernement a prévu la compensation intégrale des mesures d'exonération des heures supplémentaires ainsi que l'abondement du panier fiscal destiné à compenser les allègements Fillon à hauteur des besoins. A cet effet, de nouvelles recettes seront affectées à la sécurité sociale, en particulier un reliquat de droits sur les tabacs et la TVA sur les alcools. Au total, la compensation des exonérations de charges passe, en 2007, de 21 à 27 milliards d'euros, ce qui est considérable. Enfin, au cours du premier semestre 2008, une concertation approfondie sera menée pour parvenir à un redressement durable du fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (Ffipsa). Afin de manifester sa volonté sur ce dossier,

le Gouvernement a prévu de rembourser dès cette année les 619 millions de dettes anciennes dues au Ffipsa.

Le quatrième volet du projet de loi concerne la lutte contre la fraude avec plusieurs dispositions destinées à développer les échanges d'information, les moyens de contrôle et les sanctions. Au total, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 contient des mesures fortes et structurantes qu'il conviendra d'approfondir en 2008, en particulier sur la base des grands chantiers lancés par le Président de la République en matière de financement de la protection sociale et des rendez-vous de 2008 sur les retraites et le Ffipsa.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, a qualifié ce projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 de texte de fondation, engageant des réformes structurelles pour affermir un service de santé solidaire répondant aux attentes des citoyens. Ce projet de loi a également pour objet de faire progresser la qualité des soins et de répondre à de nouveaux besoins : la maladie d'Alzheimer, le cancer, les soins palliatifs. L'idée est aussi d'équilibrer la solidarité entre les générations ce qui justifie l'instauration d'un mécanisme de franchises.

L'Ondam fixé pour 2008 est équilibré entre les soins de ville qui progressent de 2 % - de 3,2 % si l'on inclut les franchises - et l'hôpital qui augmente dans les mêmes proportions. Ce taux est réaliste ; il n'est pas sous-estimé et comprend même des marges de manœuvre si les économies prévues sont réellement mises en œuvre. A l'hôpital, des restructurations sont nécessaires. En instituant une T2A à 100 % dès 2008, on crée l'occasion d'un redéploiement des moyens dans une logique de responsabilité des acteurs. Il s'agit en effet de mieux gérer pour mieux soigner et permettre des économies qui offriront de nouvelles perspectives pour développer la qualité des soins. Les réformes proposées sont donc indispensables pour promouvoir le cercle vertueux ainsi défini. Un autre sujet important est celui de la démographie médicale. L'inégalité de l'accès aux soins est un fait qui n'entraîne aucune fatalité dans ses conséquences. S'il n'est pas acceptable de constater un creusement des inégalités sur le territoire, il n'est pas non plus question de remettre en cause le principe de la liberté d'installation des médecins. Le projet de loi propose un premier pas dans la bonne direction. La réflexion devra être poursuivie notamment dans le cadre des travaux engagés sur les agences régionales de santé et la modernisation de l'hôpital.

M. Xavier Bertrand, ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité, a insisté sur le retour à l'équilibre en 2008 des branches famille et AT-MP. Pour la branche vieillesse, il convient d'attendre le rendez-vous de 2008. Néanmoins, une première étape est proposée dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale avec la taxation des entreprises qui ont recours aux mises à la retraite d'office et aux préretraites d'entreprise. Ces dispositions sont en effet le seul moyen de faire évoluer la situation française en matière d'emploi des seniors.

Mme Valérie Létard, secrétaire d'Etat chargée de la solidarité, a fait valoir que l'Ondam médicosocial progressera de 6,5 % en 2008, soit 5,3 % pour les personnes handicapées et 8,5 % pour les personnes âgées. S'agissant du handicap, 2 200 places nouvelles seront créées dans les établissements pour enfants et 4 900 dans les établissements pour adultes. L'effort sera notamment porté sur trois priorités : le polyhandicap, l'autisme et les troubles graves du comportement. Afin de disposer de personnels formés, un plan prospectif des besoins en formation sera mis en place. Enfin, le Gouvernement aura pour ambition de rendre effectives les dispositions de la loi de 2005, ce que permettra en particulier l'extension du mécanisme de prestation de compensation du handicap proposée dans le projet de loi. Pour les personnes âgées, les mesures nouvelles s'élèvent à 650 millions d'euros. Les priorités sont le maintien à domicile le plus longtemps possible et le développement des moyens destinés aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Le nombre de places en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (Ehpad) sera porté de 5 000 à 7 500 et une nouvelle tarification sera mise en œuvre pour prendre en compte un certain nombre de charges nouvelles.

M. Jean Arthuis, président de la commission des finances, s'est félicité de l'audition commune par les deux commissions des quatre ministres compétents sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale. Il a indiqué qu'une nouvelle réunion commune aurait prochainement lieu afin d'assurer le suivi d'un référé de la Cour des comptes relatif à l'interopérabilité des systèmes d'information dans le secteur de la santé. Puis il a souhaité connaître le montant des charges de trésorerie correspondant au plafond d'emprunt de l'Acoss de 36 milliards d'euros et savoir si une reprise de cette dette par la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) était envisagée.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres généraux et l'assurance maladie au nom de la commission des affaires sociales, s'est félicité de l'initiative prise par le Gouvernement de rembourser la dette de l'Etat vis-à-vis de la sécurité sociale et a souhaité que d'autres demandes du Sénat tendant à améliorer les relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale soient, de la même façon, prises en compte par le ministre des comptes publics. Puis il s'est interrogé sur la conformité à la loi organique relative aux lois de finances (Lolf) du mécanisme utilisé pour rembourser cette dette de 5,1 milliards d'euros. Il a souhaité savoir comment le Gouvernement envisageait de traiter le remboursement de la dette de l'Etat envers la sécurité sociale, reconstituée en 2007, soit 1 à 2 milliards d'euros d'ici la fin de l'année. Il a critiqué le comportement des ministères qui, à nouveau cette année, s'exonèrent de versements pourtant dus à l'Acoss au titre de la compensation d'exonérations ciblées de charges sociales. Il a également demandé jusqu'où on pouvait accumuler les déficits de la sécurité sociale, le total de ceux-ci devant dépasser 40 milliards à la fin de l'année 2008. Enfin, il a estimé important que les adossements envisagés du régime de protection

sociale agricole sur la Cnam et la Cnav ne se traduisent pas par un simple report de la charge déficitaire de ce régime sur le secteur privé.

M. Eric Woerth, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, a indiqué que les frais financiers prévisionnels résultant du plafond d'avances de trésorerie de 36 milliards d'euros fixé pour le régime général s'élèveraient à 1,1 milliard d'euros en 2008. Il a précisé que le remboursement de 5,1 milliards d'euros effectué par l'Etat au mois d'octobre 2007 devrait permettre à l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos) de réaliser 220 millions d'euros d'économies sur les frais financiers au titre de 2008. Cette opération de remboursement, nécessaire, ne résout certes pas l'ensemble des problèmes mais permet, d'une part, de clarifier les relations entre l'Etat et la sécurité sociale, d'autre part, de ne pas accroître le plafond d'avances de trésorerie du régime général fixé pour 2007.

M. Eric Woerth, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, a estimé que ce procédé de remboursement était conforme à la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances (Lof), même si cette opération aurait dû, en toute logique, être inscrite dans le budget de l'Etat, ce qui n'était pas possible. Le projet de loi de finances pour 2008 se traduit toutefois par deux améliorations notables : l'élargissement de la norme d'évolution des dépenses de l'Etat et le réajustement à la hausse des dépenses remboursées par l'Etat à la sécurité sociale : 600 millions d'euros supplémentaires y seront ainsi consacrés, dont 180 millions pour le financement de l'aide médicale de l'Etat, 90 millions pour le financement de l'allocation de parent isolé et 110 millions pour le financement de l'allocation aux adultes handicapés. La dotation du fonds de solidarité sera significativement augmentée. Le projet de loi de finances pour 2008 prévoit également des transferts de recettes fiscales, destinés à assurer une compensation intégrale des allègements généraux de cotisations sociales et des exonérations de cotisations sociales liées à l'accomplissement d'heures supplémentaires.

M. Eric Woerth a jugé nécessaire d'engager au préalable un débat sur la couverture des déficits annuels de la sécurité sociale, pour pouvoir ensuite apprécier les mesures à prendre pour faire face au stock de déficits accumulés. S'agissant du Ffipsa, le remboursement de la dette de 619 millions d'euros héritée du budget annexe des prestations sociales agricoles (Bapsa) constitue un « premier geste », même s'il n'est pas à la hauteur des enjeux. Des négociations sont, à cet égard, prévues avec les partenaires du monde agricole, l'important étant, à ce stade, de se fixer un calendrier clair pour mener les réformes.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie au nom de la commission des affaires sociales, a noté que les recettes aujourd'hui affectées au Ffipsa n'étaient pas aussi dynamiques que celles précédemment affectées au Bapsa.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 disposant que les activités de médecine-chirurgie-obstétrique (dites MCO) des établissements de santé publics seront intégralement financées à l'activité à compter du 1er janvier 2008, il a souhaité connaître les conditions de mise en œuvre de cette disposition, en particulier les modalités d'application des coefficients correcteurs. Il a également souhaité savoir si le gouvernement était prêt à accepter la fixation d'objectifs de productivité annuelle pour les établissements de santé. Il s'est, par ailleurs, interrogé sur la prise en compte du cas particulier des établissements de santé privés à but non lucratif.

***M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie au nom de la commission des affaires sociales,** a noté que les franchises prévues sur les médicaments, les consultations paramédicales et les transports devaient contribuer au financement du plan Alzheimer, du plan cancer et des soins palliatifs. Il a souhaité savoir comment les fonds ainsi prélevés seraient identifiés dans les comptes de l'assurance maladie et redistribués, et s'ils seraient affectés à des plans de santé publique confiés aux établissements de santé.*

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoyant la possibilité, pour la Haute Autorité de santé (Has), d'émettre des recommandations et avis médico-économiques sur les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge des patients, il s'est interrogé sur les objectifs poursuivis par cette modification des compétences, ainsi que sur la coordination de l'action de la Has avec celle du comité économique des produits de santé (CEPS). Enfin, il s'est interrogé sur la pertinence et le caractère contraignant du dispositif prévu pour encadrer l'installation des professionnels de santé dans les zones où ces derniers sont déjà nombreux.

*En réponse à M. Jean Arthuis, président, **Mme Roselyne Bachelot Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports,** a indiqué qu'elle restait une « militante » du dossier médical personnel (DMP) et qu'elle avait confié une mission commune d'audit sur ce sujet à l'inspection générale des finances, à l'inspection générale des affaires sociales et au conseil général des technologies de l'information. Le DMP représente une piste d'économie et un axe important de rationalisation des dépenses de soins. La complexité du projet a toutefois rendu le calendrier initial trop ambitieux et s'apparentant ainsi davantage à un effet d'annonce, impossible à tenir.*

***M. Jean Arthuis, président de la commission des finances,** a noté que la mise en place du DMP supposait, au préalable, l'interopérabilité de l'ensemble des systèmes d'information et un réel pilotage du projet.*

***Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports,** a indiqué que le « web médecin » développé par la caisse nationale d'assurance maladie et le dossier pharmaceutique viendraient ensuite alimenter le DMP.*

S'agissant de l'accélération de la mise en œuvre de la tarification à l'activité dans les établissements publics de santé, elle a indiqué que chaque établissement se verrait attribuer un coefficient correcteur venant majorer ou minorer les tarifs nationaux afin de tenir compte des ressources actuelles qu'il reçoit de l'assurance maladie. Ce coefficient convergera progressivement pour atteindre la valeur 1 au plus tard en 2012, date à laquelle tous les établissements se verront appliquer les mêmes tarifs.

Elle a ensuite noté que les franchises ne constituaient pas une mesure d'équilibre mais un moyen de financer certaines priorités comme le plan Alzheimer, le plan cancer et les soins palliatifs. Quant à l'extension des compétences de la Has, celle-ci n'est pas destinée à concurrencer le CEPS, mais à introduire les raisonnements d'efficacité médico-économique dans les recommandations et avis de cette autorité.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie au nom de la commission des affaires sociales, a souhaité savoir si ces recommandations seraient opposables aux médecins et à l'assurance maladie.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin a indiqué que ces recommandations n'étaient pas opposables aujourd'hui, mais que le projet de loi de financement de la sécurité sociale offrait aux médecins volontaires la possibilité de souscrire des engagements complémentaires d'amélioration de la pratique professionnelle. Ces contrats individualisés donneront alors lieu à une rémunération forfaitaire complémentaire de leur rémunération à l'acte. Le suivi des recommandations de la Has pourrait ainsi constituer l'un de ces engagements complémentaires d'amélioration de la pratique professionnelle.

S'agissant de l'évolution de la démographie médicale, Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, a observé que cette question était complexe et ne se résumait pas à une opposition entre zones rurales et zones urbaines. Elle a fait part de sa volonté de renouveler le cadre du dialogue conventionnel, en y faisant participer les jeunes, et a affirmé que le projet de loi de financement de la sécurité sociale ne remettait pas en cause la liberté d'installation des médecins, pas plus qu'il n'imposait de date butoir au dialogue ou de mesures coercitives.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie au nom de la commission des affaires sociales, a souhaité connaître les orientations du gouvernement s'agissant de la représentativité des syndicats, des engagements ayant été pris devant le Sénat par le précédent gouvernement.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin a indiqué que cette question de la représentativité des partenaires sociaux faisait partie des chantiers annoncés par le Président de la République.

