

N° 88

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2010-2011

Enregistré à la Présidence du Sénat le 3 novembre 2010

RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1) sur le projet de loi de
financement de la sécurité sociale pour 2011, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE
NATIONALE,*

Par M. Alain VASSELLE,
Sénateur,
Rapporteur général.

Tome I :
Équilibres financiers généraux

(1) Cette commission est composée de : Mme Muguet Dini, présidente ; Mme Isabelle Debré, M. Gilbert Barbier, Mme Annie David, M. Gérard Dériot, Mmes Annie Jarraud-Vergnolle, Raymonde Le Texier, Catherine Procaccia, M. Jean-Marie Vanlerenberghe, vice-présidents ; MM. Nicolas About, François Autain, Paul Blanc, Jean-Marc Juilhard, Mmes Gisèle Printz, Patricia Schillinger, secrétaires ; M. Alain Vasselle, rapporteur général ; Mmes Jacqueline Alquier, Brigitte Bout, Claire-Lise Champion, MM. Jean-Pierre Cantegrit, Bernard Cazeau, Yves Daudigny, Mmes Christiane Demontès, Catherine Deroche, M. Jean Desessard, Mme Sylvie Desmarescaux, M. Guy Fischer, Mme Samia Ghali, MM. Bruno Gilles, Jacques Gillot, Adrien Giraud, Mme Colette Giudicelli, MM. Jean-Pierre Godefroy, Alain Gournac, Mmes Sylvie Goy-Chavent, Françoise Henneron, Marie-Thérèse Hermange, Gélita Hoarau, M. Claude Jeannerot, Mme Christiane Kammermann, MM. Ronan Kerdraon, Marc Laménié, Serge Larcher, André Lardeux, Dominique Leclerc, Jacky Le Menn, Jean-Louis Lorrain, Alain Milon, Mmes Isabelle Pasquet, Anne-Marie Payet, M. Louis Pinton, Mmes Janine Rozier, Michèle San Vicente-Baudrin, MM. René Teulade, François Vendasi, André Villiers.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (13^{ème} législ.) : 2584, 2912, 2916 et T.A. 553

Sénat : 84 et 90 (2010-2011)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
AVANT-PROPOS	9
I. 2009 - 2011 : APRÈS L'EXPLOSION DES DÉFICITS, LA STABILISATION DES COMPTES	11
A. 2009 : L'EXPLOSION DES DÉFICITS	11
1. <i>Un effondrement des recettes</i>	12
2. <i>Une progression maîtrisée des dépenses</i>	13
B. 2010 : LE DÉRAPAGE EST CONTENU	14
1. <i>Un déficit inférieur de 7,5 milliards aux prévisions</i>	15
2. <i>Des dépenses en léger retrait</i>	16
C. 2011 : LE DÉBUT DU REFLUX.....	17
1. <i>Des recettes confortées</i>	17
2. <i>Des mesures d'économies substantielles</i>	20
II. UN PLFSS QUI ENGAGE LE REDRESSEMENT DES COMPTES	23
A. UNE REPRISE DE DETTE SANS PRÉCÉDENT	23
1. <i>Un doublement de la dette sociale</i>	23
2. <i>Un plan de financement diversifié</i>	24
B. UNE STRATÉGIE AMBITIEUSE DE RÉDUCTION DES NICHES SOCIALES	27
1. <i>Une priorité affirmée depuis longtemps par la commission</i>	27
2. <i>Les mesures proposées par le Gouvernement</i>	28
C. UNE MAÎTRISE DES DÉPENSES PORTÉE PAR DE PREMIÈRES RÉFORMES STRUCTURELLES	28
1. <i>La réforme des retraites</i>	28
2. <i>L'amélioration du suivi des dépenses d'assurance maladie</i>	30
TRAVAUX DE LA COMMISSION	36
I. AUDITIONS DES MINISTRES	36
• Audition d'Eric WOERTH, ministre du travail, de la solidarité et de la fonction publique et Mmes Nadine MORANO, secrétaire d'Etat chargée de la famille et de la solidarité et Nora BERRA, secrétaire d'Etat chargée des aînés	36
• Audition de Roselyne BACHELOT-NARQUIN, ministre de la santé et des sports	47
• Audition de François BAROIN, ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat	57
II. AUDITION DE LA COUR DES COMPTES	66
• Audition de Didier MIGAUD, Premier président, Rolande RUELLAN, présidente de la 6^e chambre, Laurent RABATÉ, conseiller-maître, rapporteur général, Jean- Pierre LABOUREIX, conseiller-maître, et Simon BERTOUX, auditeur, de la Cour des comptes	66

ANNEXE - RÉPONSES DE LA COUR DES COMPTES AU QUESTIONNAIRE DE M. ALAIN VASSELLE, RAPPORTEUR GÉNÉRAL DE LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, SUR LE RAPPORT CONSACRÉ À LA SÉCURITÉ SOCIALE.....	81
ANNEXE - RÉPONSES DE L'ACOSS, AU QUESTIONNAIRE DE M. ALAIN VASSELLE, RAPPORTEUR GÉNÉRAL DE LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	92
ANNEXE - TRAVAUX DE LA MECSS EN 2010.....	97

Les observations et propositions de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux en 2011

Par la voix de son rapporteur général, Alain Vasselle, la commission fait un triple constat :

- **les finances sociales participent désormais pleinement à la politique générale de réduction des déficits publics** : la sphère sociale est incluse à part entière dans la trajectoire de la programmation quadriennale ; de nouveaux outils sont mis en place pour mieux réguler les dépenses, notamment celles de la branche maladie ;

- **les prévisions à moyen terme restent inquiétantes** : les déficits cumulés du régime général et du FSV seront supérieurs à 20 milliards d'euros jusqu'en 2013 ;

- **les limites du report des difficultés actuelles sur les générations futures sont atteintes** : sans un retour plus rapide vers l'équilibre, c'est la pérennité de notre modèle de protection sociale actuel qui est en jeu.

Les trois priorités qu'elle mettait en exergue l'an dernier - régler la question de la dette sociale, poursuivre la maîtrise des dépenses, assurer un financement durable de la protection sociale - **reçoivent une vraie réponse cette année** :

• **Le PLFSS organise la plus importante reprise de dette sociale jamais effectuée**

- le transfert à la Cades de **130 milliards**, dont 68 dès 2011, représente un quasi-doublement de la dette sociale reprise par celle-ci depuis sa création en 1996 ;

- la commission regrette que **la CRDS, ressource naturelle de la Cades**, n'ait pas été privilégiée pour assurer le financement de cette dette ; prenant acte du montage mis en place par le Gouvernement, elle propose de le compléter par **un mécanisme de garantie des ressources de la branche famille**, par l'affectation prioritaire à celle-ci et à due concurrence de l'excédent du panier de recettes affectées à la compensation des allègements généraux de charges sociales ;

- elle ne juge pas opportun d'inclure les **déficits de la branche AT-MP** pour 2009 et 2010, soit 1,2 milliard, dans l'opération de reprise de dette, en raison de la spécificité de la gestion de cette branche et de son retour à une situation excédentaire dès 2011.

• **Des réformes structurelles sont véritablement engagées**

- **pour la branche vieillesse, la réforme des retraites** infléchit, modestement encore en 2011, mais réellement et durablement, les tendances très préoccupantes de l'évolution financière des régimes concernés : au lieu d'accuser 45 milliards de déficits en 2018, le système sera proche de l'équilibre ;

- **pour l'assurance maladie, les nouvelles règles de suivi de l'Ondam** ont déjà permis, pour la première fois depuis 1997, le respect de l'objectif ambitieux d'une progression de 3 % seulement en 2010. Son suivi régulier et étroit en cours d'année sera une incitation supplémentaire à la mobilisation des marges d'efficience qui existent, notamment à l'hôpital.

• **Une stratégie ambitieuse de réduction des niches sociales est mise en place**

- **l'annualisation du calcul des allègements de charges sociales**, proposée par la commission voici un an et refusée alors par le Gouvernement, est cette fois retenue comme principale mesure de la réforme des retraites (2 milliards) ; pour aller un peu plus loin dans le débat, la commission propose de geler le point de sortie du dispositif en calculant le seuil de 1,6 smic en fonction du smic en vigueur au 1^{er} janvier 2010 ;

- **toutes les niches sociales** que la commission souhaitait mettre à contribution sont mobilisées : relèvement du forfait social, taxation des retraites chapeaux, des stock-options, des gratifications hors salaires et extension de l'assiette de la CSG par un plafonnement de l'abattement de 3 % ;

- **poursuivre la réflexion sur la mobilisation de nouvelles ressources reste une nécessité**, afin notamment d'assurer le financement de la branche maladie pour laquelle la seule maîtrise des dépenses ne suffira pas à résorber le déficit ; celle-ci pourrait en particulier passer par le développement adapté des taxes comportementales (sur le tabac, les alcools forts, les produits gras, sucrés ou salés néfastes sur le plan diététique).

Mesdames, Messieurs,

L'éclairage triennal de la loi de financement de la sécurité sociale, construit sur le triptyque « exercice clos - exercice en cours - exercice à venir », permet de constater cette année que le dérapage des déficits des comptes sociaux intervenu, du fait de la crise en 2009 et au début de 2010, a pu être contenu. Cette dégradation, inédite par son volume, a heureusement marqué le pas et, en 2011, on devrait pouvoir observer le début d'un reflux.

Cela étant, le socle des déficits qui était de l'ordre de 10 milliards d'euros avant la crise a doublé et se situe désormais à plus de 20 milliards. La perspective d'un retour à l'équilibre à l'horizon 2012 s'est donc définitivement éloignée tandis que le chemin du redressement des comptes est devenu bien plus ardu qu'il ne l'était il y a deux ans.

La conséquence principale de cette situation est une accumulation des déficits rapide et sans précédent, à laquelle le présent projet de loi de financement apporte une solution, dans le nouveau cadre organique récemment voté par le Parlement pour organiser la gestion de la dette sociale. Cette reprise de dette était devenue inéluctable, votre commission la réclamait d'ailleurs depuis plus d'un an. Elle conduira à transférer 130 milliards de dette à la Cades au cours des prochaines années.

D'autres mesures sont prises dans le cadre de ce projet de loi de financement, notamment en matière de recettes, le Gouvernement s'étant engagé dans une vraie stratégie de réduction des niches sociales. Parallèlement, les moyens de mieux maîtriser les dépenses, notamment d'assurance maladie, sont mobilisés. Les finances sociales sont clairement mises sur la voie d'un retour à l'équilibre, même si l'échéance de celui-ci est sans doute encore lointaine.

Ce projet de loi de financement est également le support d'une partie des mesures de la réforme des retraites, aussi bien pour sa partie financement que pour la prise en charge, par le FSV, des mesures de solidarité. Il ne les comporte pas toutes cependant car certaines d'entre elles figurent dans le

projet de loi de finances ; votre commission s'en saisira pour avis afin de les examiner avec attention et d'assurer une cohérence de l'ensemble.

Comme chaque année, outre l'analyse de la situation actuelle et des mesures proposées par le Gouvernement, votre commission souhaite ici formuler des propositions, continuer à poser des questions et ouvrir des débats.

En s'appuyant sur les travaux de sa Mecss, elle poursuivra son travail de réflexion et de contrôle tout au long de l'année. L'exécution de la loi de financement devra en effet être suivie de près car les incertitudes actuelles ne doivent pas fournir de prétexte à des dérives mais bien au contraire susciter de nouvelles formes de réponses.

Il nous faut en effet plus que jamais inventer la meilleure façon de s'attaquer aux causes structurelles des déficits et trouver les moyens pour cesser réellement de les reporter sur les générations futures.

I. 2009 - 2011 : APRÈS L'EXPLOSION DES DÉFICITS, LA STABILISATION DES COMPTES

Si 2008 s'est terminé avec un déficit stabilisé à environ 10 milliards d'euros, 2009 a été une année de profonde dégradation des comptes, du fait de la crise. Le déficit de 2010, toujours en progression, est toutefois en retrait sensible par rapport aux prévisions inquiétantes d'il y a un an. 2011 devrait permettre un premier reflux, sans pour autant descendre en-deçà du socle de 20 milliards d'euros, dépassé chacune de ces trois années.

A. 2009 : L'EXPLOSION DES DÉFICITS

Du fait de la crise, le régime général a terminé l'année avec un solde négatif de **20,3 milliards d'euros, soit pratiquement le double de ce qui était initialement prévu, à savoir 10,5 milliards.**

Alors qu'en 2002, le déficit du régime général n'était que de 3,5 milliards, il s'est stabilisé autour de 10 milliards entre 2003 et 2008 à la suite du ralentissement économique de 2002-2003. A partir de 2006, on observe un début de redressement des comptes. Mais, en 2009, se produit une aggravation jamais connue dans l'histoire de la sécurité sociale.

Soldes par branche du régime général sur la période 2004-2009

(en milliards d'euros)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Maladie	- 11,6	- 8,0	- 5,9	- 4,6	- 4,4	- 10,6
Vieillesse	0,3	- 1,9	- 1,9	- 4,6	- 5,6	- 7,2
Famille	- 0,4	- 1,3	- 0,9	0,2	- 0,3	- 1,8
Accidents du travail	- 0,2	- 0,4	- 0,1	- 0,5	0,2	- 0,7
Total régime général	- 11,9	- 11,6	- 8,7	- 9,5	- 10,2	- 20,3

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale

La **branche maladie**, en particulier, a vu ses comptes se dégrader très profondément : le déficit qui devait être de 4,6 milliards, selon la prévision initiale, a fini à 10,6 milliards dans les comptes définitifs. En quelques mois, tous les efforts entrepris année après année pour parvenir à une vraie réduction du déséquilibre ont été réduits à néant. Elle est donc redevenue en 2009 la branche la plus déficitaire.

Le déficit global du régime général est toutefois inférieur de 3,1 milliards d'euros à la prévision associée à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010. L'écart s'explique pour plus de la moitié par la

baisse moins forte que prévue de la masse salariale, celle-ci ayant diminué de 1,3 % au lieu des 2 % escomptés dans la loi de financement votée l'an dernier.

Le tableau ci-après 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 2009
du régime général**

(en milliards d'euros)

	LFSS pour 2009	LFSS pour 2010	PLFSS pour 2011
Maladie	- 4,6	- 11,5	- 10,6
Vieillesse	- 5,3	- 8,2	- 7,2
Famille	- 0,5	- 3,1	- 1,8
AT/MP	- 0,1	- 0,6	- 0,7
Total	- 10,5	- 23,4	- 20,3

En ce qui concerne le FSV, après les soldes positifs de 800 millions d'euros en 2008 et de 200 millions en 2007, qui succédaient à plusieurs années de déséquilibres importants, **le FSV renoue en 2009 avec le déficit**. Celui-ci s'établit au montant particulièrement élevé de **3,2 milliards d'euros**. Dans la prévision initiale, le fonds devait n'enregistrer qu'un déficit d'un milliard.

Ce mauvais résultat s'explique par **la conjonction de deux facteurs négatifs** : une baisse sensible des recettes du fonds, due notamment à la perte de 0,2 point de CSG transféré à la Cades, et un accroissement de 17,5 % des dépenses au titre de la prise en charge des cotisations des chômeurs du fait de la dégradation de l'emploi.

1. Un effondrement des recettes

L'essentiel de la dégradation a résulté de la chute sans précédent des recettes avec, pour la première fois depuis la guerre, une baisse de la masse salariale, de 1,3 %.

Ainsi, en 2009, les produits du régime général ont légèrement diminué. La forte contraction de la masse salariale et la chute des revenus du capital sont les explications principales.

- Les **cotisations** affectées au régime général ont progressé de 0,4 % par rapport à 2008 pour atteindre 169 milliards d'euros, alors que la masse salariale du secteur privé diminuait de 1,3 %. Cet écart provient notamment d'une contraction de l'évolution des exonérations plus importante que celle de l'assiette privée des cotisations et du dynamisme des recettes des autres secteurs d'activité (secteur public, employeurs et travailleurs indépendants, exploitants agricoles).

- Les **impôts et taxes affectés au régime général**, d'un montant de 94,5 milliards, ont diminué de 0,4 % en 2009 alors qu'ils avaient augmenté de 7,9 % en 2008. **La CSG affectée au régime général s'est contractée de 2,4 %**, en raison notamment de la chute du rendement des prélèvements sociaux assis sur les revenus du capital. Les impôts et taxes affectés au régime général en compensation des allègements de cotisations ont diminué de 1,8 %, du fait notamment de la baisse du rendement de la taxe sur les salaires. De nouvelles taxes (montée en charge de la contribution sur les mises à la retraite, forfait social) et des réaffectations de taxes existantes au profit du régime général (fraction supplémentaire du prélèvement de 2 % sur les revenus du capital au profit de la Cnav et augmentation de la fraction des droits de consommation sur les tabacs affectée à la Cnam) ont limité l'érosion du rendement global.

- Les **contributions de l'Etat** au régime général se sont élevées à 10,3 milliards. Les prises en charge de cotisations par l'Etat ont décliné sous l'effet notamment de la diminution de certains dispositifs d'exonération.