M. André Lardeux, rapporteur pour la branche famille au nom de la commission des affaires sociales, a relevé que le projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoyait une modulation du montant de l'allocation de rentrée scolaire en fonction de l'âge de l'enfant. Il a donc souhaité savoir si cette modulation se ferait à moyens constants et, dans ce cas, quel serait le nouveau barème. Si la modulation ne se faisait pas à moyens constants, il s'est interrogé sur son coût pour la branche famille.

Il a ensuite noté qu'il était prévu d'unifier en 2008 les majorations pour âge des allocations familiales. Les deux majorations actuelles à l'âge de onze et seize ans seraient ainsi remplacées par une seule majoration à l'âge de quatorze ans pour un montant identique à celui de l'actuelle majoration de seize ans. Il s'est interrogé sur les raisons conduisant à unifier les majorations à l'âge de quatorze ans, alors que le coût de l'enfant augmente sensiblement d'une part à l'entrée au collège, c'est-à-dire à onze ans environ, d'autre part à l'entrée au lycée, c'est à dire à seize ans en moyenne. Il s'est demandé si cette réforme n'introduisait pas un décalage entre l'évolution du montant des allocations et l'évolution des coûts supportés par les familles.

M. André Lardeux, rapporteur pour la branche famille au nom de la commission des affaires sociales, a ensuite observé que le projet de loi de financement de la sécurité sociale ouvrait l'accès à la prestation de compensation du handicap aux enfants à compter du 1^{er} avril 2008 et mettait en place un droit d'option entre cette prestation de compensation et les compléments d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé. Il a souhaité connaître le coût global de ce nouveau droit, les modalités de répartition de ces nouvelles charges entre la caisse nationale des allocations familiales (Cnaf) et la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et enfin, si une compensation financière pour les départements était envisagée.

Puis il a relevé l'annonce, faite par le président de la Cnaf, de la création d'un « conseil d'orientation des politiques familiales », destiné à remplacer la conférence de la famille. Il a souhaité connaître les missions et la composition de ce conseil, se demandant en particulier si elle permettrait de garantir son indépendance.

Enfin, il s'est interrogé sur le différentiel de 308 millions d'euros apparaissant entre les comptes 2008 de la Cnaf présentés dans le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale et ceux figurant dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

M. Xavier Bertrand, ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité, a indiqué que les chiffres présentés lors de la commission des comptes de la sécurité sociale n'intégraient pas les mesures nouvelles contenues dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Il a rappelé la nécessité de remplacer la conférence de la famille, rendez vous annuel, par une structure permanente destinée à développer une vision prospective et transversale de la politique de la famille, sur le modèle du conseil d'orientation des retraites (Cor) et du Haut Conseil pour l'avenir

de l'assurance maladie (Hcaam). La composition de ce nouveau conseil est en phase de finalisation et devrait réunir, sous la présidence du Premier ministre, les associations familiales, les partenaires sociaux, les représentants des pouvoirs publics ainsi que des personnalités qualifiées.

S'agissant de l'instauration d'une majoration unique des allocations familiales à quatorze ans, **M. Xavier Bertrand, ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité**, a indiqué que cette mesure s'appuyait sur une étude menée par l'institut national des statistiques et des études économiques (Insee), montrant que le coût de prise en charge d'un enfant augmentait à partir de quatorze ans. Cette disposition remplacera les actuelles majorations versées en deux fois, à onze ans et seize ans, et sera alignée sur le montant actuel des allocations versées au titre des enfants âgés de seize ans.

Concernant la modulation de l'allocation de rentrée scolaire (ARS) en fonction de l'âge de l'enfant, **M. Xavier Bertrand** a souligné que cette disposition répondait à une demande des associations familiales. Cette mesure part du constat selon lequel le coût de la rentrée diffère en fonction du niveau de scolarisation des enfants. Il apparaît donc cohérent de moduler le volume d'aides accordé. **M. Xavier Bertrand** s'est dit prêt à entendre les propositions des parlementaires sur ce sujet lors du débat sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 et a rappelé que le barème serait précisé par décret, après consultation des partenaires sociaux et de l'ensemble des acteurs de la politique familiale.

Mme Valérie Létard, secrétaire d'Etat chargée de la solidarité, a rappelé que 6 000 familles avaient fait, à ce jour, le choix de la prestation de compensation du handicap enfant (PCH), ce qui représentait une économie annuelle de 25 millions d'euros pour la Cnaf, la PCH enfant étant financée par la CNSA. Elle a ensuite indiqué que la CNSA avait versé, en 2006 et 2007, 500 millions d'euros par an aux départements au titre de la prise en charge de la PCH adulte, alors que le coût global de celle-ci s'était élevé à 70 millions d'euros en 2006 et 250 millions d'euros en 2007. Quant aux maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), elles n'ont pas vu s'accroître le nombre de décisions relatives aux demandes de droits et prestations qu'elles ont la charge de mettre en œuvre dans la mesure où la PCH est une prestation alternative à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales, a précisé que la mise en place de la PCH enfant constituait un transfert de charges de la Cnaf vers la CNSA et non une économie pour la Cnaf.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis du projet de loi de financement de la sécurité sociale au nom de la commission des finances, a fait part de ses préoccupations s'agissant du plafond d'avances de trésorerie du régime général, de la situation financière du Ffipsa, et de la méthode utilisée par l'Etat pour rembourser ses dettes à l'égard de la sécurité sociale,

soulignant que les sommes résultant de la privatisation des autoroutes devaient initialement servir à financer la dette de l'Etat, et non des dépenses de fonctionnement.

M. Eric Woerth, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, a indiqué que la dette de l'Etat résultait largement de dépenses de fonctionnement impayées.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis du projet de loi de financement de la sécurité sociale au nom de la commission des finances, s'est ensuite interrogé sur la crédibilité de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) pour 2008, le rôle que le gouvernement entendait faire jouer au fonds de réserve pour les retraites (FRR) à l'horizon 2008, ainsi que sur le montant destiné à la mise en œuvre du DMP au titre de l'année 2008 et les objectifs que le gouvernement entendait se fixer en la matière. Il a également souhaité connaître les premières conclusions de la mission d'audit menée sur ce dossier.

M. Eric Woerth, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, a indiqué que l'Ondam pour 2008, fixé à 2,8 % - soit 3,4 % en incluant l'effet des franchises - était réaliste et qu'il devrait être respecté grâce aux réformes structurelles de régulation des dépenses de santé présentées dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, a indiqué que, contrairement au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, le calcul de l'Ondam pour 2008 tenait compte du dépassement de l'Ondam fixé pour 2007. Elle a, en outre, insisté sur l'amélioration de la procédure d'alerte, rappelant que le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoyait une suspension de la mise en œuvre des revalorisations tarifaires négociées en cas d'alerte sur l'objectif de dépenses d'assurance maladie.

S'agissant du DMP, **Mme Roselyne Bachelot-Narquin** a indiqué que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 prévoyait l'inscription de 80 millions d'euros au titre de sa mise en œuvre. Elle a précisé ne pas encore connaître les conclusions de la mission commune d'audit menée par les inspections générales des finances et des affaires sociales, et par le conseil général des technologies de l'information.

M. Xavier Bertrand, ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité, a rappelé que le FRR recevrait 1,7 milliard d'euros en 2008, soit un montant proche des dotations reçues les années antérieures. Cependant, étant donné la modification des modalités de financement de ce fonds, intervenue lors de la mise en place des trente-cinq heures, il paraît peu vraisemblable que le FRR soit en mesure en 2012 de répondre à l'objectif qui lui a été assigné à son origine, à savoir assurer la pérennité du système français de retraite.

M. Jean-Pierre Godefroy s'est interrogé sur les conséquences de l'article 69 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, qui a supprimé l'agrément ministériel des conventions collectives de travail et accords de retraite applicables dans les établissements de santé privés à but non lucratif. Il a ensuite souhaité obtenir des précisions sur la transposition du protocole d'accord du 12 mars 2007 relatif à la prévention, la tarification et la réparation des risques professionnels, ainsi que sur la mise en place d'un groupe de travail sur la réforme du fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata).

M. Xavier Bertrand a indiqué que ce groupe de travail serait mis en place dès le mois de novembre 2007 et associerait les parlementaires. Plusieurs pistes de réformes seront étudiées, notamment celle d'un recentrage du dispositif sur les personnes ayant réellement été exposées à l'amiante.

S'agissant du protocole du 12 mars 2007 relatif à la branche accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP), **M. Xavier Bertrand** a rappelé que celui-ci ne faisait pas l'unanimité et que la concertation devait dès lors se poursuivre sur la seconde partie de l'accord.

M. Guy Fischer a fait part de sa forte préoccupation s'agissant de la situation financière du Ffipsa, de la dégradation des comptes de la sécurité sociale, du niveau élevé du plafond d'avances de trésorerie du régime général, ainsi que de l'inéquité que l'instauration des franchises médicales risquait d'introduire. Il a ensuite attiré l'attention sur la situation des établissements de santé, ainsi que sur les difficultés rencontrées par les départements s'agissant de la prise en charge de la PCH.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, a rappelé que les franchises médicales avaient vocation à financer les investissements consacrés à la lutte contre la maladie d'Alzheimer, le développement des soins palliatifs et les efforts de lutte contre le cancer. Elle a souligné qu'afin de préserver la situation des assurés les plus fragiles, la mesure prévoyait l'exonération totale de près de 15 millions d'individus, ainsi que la mise en place d'un plafond global annuel de 50 euros.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin a ensuite fait part de son souhait que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 prévoie certaines mesures relatives aux personnels hospitaliers, notamment la monétarisation de leurs comptes épargne temps. Elle a, en outre, rappelé le caractère constructif du dialogue social engagé sur la réforme Licence-Master-Doctorat (LMD).

M. Eric Woerth, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, a rappelé sa volonté d'engager au premier semestre 2008 une concertation sur un schéma de redressement durable du Ffipsa, afin que des mesures puissent être mises en œuvre dès 2009.

M. François Autain a dénoncé l'instrumentalisation de l'effet des franchises médicales, ainsi que l'important report de charges sur les générations futures induit par la dégradation des comptes de la sécurité sociale.

Après avoir rappelé les modalités de calcul de l'Ondam pour 2008, **M. Eric Woerth** a précisé que les dépenses de fonctionnement d'aujourd'hui ne devaient pas être reportées sur les générations futures, mais être financées grâce à une politique de relance de la croissance et une réduction des dépenses.

M. Eric Doligé a insisté sur la nécessité de clarifier la répartition des rôles entre les sapeurs-pompiers et le service d'aide médicale d'urgence (Samu), afin d'éviter un transfert de charges des services de santé financés par l'Etat vers les services départementaux de secours relevant des collectivités territoriales. Abordant la question de la prise en charge du handicap, **M. Eric Doligé** a regretté que l'obligation de scolarisation des enfants handicapés ne soit pas accompagnée de la mise en place de moyens conséquents.

En réponse à **Mme Anne-Marie Payet**, qui s'interrogeait sur les raisons du retard d'entrée en vigueur du décret d'application relatif au déplaçonnement des allocations familiales à Mayotte, **M. Xavier Bertrand** a déclaré ne pas être en mesure d'apporter des éléments sur cette question.

Mme Raymonde Le Texier a souhaité obtenir des précisions sur la possibilité offerte, par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, d'expérimenter, pendant une durée de cinq ans, des modalités de rémunération alternatives au paiement à l'acte.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, a indiqué que la question de la répartition des rôles entre les sapeurs-pompiers et le Samu renvoyait à la problématique plus générale de l'organisation de la permanence de soins. Elle a rappelé que le président de la République avait appelé à « l'apaisement » sur cette question et qu'un travail en commun avec le ministère de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales serait mené.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin a précisé que la possibilité offerte aux médecins de souscrire à des contrats individualisés fixant des engagements complémentaires d'amélioration de la pratique professionnelle ne remettait pas en cause la légitimité de la contractualisation collective développée entre l'union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et les syndicats représentatifs.

Mme Valérie Létard, secrétaire d'Etat chargée de la solidarité, a rappelé que le versement annuel de 500 millions d'euros aux départements au titre de la PCH leur permettait de compenser les coûts induits par la mise en place de cette nouvelle prestation. Elle a, par ailleurs, rappelé plusieurs mesures récentes, notamment la mise en place d'un « numéro azur » destiné à

apporter des réponses rapides et une aide concrète aux familles d'enfants handicapés, ainsi que la création d'un comité de suivi de la loi du 11 février 2005 relative au handicap, dont les axes de réflexion porteront notamment sur le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées et la scolarisation des enfants handicapés.

II. AUDITIONS

Audition de M. Philippe SÉGUIN, Premier président de la Cour des comptes, Mme Rolande RUELLAN, présidente de la 6^e chambre, MM. Laurent RABATÉ, rapporteur général sur le rapport annuel de la Cour, et Maximilien QUEYRANNE, auditeur

Réunie le mercredi 10 octobre 2007, sous la présidence de M. Nicolas About, président, la commission, a entendu M. Philippe Séguin, Premier président de la Cour des comptes, Mme Rolande Ruellan, présidente de la 6^e chambre, M. Laurent Rabaté, rapporteur général, sur le rapport annuel de la Cour consacré à l'application des lois de financement de la sécurité sociale, et M. Maximilien Queyranne, auditeur.