- Enfin, les **transferts en provenance d'organismes tiers** représentent 28,8 milliards d'euros de recettes pour le régime général et sont en hausse de 9,4 % par rapport à 2008. En particulier, la dégradation du marché du travail a conduit à une **forte hausse des transferts du FSV vers la Cnav** au titre de la prise en charge des cotisations des chômeurs.

2. Une progression maîtrisée des dépenses

En sens inverse, on a enregistré une relative bonne tenue des dépenses, avec une progression inférieure aux années antérieures, en particulier pour la vieillesse, alors que les précédents épisodes récessifs avaient entraîné une dérive des dépenses.

La croissance des dépenses du régime général s'est établie, en 2009 comme en 2008, à 4,2 %, cette évolution masquant des situations différentes :

- Les **dépenses maladie du champ de l'Ondam** ont atteint 157,6 milliards d'euros soit un dépassement de 740 millions par rapport à l'objectif initial et de 400 millions par rapport aux prévisions de septembre 2009. Dans ces conditions, les dépenses ont connu une progression de 3,7 % par rapport à 2008, ce qui constitue la moyenne de la croissance des dépenses au cours des cinq dernières années.

Le dépassement constaté en fin d'année porte sur les établissements de santé où il est imputé à un volume d'actes plus important que prévu, à l'effet de la nouvelle tarification mise en place en mars 2009 et à l'épisode grippal de fin d'année.

Les dépenses de soins de ville ont augmenté de 3,5 % en 2009, après 2,5 % en 2008 et 4,4 % en 2007. Le résultat de 2009 est en fait dans le prolongement de celui de 2008 si l'on tient compte de l'incidence sur ce

dernier de la mise en place des franchises. Les dépenses de médicaments, qui avaient été en 2008 le principal poste concerné par les franchises, ont augmenté de 3 %. Les dépenses relatives aux établissements de santé ont, quant à elles, augmenté de 3,6 % (après 3,9 % en 2008 et 3 % en 2007).

- L'augmentation des **prestations de retraite servies par la Cnav**, qui était de l'ordre de 6 % par an entre 2005 et 2008, s'est infléchie en 2009 (4,8 %). Ce ralentissement tient pour la plus grande part à la diminution du nombre de départs en retraite anticipée, passé d'environ 100 000 en 2008 à 25 000 en 2009. Leur baisse est liée à l'allongement de la durée d'assurance requise, en application de la loi de 2003, et aux restrictions apportées aux régularisations de cotisations arriérées. Elle entraîne pour la première fois une réduction du coût du dispositif (2,1 milliards en 2009 contre 2,4 milliards en 2008).

Hors retraite anticipée, le flux de départs se stabilise autour de 660 000 à 670 000 et le nombre de retraités âgés de soixante ans et plus continue de croître à un rythme rapide, proche de 3,5 % par an, qui explique l'essentiel de l'augmentation des dépenses de prestations.

- Les **prestations familiales** ont crû en 2009 à un rythme légèrement supérieur à celui de 2008 puisqu'elles ont progressé de 3,3 %. Les prestations en faveur de la petite enfance contribuent à la croissance de ces prestations à hauteur de 1,9 point. Les charges nettes de la branche ont été accrues en 2009 par l'augmentation de dix points du taux de prise en charge par la Cnaf des majorations de pensions pour enfants. Le déficit de la branche s'est fortement aggravé, passant de 1,8 milliard à 3,8 milliards.

- La branche **accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP)**, qui avait connu en 2008 un résultat excédentaire de 241 millions d'euros après un déficit d'environ 500 millions en 2007, a de nouveau été en déséquilibre en 2009 à hauteur de 713 millions. Ce déficit provient pour les deux tiers d'un nouveau dynamisme des charges nettes, qui ont augmenté de 5,8 % après avoir diminué de 1,4 % en 2008, et pour un tiers de recettes nettes en recul de 3,2 %. Les prestations légales ont progressé de 4 % par rapport à 2008. En particulier, les indemnités journalières d'accidents du travail, en hausse de 5,5 %, ont conservé une progression très rapide. La hausse des charges est également imputable à l'augmentation de 300 millions d'euros du transfert à la Cnam au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles.

B. 2010 : LE DÉRAPAGE EST CONTENU

Le projet de loi de financement de l'an dernier prévoyait un déficit du régime général de **30,6 milliards d'euros**, un ordre de grandeur encore jamais atteint. Fort heureusement, le léger rebond de la croissance et surtout la reprise de la progression de la masse salariale, qui devrait être de 2 % cette année, laissent augurer d'une réduction significative de ce montant, qui pourrait

s'élever à **23,1 milliards**, soit **un moindre déficit de 7,5 milliards**. La branche maladie resterait la plus déséquilibrée avec un solde négatif de 11,4 milliards, soit la moitié du déficit total. Toutefois, pour la première fois depuis 1997, l'Ondam 2010 a été respecté, ce qui traduit la volonté du Gouvernement de réellement tenir les objectifs financiers qu'il a fixés.

1. Un déficit inférieur de 7,5 milliards aux prévisions

Le régime général devrait enregistrer **un déficit inférieur de 7,5 milliards aux prévisions initiales**, ce qui correspond à une baisse de 25 % du montant voté il y a un an et un retour à un niveau de déficit plus proche de celui constaté pour 2009.

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

Soldes par branche du régime général en 2010

(en milliards d'euros)

	Loi de financement pour 2010	Projet de loi de financement pour 2011
Maladie	- 14,5	- 11,4
Vieillesse	- 10,7	- 8,6
Famille	- 4,4	- 2,6
Accidents du travail	- 0,8	- 0,5
Total régime général	- 30,6	- 23,1

Toutes les branches voient leurs déficits prévisionnels s'amoinrir : la maladie de 3,1 milliards, la vieillesse de 2,1 milliards, la famille de 1,8 milliard et les AT-MP de 300 millions d'euros.

Comme pour l'ensemble des régimes de base, dont le régime général représente près des trois quarts des dépenses, la meilleure situation des comptes des différentes branches est essentiellement imputable à l'endiguement de la chute spectaculaire des recettes qui s'est produite en 2009 et au début de 2010. Par rapport aux prévisions d'il y a un an, le produit des recettes du régime général a augmenté de 5,2 milliards d'euros.

Cette amélioration est même plus sensible que ce qui était envisagé dans le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale du mois de juin dernier, qui évaluait le déficit du régime général pour 2010 à 26,8 milliards d'euros.

Au total en 2010, le **taux de couverture des charges du régime général par ses produits serait donc de 92,7 %**, en retrait par rapport à 2009 qui affichait un taux de 93,5 %.

Taux de couverture des charges par les produits pour les branches du régime général en 2010

(en milliards d'euros)

	Produits nets	Charges nettes	Taux de couverture
Maladie	143,0	154,5	92,6 %
Vieillesse	93,8	102,4	91,6 %
Famille	50,7	53,3	95,0 %
Accidents du travail	10,9	11,3	95,7 %
Total régime général	293,1	316,3	92,7 %

Le FSV voit également son déficit se creuser un peu moins que prévu. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 envisageait un déficit de 4,5 milliards d'euros ; au mois de juin dernier, la commission des comptes de la sécurité sociale tablait sur un solde négatif de 4,3 milliards; le présent projet de loi de financement maintient ce chiffre en le fixant à **4,3 milliards**, ce qui représente **un moindre déficit de 200 millions par rapport aux prévisions initiales**.

2. Des dépenses en léger retrait

Le tableau ci-après fournit le détail des rectifications des objectifs de dépenses par branche pour l'année 2010.

Objectifs de dépenses par branche du régime général en 2010

(en milliards d'euros)

	Objectifs initiaux	Objectifs révisés	Evolution	Evolution en %
Maladie	155,7	154,6	- 1,1	- 0,7
Vieillesse	102,9	102,4	- 0,5	- 0,5
Famille	54,1	53,3	- 0,8	- 1,5
AT-MP	11,4	11,3	- 0,1	- 0,9
Toutes branches	318,5	316,5	- 2,0	- 0,6

Au total, la rectification des dépenses atteint **2 milliards d'euros** pour le régime général, soit une diminution de 0,6 %. Toutes les branches affichent une baisse de leurs dépenses : 1,1 milliard pour l'assurance maladie, 500 millions pour la vieillesse, 800 millions pour la famille et 100 millions pour les AT-MP.

Trois raisons principales expliquent cette croissance moins importante que prévu des dépenses du régime général :

- les moindres revalorisations intervenues le 1^{er} janvier 2010, du fait d'une inflation plus faible qu'attendu, des prestations versées par la branche famille et, pour une moindre part, par la branche vieillesse ;

- une diminution des dépenses au titre des retraites anticipées pour longue carrière ; le coût de ce dispositif qui avait augmenté chaque année de 2004 à 2008 est en réduction sensible, passant de 2,4 milliards en 2008 à 2,1 milliards en 2009 et 1,5 milliard en 2010 ;

- le ralentissement des dépenses d'assurance maladie du champ de l'Ondam, compte tenu notamment du gel de certaines dotations, pour un montant de 500 millions. Grâce à ces dernières mesures, le taux de progression de l'Ondam pour 2010, soit 3 %, devrait être respecté, ce qui ne s'était plus produit depuis 1997.

C. 2011 : LE DÉBUT DU REFLUX

Pour 2011, le déficit du régime général serait de **21,3 milliards d'euros**.

Les ressources progresseraient de 4,2 %, sous l'effet de l'amélioration de l'environnement économique, mais également du fait de **mesures nouvelles, nombreuses cette année**. Plusieurs d'entre elles visent à financer la réforme des retraites et la reprise de la dette sociale. D'autres viennent alimenter les différentes branches afin de sécuriser leurs recettes

En matière de dépenses, le Gouvernement table sur **des mesures d'économie** et une maîtrise accrue des évolutions tendanciennes. Le projet de loi initial a été significativement complété par l'Assemblée nationale.

1. Des recettes confortées

Les recettes attendues pour 2011 s'élèvent à **426,1 milliards d'euros** pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, en augmentation de 3,9 % par rapport à 2010. Pour le régime général, ce montant est de **306,2 milliards**, en progression de 4,2 % par rapport à 2010.

Cette hausse des recettes est d'abord imputable à **l'amélioration de l'environnement économique**. L'augmentation de la masse salariale privée, qui était estimée à 2 % pour 2010 pourrait atteindre 2,9 % en 2011, entraînant une reprise de la croissance des prélèvements sur les revenus d'activité, et donc des cotisations et de la CSG qui représentent les trois quarts des recettes de la sécurité sociale. L'autre facteur de progression tient à **la stratégie de réduction des niches sociales**.

• Les cotisations

En 2011, les cotisations s'élèveraient à **225,4 milliards d'euros** pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et à **179,2 milliards** pour le régime général, en hausse, respectivement, de 4,5 % et de 5,2 % par rapport à 2010.

Près de la moitié des cotisations sont affectées à la branche vieillesse (45 % du montant total des cotisations pour l'ensemble des régimes de base). Viennent ensuite la branche maladie avec 34,8 %, la famille pour 15 % et les AT-MP pour 5,2 %.

• Les impôts et taxes affectés

En 2011, les impôts et taxes affectés aux régimes de base s'élèveraient à **118,1 milliards d'euros**, en augmentation de 1,4 % par rapport à 2010. Sur ce total, les impôts et taxes affectés au régime général représenteraient **97,7 milliards**, en hausse de 1,6 % par rapport à 2010.

Cette catégorie est donc globalement stable, ainsi qu'en 2009, au lieu d'augmenter comme les années précédentes. 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 60,6 milliards sur un produit total de 73,1 milliards.

Le reste des impôts et taxes affectés est essentiellement marqué par l'évolution des droits tabacs et de la taxe sur les salaires qui entrent dans la composition du panier de recettes fiscales affectées à la compensation des allègements généraux de charges sociales.

• 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, **7,2 milliards d'euros** en 2011.

Elles viennent abonder la branche vieillesse à hauteur de 7,1 milliards. L'essentiel est représenté par les subventions d'équilibre à divers régimes, destinées à assurer l'équilibre de certains régimes spéciaux, qui pourraient s'élever à **7 milliards**, dont 3,2 milliards pour la SNCF (soit près de la moitié de l'ensemble), 1,1 milliard pour le régime des ouvriers de l'Etat, 797 millions pour le régime des marins, 1,2 milliard pour le régime minier et 527 millions pour la RATP. Depuis 2005, le régime des exploitants agricoles ne reçoit plus de subvention d'équilibre.

• **Les transferts**

Les transferts reçus par les régimes de sécurité sociale atteindraient **23,7 milliards d'euros**. L'essentiel est lié à des transferts internes aux régimes de base, notamment au titre de la compensation démographique.

Le tableau ci-après détaille **l'impact attendu par le Gouvernement des mesures nouvelles 2011 sur les recettes**.

Mesures nouvelles 2011 sur les recettes

(en millions d'euros)

	Régime général	Tous régimes
Mesures nouvelles 2011 sur les recettes	922	939
Augmentation du forfait social	350	350
Augmentation des contributions sur les stock-options	70	70
Assujettissement des rémunérations versées par des tiers	70	70
Plafonnement de l'abattement pour frais professionnels applicable à la CSG	20	20
Suppression des exonérations de taxe sur les médicaments orphelins	17	20
Augmentation du taux de la cotisation AT/MP	485	485
Intégration dans l'assiette des cotisations des non-salariés agricoles des revenus tirés de la mise en location des terres et biens		9
Création d'une cotisation maladie sur les pensions servies par la CRPCEN		5

	FSV
Mesures nouvelles en recettes	3 654
Mesure sur les retraites chapeaux	110
Annualisation des allègements généraux et transfert d'une fraction de taxe sur les salaires	2 000
Transfert de la C3S additionnelle et d'une fraction du forfait social	1 410
Plafonnement de l'abattement pour frais professionnels applicable à la CSG	3
Transfert du produit des licences UMTS actuellement au FRR	75
Impact des mesures sur le solde du RSI et gain de C3S	56

Au titre du présent projet de loi de financement, **les mesures nouvelles en matière de recettes** atteignent donc 939 millions d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, dont 922 millions pour le régime général, et plus de 3,6 milliards pour le FSV.

Ces mesures comprennent :

- **l'annualisation du calcul des allègements généraux** de cotisations sociales pour un produit estimé à 2 milliards d'euros ;

- **le relèvement de 0,1 point du taux des cotisations affectées à la branche AT-MP**, pour un rendement attendu de 485 millions d'euros ;

- la poursuite de **la politique de réduction des niches sociales**, avec la majoration du forfait social (article 13), le renforcement des prélèvements portant sur les retraites chapeau (article 10), l'augmentation des contributions sur les stock-options (article 11), le plafonnement de l'abattement pour frais professionnels applicable à la CSG (article 15), l'assujettissement aux prélèvements sociaux des sommes versées par des tiers (article 16).

Le FSV se voit attribuer plus de 3,5 milliards de recettes supplémentaires liées au fait que, dans le cadre de la réforme des retraites, il voit son champ de prise en charge des dépenses de solidarité étendu.

2. Des mesures d'économies substantielles

S'agissant des dépenses, le tableau ci-après présente une synthèse des mesures nouvelles pour 2011 en précisant leur impact financier.