M. Philippe Séguin, Premier président de la Cour des comptes, a précisé que ses propos ne porteront pas sur les mesures du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 et seront entièrement consacrés aux analyses et propositions de la Cour qui ont inspiré certains de ses articles.

En vertu de la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, la Cour a deux nouvelles obligations : la certification des comptes des caisses nationales et des branches du régime général, présentée à la commission des affaires sociales le 10 juillet 2007 dernier, et l'établissement, dans son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, d'un avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre.

La situation des comptes de la sécurité sociale est préoccupante : le déficit annuel demeure élevé et le déficit cumulé ne cesse de s'accroître. Comme l'an dernier, la Cour manifeste donc une « vigilance inquiète » à l'égard de l'évolution des comptes sociaux, d'autant que la conjoncture économique joue un rôle positif sur les recettes. A cela s'ajoute l'impact favorable de certaines hausses de taux de cotisations, d'une part, et de la prise en compte de recettes nouvelles non reconductibles pour un montant d'environ 2 milliards d'euros, d'autre part.

Le déficit des régimes obligatoires de base s'est établi, en 2006, à 8 milliards d'euros contre 11 milliards d'euros l'année précédente. Mais il atteint 10,3 milliards d'euros, contre 14,4 milliards d'euros en 2005, si l'on ajoute les besoins de financement du fonds de solidarité vieillesse (FSV) et ceux du fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (Ffipsa).

En ce qui concerne la branche maladie, le dynamisme des recettes a plus que compensé le dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam). Le dérapage de 1,2 milliard d'euros de l'Ondam s'explique notamment par la sous estimation de la base de calcul, par la non-réalisation des économies prévues sur les produits de santé et par l'accélération des dépenses de soins de ville constatée au second semestre 2006. A périmètre constant, néanmoins, la croissance des dépenses n'a été que de 3,1 % pour l'ensemble des régimes, soit un niveau inférieur à la hausse en valeur du Pib et la plus faible augmentation constatée depuis 1997.

La réalisation des objectifs initialement fixés pour l'Ondam 2007 paraît difficile. Réuni le 29 juin 2007, le comité d'alerte a d'ailleurs constaté un risque de dépassement de 2 milliards d'euros sur les soins de ville. Le déficit de la branche maladie pourrait ainsi atteindre 6,2 milliards d'euros à la fin de l'année 2007. Au total, les mesures de maîtrise mises en œuvre depuis 2004 sont nettement insuffisantes pour permettre un retour à l'équilibre à l'horizon 2009.

***M. Philippe Séguin, Premier président de la Cour des comptes,** s'est par ailleurs inquiété de la situation de la branche retraite. La stabilisation du déficit constatée entre 2005 et 2006 est imputable au dynamisme général des recettes, soutenu par une hausse de cotisation de 0,2 point. Toutefois, la forte progression des dépenses se poursuit, provoquant une aggravation du déficit qui devrait encore se poursuivre en 2008.*

De surcroît, comme l'an dernier déjà, on peut estimer que le FSV a pour principal effet de dissimuler une partie du déficit de la branche retraite du régime général. Pour sa part, le Ffipsa ne remplit pas sa mission et rien ne permet de croire à son redressement spontané. Ces deux fonds, qui ne sont pas dotés par les pouvoirs publics des moyens nécessaires pour faire face à leurs obligations légales, continuent d'être placés dans une situation juridique intenable.

Il convient toutefois de prendre acte du récent versement au régime général de 5,1 milliards d'euros au titre du remboursement des dettes de l'Etat. Cette opération devrait permettre d'éviter le dépassement du plafond, pourtant très élevé (28 milliards d'euros), d'autorisations d'emprunt qui avait été fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, que le projet de loi de financement pour 2008 prévoit d'ailleurs de porter à 36 milliards. Ces montants considérables attestent que ces autorisations d'emprunt n'ont plus rien à voir avec des ajustements de trésorerie infra-annuels et servent à combler des déficits structurels croissants, tout en entraînant des frais financiers de plus en plus élevés pour le régime général (271 millions d'euros en 2006, 700 millions d'euros en 2007 et plus d'un milliard d'euros en 2008).

En définitive, la Cour considère que la priorité absolue doit être d'éviter la constitution de nouveaux déficits, ce qui suppose de fixer des objectifs de dépenses et de recettes à la fois équilibrés et réalistes,

accompagnés des mesures permettant de les atteindre. Faire reposer le rééquilibrage spontané des comptes sociaux sur la croissance économique constitue à l'inverse un pari risqué.

Puis M. Philippe Séguin, Premier président de la Cour des comptes, a fait valoir le caractère nouveau de la notion de tableau d'équilibre. En l'espèce, l'avis de la Cour revêt une portée sui generis : il ne s'agit pas d'un exercice de certification, mais d'un rassemblement de données établies par l'administration à partir des comptes des régimes. Ces tableaux se composent, pour chaque branche du régime général ainsi que pour le FSV et le Ffipsa, de trois lignes : les produits, les charges et le résultat. Ce sont donc des comptes de résultat très simplifiés, destinés à améliorer l'information des parlementaires.

La Cour a vérifié l'absence d'anomalie majeure ainsi que la permanence dans le temps des méthodes de construction de ces tableaux, mais elle a été confrontée à des incertitudes sur la ventilation des données entre les branches, dans les régimes qui en gèrent plusieurs. Enfin, la transmission tardive des informations l'a conduite à travailler sur des données provisoires légèrement différentes des chiffres définitifs.

En ce qui concerne les multiples exonérations, abattements, déductions et réductions aux finalités diverses qui grèvent le produit des prélèvements sociaux, le problème n'est pas tant celui d'une perte de recettes de plusieurs milliards d'euros que du respect des principes d'efficacité et d'équité. En effet, ces dispositifs créent de fortes distorsions selon la taille des entreprises et entre les assurés sociaux en bénéficiant à des catégories peu nombreuses et déjà favorisées. C'est le cas de l'exonération de la plus-value d'acquisition des stock-options qui correspond à une perte de recettes nette évaluée par la Cour à environ 3 milliards d'euros. De même, les indemnités de départ à la retraite ou de licenciement, elles aussi exonérées de cotisations, entraînent une perte de recettes de plus de 4 milliards d'euros.

Il convient par ailleurs de rappeler la demande de la Cour en faveur de l'alignement des taux des contributions des employeurs publics aux branches maladie et famille sur ceux du régime général.

En ce qui concerne les hôpitaux, la Cour et les chambres régionales des comptes ont étudié la fiabilité des comptes et analysé la politique d'achat des médicaments. Elles ont constaté que le respect des principes comptables par les établissements hospitaliers est très inégal et que la pratique consistant à dissimuler des déficits, voire des excédents, semble assez répandue, ce qui peut affecter la sincérité des comptes de l'assurance maladie. De son côté, l'achat de médicaments, qui représente 10 % des charges des hôpitaux publics, n'est pas géré avec le professionnalisme nécessaire.

Par ailleurs, la Cour a consacré une partie importante de son rapport à un premier bilan de la mise en œuvre de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. En ce qui concerne les nouveaux modes de gouvernance, elle porte une appréciation générale positive sur la réorganisation des

régimes, tout en préconisant l'introduction de davantage de cohérence entre les pouvoirs respectifs des caisses nationales et de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam).

***M. Philippe Séguin, Premier président de la Cour des comptes,** a ensuite critiqué le transfert excessif de compétences aux professions de santé, qui est intervenu à la faveur de la signature des conventions médicales, dont le champ a été élargi à des questions relevant manifestement de la compétence de l'Etat. Le risque d'une subordination des questions d'organisation des soins sur le territoire aux objectifs de revenus des médecins est bien réel.*

Dans le domaine de la démographie médicale, la Cour récuse toute idée de pénurie globale des médecins, y compris dans un avenir proche. Le vrai problème réside dans leur mauvaise répartition entre spécialités et entre territoires, en raison des modalités du numerus clausus et des autres épreuves classantes nationales qui ne garantissent pas la formation d'un nombre suffisant de médecins généralistes. Par ailleurs, les dispositifs d'incitation à l'installation dans les zones sous-médicalisées ne suffiront pas pour améliorer cette situation. La Cour recommande donc de décourager l'installation dans les zones déjà bien dotées en médecins en ayant recours à des mesures dissuasives. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 propose d'habiliter les conventions médicales à traiter cette question, mais les premières réactions des professionnels laissent mal augurer du succès de cette démarche.

Par ailleurs, l'étude des rémunérations des médecins révèle des lacunes importantes dans la connaissance de leurs revenus, salaires ou rémunérations provenant de sociétés d'exercice libéral. Sur la base des données connues par les caisses, le pouvoir d'achat des médecins s'est accru, entre 2000 et 2004, de 1,8 % par an pour les omnipraticiens et de 3,3 % pour les spécialistes, soit sensiblement plus que celui des salariés des secteurs privé et public.

La Cour a également étudié la question des dépassements d'honoraires, notamment ceux des médecins du secteur 2. La fréquence de ce phénomène est très variable selon les spécialités, mais il concerne 80 % des chirurgiens et atteint parfois trois à quatre fois le tarif opposable, ce qui est éloigné du « tact et de la mesure » prescrits par le code de déontologie. Dans certaines zones et pour certaines spécialités, le principe fondamental d'égal accès aux soins se trouve remis en cause : on constate, par exemple, un monopole du secteur 2 pour la chirurgie urologique dans vingt-sept départements, soit 20 % de la population française.

La Cour constate au surplus que l'accélération des gains de pouvoir d'achat des médecins, au cours des dernières années, provient d'une majoration des tarifs et de suppléments forfaitaires qui ont été attribués en contrepartie d'engagements correspondant à des obligations déjà prescrites par le code de déontologie.

Enfin le parcours de soins coordonné a également permis des augmentations substantielles de rémunération des médecins. Cette réforme, mise en œuvre rapidement et sans dégradation du service rendu aux assurés sociaux, a fait face à des contraintes qui en ont limité l'impact, notamment le paiement à l'acte et le libre choix du patient. In fine, non seulement il en est résulté un maquis tarifaire illisible par l'assuré, mais aussi un coût non négligeable pour les assureurs publics et privés ainsi que les ménages.

*Abordant la politique familiale, **M. Philippe Séguin, Premier président de la Cour des comptes**, a indiqué que la Cour a souhaité évaluer l'efficacité des aides publiques aux familles. Le système français, caractérisé par la juxtaposition du quotient familial, de prestations familiales universelles et d'avantages familiaux ciblés sur certaines catégories d'assurés sociaux, paraît assez équilibré du point de vue de l'objectif de compensation du coût de l'enfant. Plusieurs dépenses fiscales pourraient néanmoins faire l'objet d'une remise à plat, notamment certaines demi-parts du quotient familial ou l'exonération d'impôt des majorations de pension pour enfant. Au surplus, la Cour a mis en évidence certains effets d'aubaine apparus à l'occasion de la mise en place de la prestation d'accueil des jeunes enfants (Paje) ainsi que des distorsions dans les taux d'effort des familles, selon le mode de garde retenu, qui sont souvent inversement proportionnels aux revenus des familles.*

En ce qui concerne la consommation de médicaments, plusieurs facteurs expliquent son niveau élevé : des critères insuffisamment sélectifs pour l'admission au remboursement, une absence d'évaluation médico-économique de l'intérêt d'un médicament, une formation des médecins encore très dépendante de l'industrie pharmaceutique ainsi qu'une information très insuffisante des patients sur les risques des médicaments et leur coût pour l'assurance maladie.

Enfin, sur la question de l'avenir financier du régime agricole, le rapport de la Cour ne conteste pas le recours à la solidarité nationale et entre les régimes sociaux pour compenser sa situation démographique très dégradée. Mais il considère que les exploitants agricoles doivent aussi fournir un effort contributif accru.

***M. Nicolas About, président**, a confirmé le très grand intérêt de ce rapport qui constitue une source d'information particulièrement précieuse pour les parlementaires.*

***M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux**, a souligné qu'un bon nombre de professionnels de santé considèrent que la perspective d'une remise en cause de leur liberté d'installation est une provocation à leur égard. Ils réclament un délai d'au moins un an afin de mener des négociations dans le cadre conventionnel sur ce sujet sensible, le législateur devant, selon eux, n'intervenir qu'en cas d'échec. L'hypothèse d'une modification du régime social des stock-options provoque des réactions tout aussi passionnées, certains observateurs parlant*

même d'un risque de prélèvement obligatoire confiscatore allant jusqu'à 95 %.

Il s'est ensuite inquiété de l'aggravation du déficit du Ffipsa qui pourrait atteindre 2,8 milliards d'euros pour la seule année 2008 et dont l'origine remonte à la disparition du Bapsa. A cette occasion, le régime agricole s'était vu privé de deux recettes dynamiques, la TVA et la contribution sociale de solidarité des sociétés (CSSS) auxquelles on avait substitué des droits au tabac dont le rendement s'est ensuite effondré. Il a souhaité savoir quelle est l'opinion de la Cour sur les deux pistes de réflexion sur lesquelles travaille le Gouvernement pour garantir l'avenir du régime agricole : le recours accru à la solidarité nationale pour combler le déficit de la partie vieillesse du Ffipsa, d'une part, et l'adossement de la branche maladie sur le régime général, d'autre part.