Mesures nouvelles 2011 sur les dépenses

(en millions d'euros)

	Régime général	Tous régimes
Mesures sur les dépenses d'assurance maladie	2 023	2 381
Mesures d'économies intégrées à l'Ondam 2011	2 032	2 390
Baisse de prix des produits de santé	425	500
Ralentissement structurel des dépenses de médicaments (générations...)	60	70
Mise en place d'un forfait pour les bandelettes	30	35
Abaissement du taux K à 0,5 %	43	50
Baisse de tarifs de certains professionnels de santé	170	200
Maîtrise médicalisée	468	550
Réforme ALD sur l'hypertension artérielle	17	20
Fin de la prise en charge automatique des transports à 100 % pour les ALD	17	20
Passage de 91 à 120 € du seuil d'application du forfait de 18 €	81	95
Passage à 30 % des médicaments remboursés actuellement à 35 %	81	95
Passage à 60 % des dispositifs médicaux remboursés actuellement à 65 %	85	100
Convergence tarifaire ciblée	128	150
Optimisation de la performance hospitalière	174	205
Passage du secteur médico-social à une logique AE/CP	255	300
Mesures hors Ondam	- 9	- 9
Cumul des revenus d'une activité salariée avec une pension d'invalidité servie par le RG	- 8	- 8
Transfert des contentieux transfusionnels de l'EFS à l'Oniam	- 21	- 25
Diminution de la dotation à l'Eprus	20	24
Mesures nouvelles en dépenses pour le risque famille	160	160
Harmonisation de la date d'effet pour le versement de l'allocation de base de la Paje	40	40
Suppression de la possibilité d'une rétroactivité de trois mois de l'effet des aides personnelles au logement	120	120
Mesures nouvelles en dépenses pour le risque AT-MP	- 83	- 84
Prise en charge du dispositif « pénibilité »*	- 58	- 58
Augmentation de la dotation de la branche au Fiva	- 25	- 25
Création dans le régime agricole d'aides financières simplifiées	0	- 1
Mesures nouvelles en dépenses pour le risque vieillesse	2 919	3 697
Relèvement de l'âge légal de départ à la retraite (yc impact sur les cotisations et autres prestations)*	180	325
Prolongation de la garantie de 85 % du Smic pour pensionnés ayant eu une carrière complète au Smic*	- 6	- 6
Maintien de l'assurance veuvage*	- 80	- 80
Report de six mois de l'écrêtement du minimum contributif	- 15	- 35
Transfert au FSV du financement d'une partie du minimum contributif	3 000	3 500
Validation de services*	- 160	- 7

* mesures de la réforme sur les retraites

Hors mesure de transfert au FSV du financement d'une partie du minimum contributif, qui représente une économie de 3,5 milliards pour les caisses d'assurance vieillesse, l'analyse de ce tableau montre que l'essentiel des évolutions attendues en termes de dépenses proviendra en 2011, comme les années précédentes, de l'assurance maladie. **Les économies prévues au titre de cette branche atteignent un total d'environ 2,4 milliards d'euros.** Elles s'articulent autour des axes suivants :

- **les actions de gestion du risque et d'efficience à travers notamment la maîtrise médicalisée des dépenses pour 1 160 millions**, dont 550 millions au titre de la maîtrise médicalisée, 70 millions liés à la poursuite du ralentissement structurel des dépenses de médicaments, 205 millions au titre d'une meilleure efficience hospitalière, 300 millions liés à un mode de prévision plus rigoureux de l'Ondam médico-social ;

- **les ajustements de prix et de tarifs**, sur les secteurs des soins de ville comme de l'hôpital, **pour 900 millions**, avec des baisses de tarifs de radiologie et de biologie pour 200 millions, des baisses de prix des médicaments (sous brevet et génériques) et des dispositifs médicaux pour 550 millions et un rapprochement tarifaire pour certaines prestations d'hospitalisation entre les secteurs public et privé pour 150 millions ;

- **le recentrage progressif des dépenses d'assurance maladie sur le financement des soins les plus utiles médicalement pour 330 millions**, avec la hausse du seuil de déclenchement à 120 euros de la participation forfaitaire pour les actes coûteux, soit une économie évaluée pour l'assurance maladie à 95 millions, et la diminution du taux de remboursement de 35 % à 30 % pour certains médicaments et de 65 % à 60 % pour certains dispositifs médicaux, soit une économie totale de 195 millions.

Pour la branche vieillesse, outre la mesure de transfert au FSV précitée, le présent projet de loi de financement anticipe **les premiers effets de la réforme des retraites** avec un impact de la mesure de relèvement de l'âge légal de départ à la retraite estimé à 325 millions pour l'ensemble des régimes obligatoires et 180 millions pour le régime général en 2011.

II. UN PLFSS QUI ENGAGE LE REDRESSEMENT DES COMPTES

L'année dernière, votre commission mettait en exergue **trois priorités** : régler la question de la dette sociale, poursuivre la maîtrise des dépenses, assurer un financement durable de la protection sociale. Elle déplorait qu'aucune d'entre elles ne soit réellement traitée. Cette année, le projet de loi de financement permet de leur apporter au moins un début de réponse et d'engager un processus clair

A. UNE REPRISE DE DETTE SANS PRÉCÉDENT

Ce projet de loi organise la plus importante reprise de dette sociale jamais effectuée avec le transfert à la Cades de 130 milliards, dont 68 dès 2011, ce qui représente un quasi-doublement de la dette sociale reprise par celle-ci depuis sa création en 1996.

1. Un doublement de la dette sociale

L'article 9 du projet de loi organise la reprise de **130 milliards d'euros**, soit presque autant que la dette transférée, depuis sa création, à la Cades, c'est-à-dire 134,6 milliards d'euros, et largement plus que la dette que celle-ci a encore la charge d'amortir, soit environ 90 milliards.

Ces 130 milliards comprennent l'intégralité des déficits du régime général et du FSV pour 2009 et 2010, le déficit prévisionnel de l'assurance maladie et de la famille pour 2011 et les déficits prévisionnels de la branche vieillesse (Cnav et FSV) de 2011 à 2018. La réforme des retraites prévoit en effet un retour à l'équilibre de la branche vieillesse en 2018 et tous les déficits qu'il est prévu d'enregistrer d'ici là sont pris en compte par le traitement de la dette ainsi organisé.

Le Gouvernement répartit cette dette en trois ensembles :

- **la dette de crise**, estimée à 34 milliards d'euros pour 2009 et 2010 ;
- **la dette structurelle**, d'un montant également évalué à 34 milliards pour 2009, 2010 et 2011 au titre de la maladie et de la famille ;
- **les déficits de l'assurance vieillesse** (Cnav et FSV) de 2011 à 2018, soit 62 milliards.

Un tel scénario impliquerait un transfert de dette à l'Acoss de l'ordre de 68 milliards d'euros en 2011, puis d'une dizaine de milliards chaque année jusqu'en 2018.

2. Un plan de financement diversifié

Sur la base de cette répartition en trois ensembles, le Gouvernement présente un plan de financement qui comporte également trois volets :

- la dette de crise sera refinancée grâce à **l'allongement de la durée de vie de la Cades**, dont le terme devrait passer de 2021 à 2025 ; cet allongement de quatre années de la durée d'amortissement de la dette sociale est autorisé par le présent projet de loi organique relatif à la gestion de la dette sociale que le Parlement vient d'adopter et qui est actuellement soumis à l'examen du Conseil constitutionnel ;

- la dette structurelle sera financée grâce à **l'affectation à la Cades de 3,2 milliards de recettes nouvelles** ;

- les déficits de l'assurance vieillesse seront, pour leur part, financés grâce à **la mobilisation au profit de la Cades des actifs** - soit une trentaine de milliards d'euros, hors soultte des industries électriques et gazières - **et de la recette** - environ 1,5 milliard d'euros par an - du fonds de réserve pour les retraites.

• Un allongement de quatre ans de la durée de vie de la Cades

L'adoption du projet de loi organique a permis de lever, à titre exceptionnel, le verrou posé par le législateur dans la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale du 2 août 2005, à savoir l'impossibilité de transférer de nouvelles dettes à la Cades sans lui affecter parallèlement les ressources nécessaires pour y faire face.

La justification principale de cette mesure est que **la dette de crise est avant tout liée à un « choc de recettes »**. Il s'agit, pour le Gouvernement, d'atténuer par ce biais le coût de la reprise de la dette accumulée, soit 80 milliards à la fin 2011. Celui-ci aurait en effet nécessité, sans allongement de la durée de vie de la caisse, un doublement au moins des recettes qu'il est aujourd'hui prévu d'affecter à la Cades.

Ces quatre années supplémentaires permettent donc de transférer à la caisse environ 34 milliards d'euros de dette sans accroissement des ressources qui lui sont affectées. Pour le Gouvernement, il s'agit de *« partager le contrecoup de la crise sur un horizon de quinze ans, durée qui reste cohérente avec l'horizon de vie des générations qui ont bénéficié collectivement des prestations servies pendant les années concernées par la dette »*¹.

• Des recettes inédites

Le Gouvernement a décidé d'affecter à la Cades le produit de la réduction de certaines niches sociales et fiscales plutôt que de procéder à des hausses d'impôts, afin *« pour des questions d'équité intergénérationnelle et de justice sociale, de faire supporter par les générations actuelles d'actifs et de*

¹ Courrier de François Baroin à Alain Vasselle, 30 août 2010.

retraités le poids des déficits structurels des années 2009 et 2010, sans pour autant mettre en péril une reprise économique encore fragile »¹.

Il a retenu trois recettes qui touchent le secteur des assurances.

Nouvelles recettes concernant le secteur des assurances

- l'assujettissement à la taxe sur les conventions d'assurance (TCA) des « contrats santé responsables », aujourd'hui exonérés, à un taux réduit de 3,5 % au lieu de 7 %, de manière à sauvegarder leur spécificité. Le rendement serait de **1,1 milliard pour 2011** ;

- la taxation forfaitaire des sommes placées dans la réserve de capitalisation des sociétés d'assurance - qui ne sont pas aujourd'hui fiscalisées - apportant, **sur la seule année 2011, 1,4 milliard** ;

- une taxation aux prélèvements sociaux des compartiments euros des contrats d'assurance-vie multi-supports au fur et à mesure des encaissements plutôt qu'au moment du dénouement du contrat, à l'instar des règles en vigueur pour les contrats d'assurance-vie en euros. Le surcroît de recettes attendues serait de **1,6 milliard en 2011, pour décroître ensuite dans le temps**.

Ces mesures de recettes figurent dans le projet de loi de finances pour 2011. Elles sont censées rapporter **3,2 milliards d'euros en 2011** et assurément moins les années suivantes.

En effet, la taxation des réserves de capitalisation des sociétés d'assurance est une « mesure à un coup », même si le Gouvernement envisage de répartir son produit entre les exercices 2011 et 2012 ; l'anticipation des prélèvements sociaux sur les compartiments euros des contrats d'assurance-vie rapportera certes en 2011 environ 1,6 milliard d'euros, mais bien moins ensuite car la recette s'effritera naturellement, sans compter les éventuels arbitrages auxquels procéderont les épargnants. Seule la taxation des contrats d'assurance santé responsables aura une certaine pérennité, mais cette mesure pose d'autres questions qui feront l'objet de débats dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Au total, ces recettes soulèvent donc une interrogation majeure dans la mesure où **elles n'offrent pas les garanties de stabilité et de dynamisme nécessaires à la garantie d'un processus de remboursement sécurisé et pérenne de la dette sociale**. Le ministre l'avait d'ailleurs lui-même reconnu lors de son audition du 1^{er} septembre devant votre commission, comme dans le courrier qu'il a fait parvenir à votre rapporteur où il indique : « *il conviendra de prévoir dans la loi de financement un mécanisme permettant de garantir les ressources de la Cades sur le long terme. Dans cette perspective, le schéma de reprise de dette retient l'apport de recettes nouvelles à partir de 2013, que ce soit par la suppression de nouvelles niches fiscales et sociales ou, à défaut, par une hausse progressive de la CRDS* ».

¹ Cf. courrier précité.

C'est la raison pour laquelle votre commission, suivie par la Sénat, a voulu **inscrire, dans la loi organique, une clause de garantie de recettes pour la Cades**. Chaque année, la loi de financement devra assurer le respect de la règle d'affectation des recettes nécessaires au remboursement des dettes sociales reprises. Si les recettes affectées par le Gouvernement ne permettent pas le respect de cette règle, il faudra que la loi de financement prévoie une augmentation, par exemple de la CRDS pour, le cas échéant, combler la différence.

L'Assemblée nationale a maintenu cette clause de garantie mais ajouté que les recettes de la Cades sont assises sur une assiette qui est celle de la CRDS et de la CSG.

Le Gouvernement a donc modifié cette partie de son plan de financement, lors de l'examen du présent projet de loi de financement à l'Assemblée nationale : le panier « assurances » est maintenu mais il est affecté à la branche famille, au lieu de la Cades, en compensation d'un prélèvement sur la CSG qui lui revient, à hauteur de 0,28 point, et qui sera dès lors transféré à la Cades.

Votre commission ne se satisfait pas de ce montage. Elle ne souhaite pas voir affaiblies les ressources de la branche famille et continue à penser que la meilleure recette pour le remboursement de la dette sociale est la CRDS, qu'il faudrait donc augmenter de 0,26 point pour obtenir les 3,2 milliards d'euros nécessaires.

- **La mobilisation du fonds de réserve pour les retraites**

Dès la présentation du projet de loi de réforme des retraites, la possibilité de l'utilisation du fonds de réserve pour les retraites, soit par le biais de sa recette - une partie du prélèvement de 2 % sur les revenus du capital, soit environ 1,5 milliard d'euros par an -, soit par le biais de ses actifs, a été évoquée, puis clairement retenue comme l'un des principaux éléments du bouclage financier de la réforme.

Le présent projet de loi de financement prévoit donc l'affectation à la Cades de la recette que le FRR percevait jusqu'alors, soit 65 % du prélèvement de 2 % sur les revenus du capital. Par ailleurs, le FRR versera chaque année à la caisse 2,1 milliards d'euros au titre de la réalisation de ses actifs. Selon les estimations du Gouvernement, le FRR pourra, avec un tel objectif, continuer à exercer ses activités de placement jusqu'en 2024, date à laquelle ses actifs résiduels seront transférés à la Cades.

Ces deux catégories de recettes doivent permettre, de transférer 62 milliards de dettes à la Cades et de financer ainsi l'amortissement des déficits de la branche vieillesse sur la période 2011-2018.

B. UNE STRATÉGIE AMBITIEUSE DE RÉDUCTION DES NICHES SOCIALES

Une stratégie ambitieuse de réduction des niches sociales est mise en place dans le présent projet de loi de financement. Elle s'inscrit dans une politique plus globale de réduction des dispositifs dérogatoires tant fiscaux que sociaux. Votre commission, comme la Cour des comptes, considère depuis plusieurs années que c'est effectivement une priorité.

1. Une priorité affirmée depuis longtemps par la commission

Limiter le développement des exemptions d'assiettes, des exonérations de charges et de contributions sociales, c'est-à-dire contenir la progression des niches sociales est une nécessité pour préserver les recettes de la sécurité sociale.

C'est pourquoi, **chaque année, votre commission propose de revenir sur certains de ces dispositifs**. Elle a ainsi successivement envisagé, avant que le Gouvernement et l'Assemblée nationale ne s'emparent de ces idées, la taxation des stock-options ou l'instauration d'une « flat tax », dénommée aujourd'hui forfait social.

Elle a également cherché à limiter le poids des exonérations de charges, en proposant, il y a un an, l'annualisation du calcul de ces allègements, demande à laquelle le Gouvernement a opposé une fin de non recevoir, avant de reprendre lui-même cette proposition pour financer la réforme des retraites.

Dans le cadre du présent projet de loi de financement pour 2011, votre commission fait de nouvelles propositions. Ainsi, dans le souci de toujours mieux maîtriser le coût de ces exonérations qui, comme l'indique le dernier rapport du conseil des prélèvements obligatoires, représentent « *une charge croissante pour les finances publiques* », une mesure destinée à, très progressivement, en réduire un peu l'ampleur présente un réel intérêt. C'est pourquoi, votre commission suggère que **le seuil de sortie du dispositif à 1,6 Smic soit « gelé » et calculé en fonction du niveau du Smic en vigueur au 1^{er} janvier 2010**. Cette borne ne serait donc plus revalorisée de 1,5 % par an, comme c'est le cas actuellement chaque année, mais peu à peu réduite.

Une telle mesure aurait l'avantage de ne pas créer d'effet de seuil aussi brutal que pourrait entraîner une baisse immédiate du point de sortie à 1,5, 1,4 ou 1,3 Smic, ce qu'a proposé à plusieurs reprises par exemple la Cour des comptes, mais elle permettrait déjà d'enregistrer un gain certain. Le conseil des prélèvements obligatoires évalue en effet à 2,9 milliards le gain du passage à 1,5 Smic, à 6 milliards celui du passage à 1,4 Smic et 9,2 milliards pour 1,3 Smic.

2. Les mesures proposées par le Gouvernement

Toutes les niches sociales que la commission souhaitait mettre à contribution sont mobilisées :

- le relèvement du forfait social dont le taux passerait de 4 % à 6 % ;
- le renforcement de la taxation des retraites chapeau avec en particulier l'instauration d'une contribution de 14 % sur les rentes, à la charge des bénéficiaires ;
- le relèvement des contributions patronale et salariale sur les stock-options, que l'Assemblée nationale a étendu aux attributions gratuites d'actions ;
- l'instauration d'une contribution sur les avantages et gratifications accordés hors salaires par des personnes tierces ;
- l'extension de l'assiette de la CSG par un plafonnement de l'abattement de 3 % représentatif des frais professionnels.

Au total, en y incluant l'annualisation du calcul des allègements généraux de cotisations sociales, ces mesures devraient rapporter près de **2,5 milliards d'euros** aux régimes, dès 2011.

C. UNE MAÎTRISE DES DÉPENSES PORTÉE PAR DE PREMIÈRES RÉFORMES STRUCTURELLES

Des réformes structurelles sont véritablement engagées. Pour la branche vieillesse, la réforme des retraites infléchit, modestement encore en 2011, mais réellement et durablement, les tendances très préoccupantes de l'évolution financière des régimes concernés : au lieu d'accuser 45 milliards de déficits en 2018, le système sera proche de l'équilibre.

Pour l'assurance maladie, les nouvelles règles de suivi de l'Ondam ont déjà permis, pour la première fois depuis 1997, le respect de l'objectif ambitieux d'une progression de 3 % seulement en 2010. Son suivi régulier et étroit en cours d'année sera une incitation supplémentaire à la mobilisation des marges d'efficience qui existent, notamment à l'hôpital.