Enfin, ayant noté l'intention du Gouvernement de rembourser les 5,1 milliards dus aux régimes sociaux avant la fin de l'année 2007, il s'est interrogé sur la compatibilité de cette opération avec les règles de la Lof.

M. Philippe Séguin, Premier président de la Cour des comptes, a rappelé qu'au 31 décembre 2006, les comptes du régime général faisaient apparaître une dette totale de 7,2 milliards d'euros, dont 5,8 milliards de créances et 1,4 milliard de produits à recevoir. Compte tenu d'un versement de 700 millions intervenu en janvier 2007, la dette de l'Etat à l'égard du régime général était ensuite revenue à 5,1 milliards d'euros. Après son entrée en fonctions, M. Eric Woerth, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, a annoncé que ce montant devrait être totalement apuré au début du mois d'octobre 2007, ce qui a été fait. Mais les modalités précises de ce remboursement ne sont pas encore connues.

L'Etat a recouru, en l'espèce, à un schéma original, dont la Cour appréciera la régularité comptable le moment venu. Il s'agit, non pas d'une opération budgétaire, mais d'une opération de trésorerie reposant sur une annulation symétrique de créances. L'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss) a émis des billets de trésorerie qui seront achetés par la caisse de la dette publique, avant que celle-ci n'annule quelques jours plus tard sa créance.

Il serait prématuré que la Cour se prononce sur ce montage, mais, dans un passé récent, elle a critiqué une opération de trésorerie tendant à apurer, sans mouvement budgétaire, la dette du Ffipsa. Le Conseil constitutionnel n'avait toutefois pas considéré que cette disposition affectait la régularité de la loi de finances rectificative pour 2005.

Faisant référence à l'augmentation continue du déficit des finances sociales constaté au cours des dernières années, **M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux**, a demandé s'il existe une limite à cette accumulation.

M. Philippe Séguin, Premier président de la Cour des comptes, a fait valoir que ni la Constitution, ni la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale ne fixe de seuil. Pour autant, la Cour considère que le recours à des déficits ne saurait se justifier pour des dépenses comme la protection sociale.

Observant que la Cour propose une simple évaluation des « niches sociales ». **M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux**, a souhaité savoir si ces estimations ont été validées par les ministères compétents. Par ailleurs, plutôt que de plafonner les exonérations de cotisations sociales, ainsi que le suggère la Cour, ne conviendrait-il pas de taxer toutes les niches sociales ?

M. Philippe Séguin, Premier président de la Cour des comptes, a indiqué que ses services ont travaillé selon la procédure contradictoire traditionnelle. Certains ministères n'ont pas été en mesure de répondre à la Cour, ou ne l'ont pas souhaité, mais toutes les précautions méthodologiques ont été prises et, au total, il s'agit de chiffres solidement documentés.

En ce qui concerne l'alternative envisagée entre plafonnement des exonérations ou taxation forfaitaire à un taux réduit des stock-options, ce qui importe est que la loi pose le principe suivant lequel tous les éléments de revenus doivent être soumis à cotisations.

Mme Rolande Ruellan, présidente de la 6^e chambre, a réfuté par ailleurs les affirmations selon lesquelles l'assujettissement des stock-options au régime de droit commun pourrait se traduire par un taux global de prélèvement de 95 %.

Après avoir observé que la Cour critique une nouvelle fois les incohérences de l'Ondam, **M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux**, a demandé s'il est possible de rendre cet agrégat plus lisible.

Mme Rolande Ruellan a précisé que les observations de la Cour portent sur deux points : la nécessité d'introduire davantage de cohérence dans les différents textes en vigueur, qui n'ont pas tous été actualisés, et plus encore celle d'améliorer la qualité des informations transmises au Parlement, dans la mesure où le sous-objectif soins de ville a été élaboré, en 2006 comme en 2007, sur la base de certaines prévisions peu réalistes.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux, a souhaité connaître l'opinion de la Cour sur la décision du Gouvernement de faire passer à 100 %, dès 2008, le taux d'application de la tarification à l'activité (T2A). Il s'est également interrogé sur quelles bases établir les référentiels nationaux de coûts représentatifs des différentes activités de l'hôpital.

Mme Rolande Ruellan a considéré que la généralisation, en une seule étape, de la montée en charge de la tarification à l'activité (T2A) dans le fonctionnement des établissements hospitaliers constitue globalement un bon

signal. Ces dispositions renforceront les incitations aux restructurations figurant dans les contrats de retour à l'équilibre conclus entre les hôpitaux déficitaires et les agences régionales de l'hospitalisation.

Les référentiels nationaux représentatifs des coûts des activités hospitalières connaissent des débuts encourageants, mais le pilotage des activités hospitalières est encore trop peu développé. Améliorer la situation supposerait tout à la fois la généralisation et le perfectionnement de la comptabilité analytique des hôpitaux, la mise en œuvre de systèmes d'information permettant à chaque établissement de suivre l'évolution de sa rentabilité par une batterie d'indicateurs de performance, la création effective de pôles de responsabilité permettant de mutualiser les ressources et la suppression des services de chirurgie pratiquant trop peu d'opérations par an.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux, a souhaité connaître l'opinion de la Cour sur les dispositions du PLFSS pour 2008 tendant à remédier au problème de l'inégale répartition des médecins sur l'ensemble du territoire.

Mme Rolande Ruellan a observé que la nouvelle convention nationale des infirmiers repose sur le principe qu'aucune installation dans une zone à forte densité professionnelle ne peut intervenir sans un départ préalable. Toutefois, la mise en œuvre de cette disposition suppose l'adoption d'une mesure législative qui fait actuellement défaut.

A contrario, en ce qui concerne les médecins, l'avant-projet de loi de financement pour 2008 apparaît très en retrait : il prévoit l'organisation d'un débat et le renvoi de cette question au domaine conventionnel. Elle a indiqué que le choix de cette méthode lui inspire quelque inquiétude dans la mesure où, par le passé, les professions médicales ont mis à profit la signature des conventions médicales pour faire aboutir leurs exigences tarifaires.

Revenant sur la proportion de médecins rapportée à la population, **M. Nicolas About, président**, a fait valoir que si le nombre reste finalement assez stable, il ne reflète pas la réalité du temps médical. En réalité, le temps consacré par les médecins à leurs patients a tendance à diminuer, surtout dans les zones sous-médicalisées.

Mme Rolande Ruellan a confirmé que la féminisation croissante des professions médicales, l'aspiration générale à une amélioration des conditions de travail et l'augmentation des tâches administratives concourent à cette situation. Contrairement aux pays voisins, dans lesquels les médecins sont généralement regroupés dans des cabinets médicaux, ce qui rend possible une mutualisation des tâches administratives, l'organisation de la médecine de ville française demeure encore largement « artisanale » sur ce point.

M. Guy Fischer a observé que, dans la continuité des années passées, la sécurité sociale devrait enregistrer à nouveau des déficits records en 2007, puis en 2008. Il a pris acte des suggestions de la Cour pour accroître les

prélèvements sociaux sur les stock options, ainsi que des récentes prises de position en ce sens émanant de l'Assemblée nationale.

Après avoir constaté que l'hôpital public se trouve en permanence dans le « collimateur » du Gouvernement, il a fait valoir que les cliniques privées affichent une évolution très rapide du rythme de leurs dépenses.

*Revenant sur le dispositif technique d'apurement des dettes de l'Etat à l'égard de la sécurité sociale, **M. Guy Fischer** a repris le mot « d'original » employé par le Premier président de la Cour des comptes et il s'est interrogé sur la réalité de ce montage.*

***M. Paul Blanc** a estimé que le problème des disparités territoriales en matière de densité des professionnels médicaux concerne autant les médecins spécialistes que les généralistes. Il serait nécessaire que les chiffres de l'Ondam permettent de bien distinguer les prescriptions de la médecine de ville de celles imputables aux hôpitaux.*

***M. Jean-Claude Etienne** s'est interrogé sur les programmes pluriannuels d'investissement réalisés dans les établissements hospitaliers. Dans plusieurs centres hospitaliers universitaires, on observe que certaines infrastructures, pourtant très récentes, sont démolies et remplacées par d'autres sans que l'on comprenne très bien l'objectif poursuivi. Les personnels hospitaliers ont parfois pris l'initiative d'informer eux-mêmes la Cour des comptes de cette situation singulière, bien qu'ils sachent que celle-ci ne peut intervenir que dans le cadre d'un contrôle a posteriori.*

***M. Philippe Séguin, Premier président de la Cour des comptes,** a confirmé que la conduite de contrôles internes dans les administrations de sécurité sociale relève de l'inspection générale des affaires sociales. La Cour ne peut effectivement agir qu'a posteriori, mais elle s'appuie pour cela sur son indépendance traditionnelle. C'est ainsi qu'elle se réserve la possibilité d'évaluer, le moment venu, la régularité du montage qui a permis à l'Etat d'apurer ses dettes à l'égard de la sécurité sociale.*

***Mme Rolande Ruellan** a confirmé que le déficit des comptes sociaux atteint aujourd'hui des niveaux très élevés, voire historiques, en ce qui concerne le plafond d'autorisation d'emprunt. Elle a confirmé que les dépenses des cliniques privées tendent à augmenter plus rapidement que celles des hôpitaux, sur lesquels reposent des missions de service public.*

Les problèmes de démographie médicale s'expliquent en particulier par les modalités inappropriées du numerus clausus applicable aux professions médicales. Il ne permet pas d'orienter les installations des nouveaux médecins sur les territoires déficitaires. Elle a par ailleurs observé que les jeunes médecins ont tendance à vouloir exercer à proximité des structures médico-universitaires dans lesquelles ils ont été formés. Au sujet du Ffipsa, elle a estimé, d'une façon générale, que la perspective d'un adossement au régime général ne semble concevable que dans le cadre d'une

parité de prestations et d'effort contributif entre les différentes catégories d'assurés sociaux.

***M. Nicolas About, président,** s'est préoccupé de l'usage que font les hôpitaux du forfait hospitalier.*

***Mme Rolande Ruellan** a indiqué qu'il s'agit d'une ressource propre de ces établissements.*

***M. François Autain** s'est interrogé sur l'opportunité d'affecter le produit du forfait hospitalier à la recherche médicale.*

***Mme Rolande Ruellan** s'est inquiétée de la forte proportion d'indus dans les hôpitaux, contrairement aux cliniques privées. Il s'agit le plus souvent de petites sommes, particulièrement difficiles à recouvrer, dont le montant est généralement inférieur aux honoraires d'un huissier de justice. Enfin, elle a indiqué que la Cour consacrerait une prochaine étude à la question du reste à charge des assurés sociaux.*

Audition de MM. Pierre BURBAN, président du conseil d'administration, Pierre RICORDEAU, directeur, et Alain GUBIAN, directeur financier de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos)

Le mercredi 10 octobre 2007, la commission, dans la cadre de la préparation de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, a également entendu MM. Pierre Burban, président du conseil d'administration, Pierre Ricordeau, directeur, et Alain Gubian, directeur financier de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos).

M. Pierre Burban, président du conseil d'administration de l'Acoss, a tout d'abord indiqué que le conseil d'administration de l'Acoss a émis un avis défavorable sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 lors de sa réunion du 1er octobre dernier.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux, ayant souhaité connaître la situation des allègements de cotisations sociales, M. Pierre Burban a précisé que le montant des allègements généraux atteint 20,4 milliards d'euros en 2007, en progression de 11 % par rapport à 2006. Cette forte hausse s'explique d'abord par les demandes de régularisation effectuées par certaines catégories d'entreprises, ensuite par le fait de porter de 26 points à 28,1 points le taux maximal de la réduction de cotisations patronales pour les entreprises de vingt salariés ou moins, enfin par le coût de la neutralisation des heures supplémentaires votée dans le cadre de la loi en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat.

Le montant des allègements généraux, tous régimes confondus, s'élève cette année à 21,6 milliards d'euros, alors que la compensation apportée par le panier de recettes fiscales n'atteint que 20,6 milliards d'euros. Selon les indications fournies par le Gouvernement, l'écart d'un milliard d'euros sera compensé à la sécurité sociale au mois de janvier prochain, pour la première moitié sous la forme d'un abondement des droits sur les tabacs et pour l'autre moitié par un supplément de taxes sur les salaires.

En 2008, selon les données figurant dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, le montant des allègements généraux devrait s'élever à 21,5 milliards d'euros pour le seul régime général et 22,8 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base.

En ce qui concerne les exonérations ciblées, le montant inscrit en projet de loi de financement devrait s'élever en 2008 à 3 milliards d'euros,

dont 2,8 milliards pour le seul régime général, soit un total à peu près équivalent à celui voté en loi de financement pour 2007.

Le niveau des exonérations ciblées compensées devrait baisser l'an prochain pour plusieurs motifs : la suppression de la majorité des exonérations de cotisations « accidents du travail-maladies professionnelles » prévue par l'article 14 du projet de loi de financement ; la suppression des exonérations dont bénéficient les organismes d'intérêt général dans les zones de revitalisation rurale (article 12) ; enfin l'inscription en loi de financement du principe de non-compensation de certaines exonérations (article 16).

A cette diminution des exonérations s'ajoutent également des mesures d'économies. Par ailleurs, les exonérations relatives aux contrats de professionnalisation basculeront, l'année prochaine, dans la catégorie des allègements généraux.

Compte tenu des sous-dotations constatées en 2007, il manquera cependant 600 millions d'euros dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 au titre de la compensation des exonérations ciblées.