1. La réforme des retraites

La réforme des retraites a un objectif : **revenir à l'équilibre financier à l'horizon 2018**. Pour y parvenir, elle met en œuvre quatre priorités :

- l'augmentation de la durée d'activité de manière progressive et en tenant compte des différences de situation entre assurés ;
- le rapprochement des régimes publics et privés ;

- le renforcement de certains mécanismes de solidarité ;
- la définition de nouveaux outils de pilotage et d'amélioration de l'information en direction des assurés.

Le plan de financement de la réforme repose avant tout sur les mesures d'âge et de convergence entre les régimes.

Selon les projections du Gouvernement et tous régimes confondus, **celles-ci devraient permettre d'assurer, à l'horizon 2018, un peu plus de la moitié des besoins** : 40,9 % pour les mesures d'âge (après prise en compte de l'impact des mesures de solidarité et liées à la pénibilité) et 9,5 % pour les mesures de convergence entre les secteurs public et privé.

L'impact des mesures d'âge résulterait, pour environ les deux tiers, d'une réduction des dépenses et, pour le tiers restant, d'une croissance du produit des cotisations sociales liée au maintien de salariés en activité au-delà des seuils de soixante et soixante-cinq ans.

L'impact des mesures de convergence correspondrait pour moitié à des hausses de recettes, du fait de l'augmentation des cotisations salariales des fonctionnaires, et pour moitié à des économies sur les dépenses, notamment dues à la fermeture du dispositif de départ anticipé pour les parents de trois enfants.

Les autres éléments du bouclage financier comprennent :

- l'engagement de l'Etat employeur de maintenir son effort annuel net à 15,6 milliards d'euros ; celui-ci correspond en réalité au déficit du régime des fonctionnaires de l'Etat en 2010, étant admis que le taux de cotisations employeur acquitté par l'Etat reste celui de 2000, conformément à la convention adoptée par le conseil d'orientation des retraites ;

- la perspective d'un basculement progressif des cotisations d'assurance chômage vers l'assurance vieillesse à compter de 2015 ;

- la mobilisation de recettes nouvelles dès 2011 ;

- le traitement des déficits cumulés de 2011 à 2018.

Le tableau ci-après retrace le détail de l'impact financier de chacun de ces éléments sur le solde de l'ensemble des régimes de retraite entre 2011 et 2020.

Impact financier de la réforme sur l'ensemble des régimes de retraite

(en milliards d'euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Rappel solde avant réforme	- 32,3	- 35,1	- 36,6	- 38,1	- 38,7	- 39,4	- 40,3	- 41,1	- 42,3	- 43,5	- 45
Impact annuel mesures d'âge	0	1,7	5	6,7	7,4	9,5	14	17,1	18,6	19,1	20,2
Effort net de l'Etat	15,6	15,6	15,6	15,6	15,6	15,6	15,6	15,6	15,6	15,6	15,6
Basculement Unedic	0	0	0	0	0	0,4	0,6	0,8	1	1,2	1,4
Recettes supplémentaires	0	3,7	3,9	4	4,1	4,1	4,2	4,3	4,4	4,5	4,6
Mesures de solidarité	0	- 0,1	- 0,3	- 0,5	- 0,6	- 0,8	- 1	- 1,1	- 1,3	- 1,4	- 1,6
Mesures de convergence public-privé	0	0,4	1	1,6	2,2	2,7	3,2	3,6	4	4,5	4,9
Solde après réforme	- 16,7	- 13,7	- 11,4	- 10,7	- 10,1	- 7,8	- 3,7	- 0,9	0	- 0,1	0,1
Taux de couverture du solde	48,3 %	60,9 %	68,9 %	71,9 %	73,9 %	80,2 %	90,9 %	97,8 %	100,1 %	99,7 %	100,3 %
Déficit cumulé depuis 2011 avant réforme	0	68	105,9	146,2	187,8	230,9	275,8	322,4	371,1	422,0	475,4
Déficit cumulé depuis 2011 après réforme	0	13,7	25,3	36,6	47,4	56,1	60,9	63	64,3	65,7	66,9

Source : ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique

Cette réforme, de nature structurelle, est de nature à infléchir profondément et durablement les comptes de la branche vieillesse. Sans une telle intervention, nos régimes auraient été menacés et la protection sociale de nos concitoyens amoindrie.

2. L'amélioration du suivi des dépenses d'assurance maladie

Pour la branche maladie, des progrès pourront être accomplis, à la fois par une maîtrise accrue des dépenses et par un pilotage plus étroit de leur exécution. Le présent projet de loi de financement comporte des mesures allant dans le sens de chacune de ces deux priorités.

• Une indispensable maîtrise des dépenses de santé

Pour la branche maladie, le taux d'évolution annuel de l'Ondam est fixé, de manière ambitieuse par rapport aux réalisations passées, à 3 % en 2010, 2,9 % en 2011 puis 2,8 % en 2012 et les années suivantes. Cet objectif est exigeant mais pas hors d'atteinte, comme le montrent les résultats de 2010.

De tels taux de progression signifient, que, chaque année, il faudra trouver au moins 2,3 milliards d'euros d'économies pour contenir la hausse des dépenses de santé, dont l'évolution tendancielle est actuellement supérieure à 4 % par an.

Pour parvenir au respect de cette norme, **l'engagement de réformes structurelles pluriannuelles** est une nécessité ; c'est également un objectif clairement affirmé par le Gouvernement, notamment dans le cadre des orientations de la loi de programmation des finances publiques.

Ces réformes doivent être menées simultanément dans trois directions :

- l'amélioration des synergies entre les différents types de prise en charge : ambulatoire, hospitalier, médico-social ;

- la modernisation des modes d'exercice des professionnels (nouveaux modes de rémunération, promotion du Capi) ;

- le renforcement de l'efficacité à l'hôpital, pour laquelle il existe de réelles marges de progrès.

Votre commission est depuis longtemps convaincue que l'on peut réaliser des économies dans chacun de ces différents domaines. Mais elle regrette que lorsque les décisions sont prises, **les délais d'application soient ensuite trop lents.**

Sur des dossiers aussi importants que l'identification des prescripteurs à l'hôpital, la mise en place d'une facturation individuelle ou encore réalisation d'études pour avancer dans le sens de la convergence intersectorielle, on met des années avant de pouvoir rendre les dispositifs opérationnels.

• Des dépassements réguliers

Depuis la création de l'Ondam, celui-ci a chaque année été dépassé, à l'exception du premier, celui de 1997, et vraisemblablement aussi celui de 2010, grâce aux mesures de régulation prises en cours d'année.

Dans son avis du 28 mai 2010, le comité d'alerte avait fait état d'un dépassement de l'Ondam de 600 millions pour 2010. En réponse, pour la première fois, le Gouvernement s'est engagé, le même jour, à prendre un certain nombre de mesures correctrices d'un montant équivalent. Ces mesures ont concerné les médicaments, les indemnités journalières et un gel des délégations de crédits hospitaliers et médico-sociaux.

**Avis du comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie
du 28 mai 2010**

Se fondant sur les informations disponibles et sur les auditions qu'il a organisées, le comité d'alerte estime que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie fixé pour 2010 à 162,4 milliards d'euros pourrait être dépassé d'environ 600 millions d'euros en l'absence de mesures nouvelles. Le strict respect de l'objectif nécessiterait donc un montant d'économies de cet ordre de grandeur.

Les risques identifiés portent principalement sur la réalisation des économies intégrées dans la construction de l'Ondam pour 2010 et sur l'activité des établissements de santé.

Le dépassement prévisible restant en deçà du seuil de 0,75 % du montant de l'objectif (soit 1,2 milliard en 2010), il n'y a pas lieu de mettre en œuvre la procédure d'alerte définie par l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale.

Les membres du comité ont reçu ce vendredi 28 mai une lettre ministérielle (annexée à cet avis) les informant de mesures nouvelles. Si les mesures annoncées sont effectivement mises en œuvre avec le rendement indiqué, l'objectif pourrait être strictement respecté.

Lettre ministérielle annexée

Dans le cadre du suivi de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie, nous avons présidé, le 19 avril dernier, un comité de suivi de l'Ondam au cours duquel ont été présentés, en l'état des données disponibles, l'exécution de l'Ondam 2009 et les premières prévisions d'exécution de l'Ondam 2010.

La prévision de dépassement de l'Ondam 2010 pourrait être de l'ordre de 600 millions d'euros.

Afin d'assurer le respect de l'Ondam voté par le Parlement, nous avons donc décidé un certain nombre de mesures correctrices dont le rendement 2010, estimé à 600 millions, viendra compenser la prévision de dépassement.

Ainsi, nous avons décidé les mesures suivantes :

- un gel des provisions non engagées sur la liste en sus à l'hôpital, pour un montant de 135 millions ;

- un gel en partie rectificative du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 des crédits issus de la déchéance quadriennale du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (Fmespp), pour un montant de 105 millions ;

- des baisses de prix des médicaments supplémentaires, pour un rendement 2010 d'un montant de 100 millions ;

- une baisse du prix de l'anesthésie de la chirurgie de la cataracte, pour un rendement 2010 d'un montant de 10 millions.

Par ailleurs, s'agissant des indemnités journalières, nous avons pris l'engagement de mettre en œuvre la mesure de calcul des indemnités journalières prévue en annexe 9 du PLFSS 2010, pour un rendement 2010 de 70 millions.

Enfin, conformément au rapport de Raoul Briet, dont les conclusions ont été adoptées lors de la conférence sur le déficit du 20 mai dernier, un montant de 180 millions de crédits sera délégué ultérieurement en fonction de l'évolution de l'Ondam 2010, afin d'en garantir le respect.

Le Gouvernement a ainsi clairement affiché son souhait de respecter strictement l'Ondam voté en loi de financement pour 2010, conformément à ce que préconise le rapport Briet.

• Les préconisations du rapport Briet

Dans le cadre de la première conférence sur les déficits publics du 28 janvier 2010, un groupe de travail, présidé par Raoul Briet, s'est vu confier une double mission : d'une part, réfléchir à de nouveaux outils de suivi de la dépense permettant de disposer le plus tôt possible en cours d'année d'informations fiables sur les risques de dépassement de l'Ondam, d'autre part, proposer des mécanismes capables de corriger l'évolution de la dépense en cours d'année de façon efficace, lorsque celle-ci est plus dynamique que prévu.

Dans son rapport final, le groupe de travail a d'abord rappelé que si les dépassements de l'Ondam sont apparemment faibles, 0,7 % en moyenne par an, **les masses financières en jeu sont considérables. La somme des dépassements constatés depuis 1997 a en effet atteint 19,4 milliards** en euros constants, soit, par exemple, un montant sensiblement supérieur au déficit prévu pour la branche maladie en 2010.

Or, en dépit d'améliorations des outils et procédures liés au vote et au suivi de l'Ondam, en particulier grâce à l'instauration d'un dispositif d'alerte et de mesures correctives par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, des faiblesses structurelles demeurent.

Le groupe de travail a fait **trois constats** :

- la construction de l'Ondam n'est pas suffisamment transparente, notamment par manque d'informations sur le tendancier ;

- le suivi infra-annuel et la gestion du risque de dépassement sont insuffisants ; en particulier, le cadre institutionnel n'est pas assez formalisé et les données hospitalières sont disponibles trop tardivement ;

- la procédure d'alerte n'apparaît pas suffisamment dissuasive : si elle a permis de limiter les dépassements de l'Ondam, elle n'a pas permis d'en assurer le respect.

Les propositions formulées par le groupe de travail visent donc à corriger les faiblesses ainsi mises en évidence.

Sur la construction et le vote de l'Ondam, trois propositions visent à accroître la crédibilité de l'Ondam vis-à-vis de l'ensemble des acteurs concernés :

- la première consiste à organiser, via le comité d'alerte, **une expertise externe**, avant le vote de la loi de financement, **sur les hypothèses techniques** sous-tendant sa construction. Le comité ne serait tenu de formuler un avis que s'il relève une erreur manifeste entachant ces hypothèses ;

- la deuxième a pour objet d'**enrichir l'information du Parlement**. Elle consiste à renforcer, dans les documents annexés au projet de loi de financement, les informations détaillées sur l'exécution de l'Ondam de l'année en cours, ainsi que les hypothèses techniques retenues pour la construction de l'Ondam de l'année à venir (décomposition du tendancier et présentation détaillée des mesures correctrices et de leur impact) ;

- la troisième vise à **renforcer le caractère pluriannuel de la régulation**. Le groupe de travail a proposé d'insérer davantage le vote de l'Ondam dans une perspective pluriannuelle : dans un premier temps, cette mesure pourrait consister en la mention, à titre informatif, mais précisément justifiée, des niveaux de l'Ondam n+2 et n+3 ; mais, à moyen terme, le débat doit être ouvert sur des formes plus contraignantes de pluriannualité.

Sur la rénovation de la gouvernance de l'Ondam, quatre propositions poursuivent cet objectif :

- en premier lieu, **un comité de pilotage** de l'Ondam serait chargé du pilotage intégré de l'ensemble des secteurs de l'Ondam. Le groupe de travail a préconisé de lui donner un fondement réglementaire ;

- en deuxième lieu, **le suivi statistique et comptable** de l'Ondam serait renforcé : une nouvelle structure aurait pour mission de préparer une note mensuelle de suivi statistique (données infra-annuelles) et comptable (données annuelles sur les réalisations en année n-1 de l'Ondam), qui indiquerait notamment l'écart potentiel à l'objectif de fin d'année. Le groupe de suivi statistique aurait également pour rôle de proposer des mesures de renforcement de la qualité et de la fréquence des remontées d'informations, dans le but notamment de disposer de prévisions d'exécution plus tôt dans l'année ;

- en troisième lieu, le groupe de travail a préconisé d'**augmenter la fréquence des avis obligatoires du comité d'alerte** en prévoyant un premier avis dès mi-avril. A cette date, lors de la parution des résultats de l'année n-1, le comité se prononcerait sur les risques de dépassement éventuels lié à une éventuelle sous-estimation de l'Ondam réalisé n-1 dans la loi de financement. Le comité rendrait ensuite un avis sur le respect de l'Ondam avant le 1^{er} juin, comme actuellement, puis un autre pendant la phase de préparation du projet de loi de financement de l'année suivante, celui-ci devant être déposé avant le 15 octobre ;

- en quatrième et dernier lieu, le groupe de travail a suggéré d'**abaisser progressivement le seuil d'alerte à 0,5 %** de l'Ondam, soit dans les conditions actuelles environ 800 millions d'euros. Cette mesure a pour but d'inciter l'ensemble des acteurs à une gestion préventive et continue des risques de dépassement.

Sur les outils destinés à faire respecter l'Ondam, trois propositions visent à doter cette gouvernance renouvelée d'outils complémentaires destinés à prévenir les dépassements et, dans les cas exceptionnels d'alerte, à assurer la mise en œuvre la plus rapide possible des mesures décidées :

- tout d'abord, il est proposé de **conditionner la mise en œuvre de tout ou partie des mesures nouvelles à leur compatibilité avec l'Ondam voté**, qu'il s'agisse des mesures nouvelles incluses dans la loi de financement ou décidées en cours d'année. La liste des mesures nouvelles faisant l'objet d'une mise en œuvre conditionnelle ferait l'objet d'une identification précise par le comité de pilotage de l'Ondam, en début d'année, et d'une information aux commissions parlementaires concernées. Le dégel de ces mesures interviendrait sur la base d'une décision du comité de pilotage de l'Ondam. Toute mesure nouvelle prise en cours d'année et ayant un impact financier sur l'Ondam devrait par ailleurs faire l'objet d'un examen de compatibilité avec le respect de l'Ondam voté ;

- le groupe de travail a ensuite préconisé d'**instaurer des mécanismes systématiques de mise en réserve en début d'année** sur les dotations s'apparentant à des crédits budgétaires, les décisions de dégel, total ou partiel, ou d'annulation étant prises en cours d'année par le comité de pilotage. Sur la base du périmètre actuel de l'Ondam, l'assiette susceptible d'être soumise à régulation est d'environ 22 milliards d'euros, fortement concentrée sur les secteurs hospitalier et médico-social ;

- enfin, le groupe de travail a jugé nécessaire de **prévoir des mécanismes de décision adaptés et des procédures de consultation simplifiées** afin d'assurer la mise en œuvre effective et rapide des mesures correctrices. Des travaux complémentaires de nature juridique doivent être engagés pour identifier précisément les adaptations et simplifications pouvant être apportées aux dispositifs actuels.

Lors de la deuxième session de la conférence sur le déficit, le Président de la République a annoncé que toutes les mesures d'économies nécessaires, suggérées par ce rapport, seront mises en place pour respecter l'Ondam de manière systématique, y compris en 2010.

Votre commission en a inclus deux dans le projet de loi organique relatif à la gestion de la dette sociale, afin notamment d'améliorer le contenu de l'annexe 7 sur l'Ondam.

Le présent projet de loi comporte une mesure pour renforcer le comité d'alerte. Votre commission propose de la compléter afin d'aller un peu plus loin dans la mise en œuvre des préconisations du rapport Briet.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I. AUDITIONS DES MINISTRES

**Audition d'Eric WOERTH, ministre du travail,
de la solidarité et de la fonction publique
et Mmes Nadine MORANO, secrétaire d'Etat
chargée de la famille et de la solidarité
et Nora BERRA, secrétaire d'Etat chargée des aînés**

Réunie le mercredi 27 octobre 2010, sous la présidence de Mugnette Dini, présidente, la commission procède à l'audition d'Eric Woerth, ministre du travail, de la solidarité et de la fonction publique et Nadine Morano, secrétaire d'Etat chargée de la famille et de la solidarité et Nora Berra, secrétaire d'Etat chargée des aînés sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

Mugnette Dini, présidente. - *Après le projet de loi sur les retraites, il nous faut nous attaquer au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. Nous entendons donc ce matin Eric Woerth, Nadine Morano et Nora Berra.*

Eric Woerth, ministre du travail, de la solidarité et de la fonction publique. - *J'ai plaisir à vous retrouver après cette longue période d'interruption...*

Le déficit des comptes sociaux, qui était de 23,1 milliards en 2010, sera ramené à 21 milliards en 2011. Les mesures du PLFSS reflètent nos orientations : rationalisation des dépenses, mais engagement pour les publics les plus fragiles.

La branche famille aurait connu un déficit de 3,2 milliards en 2011 mais nous l'avons contenu à 3 milliards grâce à deux mesures. La première consiste en une harmonisation des modes de calcul de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje), dont il résultera une économie de 64 millions ; la seconde concerne l'allocation logement, désormais calculée à compter du dépôt de la demande, sans effet rétroactif de trois mois, soit une économie de 140 millions.

On préserve le caractère social de ces aides sans en modifier les règles d'accès et, dans le même temps, 200 000 places d'accueil pour les jeunes enfants seront créées, grâce à 1,3 milliard d'argent public accordé entre 2009 et 2012 dans le cadre d'une convention avec la Cnaf.

Pour le secteur médico-social, notre volonté se traduit par une hausse de l'Ondam pour 2011 de 3,8 %, ce qui est significatif. Nous changeons le mode de calcul et abandonnons une comptabilité d'engagement pour être plus près des réalités, c'est-à-dire de la création des places. Pour 2010, nous proposons de restituer 100 millions à l'assurance maladie : les maintenir à la CNSA ne créerait aucune place supplémentaire. Pour la première fois depuis 1997, nous respecterons l'Ondam en 2010. Le plan pour les personnes âgées se poursuit et le plan Alzheimer, qui commence à se traduire sur le terrain, reste une priorité.

Le sujet des retraites a été largement abordé. Le déficit de la branche vieillesse s'établira à 6,9 milliards d'euros, celui du FSV à 3,9 milliards. La réforme qui vient d'être adoptée évitera que le déficit de la branche passe à 10 milliards d'euros. Les mesures de recettes sont efficaces immédiatement alors que les mesures d'âge produisent progressivement leurs effets. Les premières dégageront 3,5 milliards d'euros, dont 3,2 milliards seront affectés à la Cnav. Sur le produit des mesures d'âge, soit 1,7 milliard d'euros, 200 millions iront au FSV.

La mesure clef pour la branche AT-MP est l'allongement du délai de prescription pour les dossiers des victimes de l'amiante. La Cour de cassation ayant mis en évidence un vide juridique, nous avons porté le délai de prescription de quatre à dix ans et prévu que les personnes qui avaient été touchées par le délai de quatre ans disposeront de deux années supplémentaires. Nous avons prévu un point de départ identique pour toutes les victimes, sans distinguer les contaminations au travail ou environnementales. Nous avons cherché la meilleure date et cela reste notre intention.

Nadine Morano, secrétaire d'Etat chargée de la famille et de la solidarité. - *Le déficit de la branche famille sera de 2,6 milliards d'euros en 2010 et de 3,2 milliards en 2011. Nous avons choisi de préserver une politique familiale ambitieuse et généreuse : je signerai très prochainement les arrêtés revalorisant les prestations familiales de 1,5 %. Nous consacrons 100 milliards d'euros à la politique familiale, soit 5,1 points de Pib.*

Les mesures techniques d'harmonisation seront source d'économies. La suppression de la rétroactivité pour le versement de l'allocation logement représente 240 millions. Cette allocation, de 219 euros en moyenne, bénéficie à 6 290 000 personnes. La Paje sera versée à compter du mois suivant la naissance, ce qui dégagera un gain de 64 millions. Environ 800 000 personnes sont concernées. Les autres aides - prime pour la naissance, de 889 euros, Paje ou complément de libre choix de mode de garde - représentent 12,1 millions.

Nous avons signé une convention d'objectifs et de gestion avec la Cnaf pour augmenter l'offre de garde, grâce notamment aux récentes dispositions sur les assistants maternels. Enfin, l'augmentation du crédit d'impôt famille, de 25 %

à 50 %, a favorisé la création de crèches d'entreprise. Nous tiendrons nos objectifs pour 2012.

L'Ondam pour les personnes handicapées connaîtra une progression de 3,3 % en 2011, après 2,8 % en 2010. Le Président de la République a confirmé, le 13 septembre dernier, devant les associations, qu'il n'y aurait pas d'économies dans le secteur du handicap : la solidarité sera totale. Le plan 2008-2012 prévoit l'ouverture de plus de 50 000 places ; nous avons pris de l'avance, et 45,5 % des places sont déjà notifiées. Les objectifs seront tenus en 2011, avec 4 600 places, dont 1 046 pour enfants.

Nous relevons le plafond de ressources de l'aide à la complémentaire santé pour éviter que les bénéficiaires de l'allocation adultes handicapés (AAH) n'en soient exclus. C'est un effort de 23 millions en 2011, de 45 millions en 2012 et de 82 millions en 2013 pour l'assurance maladie. Pour éviter la désinsertion professionnelle, les personnes en arrêt de travail à la suite d'un accident non professionnel pourront accéder à des actions de formation professionnelle tout en percevant des indemnités journalières. Enfin, nous créons quarante groupes d'entraide mutuelle (Gem), consacrés à l'accueil des personnes handicapées à la suite d'un traumatisme crânien.

Bref, nous vous présentons un budget de responsabilité, qui maintient les prestations familiales et où la solidarité envers les personnes handicapées est totale.

Nora Berra, secrétaire d'Etat chargée des aînés. - *Preuve que le secteur médico-social est une de nos priorités, les crédits consacrés aux aînés sont en hausse de 4,4 %, avec 412 millions de mesures nouvelles. La moindre progression par rapport aux années précédentes s'explique par le changement du mode de financement du médico-social. Il s'agit d'éviter les excédents de la CNSA tout en maintenant l'engagement de la Nation envers les plus fragiles.*

Dans le cadre du plan solidarité grand âge, les ouvertures de places se poursuivront en 2011 : nous avons atteint 91 % des objectifs initiaux, avec 85 000 places financées sur les 93 000 prévues. Il faudra toutefois veiller à l'équilibre entre hébergement et soins à domicile. Enfin, nous ouvrons 80 000 places en maisons de retraite médicalisées.

Dans le cadre du plan Alzheimer, trente-cinq nouvelles maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (Maia) seront ouvertes en 2011, en sus des dix-sept en cours d'expérimentation. Pour diversifier l'appui aux aidants familiaux, soixante-quinze plateformes de répit seront déployées. Nous renforçons les pôles d'activités et de soins adaptés (Pasa), les services de soins infirmiers à domicile, l'accueil de jour, l'hébergement temporaire.

Pour le médico-social, 2011 sera une année de maturité, avec un cercle de financement vertueux : crédits votés en loi de financement de la sécurité sociale, gérés par la CNSA, engagés par l'ARS.

Gérard Dériot, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles. - *L'allongement des délais de prescription pour l'indemnisation des victimes de l'amiante est une mesure de justice. Le délai courra à compter du premier certificat médical : s'agit-il de la première visite chez le médecin traitant ? La loi Hyst le faisait courir à compter la date de consolidation. N'est-ce pas préférable ?*

Jean-Pierre Godefroy. - *L'allongement du délai de prescription est une bonne chose. Mieux vaut toutefois s'en tenir à la date du premier certificat médical car la date de consolidation de la maladie est difficile à établir.*

Je regrette que l'on n'ouvre pas de voie d'accès individuelle à l'indemnisation, comme le réclament les associations et comme le préconise le rapport Le Garrec. Un amendement de l'Assemblée nationale prévoit de combiner liste des métiers et liste des secteurs à risque. Comment combiner les deux critères ? Il faut prendre en compte les personnes qui ont travaillé dans une entreprise exposée sans en être salariés.

Eric Woerth, ministre. - *Je suis d'accord avec M. Godefroy, une fois n'est pas coutume : la date du premier certificat est moins contestable que celle de la consolidation, qui pose un problème de définition juridique. En outre, attendre que la maladie se consolide suppose que l'on verse des avances entre-temps. Il peut y avoir un second certificat en fonction de l'évolution de la maladie : c'est sans doute un point à préciser.*

Sur l'accès individuel au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata), nous attendons le rapport de l'agence nationale de sécurité sanitaire (Anses). Il n'est pas si simple de mêler les deux critères, métier et entreprise.

Muguette Dini, présidente. - *André Lardeux, notre rapporteur pour la famille, souhaite vous interroger sur le transfert de 0,28 point de CSG de la branche famille à la Cades, sachant que les compensations prévues ne sont pas pérennes. Est-il judicieux de fragiliser ainsi la branche famille et, partant, la jeunesse, pour rembourser la dette ? Pourquoi ne pas augmenter la CSG et la CRDS dès cette année ?*

André Lardeux demande également si les prêts pour l'amélioration de l'habitat ouverts aux assistantes maternelles s'appliquent aux maisons d'assistantes maternelles (Mam). Le décret du 9 juin 2010 exclut de son bénéfice les assistantes maternelles qui n'exercent pas à domicile. Comment comptez-vous résoudre ce problème ?

Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse. - *Nous serons très attentifs au financement de la réforme des retraites, qui s'étalera sur les deux lois de finances, avec des nouvelles dispositions fiscales pour 1 milliard d'euros. Cette année, les mesures d'âge rapporteront 200 millions. Le fonds de solidarité vieillesse (FSV) se verra affecter les 3 à 4 milliards restants. La branche vieillesse percevra également le produit du raboutage des niches.*

Alain Vasselle, rapporteur général. - Devons-nous interroger M. Baroin sur le financement ? La branche famille va se trouver fragilisée : moins 2,6 milliards en 2010, moins 3,2 en 2011. Il est curieux de financer la Cades en affaiblissant la branche famille alors que celle-ci est en difficulté... Pouvez-vous nous rassurer sur la dynamique de la recette venant du panier fiscal qui alimentera la branche famille ?

Quelles sont les conséquences de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) pour les conseils généraux ? Le Président de la République a annoncé une réforme avant la fin de l'année : qu'en est-il ? Quel en sera le contenu ? La solvabilisation des personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives nécessite des moyens supplémentaires et un meilleur équilibre entre la contribution de l'Etat et celle des départements.

S'agissant des personnes handicapées, l'objectif est-il de maintenir l'aide à la complémentaire santé au niveau actuel ou d'ouvrir à tous le bénéfice de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) ? Dans sa grande générosité, Mme Aubry, alors ministre, en avait exclu les bénéficiaires de minima sociaux ! Ceux-ci n'ont qu'un crédit d'impôt, que l'on n'obtient qu'au terme de multiples démarches administratives, véritable parcours du combattant pour les familles. Il faut absolument simplifier les choses.

Enfin, et je reviens année après année sur ces deux points, sans que rien ne bouge en dépit des engagements des ministres successifs :

- la question de la présidence du conseil de la vie sociale n'est toujours pas réglée : est-il légitime qu'elle soit confiée, dans certains établissements, à des handicapés mentaux qui ne peuvent évidemment l'assurer eux-mêmes ? ;

- la maltraitance passive des handicapés perdure : certains règlements intérieurs interdisent aux adultes de quitter l'établissement plus de quarante-cinq jours par an, pour des questions purement financières : c'est insupportable de les priver ainsi de retourner dans leur famille lorsqu'ils ont la chance d'être entourés ! L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) n'est accordée que si l'adulte a quitté l'établissement un minimum de huit jours. Je fais, cette année encore, appel au dynamisme et à la ténacité de Mme Morano pour mettre un terme à ces iniquités.

Sylvie Desmarescaux, rapporteur pour le secteur médico-social. - Je salue la décision de la CNSA de débloquer une enveloppe de 60 millions d'euros pour permettre de faire face à des besoins qui avaient été sous-évalués pour 2010.

S'agissant de la réforme de la dépendance, que pensez-vous de la proposition récemment émise de créer une nouvelle journée de solidarité, prise sur les RTT ? Pourquoi ne pas aligner, dès la loi de financement pour 2011, le taux de CSG applicable aux retraités imposables sur celui des actifs ? Quel sera le calendrier de cette réforme ?

L'amendement de l'Assemblée nationale prolongeant l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans le forfait soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) est positif, mais pourriez-vous nous préciser les difficultés qui empêchent aujourd'hui sa généralisation ? Pourquoi les parlementaires n'ont-ils pas reçu le rapport d'étape de l'Igas ? Serait-il possible d'en disposer ?

La hausse de l'Ondam médico-social est moins importante que les années passées à cause des nouvelles méthodes de construction, soit. Mais les réserves de la CNSA financent l'investissement dans la réhabilitation d'établissements et l'action de la CNSA est souvent déterminante pour décider les autres financeurs... Comment pourra-t-elle continuer à mettre en place des plans d'aide à l'investissement ?

Pourquoi le Gouvernement refuse-t-il de prendre en compte dans la tarification le différentiel de charges des établissements privés lucratifs ou non lucratifs, différentiel dont l'existence est avérée ?

Enfin, un amendement de l'Assemblée nationale prévoit que les groupements de coopération sanitaire (GCS) prévus par la récente loi HPST n'ont pas le statut d'établissements médico-sociaux. Le Gouvernement va-t-il l'accepter ?

***Alain Gournac.** - Je regrette l'horaire qui nous est imposé pour cette audition et le peu de temps à consacrer à un sujet aussi important.*

***Muguette Dini, présidente.** - Tous les commissaires comprendront que le ministre ne pouvait être auditionné en même temps qu'il assurait, en séance publique pendant trois semaines, la défense du projet de loi sur les retraites.*

***Alain Gournac.** - Je salue la politique familiale du Gouvernement. De plus en plus de femmes travaillent et peinent à faire garder leurs enfants. Les assistantes maternelles sont souvent très isolées : il faut multiplier les maisons de l'enfance.*

Le plan Alzheimer prend un bon départ. Oui à l'ouverture de places pour les personnes handicapées, mais attention à certaines situations qui sont à la limite de la maltraitance. Je salue les avancées du plan solidarité grand âge. Il faut toutefois mieux équilibrer hébergement et soins à domicile car la demande est considérable.

Enfin, oui à l'aide aux hôpitaux mal gérés, mais ne pénalisons pas ceux qui sont bien gérés !

***Guy Fischer.** - Vous avez voté la loi HPST !*

***Catherine Procaccia.** - Quand commence le grand âge ? Est-ce une question d'âge ou d'état de santé ? Vous proposez de rééquilibrer les aides vers les soins à domicile, mais comment maintenir au domicile des personnes très dépendantes ?*

Enfin, quelle est la part respective des collectivités locales et de l'Etat dans le financement des places en établissement ?

Claude Jeannerot. - *N'y a-t-il d'autre choix que de redéployer l'excédent de la CNSA vers l'assurance maladie ? Sur les 15 millions que coûte l'allocation de compensation du handicap dans le Doubs, la CNSA n'en rembourse que 5. Ne pourrait-on redéployer ces excédents en direction des départements déficitaires ?*

Quel est le calendrier du plan dépendance ? Avez-vous arrêté des principes de nature à éclairer les dispositions à venir ?

Paul Blanc. - *Qu'en est-il du renouvellement des conventions tripartites dans les Ehpad ? La région Languedoc-Roussillon dit manquer de crédits pour renouveler la convention !*

Par ailleurs, pourquoi n'avoir pas basculé plus tôt les crédits de la CNSA pour abonder la prestation de compensation du handicap (PCH) ?

Marc Laménie. - *Quelle est l'évolution de l'allocation logement ? Quelles sont les perspectives pour la mise en place du cinquième risque ?*

Guy Fischer. - *Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 prévoit une économie de 2,4 milliards sur les dépenses d'assurance maladie, et de 7,2 milliards pour l'ensemble des branches. Cela nous inquiète. Le Gouvernement cherche à rétablir l'équilibre des comptes sociaux pour rentrer dans les clous du pacte de stabilité mais siphonne pour ce faire le fonds de réserve des retraites (FRR), la branche famille et la CNSA !*

Combien d'emplois seront supprimés au sein des caisses ? On parle de six mille... La proximité entre les assurés et les organismes ne peut qu'en pâtir.