Pour revenir à l'exercice 2007, il n'avait pas été constaté jusqu'à présent de manquements à l'échéancier prévu en début d'année. Toutefois, il se trouve que l'échéance du 10 octobre, soit aujourd'hui même, concernant la compensation pour 100 millions d'euros des exonérations au titre des contrats d'apprentissage, n'a pas été honorée par le ministère de l'emploi.

*En ce qui concerne les exonérations de cotisations et de contributions au titre des heures supplémentaires, **M. Pierre Burban** a souligné la forte réactivité de l'Acoss : une plate-forme téléphonique a été mise en place et le site Internet des Urssaf a été aménagé ; une circulaire est en préparation en complément de celle publiée par la direction de la sécurité sociale le 1^{er} octobre dernier ; tout est prêt pour le 5 novembre, date à laquelle les entreprises feront remonter les informations concernant la rémunération de leurs salariés.*

En ce qui concerne le coût de la mesure « heures supplémentaires » prévue à l'article premier de la loi en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat, il a été évalué à partir du volume donné par les services de l'Etat, soit 900 millions d'heures supplémentaires ou complémentaires par an. Aucune hypothèse n'a été avancée dans le sens d'une augmentation de ce volume, qui serait favorisée par les mesures d'allègements votées dans la loi. La grande majorité des heures supplémentaires sont en effet de nature structurelle dans la mesure où elles sont effectuées par les salariés des petites entreprises qui n'étaient pas encore passées aux trente-cinq heures. Sur cette base, les services de l'Acoss ont procédé au chiffrage suivant : l'exonération de cotisations salariales coûterait environ 3 milliards d'euros ; les déductions forfaitaires de cotisations patronales représenteraient environ 1 milliard ; le passage de 10 % à 25 % du taux de la majoration des heures supplémentaires pour les petites entreprises permettrait de diminuer le montant des

allègements généraux de 300 millions d'euros, mais, à l'inverse, la neutralisation des heures supplémentaires et complémentaires dans le calcul des allègements « Fillon » majorerait ceux-ci de 1,2 milliard d'euros, portant le coût net de l'augmentation de ces allègements à 900 millions d'euros.

Enfin, un amendement adopté dans la loi a supprimé la référence aux heures rémunérées dans le calcul des allègements généraux, permettant ainsi de mettre un terme aux régularisations demandées par les entreprises en 2006 et 2007 et de faire une économie de 400 millions d'euros par an.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux, a ensuite souhaité obtenir des précisions sur l'évolution de la dette de l'Etat à l'égard de la sécurité sociale.

M. Pierre Burban a salué l'initiative du ministre des comptes publics consistant à apurer, début octobre, la dette de l'Etat vis-à-vis de la sécurité sociale à hauteur de 5,1 milliards d'euros, soit le montant inscrit dans l'état semestriel établi au 31 décembre 2006. Cela dit, il n'est pas anormal que l'Etat honore ses dettes...

Pour autant, les montants inscrits en loi de finances pour 2007 au titre de la compensation des exonérations ciblées sont trop faibles et laissent augurer la reconstitution prochaine d'une dette au détriment de la sécurité sociale. La lecture de l'annexe 5 du projet de loi de financement de la sécurité sociale indique ainsi que la dette au titre de 2007 sur ce seul poste serait de 1,1 milliard d'euros. Encore ce montant pourrait-il être supérieur de 150 millions d'euros si les réserves ne sont pas débloquées en fin d'année.

Par ailleurs, en ce qui concerne la compensation du coût des prestations, une nouvelle dette est susceptible de se former en 2007, à hauteur de 500 à 600 millions d'euros, due principalement à l'aide médicale d'Etat et l'allocation de parent isolé (API). Ce montant tient compte, là aussi, de l'hypothèse du déblocage de la réserve sur l'allocation adulte handicapé et sur l'API.

En conséquence, malgré l'apurement intervenu début octobre sur la dette constatée à la fin de l'année dernière, si aucune mesure n'est prise en loi de finances rectificative et si les réserves restent bloquées, une reconstitution importante de la dette pourrait s'opérer dès 2007 pour un montant avoisinant 2 milliards d'euros.

Ce montant pourrait encore être majoré en cas de non-respect de l'échéancier portant sur les exonérations ciblées : outre l'échéance de 100 millions d'euros non honorée ce 10 octobre, il semblerait que d'autres versements prévus en novembre et décembre soient douteux, ce qui porterait à 250 millions d'euros environ le total des obligations non respectées.

*En ce qui concerne la prise en charge par l'Etat des frais financiers de la dette contractée à l'égard de la sécurité sociale, **M. Pierre Burban** a rappelé les dispositions de l'article 41 de la loi de finances pour 2007 prévoyant l'affectation d'une fraction de 1,69 % du droit de consommation sur*

les tabacs à titre de compensation pour les caisses du régime général. La dernière prévision réalisée par les services de l'Acoss évalue son rendement à 155 millions d'euros pour 2007 au lieu des 160 millions prévus. Il convient de rappeler que les charges financières liées à la dette de l'Etat se sont élevées en 2006 à 158,7 millions d'euros et que la capitalisation des dettes antérieures porte ce montant à 172,3 millions d'euros. Hors apparition de nouvelles dettes en 2007, la charge d'intérêts réellement supportée par le régime général devrait s'élever à 343,3 millions d'euros, soit 188 millions d'euros de plus que le montant prévisionnel de la compensation.

Le coût prévisionnel de la dette de l'Etat constituée au long de l'année 2007 s'élèverait pour sa part à 61 millions d'euros. Encore ce montant ne tient-il pas compte du risque d'aggravation de la dette de l'Etat d'un milliard d'euros d'ici à la fin de l'année.

Le projet de loi de finances pour 2008 ne pérennise pas le principe de compensation des charges financières qui constituait pourtant une avancée importante vers la restauration du principe de neutralité financière dans les échanges de la sécurité sociale avec l'Etat et traduisait une reconnaissance sans précédent des enjeux de trésorerie par le législateur.

*Puis **M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux**, a abordé la question de la gestion par l'Acoss des déficits cumulés des différentes branches de la sécurité sociale, rappelant que le plafond d'emprunt inscrit dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 atteint le niveau record de 36 milliards d'euros.*

***M. Pierre Burban** a indiqué que le résultat net de trésorerie du compte Acoss est estimé actuellement à - 670 millions d'euros. En 2008, dans l'hypothèse d'une stabilité des taux de la banque centrale européenne, il devrait s'établir à - 1,05 milliard d'euros. Une variation du taux moyen Eonia de 0,25 % entraîne une variation du résultat de plus ou moins 65 millions d'euros.*

La convention d'objectifs et de gestion (Cog) de l'Acoss prévoyait l'étude de la diversification des moyens de financement pour 2007, dont notamment la mise en place d'un programme de billets de trésorerie. Ce programme a en fait été mis en place dès le mois de décembre 2006. A partir du 12 janvier 2007, l'Acoss a émis des billets sur le marché auprès d'investisseurs privés, l'encours atteignant 3 milliards d'euros au mois de mars. L'Acoss a ainsi pu piloter ses émissions en lien avec les échéanciers transmis à la Caisse des dépôts et consignations, ce qui a permis de minimiser le coût des pénalités dues dans les cas de dépassement de cet échéancier.

Cependant, les marchés monétaires mondiaux ont été frappés, au mois d'août dernier, par les répercussions de la crise du marché immobilier américain. La conséquence directe en a été une forte hausse des taux monétaires d'un mois à un an.

*S'agissant du plafond de trésorerie de 36 milliards d'euros inscrit dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, **M. Pierre Burban** a confirmé que ce record, encore jamais atteint, est une source d'inquiétude pour l'Acoss.*

Revenant sur les conséquences de la crise du mois d'août, il a indiqué que l'Acoss a décidé d'augmenter, dès septembre, les volumes d'avances prédéterminées mobilisées auprès de la Caisse des dépôts, dans le respect de la convention, et de ramener concomitamment les objectifs d'encours de billets de trésorerie de 3 milliards d'euros de mars à juillet à 2,4 milliards d'euros en août et à 2 milliards d'euros en septembre.

Pour autant, l'objectif de l'Acoss reste de faire remonter progressivement cet encours au niveau initialement prévu de 5 milliards d'euros en 2008, au fur et à mesure de la normalisation des conditions des marchés financiers.

*En réponse à une question de **M. Alain Vasselle** sur les économies procurées par l'appel aux billets de trésorerie, **M. Pierre Burban** a précisé que l'idée de recourir à l'émission de cette catégorie de titres est née lorsque la Caisse des dépôts et consignations a alerté l'Acoss sur le fait qu'elle ne pourrait pas aller au-delà d'un montant de prêts de 20 milliards d'euros par an sans être déstabilisée. Force est de constater que depuis que l'Acoss recourt à d'autres financements que ceux offerts par la caisse, celle-ci a amélioré les conditions offertes sur les prêts qu'elle octroie.*

***M. Pierre Ricordeau, directeur de l'Acoss**, a indiqué que la Caisse des dépôts et consignations estime pouvoir assurer la couverture des emprunts de l'Acoss à hauteur du plafond de 36 milliards d'euros. Toutefois, au-delà de 31 milliards d'euros, la caisse ne pourra vraisemblablement pas garantir à l'agence les conditions inscrites dans la convention ; un surcoût sera donc à prévoir. En conséquence, l'Acoss devrait recourir au-delà de cette limite, c'est-à-dire pour les 5 milliards d'euros restant du plafond de trésorerie, à des émissions de billets de trésorerie. L'enjeu n'est pas celui de la capacité d'offre de refinancement par les organismes prêteurs, mais bien celui des conditions financières de ce refinancement, notamment si le marché monétaire se dégrade à nouveau. Il est clair qu'une nouvelle hausse du plafond de trésorerie en 2009 serait un sujet d'inquiétude tant pour l'Acoss que pour la Caisse des dépôts et consignations.*

***M. Pierre Burban** a souligné le fait qu'avec un objectif d'émission de billets de trésorerie de 5 milliards d'euros, l'Acoss est un acteur important sur un marché qui ne dépasse pas 70 milliards. Avant la crise du mois d'août, les prix d'émission se situaient aux alentours de Eonia + un point de base, permettant une économie de quatre points de base par rapport aux avances prédéterminées de la Caisse des dépôts et consignations, soit 400 000 euros par milliard emprunté. En outre, contrairement aux avances prédéterminées qui doivent être annoncées le 20 du mois pour le mois suivant, la décision d'émettre ou non des billets de trésorerie peut être prise avec un délai de*

quarante-huit heures voire même de vingt-quatre heures, ce qui offre beaucoup plus de souplesse de gestion.

M. Pierre Ricordeau a précisé que l'Acoss avait reçu une autorisation pour émettre jusqu'à hauteur de 6,5 milliards d'euros de billets de trésorerie mais que celle-ci se limitera à l'objectif qu'elle s'est fixé de 5 milliards.

M. Pierre Burban s'est déclaré inquiet pour 2008 estimant que le Gouvernement use de mesures conjoncturelles pour tenter d'endiguer des déficits qui ont acquis une dimension structurelle. Il devient maintenant nécessaire de s'attaquer au « dur ».

Puis M. Alain Vasselle l'a interrogé sur le contrôle et la lutte contre la fraude.

M. Pierre Burban a tout d'abord souligné l'effort considérable réalisé par les Urssaf pour se rapprocher des cotisants et favoriser leur adhésion au système de prélèvement des cotisations sociales. Pour autant, il est nécessaire de lutter contre la fraude car elle crée des distorsions de concurrence inadmissibles. C'est d'ailleurs l'une des priorités inscrites dans la dernière convention d'objectifs et de gestion (Cog).

En mars 2007, le montant de la fraude au paiement des cotisations de sécurité sociale liée au travail au noir a été évalué entre 5,1 et 10,2 milliards d'euros. Les cotisations éludées représenteraient ainsi de 2,5 % à 5 % des cotisations annuelles dues ; en ajoutant celles relatives à l'assurance chômage et la retraite complémentaire, la fourchette s'établit de 6,2 à 12,4 milliards d'euros.

Par ailleurs, l'Acoss s'est engagée, dans le cadre de la Cog, dans une démarche d'évaluation de l'assiette dissimulée. Une étude conduite pour le secteur des hôtels, cafés, restaurants conduit à évaluer à 30 % la proportion des établissements dans lesquels on constate une absence de déclaration unique d'embauche. Ce taux de fraude est particulièrement élevé en Ile-de-France et outre mer, important dans le sud et le nord est de la France et faible à l'ouest. Dans ce secteur, le taux des cotisations de sécurité sociale éludées serait de l'ordre de 10 %.

M. Pierre Burban a ensuite abordé la question des moyens mis en œuvre en 2006 par l'Acoss pour lutter contre la fraude. Un réseau de référents régionaux dédiés à la lutte contre le travail illégal a été mis en place ; désormais, la consultation de la base des déclarations préalables à l'embauche s'effectue via Internet ; enfin, les partenariats interservices ont été renforcés sur les plans national et local : mise en place effective de la charte de coopération, signée en septembre 2005 entre l'Acoss, l'administration du travail et la délégation interministérielle à la lutte contre le travail illégal ; signature, dans un tiers des départements à fin 2006, des conventions ou des plans d'action conjoints ; signature par les caisses nationales du régime général et l'Unedic, en novembre 2006, de la convention

nationale relative à la mutualisation des informations dans le cadre de la lutte contre la fraude.