Jean-Louis Lorrain. - *La Maia implantée en Alsace est un succès. Le concept d'intégration devrait être étendu à l'enfance en danger, au handicap, à l'insertion. Les conseils généraux sont codécideurs, mais aussi porteurs de projets. Quels partenariats peuvent-ils nouer ? Les groupes d'entraide mutuelle (Gem) sont-ils la meilleure solution ?*

Gisèle Printz. - *Ma question porte sur l'égalité professionnelle hommes-femmes. Le projet de loi sur les retraites a prévu une pénalité pour les entreprises défaillantes en la matière. Comment ces sanctions seront-elles mises en place et à quoi servira l'argent ainsi récolté ?*

Yves Daudigny. - *Je veux enfoncer le clou concernant le cinquième risque : il est urgent d'agir, tous les présidents de conseils généraux le disent. Il serait de bonne politique de réaffecter les 100 millions d'excédents de l'Ondam médico-social au financement de l'Apa et de la PCH, plutôt que de les restituer à l'assurance maladie.*

Enfin, le Figaro souligne la dégradation de la mortalité infantile en France : notre pays est passé du cinquième au quatorzième rang en Europe en la matière. Avez-vous un éclairage à apporter sur ce chiffre étonnant ?

Isabelle Debré. - *Quels seront les principes retenus pour le plan dépendance ? Il faut tout faire pour favoriser le maintien à domicile : c'est important psychologiquement pour les personnes et ce n'est pas non plus un mauvais calcul financier.*

Annie Jarraud-Vergnolle. - *Le décalage dans le versement de la Paje aura un effet sur la trésorerie en 2011, mais après ? Idem pour l'ouverture de places dans les établissements médico-sociaux : on réalise des économies en 2011, mais après ? Pourquoi ne pas rechercher des financements complémentaires en augmentant la CSG ou la CRDS pour répondre aux besoins croissants de la CNSA ? Vous faites porter le poids de l'Apa et de la PCH aux seuls départements !*

Bernard Cazeau. - *Les syndicats de médecins dénoncent la volonté de maîtrise comptable qui fixe l'Ondam à 2,9 %, alors que les dépenses de maladie progressent de plus de 4 % par an et ne vont faire qu'augmenter avec le vieillissement de la population : une personne de quatre-vingts ans consomme six fois plus de soins de santé qu'une personne de vingt ans, et deux fois plus qu'une personne de soixante-dix ans.*

Quelles seront les conséquences pour les hôpitaux ? Les revalorisations promises au personnel infirmier signifient-elles la suppression d'emplois ? La pente naturelle d'augmentation de l'Ondam pour l'hôpital est de 3,6 points par an.

Annie David. - *Comment les nouveaux modes de garde seront-ils répartis sur le territoire ? Il ne faut pas oublier les territoires ruraux où la demande est grande.*

Quelle est la part du financement de l'Etat dans les Maia ?

Je regrette qu'il n'ait pas été question de recettes nouvelles, notamment pour financer la prévention des accidents du travail et maladies professionnelles. Ceux-ci sont trop souvent sous-déclarés. Quelles pénalités pouvez-vous imposer aux entreprises qui n'ont pas rempli leurs obligations en matière de prévention des accidents du travail et de la pénibilité ?

Eric Woerth, ministre. - *MM. Lardeux et Vasselle m'ont interrogé sur la solidité du financement de la branche vieillesse. La Cades reçoit désormais des recettes solides mais cela ne revient pas à fragiliser la branche famille puisque celle-ci va d'abord percevoir différentes taxes, qui devaient initialement aller à la Cades. Cela dit, tout cela va encore évoluer car il était prévu que le produit de ces taxes devait baisser en 2013. L'Etat garantit donc le financement en lui affectant les économies réalisées sur diverses niches. Nous supprimons, pour tenir compte des réserves exprimées, le « panier de recettes » affecté au financement de la sécurité sociale : les mesures fiscales seront affectées directement aux branches. Je vous renvoie à M. Baroin sur ce point. Nul doute que vous serez vigilants.*

Concernant les 100 millions d'excédent, il n'y avait pas d'autre choix possible : la CNSA étant financée de façon étanche par l'assurance maladie, il est logique que les crédits qui ne sont pas dépensés reviennent à l'assurance maladie. Il n'y a pas lieu de prendre sur ces fonds pour palier les difficultés de gestion des départements.

Yves Daudigny. - *L'objectif global des dépenses médico-sociales (OGD) est constitué pour 1,3 milliard de recettes propres. Il suffirait de passer à 1,2 milliard pour retrouver ces 100 millions !*

Eric Woerth, ministre. - *La question du cinquième risque a déjà été défrichée par divers rapports parlementaires. Pour l'heure, aucune piste n'est privilégiée : le débat doit avoir lieu. Le Président de la République a indiqué qu'il l'ouvrirait une fois la réforme des retraites passée.*

Les conventions d'objectifs et de gestion appliquent aux salariés des organismes de sécurité sociale la règle du non-renouvellement d'un départ sur deux. Les transferts ou augmentations de charges, comme la création du RSA, ont toutefois été accompagnés de créations de postes.

L'effet rétroactif de l'allocation logement n'est pas justifié : il faut harmoniser les différentes prestations.

La pénalité de 1 % pour non-respect de l'égalité salariale, prévu dans la loi retraites, sera affectée à la Cnav.

Le financement de l'hôpital relève de la compétence de Roselyne Bachelot-Narquin. Les hôpitaux sont moins nombreux à être déficitaires. La progression de l'Ondam n'est pas une fatalité : 2,9 %, c'est déjà bien en période de sortie de crise, a fortiori 3,8 % pour le médico-social et 4 % pour les personnes âgées.

Les sous-déclarations des accidents du travail et maladies professionnelles sont compensées via une contribution spécifique de 710 millions par an de la branche AT-MP à l'assurance vieillesse.

Enfin, il est prévu que la masse salariale augmente de 2,9 % en 2011, contre 2 % en 2010.

Nadine Morano, secrétaire d'Etat. - *Les assistantes maternelles bénéficient d'un prêt à taux zéro de 10 000 euros pour aménager leur habitat si elles travaillent à domicile. Les regroupements ne peuvent en bénéficier car cette aide ne peut être allouée pour un local loué ou mis à disposition par la mairie. Une piste serait de créer un fond pour subventionner les collectivités mettant un local à disposition des Mam, des opérations petite enfance ou des pôles d'excellence rurale. À partir de 2011, la dotation d'équipement des territoires ruraux subventionnera les projets d'investissement. Les Mam, particulièrement adaptées aux territoires ruraux, pourraient être désignées comme investissement prioritaire. Enfin, un prêt à taux zéro pourrait être ouvert aux Mam constituées en association, sans qu'il soit besoin de passer par une loi.*

Nous relevons le plafond pour l'accès à la complémentaire santé de 761 à 799 euros pour suivre l'augmentation de 25 % de l'AAH : il y aura 294 000 bénéficiaires supplémentaires fin 2012.

Je confirme à Alain Vasselle que les textes ne permettent pas à une personne handicapée mentale de présider le conseil de vie sociale. La DDASS est intervenue dans votre département. Si le problème n'a pas été résolu, je m'en occuperai personnellement.

L'extension de la PCH aux aides humaines coûterait 200 millions aux départements. Cela relève du débat sur la dépendance. Certains départements, dont le mien, ont été surdotés. Divers projets sont à l'étude concernant les aides ménagères ; la PCH a rendu de grands services.

Il faut regarder de près les cas de maltraitance affective que vous évoquez.

Les procédures administratives pour les personnes handicapées ont déjà été simplifiées, mais il faut aller plus loin, et créer un groupe de travail dédié. Je serai attentive à vos propositions.

L'Etat consacre 1,3 milliard à l'accueil individuel. Nous développons les relais-accueil petite enfance et consacrons 2,9 milliards par an aux prestations comme le contrat enfance et jeunesse ou la prestation de service unique (PSU). Le site internet www.mon-enfant.fr, qui sera amélioré en 2011, offre aux familles une carte recensant les modes de garde disponibles sur le territoire en temps réel.

Au passage, j'en profite pour signaler combien je regrette que certains départements adoptent une posture politicienne en refusant d'accorder le quatrième agrément aux assistantes maternelles. C'est fort dommageable pour les familles. Idem pour la création de jardins d'éveil, dont un rapport a pourtant démontré l'intérêt pour le développement du langage des jeunes enfants.

Guy Fischer. - *Vous fermez les maternelles !*

Annie David. - *Si l'Etat mettait de l'argent...*

Nadine Morano, secrétaire d'Etat. - *Je confirme que l'Etat participe à ces projets à la hauteur de ses engagements. Je vous invite à vous emparer du dispositif.*

L'alignement des prestations sera source d'économies pérennes : ce n'est pas un fusil à un coup, un one shot.

Guy Fischer. - *Bref, on pourra toujours gagner des sous !*

Nadine Morano, secrétaire d'Etat. - *C'est une bonne gestion !*

Le Président de la République a été clair : nous aurons un grand débat sur la dépendance.

Monsieur Lorrain, les Gem sont la meilleure solution pour les traumatisés crâniens.

Sur la mortalité infantile, monsieur Daudigny, je vous répondrai par écrit.

Nora Berra, secrétaire d'Etat. - *L'intégration des médicaments dans le forfait soins est aujourd'hui en cours d'expérimentation. L'étude ayant démarré avec un an de retard, nous poursuivons l'expérimentation jusqu'à fin 2012. Je vous transmettrai le rapport d'étape.*

Les excédents de la CNSA servent en effet à financer des investissements. Nous essaierons de pérenniser une ligne budgétaire pour poursuivre les investissements.

Le Gouvernement est défavorable à l'amendement sur le différentiel de charges : la nouvelle allocation des ressources vise à éviter les conséquences de ces écarts de charge. Nous responsabilisons les établissements.

Les groupements de coopération sociaux et médico-sociaux n'auront pas le statut d'établissement : nous sommes dans une logique de groupements de moyens, pas d'établissements.

Paul Blanc . - *Très bien.*

Nora Berra, secrétaire d'Etat. - *Le grand âge n'est pas une question d'années mais d'aptitudes, d'autonomie physique et mentale. C'est la question de la dépendance qui est posée.*

La CNSA a débloqué 60 millions supplémentaires, soit 90 millions en tout, pour le renouvellement des conventions tripartites.

Paul Blanc . - *Ils ne sont pas arrivés jusqu'à Montpellier !*

Nora Berra, secrétaire d'Etat. - *Les Maia sont financées par la contribution solidarité à l'autonomie à hauteur de 12,2 millions. Chacune recrute un pilote et trois coordonnateurs de cas complexes. Les conseils généraux peuvent tout à fait conventionner pour se constituer en Maia.*

La question du cinquième risque et de la dépendance ne se réduit pas à la réforme de l'Apa. La prévention de la dépendance passe par l'amélioration des conditions de vie. Nos aînés souhaitent rester chez eux le plus longtemps possible ; ils vieilliront mieux dans leur environnement. Il n'y a pas là de calcul financier : le maintien à domicile revient beaucoup plus cher que le placement en établissement ! Mais il faut retenir la réponse la plus appropriée pour l'autonomie de la personne. Nous n'avons pas de scénario tout prêt : la réforme de la prise en charge de la dépendance sera le fruit de la concertation, que le Président de la République ouvrira dès la réforme des retraites achevée. Le débat durera six mois, le temps d'évaluer tous les dispositifs. Je ne suis pas favorable à une deuxième journée de solidarité : de telles mesurette ne suffiront pas pour financer la dépendance, il faut réfléchir à des financements innovants. L'Apa représente aujourd'hui 5 milliards : en 2040, ce sera 13 milliards ! Il faut mettre les choses à plat.

**Audition de Roselyne BACHELOT-NARQUIN,
ministre de la santé et des sports**

Réunie le jeudi 28 octobre 2010, sous la présidence de Muguette Dini, présidente, la commission procède à l'audition de Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

Muguette Dini, présidente. - Je remercie très chaleureusement Mme Bachelot-Narquin d'avoir accepté de modifier son emploi du temps pour être présente ce matin.

Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports. - Je ne pouvais résister à l'invitation de la commission des affaires sociales du Sénat...

La première idée-force de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale est qu'il ne traduit pas une approche malthusienne mais développe l'investissement. L'Ondam, fixé pour 2011 à 2,9 %, représente un volume de dépenses supplémentaire de 4,7 milliards d'euros par rapport à 2010. Conformément au règlement arbitral, la consultation des médecins augmente d'1 euro, ce qui coûtera 260 millions d'euros. L'impact de l'accord LMD, qui reconnaît la qualification des infirmiers, est intégré à l'évolution de l'enveloppe des dépenses hospitalières. J'ai voulu, pour ce quatrième PLFSS, un taux identique d'augmentation de 2,8 % pour l'hôpital et pour la ville, ce qui représente 2 milliards d'euros de plus pour les établissements de santé. La poursuite de la convergence dégagera 150 millions d'euros d'économies et la performance à l'hôpital, pour laquelle j'ai créé une agence nationale d'appui, représente 145 millions d'euros. Nous voulons maîtriser les produits de la liste en sus, dont l'importante progression n'est pas toujours justifiée.

Les 2,4 milliards d'euros d'économies ne pénaliseront pas les malades. La maîtrise médicalisée (550 millions d'euros) passe par la promotion des référentiels, les ententes préalables mais aussi par la mobilisation des agences de santé, avec la fongibilité des dotations régionales. L'ajustement des tarifs de radiologie et de biologie (200 millions d'euros) prend en compte les gains de productivité. La baisse de prix sur les produits de santé correspond à une moindre dépense de 500 millions d'euros, le taux K étant par ailleurs fixé à 0,5 %. Les médicaments à service médical rendu faible verront leur remboursement passer de 35 % à 30 %, tandis que nous nous concentrons sur les produits plus coûteux et les plus utiles. Le taux de prise en charge des dispositifs médicaux baisse également de 5 points : il sera ramené de 65 % à 60 %. Le seuil de déclenchement de la contribution de

18 euros passe de 91 à 120 euros ; il n'avait pas bougé depuis 1992 et un strict rattrapage l'aurait porté à 130 euros. Cela ne touche pas les ALD ni les bénéficiaires de la couverture maladie universelle-complémentaire (CMU-c). Nous reprenons les propositions de l'Uncam sur les diabétiques non insulino-dépendants - je pourrai y revenir, tant de fausses rumeurs circulent à ce sujet. L'idée est d'éviter les gaspillages et de limiter les marges. L'assurance maladie a proposé d'adapter les critères des ALD pour les patients souffrant d'hypertension chronique, qui est plus un facteur de risque qu'une pathologie avérée.

Nous continuons la modernisation de notre système de santé, tout en consolidant un taux de couverture quasi intégral / le reste à charge est ainsi revenu de 9,5 % à 9,4 % et il n'est que de 3 % à l'hôpital. On ne le dit pas assez car on préfère parler de désengagement de l'Etat... Le Gouvernement revendique la politique qui consiste à se concentrer sur les dépenses et les soins les plus utiles et les plus coûteux car elle répond à une exigence. Afin de faciliter l'accès aux soins, nous allons augmenter de six points le plafond de ressources pour l'accès à la complémentaire santé, puis de quatre points en 2012, soit une augmentation de 30 % dont 80 000 personnes bénéficieront. S'il reste des progrès à accomplir, beaucoup a déjà été fait : l'aide à la complémentaire santé concerne 515 000 personnes et a progressé de 10 % au premier trimestre. Cette augmentation résulte à la fois du relèvement progressif du plafond d'accès et des campagnes d'information que nous menons. J'ai demandé à l'Uncam des propositions sur la lisibilité des contrats des complémentaires, car j'ai le sentiment qu'il faut aider les Français à se repérer dans les conditions de prise en charge. Des avancées ont déjà été réalisées et le dialogue se poursuivra. Les difficultés concernent quasi exclusivement l'optique et les soins dentaires. Les Français ne renoncent pas à se soigner, comme certains le prétendent, mais ils renoncent parfois à certains soins.

Au-delà des nécessaires discussions, des formes nouvelles d'organisation permettent des baisses de prix substantielles, exploitons-les. J'ai demandé à la Dress et à la direction de la sécurité sociale de poursuivre le travail sur ce sujet parce qu'il est indispensable de disposer de chiffres solides. Le Haut Conseil pour l'assurance maladie étudie pour sa part la question du reste à charge. Les résultats contradictoires des sondages suscitent en effet quelques doutes... J'ai enfin souhaité la mise en place d'un plan de contrôle des dépassements d'honoraires et les négociations conventionnelles devraient permettre la mise en place d'un secteur optionnel.

***Alain Vasselle, rapporteur général.** - Quoique vous nous ayez déjà bien éclairés sur le PLFSS, je souhaite avoir des précisions sur l'Ondam. Après le rapport Briet, la conférence nationale des finances publiques avait envisagé que le seuil d'alerte en cas de dépassement soit ramené de 0,75 % à 0,5 %, qu'en est-il ? Elle avait également acté des gels de crédits, lesquels et dans quelles proportions ?*

Des questions récurrentes font l'objet de débats passionnés sur l'hôpital.