Par ailleurs, un meilleur ciblage des contrôles a conduit à mener plus de 39 500 opérations de vérification et le montant des redressements est passé de 59 à 74 millions d'euros entre 2005 et 2006. Enfin, l'Acoss a poursuivi en 2006 l'analyse des résultats des opérations d'évaluation de la sous-déclaration menées en 2005 dans le secteur de l'hôtellerie et de la restauration : ils révèlent des taux de fraude touchant entre 25 % et 30 % des établissements.

***M. Paul Blanc** a fait observer que l'application du taux réduit de TVA à 5,5 % dans le secteur du bâtiment et des travaux publics a permis ces dernières années un recul sensible du travail au noir. Il s'est inquiété du risque d'un nouveau développement de la fraude, en relation avec les tracasseries administratives opposées par les services du ministère des finances pour l'octroi du régime dérogatoire de taxation à la valeur ajoutée.*

***M. Guy Fischer** s'est ému du niveau historique de 36 milliards d'euros atteint par le plafond autorisé de découvert de l'Acoss dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008. Il s'est interrogé sur la fiabilité des données relatives aux créations d'emplois, en particulier en ce qui concerne le lien qui pourrait être fait entre les mesures en faveur des heures supplémentaires et ces créations.*

***M. François Autain** a demandé des précisions sur le coût des mesures d'exonération des cotisations et contributions sociales au titre des heures supplémentaires, sur le montant des frais financiers occasionnés par le déficit en trésorerie géré par l'Acoss, enfin, sur la décomposition du déficit de 36 milliards de trésorerie attendu pour 2008.*

***M. Pierre Bernard-Reymond** a souhaité connaître la nature des contacts existant entre l'Acoss et les services de l'Union européenne. Il s'est enquis de l'avis personnel du président du conseil d'administration de l'Acoss sur les mesures à prendre pour rétablir l'équilibre des comptes de la sécurité sociale. Enfin, il a demandé quelle est la part du déficit de la sécurité sociale dans le total du déficit public.*

*En réponse aux différents intervenants, **M. Pierre Burban** a indiqué que le secteur du bâtiment et des travaux publics n'a pas fait de la part de l'Acoss et des Urssaf l'objet d'une étude comparable à celle conduite dans le secteur des hôtels-café-restaurants. Pour autant, le BTP reste une cible prioritaire dans l'objectif de lutte contre la fraude. Il a confirmé, par ailleurs, que la baisse de la TVA à 5,5 % sur une partie du champ d'activité du BTP a permis de dynamiser l'emploi dans ce secteur.*

Soulignant le fait que l'Insee établit ses données relatives à l'activité sur la base de statistiques, alors que les données de l'Acoss procèdent des constatations effectuées sur le terrain, il a précisé que, selon ces

constatations, l'emploi salarié a augmenté de 270 000 unités entre juin 2006 et juin 2007.

Les charges de trésorerie liées aux déficits des différentes branches de sécurité sociale atteignent 670 millions d'euros en 2007.

L'information de l'Union européenne sur les données relatives aux finances sociales est effectuée directement par le gouvernement français, qui est son seul interlocuteur, notamment par le ministère des comptes publics.

*Enfin, **M. Pierre Burban** a souligné la volonté partagée de l'ensemble des partenaires sociaux, telle qu'il a pu la constater dans toutes les enceintes qu'il a fréquentées, de travailler à la pérennisation du système social français.*

**Audition de MM. Jean-Louis BÜHL,
président du conseil d'administration,
et Jacques LENAIN, directeur,
du fonds de solidarité vieillesse (FSV)**

Réunie le mercredi 17 octobre 2007, sous la présidence de M. Alain Gournac, vice-président, la commission, dans la cadre de la préparation de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, a tout d'abord procédé à l'audition de MM. Jean-Louis Bühl, président du conseil d'administration, et Jacques Lenain, directeur, du fonds de solidarité vieillesse (FSV).

M. Jean-Louis Bühl, président du conseil d'administration du FSV, a souligné que le renversement de tendance qu'il avait annoncé à l'automne 2006, à l'occasion de sa précédente audition par la commission, s'est bel et bien produit en 2007 : le déficit annuel du fonds est revenu de 2 milliards d'euros en 2005 à 1,26 milliard en 2006 et 300 millions prévus pour 2007. Le FSV bénéficie pleinement de l'amélioration de la situation économique, qui permet l'accroissement sensible de ses produits, grâce au dynamisme des recettes tirées de la contribution sociale généralisée (CSG), et à l'évolution favorable de ses charges, en raison de la diminution du nombre des chômeurs.

Le fonds pourrait revenir à l'équilibre en 2008 et dégager ensuite des excédents croissants jusqu'en 2012, ce qui devrait lui permettre d'apurer d'ici là la dette accumulée entre 2001 et 2007, soit plus de 5 milliards d'euros. Ce scénario prévisionnel s'inscrit dans la continuité des tendances favorables des années 2006 et 2007 en matière de croissance économique, d'évolution de la masse salariale et de diminution du nombre de chômeurs indemnisés. Il suppose aussi qu'aucune mesure nouvelle ne vienne modifier le cadre juridique et financier actuel du FSV.

M. Alain Gournac, président, s'est félicité de cette perspective favorable.

Bien que satisfait d'apprendre que le FSV dégagera prochainement des excédents, M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a estimé que l'on ne peut se contenter d'attendre un retour à meilleure fortune du seul fait de la conjoncture économique. L'analyse rétrospective de la situation financière du fonds depuis sa création, en 1993, fait apparaître une première période caractérisée par d'importants excédents jusqu'en 2000, suivie par sept années consécutives de forts déficits. Les données prévisionnelles annexées au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 tablent désormais sur des

excédents croissants pour la période 2009-2012. Mais au total, prédomine l'idée d'une forte instabilité des ressources du fonds, imputable aussi au fait que l'Etat a privé le FSV, par le passé, de certaines de ses recettes, notamment pour financer le passage aux trente-cinq heures ou pour mettre en œuvre l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa). Ne serait-il pas nécessaire d'envisager une réforme du mode de financement du fonds, afin de se prémunir contre le risque « d'effet de yo-yo » que l'évolution de la conjoncture économique peut produire sur ses grands équilibres ?

Dans le même souci, ne faudrait-il pas modifier la disposition du code de la sécurité sociale selon laquelle tout ou partie des excédents du FSV est affecté au fonds de réserve des retraites (FRR), car elle risque d'inciter à des transferts de fonds avant que le FSV n'ait réglé ses dettes ?

***M. Jean-Louis Bühl** a indiqué ne disposer d'aucune information accréditant l'idée d'un quelconque versement des futurs excédents du FSV au FRR.*

***M. Jacques Lenain, directeur du FSV**, a estimé que ce fameux article L. 135-7 du code de la sécurité sociale s'entend comme l'expression du pouvoir discrétionnaire du Gouvernement de transférer tout ou partie du résultat du FSV au FRR. Cette opération, à laquelle il n'a été procédé qu'une seule fois, en 2000, ne revêt donc aucun caractère automatique. Qui plus est, il semble légitime que le FSV procède en priorité au remboursement de sa dette cumulée depuis 2001. Tel est d'ailleurs le sens des réponses fournies en 2006 par les deux ministères de tutelle aux questions posées sur ce sujet par la Cour des comptes.*

A l'origine, le législateur avait posé le principe de l'équilibre des comptes annuels du FSV, sans même envisager l'hypothèse de déficits importants à combler sur la durée d'un cycle économique. C'est pourquoi l'apurement de ces déficits doit constituer la première affectation des excédents du FSV, ce que n'empêche pas la rédaction actuelle de l'article L. 135-7 du code de la sécurité sociale, qui n'envisage qu'une faculté.

***M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie**, a demandé comment est gérée la trésorerie du FSV, compte tenu de l'ampleur des déficits accumulés jusqu'à ce jour.*

***M. Jacques Lenain** a précisé que faute de pouvoir recourir lui-même à l'emprunt, le FSV procède à un « ajustement » des montants qu'il verse aux caisses de retraite, en les limitant au niveau de ses ressources disponibles. Ce mode de régulation se traduit donc par des retards de paiement pour les organismes de sécurité sociale concernés. Mais il ne porte que sur les versements au titre du chômage. Le FSV, en revanche, assure en bonne date de valeur le financement des prestations du minimum vieillesse, d'une part, des majorations de pensions pour conjoint ou enfant à charge, d'autre part.*

Au fil du temps, la réduction des acomptes dus au titre de la prise en charge des droits à la retraite des chômeurs a pénalisé, pour des montants

croissants, la Cnav et, dans une bien moindre mesure, la caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA). C'est en effet l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss) qui emprunte en lieu et place du FSV, puis refacture aux caisses les frais financiers correspondants.

M. Jacques Lenain a estimé que si les difficultés de trésorerie du FSV n'altèrent pas les comptes en droits constatés de la Cnav, elles présentent un coût financier croissant pour le régime général que celui-ci a évalué, pour la seule année 2006, à 160 millions d'euros. Ce problème devrait toutefois se poser avec moins d'acuité à l'avenir, compte tenu du prochain retour du FSV à l'équilibre et de la perspective d'un apurement total de ses dettes à l'horizon 2012.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a fait observer que, dans son rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale pour l'exercice 2006, la Cour des comptes a estimé que « l'absence de rattachement du FSV au périmètre des comptes du régime général fausse l'image donnée par les comptes de la branche retraite ». Quelles conséquences les pouvoirs publics entendent-ils tirer de ces appréciations ?

M. Jacques Lenain a fait valoir que, ce faisant, la Cour a accepté la position de l'Etat selon laquelle la dette du FSV ne saurait figurer à son bilan, puisque l'Etat ne le « contrôle » pas au sens des normes comptables qui lui sont applicables. Parallèlement, elle a considéré que le fonds constitue un démembrement institutionnel des régimes de sécurité sociale dont il assure une partie du financement. Elle en a conclu que les comptes du FSV devraient être rattachés à ceux de la Cnav, pour donner une image fidèle de la branche retraite. A la fin de l'année 2006, il s'agissait d'un déficit du fonds de 4,5 milliards d'euros.

Il faut aussi rappeler que la Cour a demandé une modification de l'annexe aux comptes de la branche retraite du régime général afin de faire apparaître l'incidence des résultats du FSV sur le résultat et les capitaux propres de la branche. Elle n'a pas obtenu cette modification pour l'exercice 2006, ce qui l'a conduit à formuler une réserve à ce titre, mais la question reste ouverte pour son prochain rapport.

Ceci étant, la position de la Cour n'est pas partagée par les ministres de tutelle du FSV. L'Etat considère en effet :

- que le FSV prend en charge des avantages d'assurance vieillesse à caractère non contributif, distincts des prestations contributives servies par les régimes de base d'assurance vieillesse ;

- que l'information sur sa situation financière est sincère et parfaitement assurée, tant par les rapports de la commission des comptes de la sécurité sociale que par les tableaux d'équilibre et les annexes des lois annuelles de financement de la sécurité sociale ;

- que le FSV devrait revenir à l'équilibre en 2008 et avoir apuré ses dettes progressivement d'ici à 2012.

M. Pierre Bernard-Reymond a souhaité savoir sur quelles hypothèses macroéconomiques reposent les comptes prévisionnels du FSV pour la période allant de 2009 à 2012.

M. Jacques Lenain a reconnu que l'équilibre des comptes annuels du FSV est étroitement corrélé à l'évolution de la conjoncture économique, pour environ 80 % de ses recettes, par le biais de la CSG et du prélèvement social de 2 % sur les revenus des capitaux, mais aussi pour 55 % à 60 % de ses dépenses, correspondant à la prise en charge des cotisations de retraite des chômeurs.

Pour autant, les comptes prévisionnels du FSV ont été établis sur la base d'hypothèses prudentes. C'est en effet le scénario économique bas du projet de loi de financement de la sécurité sociale, fondé sur une croissance annuelle moyenne du Pib de 2,5 % et de la masse salariale de 4,4 %, qui a été retenu. Par ailleurs, les prévisions relatives à l'évolution du nombre des chômeurs indemnisés s'appuient sur les calculs, moins favorables que ceux de l'Etat, réalisés par les services de l'Unedic. Au total, les comptes prévisionnels du FSV paraissent crédibles, nonobstant les aléas conjoncturels toujours possibles au-delà de l'horizon prévisible de la fin de l'année 2008.

Prenant acte des perspectives d'amélioration de la situation financière du FSV, **M. Guy Fischer** a considéré que cette évolution favorable ne saurait faire oublier que la moitié des chômeurs n'est pas indemnisée et qu'une partie croissante de la population souffre de la grande précarité des parcours professionnels. A cela s'ajoutent l'insuffisance des montants des minima sociaux ainsi que l'impact négatif du désengagement de l'Etat, qui tend à se défausser de ses responsabilités en confiant toujours plus de compétences aux collectivités territoriales dans le domaine social.

Après avoir reconnu que, par le passé, le fonds a effectivement été privé de certaines de ses ressources par l'Etat, **M. Jean-Louis Bühl** a souligné que le scénario d'un apurement total de sa dette à l'horizon 2012 suppose qu'aucune mesure nouvelle ne vienne modifier d'ici là le périmètre de ses produits et de ses charges.