Guy Fischer. - *Il y a de quoi !*

Alain Vasselle, rapporteur général. - *Notre information sur les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac) s'améliore ; la loi HPST a prévu un rapport annuel. Quelle enveloppe leur réservez-vous en 2011 ? J'aimerais également savoir où nous en sommes sur la convergence et si vous avez prévu des étapes pour atteindre l'objectif 2018.*

Quelles sont vos intentions sur les restructurations de l'offre de soins ? Il avait été question de fermer cent quatre-vingts plateaux techniques, puis la mesure a été reportée. Comment le Gouvernement favorise-t-il les alternatives à l'hospitalisation ? Mme Hermange regrettait hier l'insuffisance des structures de court séjour et d'autres se sont inquiétés des moyens pour les dialyses à domicile. On a déjà réalisé des progrès sur l'ambulatoire mais ne peut-on dresser un bilan de manière à renforcer ces actions ?

Nous aimerions mesurer l'interaction entre l'Ondam hospitalier et l'Ondam de ville. Il semblerait que des établissements externalisent sur l'ambulatoire des actes ou prestations dont le coût est pourtant compris dans les groupes homogènes de séjours qui leur sont remboursés par l'assurance maladie. Un peu plus de transparence serait la bienvenue.

J'aimerais aussi savoir comment ont été utilisés les fonds dédiés aux agences régionales de santé l'an dernier et connaître les intentions du Gouvernement sur la responsabilité civile médicale. En effet, si une avancée a été réalisée à l'Assemblée nationale, nous n'avons pas eu le rapport Johanet.

Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. - *Lequel, le premier ou le second ?*

Alain Vasselle, rapporteur général. - *Nous n'en avons reçu aucun.*

Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. - *Ils vous seront communiqués.*

Alain Vasselle, rapporteur général. - *Le sujet est sensible...*

S'agissant des renoncements aux soins, contre lesquels le Gouvernement a pris des mesures de solvabilisation, vous semblez dire qu'ils concernent surtout l'optique et les soins dentaires. Se fait-on des idées fausses là-dessus ? Il serait opportun de faire le point. Je voudrais d'ailleurs connaître l'impact des mesures prévues dans le PLF comme dans le PLFSS sur les complémentaires santé : selon la Mutualité, les tarifs des contrats responsables devraient augmenter de 8 % à 10 % ; la progression ne serait que de 1 % selon le Gouvernement.

Les professionnels sont-ils demandeurs du contrat d'amélioration des performances individuelles (Capi) ? Vous êtes favorable à un secteur optionnel, les professionnels aussi de même que la Cnam, mais les organismes complémentaires seraient réservés. Puisque les avis semblent converger, pouvez-vous nous dire où se situent les blocages ?

Bernard Cazeau. - *Les années se suivent et se ressemblent, madame la ministre. Le déficit reste à un niveau élevé : 11,5 milliards d'euros prévus pour 2011 après 11,4 milliards en 2010 et 10,6 milliards en 2009, soit trois fois plus qu'en 2008. C'est toujours la même méthode et je rappelle, au risque de vous irriter, que quand vous parlez de maîtrise médicalisée, les syndicats professionnels dénoncent une maîtrise comptable. Je vous souhaite bien du plaisir pour la radiologie et la biologie ! Bien sûr, certaines économies sont de bonnes économies mais quand le déficit reste aussi important, on n'en est plus à 2 milliards d'euros près... On ne résoudra pas le problème par des économies de bouts de chandelle. Est-ce une absence de courage ou faut-il incriminer la proximité des élections ? Je n'ai pas vu de réforme structurelle. La réforme du paiement à l'acte serait la méthode la plus rentable contre les déficits mais vous n'y touchez pas. Pourtant, le succès du Capi montre que la nouvelle génération des médecins est différente de la précédente. Peut-être vous déciderez-vous, en 2013, à rentrer dans une réforme structurelle...*

Comment tenir un Ondam aussi ambitieux quand le coût des soins médicaux est sur une pente de 4 % et de 3,6 % pour l'hôpital ? Vous serez obligée d'en rabattre. Je suis extrêmement déçu et c'est avec pessimisme que nous aborderons le débat. Mais peut-être des amendements du Gouvernement nous rendront-ils un peu de moral ?

Catherine Procaccia. - *Contrairement à Bernard Cazeau, je crois que c'est en cumulant les petites économies qu'on luttera contre le déficit de l'assurance maladie, même s'il est structurel. Sans avoir la hauteur de vues d'Alain Vasselle, je m'interroge sur l'augmentation de cotisations des complémentaires car, en fin de compte, ce sont les assurés qui paient. Ne vont-ils pas renoncer à la couverture de certains soins ? La sécurité sociale ne rembourse que 15 euros sur une paire de lunettes dont le coût est d'une centaine d'euros pour un enfant et de 600 à 700 euros pour un adulte si j'en juge par les différents devis que j'ai pu faire établir. Comment les gens font-ils ? J'entends dire que les opticiens multiplient les prix par deux ou trois. Quel est votre sentiment à ce sujet ?*

Nous avons eu un grand débat l'an passé sur la vaccination H1N1, notamment sur les parts prises en charge par l'assurance maladie et par les complémentaires. Depuis, vous avez pu revendre des vaccins et renégocier les contrats. Les sommes dues aux laboratoires leur seront-elles réglées par un versement ou par une déduction fiscale ?

Est-il légitime que la Cnam contribue de plus en plus à des dépenses hors assurance maladie, comme l'Eprus, établissement de préparation et de réponse à l'urgence sanitaire, ou le Fmespp, fonds de modernisation des

établissements de santé publics et privés ? Enfin, de nombreux hôpitaux de mon département m'ont posé la question de savoir comment seront réorganisées les interventions chirurgicales urgentes durant la nuit ? De quel horaire s'agit-il précisément ?

Bernard Cazeau. - *C'est une proposition de Claude Evin !*

Catherine Procaccia. - *Les urgences réaliseraient 80 % de leur activité avant minuit.*

Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. - *D'une part, il n'y a aucune proposition de M. Evin ; d'autre part, il est vrai que les interventions ont massivement lieu avant minuit, on ne pratiquerait selon certaines sources que quinze opérations entre minuit et 6 heures sur toute la France.*

Guy Fischer. - *Ce budget, comme la réforme des retraites, tend à lutter contre les déficits publics. L'assurance maladie n'échappe pas à cette tendance, qui supportera 2,4 milliards d'euros des 7,2 milliards d'euros d'économies prévues. Cette stratégie de financement pose des problèmes fondamentaux. Pouvez-vous nous parler un peu plus précisément des réductions décidées pour les hôpitaux ? On a parlé de fermetures ou de restructurations de trois cents à quatre cents établissements et, à terme, de 20 000 suppressions d'emplois dans la fonction publique hospitalière.*

Vous avez beau réaffirmer que nous avons un très haut niveau de couverture, il n'y a pas moins transfert de l'assurance maladie obligatoire vers les complémentaires, dont les tarifs vont augmenter de 5,5 % - on parle même de 8 %. Cela concerne l'optique et le dentaire, cela touche surtout les milieux populaires et il suffit de se promener sur le marché des Minguettes pour voir combien il est difficile pour une large part de la population de conserver sa dentition en bon état. Il faut faire évoluer les choses afin que le reste à charge ne soit pas aussi important. Comment s'y prendre ? On parle des dépassements d'honoraires de spécialistes. Si l'augmentation d'1 euro de la consultation des généralistes est légitime, l'accès aux médecins spécialistes devient de plus en plus difficile.

Isabelle Debré. - *Pourquoi tout le monde n'a-t-il pas sa photo sur sa carte Vitale et ce nouveau type de document permet-il de lutter contre la fraude ? Par ailleurs, comment évolue l'aide médicale d'Etat (AME) ? En rédigeant le rapport sur les mineurs étrangers isolés que je viens de remettre à Mme Alliot-Marie, j'ai aussi rencontré des jeunes majeurs et je voudrais savoir si l'AME concerne plus de jeunes.*

Alain Vasselle, rapporteur général. - *L'Etat finance cette aide à 100 %, l'assurance maladie assurant la trésorerie en payant les factures aux établissements hospitaliers. Or, il semble que certains établissements hospitaliers s'en servent de variable d'ajustement et pratiquent un tarif spécifique, différent des GHS habituellement utilisés.*

Jacky Le Menn. - *M. Vasselle a évoqué les liens entre l'Ondam hospitalier et l'Ondam de ville. Nous sommes assaillis de messages soulignant que quand les ordonnances établies à l'hôpital sont présentées en ville, elles sont comptabilisées en ambulatoire : l'enveloppe soins de ville est finalement pilotée par l'enveloppe hôpital.*

J'aimerais également en savoir plus sur la mobilisation de l'administration sanitaire. La fongibilité des fonds des agences régionales de santé (ARS) concernera-t-elle également l'enveloppe médico-sociale ? La mise en place des ARS produit-elle déjà ses effets ? Qu'en est-il des communautés hospitalières de territoire ? Les groupements de coopération de taille moyenne ne rencontrent-ils pas des difficultés ?

Quels effets le secteur optionnel aura-t-il sur le secteur 2, votre optimisme à ce sujet n'est-il pas excessif ? Je note néanmoins que le directeur de la mutualité française est très favorable au secteur optionnel. Enfin, j'aimerais savoir quelle est la part respective de l'effet coût et de l'effet volume, dus au vieillissement de la population.

Annie David. - *Je partage les propos de Guy Fischer sur les recettes. Les économies sont bonnes à prendre... à partir du moment où les recettes sont à la hauteur nécessaire. Or, ce n'est pas le cas et notre système gardera un problème de recettes tant que vous maintiendrez les exonérations de cotisations patronales. Oui, madame la ministre, nous avons un bon système de soins et les comparaisons sont bonnes si elles vous permettent de le promouvoir auprès de vos homologues européens ; elles cessent de l'être si elles justifient qu'on en rabatte. Quand vous concentrez l'effort sur les médicaments les plus coûteux, êtes-vous sûre de privilégier les plus utiles et non ceux qui rapportent le plus aux laboratoires ? Si le résultat des comparaisons n'est pas favorable aux malades, nous n'en voulons pas ! Vous voulez vous attaquer aux dépassements d'honoraires : allez-vous aussi regarder les consultations privées dans les hôpitaux publics ?*

Allez-vous veiller au bon respect des référentiels par les prescripteurs ? Dans certains territoires, on prescrit plus facilement une prothèse de la hanche ou une consultation chez un kinésithérapeute que dans d'autres.

Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. - *La situation de notre système de santé ne me paraît pas justifier la réforme structurelle qui s'imposait pour les retraites. En consacrant 11,2 % de son Pib aux dépenses de santé, la France se situe sur la deuxième marche du podium, derrière les Etats-Unis, où la rémunération des prestations est bien supérieure ; avec l'effet volume, nous nous classons en tête.*

Faut-il augmenter les budgets consacrés à la santé ? Je ne suis pas particulièrement une adepte d'Ivan Illich et d'André Gorz, mais l'augmentation de l'espérance de vie dépend avant tout de l'amélioration de la qualité de vie, de l'éducation, du logement, de l'environnement. Un grand

humanitaire disait que si l'on veut accroître l'espérance de vie d'une population, mieux vaut construire un tout-à-l'égout qu'un hôpital !

On ne pourra nous faire éternellement le coup des prélèvements sur le capital, déjà mis à contribution pour financer les retraites. L'assurance maladie est financée à 47 % par les cotisations sur les salaires, à 37 % par la CSG, à 15 % par des taxes affectées : augmenter le budget, c'est alourdir les prélèvements sur les ménages. Réfléchissons d'abord aux mesures d'efficacité ! C'est ce que je vous propose avec ce budget, qui n'est pas un budget d'austérité. Le débat aura lieu.

Bernard Cazeau. - *La dette de la Cades est de 200 milliards !*

Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. - *Nous mettons en œuvre les mesures annoncées le 28 mai : gel des provisions non engagées sur la liste en sus à l'hôpital, pour 135 millions ; gel des crédits issus de la déchéance quadriennale du Fmespp, pour 105 millions ; baisse de prix de médicaments, pour 100 millions ; gel sur les Migac, pour 300 millions ; prévision de sous-exécution du médico-social, pour 100 millions ; mesures sur la chirurgie de la cataracte, pour 10 millions.*

Sur les 530 millions mis en réserve pour 2011, 400 millions concernent l'hôpital, 30 millions le Fiqcs, 100 millions le médico-social. Les soins de ville n'ont qu'une faible part de dotations budgétaires. Plusieurs mesures de régulation pourront couvrir les risques de dépassement. Le délai de six mois avant toute revalorisation tarifaire est un précieux stabilisateur automatique. L'extension de ce mécanisme est préconisée par le rapport Briet, qui conditionne la revalorisation au respect de l'Ondam. La majeure partie des dépassements étant imputable à l'hôpital, il n'est pas illégitime d'imputer la majorité des mises en réserve, hors médico-social, à partir des dotations Migac et Fmespp.

L'Ondam hospitalier est fixé à 2,8 % : c'est beaucoup. La politique tarifaire est l'un des outils à ma disposition pour faire respecter ce taux. Contrairement à M. Cazeau, je ne suis pas pessimiste ! J'ai respecté l'Ondam à 3 % en 2010 : c'est historique ! La convergence tarifaire participe à l'effort d'efficacité et nous en modifions la définition afin de prendre pour cible les tarifs les plus bas, que ce soient ceux du public ou du privé. Je vous ferai parvenir une note technique sur la convergence ainsi que sur la tarification à l'activité (T2A).

L'identification des transferts entre ville et hôpital dans la présentation de l'Ondam est sans doute insuffisante car les interactions réciproques sont complexes à retracer. Les efforts de l'assurance maladie en la matière seront poursuivis. La mise en service du registre partagé des professionnels de santé (RPPS), cher à Alain Vasselle, sera une étape décisive pour l'identification individuelle des prescripteurs. Il faut aussi tenir compte des passages aux urgences hospitalières qui auraient dû faire l'objet d'une prise en charge ambulatoire, sachant toutefois que les échanges ont lieu dans les deux sens... Je vous communiquerai les textes réglementaires en la

matière. Pour assurer la traçabilité du registre, il faut l'intégrer au logiciel des pharmacies, des professionnels libéraux, des transporteurs sanitaires. Les nécessaires adaptations seront achevées prochainement.

Le financement des ARS, fixé par le code de santé publique, est assuré par une subvention de l'Etat pour 79 % et par une contribution des régimes obligatoires de l'assurance maladie pour 21 %, qui atteindra 151 millions en 2011, en année pleine.

Il est difficile d'évaluer précisément le renoncement aux soins pour raisons financières. La Tribune indique qu'un quart des Français renonceraient à se faire soigner, en s'appuyant sur une étude effectuée auprès de quatre cents personnes âgées de plus de dix-huit ans dans six pays de l'Union européenne : c'est un peu léger ! Une enquête de l'Irdes, portant sur huit mille ménages en France, indique que 15 % de la population métropolitaine renonceraient à certains soins, définitivement pour un cinquième, provisoirement pour les quatre cinquièmes. Les soins reportés sont très ciblés : il s'agit pour les deux tiers de soins bucco-dentaires, pour un quart d'optique, pour un sixième de soins chez un spécialiste.

En France, le reste à charge des ménages est l'un des plus faibles du monde. La prise en charge publique, via le régime obligatoire et les complémentaires, est particulièrement élevée. Je vous ferai parvenir un tableau détaillé retraçant l'impact des mesures d'économies sur les complémentaires. Celles-ci devront absorber 470 millions de charges nouvelles, mais bénéficient aussi des mesures d'économies, comme la baisse des tarifs et du prix de certains médicaments : le solde est en réalité de 129 millions de charges supplémentaires. Or la hausse d'un point de cotisation leur rapporte 320 millions ! Rien ne justifie donc d'augmenter les cotisations de 5 % à 10 % !

Certes, le projet de loi de finances assujettit les complémentaires à la taxe sur les conventions d'assurance (TCA), ce qui représente 1,1 milliard de charges nouvelles pour elles - sachant que la Cour des comptes chiffre à 7 milliards les aides qui leur sont accordées sous forme de détaxations. Cette aide s'établirait donc à 6 milliards d'euros. Il ne paraît pas illégitime de faire participer les complémentaires au financement de la dette sociale, d'autant que celles-ci bénéficient chaque année d'un déport de 600 millions avec les malades en ALD, qui sont pris en charge à 100 % par l'assurance maladie. Je mets chacun devant ses responsabilités !

Je suis pour le développement d'alternatives à la rémunération qui mettent en jeu la performance. La mise en œuvre du Capi en 2009 s'inscrit dans cette logique. Près de 16 000 médecins se sont portés volontaires. Il faudra une étude fine sur ce dispositif : nul doute que votre rapporteur général y sera attentif ! Les contrats ont été signés sur une base pluriannuelle : les intégrer dans les conventions médicales dès l'année prochaine risquerait d'être source d'instabilité et d'en détourner les médecins.

Sur la responsabilité civile médicale, je défendrai un amendement qui tire les conclusions du rapport Johanet. Ce rapport, qui vous sera transmis, prône la mutualisation des risques exceptionnels entre les assureurs et l'ensemble des praticiens potentiellement concernés : c'est la solution dite de place. Nous proposons une réécriture a minima de l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, sans attendre le rapport complémentaire, pour en étendre le bénéfice aux sages-femmes. J'espère qu'Alain Vasselle aura le triomphe modeste, lui qui avait suggéré cette solution ! La mission Johanet II permettra de mieux prendre en compte un certain nombre de pathologies.