Revenant sur les modalités de gestion de la trésorerie déficitaire du FSV, **M. Claude Domeizel** a jugé singulier que les frais financiers correspondant aux retards de versement des sommes dues au régime général, soient in fine placés à la charge de la Cnav. La situation est d'ailleurs tout aussi surprenante à la caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL) qui se trouve parfois dans l'obligation de recourir à l'emprunt pour assurer sa contribution à la compensation démographique, alors qu'elle dispose d'un niveau de cotisations favorable.

Dans le cas du FSV, la logique voudrait qu'il rembourse à la Cnav non seulement le capital dû, mais également les intérêts de retard qui sont

refacturés à la caisse par l'Acoss. Et, d'ailleurs, ne serait-il pas plus simple que le FSV assure lui-même la gestion de sa trésorerie et soit habilité pour cela à recourir à l'emprunt ?

***M. Jean-Louis Bühl** s'est déclaré prêt à aborder la question du remboursement de ces frais financiers avec le régime général. Il a observé toutefois que la Cnav n'a encore jamais formulé de demande officielle en ce sens.*

***M. Jean-Claude Etienne** s'est enquis des raisons pour lesquelles le FSV, après avoir dégagé des excédents jusqu'en 2000, en est arrivé à connaître une dégradation de sa situation financière aussi prononcée au cours des années suivantes.*

***M. Jean-Louis Bühl** a précisé que l'ampleur des déficits accumulés depuis 2001 est liée à la concomitance de la modification du périmètre de ses ressources et de l'impact du retournement de conjoncture économique.*

***M. Marc Laménie** a souhaité savoir quelle est actuellement l'importance relative de la dette du FSV et comment pourraient évoluer ses dépenses au cours des prochaines années.*

***M. Jacques Lenain** a indiqué que cet endettement représente l'équivalent de 37 % des recettes. Appréciables dans leur ensemble, les charges devraient connaître une stabilisation entre 2009 et 2012. Mais cette tendance globale recouvre des évolutions divergentes pour les trois principaux postes de dépenses : alors que la prise en charge des cotisations de retraite des chômeurs ainsi que le financement du minimum vieillesse devraient décroître, la montée en charge du coût des majorations de pensions pour conjoint ou pour enfant à charge ne peut que se poursuivre. Quant aux recettes, elles devraient bénéficier du dynamisme du produit de la CSG, que l'on évalue entre 4 % et 5 % par an sur la période considérée.*

ANNEXE

RÉPONSES DE LA COUR DES COMPTES AU QUESTIONNAIRE DE M. ALAIN VASSELLE, RAPPORTEUR DE LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, SUR LE RAPPORT CONSACRÉ À LA SÉCURITÉ SOCIALE

SUR L'APUREMENT DES DETTES DE L'ÉTAT VIS-À-VIS DES RÉGIMES SOCIAUX

Question 1

La Cour recommande vivement à l'Etat d'apurer ses dettes vis-à-vis des régimes sociaux. Le Gouvernement a annoncé qu'il verserait 5,1 milliards avant la fin de l'année 2007.

a) Comment ce versement doit-il se faire au regard des règles de la Lolf ? Est-il nécessaire d'abonder les dotations budgétaires correspondantes ou bien est-il possible de mettre en œuvre une simple reprise de dette ?

b) Ce versement permettra-t-il de faire face à la dette constituée au cours de l'année 2007 ?

Réponse

a) - Au 31 décembre 2006, les comptes du régime général faisaient apparaître un montant de dettes de 7,2 milliards d'euros se décomposant en 5,8 milliards d'euros de créances et 1,4 milliard d'euros de produits à recevoir. Compte tenu d'un versement de 0,7 milliard d'euros intervenu en janvier 2007 sur la base de crédits votés en LFR, la dette de l'Etat à l'égard du régime général est de 5,1 milliards d'euros.

- Le Gouvernement a annoncé que cette dette serait intégralement remboursée au début d'octobre 2007, ce qui a été fait. Les modalités de remboursement ne sont pas précisément connues mais le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2007¹ apporte les précisions suivantes :

¹ P. 111.

« L'opération d'apurement de la dette sera réalisée en octobre, sur la base d'une lettre des ministres de l'économie et du budget et d'une convention financière conclue entre les parties. L'Acoss émettra à cet effet des billets de trésorerie à hauteur du montant de la dette de l'Etat à apurer (5,079 milliards d'euros) qui seront achetés par la Caisse de la dette publique (CDP). Cette caisse bénéficie des recettes issues des privatisations. Comme ses statuts l'y autorisent, la CDP annulera quelques jours plus tard sa créance vis-à-vis de l'Acoss au titre de ces billets de trésorerie. Compte tenu de cette contrepartie financière indirecte, les caisses du régime général apureront leurs créances sur l'Etat au titre des années 2006 et antérieures. Cette opération permettra au régime général de diminuer ses charges d'intérêts d'au moins 200 millions d'euros en 2008 ».

b) Le schéma prévu repose donc sur une annulation symétrique de créances, opération de trésorerie, non budgétaire. Quand le détail de l'opération sera connu, la Cour aura à en apprécier la régularité comptable et au regard des règles de la Lolf.

On peut rappeler d'ores et déjà cependant que la Cour avait critiqué la réduction de sa dette à l'égard du Ffipsa, effectuée par l'Etat en LFR 2005 pour un montant de 1,5 milliard d'euros, au motif qu'il s'agissait d'une opération de trésorerie sans mouvement budgétaire. Selon la Cour, les modalités retenues visaient à annuler de manière non régulière toute incidence sur le compte de résultat de l'Etat et donc sur le déficit de l'année. Par la suite, le Conseil constitutionnel, saisi notamment sur ce point, n'a pas considéré que la sincérité de la loi de règlement en était affectée.

c) Ce versement concerne les créances au 31 décembre 2006. Il est sans effet sur celles constituées au cours de l'année 2007. Leur montant toutefois devrait rester faible et résultera uniquement des sous-évaluations budgétaires de certaines prestations d'Etat versées par les régimes sociaux pour le compte de l'Etat : AME notamment.

Il restera cependant à vérifier que la LFR pour 2007 compense bien les exonérations nouvelles liées aux heures supplémentaires (pour un montant estimé à 1 milliard d'euros).

SUR LE FINANCEMENT DES DÉFICITS DES RÉGIMES SOCIAUX

Question 2

Comme l'année dernière, la Cour constate une nouvelle accumulation des déficits sociaux alors qu'il conviendrait de revenir à un équilibre annuel des finances sociales.

Or, le Gouvernement ne paraît pas vouloir régler ce problème à court terme, la réouverture de la Cades s'avérant en particulier complexe du fait de la nécessité de respecter certaines conditions. Y a-t-il une limite à l'accumulation de ces déficits ? Le Plfss pour 2008 prévoit des plafonds

d'emprunt de 36 milliards pour l'Acoss et de 8,4 milliards pour le régime agricole. Peut-on envisager d'aller encore au-delà ? Quel coût cela représente-t-il au total et à qui revient cette charge financière ?

Réponse

En effet, la Cour souligne que les déficits accumulés jusqu'à fin 2006 (et non repris par la CADES), et surtout les déficits attendus selon les scénarii attachés aux PLFSS successifs conduisent à nouveau à des déficits importants. Au total, jusqu'à 50 milliards d'euros d'ici 2009, selon l'hypothèse, jointe au PLFSS pour 2008, dite basse, et malheureusement sans doute la plus probable.

Y-a-t-il une limite à l'accumulation des déficits ? Permettez-moi de citer cette vieille phrase, qu'aimait citer le président Pompidou : « *quand les bornes sont franchies, il n'y a plus de limites* ». Il n'y en a, en tout cas, ni dans la Constitution, ni dans la loi organique relative aux LFSS. Pas d'autres que les plafonds votés en LFSS.

Comme la question le souligne, l'accumulation des déficits année après année conduit à détourner les plafonds de trésorerie de leur véritable vocation qui consiste à faire face aux variations de trésorerie infra annuelles.

En outre, les charges d'intérêt supportées par le régime général connaissent une augmentation sensible, sous l'effet du creusement des déficits et de la hausse des taux d'intérêts. Selon la commission des comptes, le coût financier net devrait s'élever à 670 millions d'euros en 2007 et à 1 milliard d'euros en 2008 contre 271 millions d'euros en 2006. Ce coût est supporté par les branches, puisque l'Acoss, qui emprunte pour leur compte, leur verse des intérêts lorsqu'elles sont créditrices, mais leur en décompte quand elles sont débitrices.

La Cour avait déjà souligné, dans le rapport préliminaire sur les finances publiques, présenté en juin dernier, que le recours à des déficits ne pouvait pas se justifier sur le plan des principes, pour des dépenses comme la protection sociale, qui sont par nature des dépenses de fonctionnement, et qui devraient d'autant moins être reportées sur les générations futures que les prévisions démographiques laissent attendre une situation plus critique, à moyen terme.

SUR L'OBJECTIF NATIONAL DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE (ONDAM)

Question 3

Dans son rapport, la Cour critique une nouvelle fois les incohérences de l'Ondam. Comment celui-ci pourrait-il être rendu plus lisible ? Quelles seraient, selon la Cour, les modalités optimales de suivi des sous-objectifs notamment au regard des objectifs fixés par arrêté, quelle terminologie faudrait-il adopter, etc. ?

Par ailleurs, sur quels éléments précis l'annexe 7 du PLFSS relative à l'ONDAM doit-elle impérativement s'appuyer pour permettre une évaluation correcte de la croissance de cet agrégat ?

Réponse

1) La Cour a en effet recommandé qu'il soit remédié aux diverses incohérences qui altèrent la lisibilité de l'Ondam qui ont été résumées dans le tableau publié par la Cour dans son rapport 2007 (p. 68) qui est tout à fait éclairant.

Distribution des objectifs entre les sous-objectifs

Sous-objectifs définis par la LFSS de 2006	Objectifs fixés par arrêté
Dépenses de soins de ville	Pas d'objectif
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	Deux objectifs : ODMCO, Migac
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	Deux objectifs : ODAM, OQN
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	Un objectif commun
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	Pas d'objectif

Source : Cour des comptes

Ces incohérences résultent de la juxtaposition de nouvelles dispositions issues de la loi organique d'août 2005 et de la persistance d'anciennes dispositions législatives non actualisées. Nous avons en effet, maintenant, en application de la loi organique d'août 2005, des sous-objectifs votés dans la LFSS au nombre de six (alors que la LOLFSS nous en imposait cinq) et nous avons, d'autre part, des objectifs faisant l'objet de dispositions législatives inscrites dans le code de la sécurité sociale et dont le montant est fixé par des arrêtés du ministre.

Il en résulte des problèmes de terminologie puisqu'on inclut des objectifs dans des sous-objectifs et une articulation peu logique de ces divers agrégats puisque les objectifs sont parfois inclus dans les sous-objectifs (cf. le cas de l'ODMCO, des Migac, de l'Ondam et de l'OQN) et parfois leur sont communs (c'est le cas pour les deux sous-objectifs contribution d'assurance maladie et dépenses en établissements pour les personnes âgées d'une part et pour les personnes handicapées d'autre part).

Pour remédier à ces curiosités, il conviendrait donc d'adopter une terminologie adaptée en supprimant le terme d'objectif et en lui substituant, par exemple, celui de ligne ou d'enveloppe et en procédant aux modifications législatives nécessaires.

2) Pour assurer un suivi optimal des sous-objectifs il conviendrait que dans l'annexe 7 du PLFSS N+1 figurent, pour chaque sous-objectif, et pour chacune des années considérées (N-1, N et N+1) les données relatives à la base de référence, au montant du sous objectif, à l'effet attendu des mesures nouvelles, à la réalisation effective du sous objectif pour les années N-1 et N.

S'agissant plus spécifiquement du sous-objectif soins de ville, il serait nécessaire que les données produites soient déclinées à l'identique selon qu'il s'agit des produits de santé ou des autres dépenses de soins de ville.

Un tel dispositif permettra d'éviter de reproduire à l'avenir les prévisions totalement irréalistes faites en la matière tant en 2006 qu'en 2007.

En 2006, l'évolution prévue pour le sous-objectif soins de ville (+ 0,9 %) était aberrante puisque la composante principale (produits de santé) qui devait baisser de - 3,3 % a, au contraire, entre l'affichage initial et les montants payés en définitive, augmenté de 2 %, soit une variation de plus de cinq points.

En 2007, on a répété quasiment le même scénario : + 2,6 % pour l'Ondam, + 1,1 % pour le sous-objectif soins de ville avec, à nouveau, pour la composante produits de santé, une évolution négative de - 2,5 %.

Les indications disponibles (figurant au demeurant dans l'annexe 7 du PLFSS pour 2007) auraient pourtant dû mettre en garde. Elles rappelaient que l'évolution en valeur de la ligne médicaments a été de 5,6 % en 2002, de 6,0 % en 2003, de 5,3 % en 2004 et de 4,2 % en 2005. Dans ces conditions, on ne pouvait donc pas raisonnablement envisager ni en 2006, ni en 2007, une baisse marquée pour cette enveloppe, sauf mesures très volontaristes qui n'étaient pas prévues.

SUR LES DÉPENSES DES HÔPITAUX

Question 4

a) Que pense la Cour de la décision du Gouvernement de faire passer le taux d'application de la T2A à 100 % l'année prochaine ?

b) Comment et sur quelles bases doivent être établis les référentiels nationaux de coûts représentatifs des différentes activités de l'hôpital ?

c) Comment peut-on progresser dans le pilotage de la dépense hospitalière ? Quelle est la position de la Cour sur les différents projets de réforme envisagés à cet égard ?

Réponse

La tarification à l'activité (ou T2A) vise à inciter les établissements à mieux connaître et maîtriser leurs coûts, activité par activité. La Cour avait analysé la mise en place de cette T2A, dans son rapport sur la sécurité sociale de l'an passé. Si de manière générale l'utilité de cette réforme n'était pas contestée, le rapport a mis en évidence un risque inflationniste, connu d'ailleurs dans tous les pays qui ont retenu cette approche. Elle avait également souligné la nécessité de progrès dans les outils comptables et de gestion, au sein des établissements, et dans les contrôles, de la part des caisses.

La réforme prévue dans le prochain PLFSS ne modifie pas le calendrier cible, prévu jusqu'en 2012, pour une application pleine de tarifs nationaux à tous les établissements. Mais elle modifie ses modalités. Sans entrer dans des explications trop techniques, on peut retenir seulement que les nouvelles modalités, en supprimant la dotation annuelle complémentaire, renforceront l'incidence de la nouvelle tarification.

Ainsi la réforme devrait accélérer les effets attendus de la réforme, ce qui se traduira par un gain supplémentaire pour les établissements qui étaient avantagés par le système de la T2A ou qui s'y sont adaptés, en codant tous leurs actes et en réorientant leurs activités vers les créneaux les plus rentables. Ils verront leurs recettes s'accroître. Les autres établissements subiront des pertes de recettes plus élevées et leurs comptes se dégraderont.

Ces effets se conjuguent avec ceux des mesures appliquées désormais aux établissements en déséquilibre financier (des contrats de retour à l'équilibre financier sont négociés avec les ARH, et peuvent impliquer des restructurations de services, voire la recherche). Ils devraient conduire à accélérer le rythme des restructurations hospitalières.

Rappels

L'application de la T2A aux hôpitaux publics et PSPH devait se faire progressivement : depuis 2005, les établissements facturaient aux tarifs nationaux la totalité de leur activité de soins en médecine, chirurgie et obstétrique, mais une part seulement leur était payée sous forme de tarifs (25 % en 2005, 35 % en 2006 et 50 % en 2007).

Les établissements percevaient en outre une dotation annuelle complémentaire (DAC) fixée en début d'année : cette dotation a été initialement calculée sur la base du budget de chaque établissement ; puis elle a été modulée chaque année en fonction d'un taux de croissance national, fixé uniformément pour l'ensemble des hôpitaux.

Les effets de cette progressivité étaient doubles :

- ils permettaient de lisser les effets redistributifs de la convergence entre les établissements (certains sont avantagés par l'application de la T2A, d'autres y perdent : la progressivité de l'application du système limitait les pertes de recettes de ces derniers par rapport au système précédent de la dotation globale) ;

- ils neutralisaient, par le jeu de la Dac, les différences de variation de volume d'activité entre les établissements, puisque le taux de croissance national de cette dotation était uniforme.

En plus de la rémunération à l'activité et de la Dac, les établissements perçoivent d'autres recettes qui ne sont pas remises en cause par le PLFSS 2008 : les MIGAC, les paiements forfaitaires (forfaits d'urgence ou de greffes), les paiements de produits facturés en sus (comme les molécules onéreuses remboursées à 100 % par l'assurance maladie).

Les comptes des établissements publics de 2005 (DGCP) montrent que, dans les budgets principaux (hors budgets annexes), les produits dits « de groupe 1 » (recettes de l'assurance maladie correspondant à l'activité MCO) représentaient 78%, dont **15,5 % pour la partie donnant lieu à tarification à l'activité**, 47 % pour la Dac, 10,5 % pour les Migac et 5 % pour les autres paiements.

Les référentiels nationaux des coûts des activités de l'hôpital

La Cour a abordé dans son insertion sur la fiabilité des comptes hospitaliers la question du « parangonnage » (ou « bench-marking ») entre établissements, et relevé que des outils comme la comptabilité analytique, ou au niveau national le recueil d'informations financières, étaient encore trop peu développés et imparfaits.

Depuis lors, une étude comparative des coûts portant sur de nombreux établissements a été réalisée. C'est à l'administration, en particulier à la DHOS, de poursuivre ses progrès car la résolution de ces questions est devenue encore plus urgente, dès lors que la T2A prend une place croissante dans les budgets hospitaliers.

Le pilotage des dépenses hospitalières

L'amélioration du pilotage de la dépense hospitalière passe par de nombreux canaux, dont je citerai les principaux :

- la généralisation et le perfectionnement de la comptabilité analytique des hôpitaux ;

- la mise en œuvre de systèmes d'information permettant à chaque hôpital de suivre l'évolution de sa rentabilité par une batterie d'indicateurs de performance ;

- la création effective de pôles de responsabilité permettant de mutualiser les ressources de chaque service hospitalier, en personnel et en équipement, notamment pour rentabiliser les blocs opératoires aujourd'hui sous-utilisés dans le secteur public ;

- la suppression des services de chirurgie pratiquant trop peu d'opérations annuelles, qui sont dangereux et mobilisent trop de ressources.

Ces chantiers feront l'objet d'un suivi par la Cour, en lien avec les chambres régionales des comptes, et dont les rapports annuels rendront compte, puisque désormais c'est dans le RALFSS que la Cour rend compte de l'avancement d'un programme triennal de travaux, sur la gestion hospitalière.

SUR L'ASSIETTE DES PRÉLÈVEMENTS SOCIAUX FINANÇANT LE RÉGIME GÉNÉRAL

Question 5

Dans son rapport, la Cour insiste sur le fait que les estimations et chiffrages, effectués sur les « niches sociales », représentent des ordres de grandeur. Ceux-ci ont-ils été validés par les ministères compétents ?

La Cour propose de plafonner les exonérations de cotisations sociales appliquées à trois catégories de dispositifs. Que pense-t-elle d'une autre solution qui consisterait à taxer de manière forfaitaire et à un taux très faible l'ensemble de ces niches ?

Réponse

La Cour a adressé dans le cadre de la procédure traditionnelle de contradiction son projet d'insertion aux ministères compétents. Comme les années précédentes, nous avons reçu des réponses intéressantes de plusieurs ministères sur ce thème. Je note cependant que d'autres n'ont pas été en mesure ou n'ont pas souhaité y répondre.

Comme pour les dépenses fiscales les évaluations sont par nature difficiles. La Cour relève en outre, pour le secteur social, qu'elles sont trop rares, et encore plus rarement accompagnées d'évaluation de leur efficacité.

Les précautions de méthode indispensables ont donc été rappelées : Comme indiqué dans le rapport, les calculs ont été effectués sur les chiffres disponibles pour 2005. En outre, et surtout, nos calculs ne tiennent pas compte de la répercussion éventuelle d'une taxation sur les sommes distribuées au titre des différents dispositifs. Chaque fois que cela nous est apparu possible, nous avons cependant donné une fourchette en faisant l'hypothèse d'un coût constant pour l'entreprise avec ou sans taxation. Au total, donc, nos chiffres sont donc solidement documentés, mais ils ne peuvent pas l'être à l'euro près. C'est pourquoi nous parlons d'ordre de grandeur.

Quant au choix des recommandations faites, et notamment à l'arbitrage entre la solution d'un plafonnement ou d'un taux réduit, je ferai la remarque suivante. La loi pose le principe que tous les éléments de rémunération, quelle qu'en soit la forme, sont soumis à cotisation. La logique voudrait donc qu'ils le soient tous à un taux uniforme. Si tel était le cas, il serait possible, à recettes inchangées, de réduire les taux de cotisation de plusieurs points.

Par principe, donc, il me semble préférable de privilégier l'application des règles générales, en évitant la multiplication de dispositifs ad hoc, complexes en gestion.

SUR LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

Question 6

Quelle est la position de la Cour sur les dispositions du PLFSS pour 2008 destinées à traiter le problème de l'inégale répartition des médecins sur l'ensemble du territoire.

La Cour estime indispensable de réduire le nombre des instances chargées des questions de démographie médicale. Quelle est donc celle qu'il convient de privilégier pour atteindre une meilleure efficacité ?

Réponse

1) La Cour ne peut être que satisfaite, sur le principe, des orientations qui sont prévues dans le PLFSS pour 2008 pour traiter le problème de l'inégale répartition des médecins sur l'ensemble du territoire.

Il faut noter que le dispositif législatif proposé est identique à celui prévu pour les infirmiers mais l'examen de l'exposé des motifs pour les articles concernés montre de sensibles différences entre les deux situations.

S'agissant des infirmiers, cet exposé des motifs est clair et précis et s'appuie sur la convention signée le 22 juin dernier par quatre syndicats de cette profession qui acte le principe d'un conventionnement sélectif dans les « bassins de vie à forte densité d'infirmiers libéraux où seuls les départements d'infirmiers libéraux ouvriraient l'accès à de nouveaux conventionnements ».

S'agissant des médecins, la réflexion est moins avancée puisqu'aucune convention n'a été signée sur cette question pour l'instant. L'exposé des motifs évoque par ailleurs l'organisation d'un « débat préalable qui sera étendu aux internes et aux jeunes professionnels ». L'opposition résolue affichée par certains syndicats, mais aussi le mouvement de grève lancé actuellement par les internes montrent l'extrême sensibilité de la question. Je tiens à rappeler sur ce point que non seulement la formation des médecins est financée sur fonds publics, ce qui est le cas le plus fréquent en France, mais encore et surtout ils sont directement (hôpitaux) ou indirectement (ville) payés par les fonds publics de l'assurance maladie. Or, dans les mêmes conditions de financement de leurs formations, les agents publics n'ont pas le libre choix de leur lieu d'affectation.

En outre, je m'interroge sur la méthode choisie: le projet de loi délègue aux partenaires conventionnels la définition des mesures favorisant une meilleure répartition des praticiens sur le territoire. Dans le contexte que j'ai déjà évoqué, on peut s'interroger sur les chances de réussite d'une telle méthode. Je rappelle que la Cour recommande que l'organisation de l'offre de soins demeure de la compétence principale de l'Etat, qui apparaît mieux à même de garantir le principe d'égal accès aux soins.

2) La Cour a en effet été surprise par le nombre des instances chargées des questions de démographie médicale. Notre réponse est simple : il faut privilégier l'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) créé en 2003 qui a pour mission le diagnostic national et régional de la démographie des professions de santé et dont les travaux font autorité. Cela signifie par conséquent qu'il faut supprimer le comité de la démographie médicale créé par la loi relative à l'assurance maladie de 2004 qui est redondant avec l'ONDPS et qui est au demeurant encore virtuel puisque, trois ans après la loi, ses membres ne sont toujours pas nommés.

Il conviendrait aussi de supprimer, si possible, l'observatoire conventionnel de la démographie médicale prévu par l'avenant conventionnel de 2007 relatif au dispositif de majoration forfaitaire de 20 % de la rémunération des généralistes exerçant en cabinet de groupe dans les zones déficitaires.

Nous sommes également dubitatifs sur les travaux réalisés par les missions régionales de santé (MRS) également mises en place par la loi de 2004 qui sont notamment chargées d'identifier les zones déficitaires en matière d'offre. Le zonage effectué par les MRS pose problème car les méthodes utilisées varient selon les régions. Je note que le PLFSS pour 2008 prévoit une procédure de validation nationale par le directeur général de l'Uncam et le ministre de la santé.

SUR LES AIDES PUBLIQUES AUX FAMILLES

Question 7

L'approche globale retenue par la Cour pour examiner l'efficacité de la politique familiale, en juxtaposant les prestations sociales, les aides fiscales et divers autres avantages, permet une analyse moins cloisonnée de l'effort public en faveur des familles.

Faut-il généraliser et approfondir cette approche ? Dans quels autres secteurs sociaux pourrait-elle être utilisée et avoir des conséquences positives en matière de gestion des finances publiques ?

La Cour a estimé, au mois de juin dernier, qu'elle n'était pas en mesure de certifier les comptes de la branche famille en raison d'un certain nombre d'insuffisances dans l'organisation et la gestion de cette branche. La Cour a-t-elle une action particulière auprès de la Cnaf pour assurer un suivi de ses observations et appuyer la caisse dans sa mise à niveau.

Réponse

Cette approche globale peut également être adoptée dans d'autres secteurs. Je pense par exemple à celui de retraites où la problématique d'ensemble ne peut pas faire abstraction des avantages fiscaux dont bénéficient les retraités. La Cour a notamment relevé depuis plusieurs années le cas de la majoration de 10 % accordée aux retraités ayant élevé trois enfants et plus. Cette majoration, proportionnelle aux retraites, accordée aux deux parents n'est pas imposable.

Par ailleurs, la Cour devrait se pencher dans son prochain rapport sur le thème de la protection sociale des travailleurs indépendants, qui permettra d'aborder tant les prestations sociales qui leurs sont servies que leur régime d'imposition ou de taxation sociale.

En ce qui concerne la Cnaf, la Cour, comme vous le rappelez, n'a pas été en mesure de certifier les comptes de cette branche.

Les instances dirigeantes de la Cnaf ont pris conscience des efforts à faire pour remédier aux insuffisances qui ont justifié la position de la Cour.

En témoigne la démarche du président du conseil d'administration de la CNAF qui a demandé audience au Premier président pour évoquer cette question.

Comme en 2007, l'équipe de la 6^e chambre chargée de la certification des comptes de la branche famille sera très présente à la Cnaf pour l'aider à préparer la certification 2008.