Le coût de la campagne de vaccination contre la grippe H1N1 est évalué à 500 millions d'euros ; compte tenu de la résiliation d'une partie de la commande, la contribution exceptionnelle des complémentaires n'a été que de 110 millions, contre les 250 millions initialement attendus. Le PLFSS pour 2011 régularise le taux de contribution, pour éviter que les complémentaires n'aient à faire des avances de trésorerie.

Depuis l'origine, l'aide médicale d'Etat (AME) est facturée à l'assurance maladie par les établissements de santé sur la base du tarif journalier de prestation (TJP) et non sur celle du groupe homogène de séjour (GHS). Or le TJP a beaucoup augmenté au point que nous en avons plafonné le taux d'évolution à 3 %. Calculer le remboursement sur la base du GHS aurait fait économiser 178 millions d'euros à l'Etat - mais le manque à gagner pour les établissements de santé devant être compensé, autant recourir à la technique du sapeur Camember... Cela représenterait par exemple une perte de 58 millions pour l'AP-HP, de 7,5 millions pour l'AP-HM.

Alain Vasselle, rapporteur général. - *Pourriez-vous nous donner des précisions sur la restructuration des hôpitaux et des plateaux techniques, sur le secteur optionnel et sur la facturation individuelle ?*

Jacky Le Menn. - *Et sur la fongibilité !*

Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. - *Je compte publier prochainement un décret car je souhaite ramener à 1 500 le nombre d'actes de chirurgie requis, en prévoyant une période transitoire pour permettre aux établissements de nouer des coopérations ou de réviser leurs pratiques afin de maintenir ces activités. Ma démarche est proactive et bienveillante : on peut concilier proximité et qualité des soins. Ni laxisme, ni rigueur extrême : c'est ce que j'ai signifié à l'association des maires de petites villes. Une mission d'accompagnement, composée d'experts politiques et techniques, sera à la disposition des acteurs de ces restructurations hospitalières et une enveloppe de 50 millions y sera consacrée.*

Les négociations conventionnelles sur le secteur optionnel vont reprendre. L'accord conclu est un rapport d'étape, et de nombreuses questions restent en suspens, à commencer par la participation des organismes complémentaires au financement des dépassements d'honoraires.

Nous constatons des progrès importants en matière de facturation individuelle. Je vous ferai parvenir une note précise sur le sujet.

Concernant la carte Vitale avec photo d'identité, le dispositif monte en charge. Idem pour la carte des bénéficiaires de l'AME.

Guy Fischer. - *Les pharmaciens connaissent leurs clients !*

Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. - *Contrairement à ce qu'on entend souvent, les dépenses de santé des bénéficiaires de l'AME croissent moins vite que celles des assurés du régime général. Ce qui augmente, c'est le nombre des bénéficiaires.*

Il ne faut pas confondre gardes et urgences de nuit. Au cœur de la nuit, entre minuit et 6 heures du matin, il n'y aurait qu'une quinzaine d'interventions sur tout le territoire. L'allocation des ressources, des intelligences et des expériences n'est manifestement pas adaptée. Le directeur général de l'ARS d'Ile-de-France a entamé une large concertation sur le sujet.

Bernard Cazeau. - *Que ferez-vous quand vous aurez besoin d'une césarienne à 3 heures du matin ? C'est un système idiot.*

Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. - *La fongibilité des enveloppes doit-elle se faire au niveau de l'Ordam, entre les différents sous-objectifs, ou via des objectifs régionaux, en chargeant le directeur général de l'ARS de distribuer les crédits entre médecine de ville, hôpital et médico-social en fonction des spécificités régionales ? Comme je l'ai dit hier à M. Méhaignerie, la démarche de l'Ordam est intéressante mais il faut un support administratif solide. Je présenterai un amendement sur la fongibilité entre le Fiqcs et le Fmespp : cela pourrait être un début.*

Isabelle Debré. - *Pourriez-vous nous faire parvenir une note sur l'état d'avancement du dossier médical personnel (DMP) et sur le différentiel de coût entre hospitalisation à domicile et à l'hôpital ?*

Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. - *Les études de coût sont indispensables. La question du différentiel se pose aussi pour le médico-social.*

**Audition de François BAROIN,
ministre du budget, des comptes publics
et de la réforme de l'Etat**

Réunie mardi 2 novembre 2010, sous la présidence de Muguette Dini, présidente, la commission procède à l'audition de François Baroin, ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

François Baroin, ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat. - Le Gouvernement a annoncé en juillet dernier, lors du débat d'orientation sur les finances publiques, un objectif clair : ramener le déficit de 7,7 % à 6 % l'an prochain. Des efforts sont demandés à l'ensemble des acteurs de la dépense : l'Etat, les collectivités territoriales, via le gel des dotations, la sécurité sociale. Chacun doit prendre la mesure de l'impact de la crise de 2008-2009, dont les comptes publics, et tout particulièrement les comptes sociaux, portent encore les stigmates. Le Gouvernement se refusant à augmenter les prélèvements obligatoires, qui sont parmi les plus élevés des pays développés, nous devons maîtriser la dépense. C'est le seul moyen de préserver notre modèle social, l'un des plus redistributifs au monde, qu'il faut adapter aux évolutions de la société.

Le déficit du régime général en 2010 est estimé à 23,6 milliards, alors que la commission des comptes annonçait 27 milliards. La masse salariale a augmenté plus rapidement que prévu : nous tablons désormais sur une hausse de 2 % pour 2010 et de 2,9 % pour 2011. En matière d'emploi, le pire semble être derrière nous ; le marché du travail se stabilise, mais la situation n'est pas encore normalisée, comme le montrent les chiffres du chômage de septembre. Décalage habituel, les entreprises ont cessé de supprimer des emplois mais hésitent encore à embaucher. Toutefois, le secteur marchand recommence à créer des emplois pérennes.

La stratégie du Gouvernement a porté ses fruits. La France a réagi dès le début de la crise en acceptant un effondrement de ses recettes fiscales sans précédent : moins 54 milliards d'euros, dont 28 rien que sur l'impôt sur les sociétés. Non seulement le Gouvernement n'a pas augmenté les impôts pour compenser cette baisse de recettes, mais il a soutenu l'activité par un plan de relance, engagé des réformes structurelles, notamment en faveur de

l'emploi, et mis en œuvre des investissements d'avenir à travers le grand emprunt. Les amortisseurs sociaux ont bien fonctionné et la France a globalement mieux résisté que ses voisins. En refusant d'augmenter les impôts mais aussi d'arroser le sable, le Gouvernement a remporté son pari, preuve que le système redistributif français est efficace.

L'excédent du panier fiscal - 1,6 milliard en 2010 - vient compenser les allègements généraux de cotisations patronales. Il sera mobilisé pour financer la dynamique plus forte que prévu de certains dispositifs en faveur de l'emploi. La crise a conduit à réévaluer à la baisse le coût des allègements des charges sociales tandis que l'Etat dépensait davantage pour soutenir l'emploi. Nous rééquilibrons les choses en loi de finances rectificative en rendant pérenne cette affectation.

Le financement de la sécurité sociale est garanti par la maîtrise des dépenses et de la dette sociale. Le projet de loi de finances et la loi de programmation des finances publiques fixent une trajectoire de réduction du déficit de 40 %, soit 60 milliards : c'est historique. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale s'inscrit dans cette stratégie de maîtrise des finances publiques : respect de la norme zéro valeur, stabilisation des dotations aux collectivités locales, réduction des niches fiscales et sociales à hauteur de 10 milliards, réforme des retraites, strict respect de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) fixé à 2,9 pour 2011 puis à 2,8 % pour les années ultérieures.

Le produit de la réduction des niches sera affecté à 70 % au financement de la sécurité sociale : 3,5 milliards provenant de la suppression des niches des sociétés d'assurance seront affectés à la branche famille ; 3,8 milliards, dont 3 milliards provenant de niches, financeront la réforme des retraites, sur lesquels 335 millions permettront, via le fonds de solidarité vieillesse (FSV), le maintien des soixante-cinq ans pour les parents de trois enfants et d'enfant handicapé ; 485 millions viendront abonder la branche maladie. L'augmentation de 0,1 point de la cotisation patronale, pour 450 millions, permettra le retour à l'équilibre de la branche AT-MP. La contribution sur les hauts revenus et les revenus du capital rapportera 500 millions dès l'an prochain. En tout, c'est un effort de plus de 8 milliards de réduction des déficits sociaux.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale traduit les mesures financières de la loi organique relative à gestion de la dette sociale et de la loi portant réforme des retraites, qu'il s'agisse des stocks-options - à ne pas mettre sur le même plan que les actions gratuites attribuées à nombre de salariés -, des retraites chapeau, des allègements généraux de cotisations sociales. D'autres mesures fiscales figureront dans le projet de loi de finances. Le FSV prendra en charge une partie des dépenses de solidarité versées par les régimes de base au titre du minimum contributif.

Le traitement de la dette sociale a trouvé une solution équilibrée avec le transfert de 130 milliards à la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades), qui correspond à une fraction de la CSG de la branche famille. Nous nous engageons à assurer les recettes de la branche famille d'ici 2013. Nous poursuivrons la politique de réduction des niches, ce qui revient à réduire les dépenses de l'Etat. A compter de 2011, l'excédent du panier de recettes sera affecté intégralement et définitivement à la sécurité sociale : 2 milliards en 2011, 1,8 milliard en 2012, 1,6 milliard en 2013, 1,3 milliard en 2014. Nous clarifions ainsi les relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale.

Pour la première fois depuis sa création en 1997, l'Ondam aura été respecté en 2010, grâce à une vigilance permanente. Mise en réserve des crédits, prise en compte des sous-consommations, souci de bonne gestion : nous sommes capables de maîtriser la dépense sans nuire à la qualité des soins. Pour réaliser l'économie de 2,4 milliards nécessaire pour tenir l'Ondam, il faut améliorer l'efficacité et la performance du système de soins. Cela exige de recentrer l'assurance maladie sur le financement des dépenses les plus utiles médicalement, en confortant son caractère solidaire : le reste à charge des ménages n'est que de 8 % en France, contre 12 % en Allemagne et 16 % en Suède.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale traduit certaines propositions du rapport Briet. Le comité d'alerte donnera un avis sur la construction de l'Ondam, pour en améliorer la sincérité : saisi sur l'Ondam pour 2011, celui-ci n'a pas relevé d'erreur. Les crédits mis en réserve pourront être mobilisés si de nouvelles dépenses se révèlent nécessaires en cours d'année, sans modifier l'Ondam. Le projet de loi de programmation des finances publiques fait désormais de la mise en réserve la règle pour tous les PLFSS.

Au total, le déficit du régime général passera de 23,1 à 21 milliards. Je souhaite discuter avec le Sénat du dispositif de contrôle de la tarification à l'activité par l'assurance maladie, que l'Assemblée nationale a affaibli. Le Gouvernement a renforcé les outils techniques et juridiques pour lutter contre les fraudes, qui écornent notre contrat social : répertoire national commun de la protection sociale, fichier des bénéficiaires de la branche famille, échanges accrus entre les administrations publiques et pénalités administratives plus dissuasives.

Je serai dans l'hémicycle aux côtés de mes collègues lors du débat pour répondre à vos questions.

Alain Vasselle, rapporteur général. - *Je salue la volonté du Gouvernement de poursuivre la clarification financière entre loi de financement et loi de finances. Celle-ci doit être totale : on ne peut céder à la tentation de répartir les recettes entre les deux textes pour réduire le déficit de l'un ou de l'autre.*

Les recettes transférées à la sécurité sociale sont aujourd'hui suffisantes car les allègements de charge qu'elles compensent ont diminué avec la contraction de la masse salariale, d'où un panier excédentaire. Mais quand l'économie repartira, assureront-elles encore une compensation à l'euro près ?

L'Assemblée nationale a exonéré de la contribution sur les retraites chapeau les rentes de moins de 300 euros par mois, pour leur totalité, et partiellement les rentes de 300 à 500 euros. Quelle est la nouvelle estimation du produit de cette mesure, initialement chiffré à 110 millions d'euros ?

Pouvez-vous confirmer que le produit du panier fiscal permettrait à l'Etat d'honorer sa dette vis-à-vis de la sécurité sociale en matière d'exonérations ciblées ? L'Etat peut-il assurer le financement de l'aide médicale d'Etat (AME) et de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) sans reconstituer une telle dette ?

L'Ondam a été respecté en 2010 grâce au gel d'une partie des dépenses prévues, pour 500 millions. Quels secteurs en ont fait les frais ? Pouvez-vous nous détailler les gels envisagés pour 2011 ?

Quelles sont les intentions du Gouvernement concernant le fonds de garantie d'assurance pour les obstétriciens ? Nos propositions se heurtent à l'article 40... A en croire la ministre de la santé, la balle est dans le camp du ministre des comptes publics.

Que penser de l'argumentation des complémentaires santé, qui affirment qu'elles vont devoir augmenter leurs tarifs de 8 % à 10 % ? Une augmentation de 0,5 à 0,76 du taux de la CRDS, dont l'assiette est très large, affecterait moins le pouvoir d'achat. La charge risque de peser in fine sur les départements. Qu'en est-il vraiment ? Les mutuelles crient-elles au loup ?

Serge Dassault, rapporteur spécial « Travail et emploi » de la commission des finances. - *La sécurité sociale est financée par les salaires : c'est une hérésie. Cette charge, qui représente 30 % à 40 % de la masse salariale, augmente nos coûts de production et réduit nos capacités de vente.*

Je propose un financement de la sécurité sociale sur la base non plus des salaires mais d'un coefficient d'activité, calculé sur le chiffre d'affaires, déduction faite de la masse salariale. Mieux vaut taxer le résultat que l'outil ! Un tel système avantagerait les entreprises de main-d'œuvre, moins taxées que celles qui réalisent un chiffre d'affaires équivalent avec moins de personnel. La part des importations serait également prise en compte dans le coefficient via le chiffre d'affaires. Un tel système réduirait les coûts de production d'environ 30 %, ce qui favoriserait l'activité et donc l'emploi. Une simple adaptation du coefficient suffirait à équilibrer les comptes de la sécurité sociale : plus de déficits ! Du reste, mieux vaudrait parler de manque de financements...

Seul problème : aucun ministre n'a voulu s'intéresser à cette idée. Je vous demande de l'étudier, et, pourquoi pas, de mettre en place une commission pour ce faire.

Sylvie Desmarescaux, rapporteur pour le secteur médico-social. - *Toute mesure financière doit figurer soit dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, soit dans le projet de loi de finances. Si la future loi sur la dépendance, prévue en 2011, ne comporte aucune mesure de recettes, le PLFSS pour 2011 ne devrait-il pas d'ores et déjà s'en charger ? Quid par exemple de l'alignement de la CSG des retraités imposables sur celle des actifs ? Faudra-t-il attendre le projet de loi de financement pour 2012 ?*

L'Ondam médico-social augmente moins que les années précédentes du fait de la nouvelle méthode de construction. Vous vous êtes engagé à l'Assemblée nationale à ce que les nouvelles places annoncées soient bien ouvertes. Mais la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) n'aura plus de réserves pour financer des projets d'investissement, notamment des travaux de réhabilitation. Comptez-vous prévoir une ligne budgétaire ad hoc pour ces investissements ? Ou les personnes âgées vont-elles subir une augmentation du reste à charge ?

L'Assemblée nationale, contre l'avis du Gouvernement, a prévu un rapport sur le différentiel de charges des établissements privés non lucratifs. Pourquoi le Gouvernement refuse-t-il de prendre en compte ce différentiel de tarification ? Cette reconnaissance serait pourtant aisée, compte tenu des tarifs plafond.

Le projet de loi de finances pour 2011 supprime les exonérations de charges sociales pour les services à la personne. Je redoute les conséquences pour les services qui interviennent auprès des personnes fragiles... Il faut éviter de pénaliser les services à domicile et les associations qui travaillent dans les familles.

Bernard Cazeau. - *Les années se suivent et se ressemblent... Vous vous satisfaites d'un déficit stabilisé à 20 milliards. Pourtant, l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss) n'en peut plus d'emprunter, et la Cades n'en peut plus de rembourser !*

Tous les acteurs de la santé sont défavorables à vos propositions, même les hôpitaux privés. Vous trouvez des recettes supplémentaires en taxant l'épargne, les cadres, les laboratoires, le forfait social, les accidents du travail... comme d'habitude. Quant aux économies, elles seront payées, directement ou indirectement, par les assurés sociaux...

Comment tenir un Ondam de 2,8 %, quand les statistiques montrent que la demande de soins progresse de 4 % par an ? La fédération européenne des hôpitaux estime qu'avec un Ondam hospitalier inférieur à 3,7 %, on ne peut maintenir le niveau actuel.

Votre budget préélectoral n'apporte pas de solution satisfaisante. N'est-il pas temps de changer votre fusil d'épaule ?

Gilbert Barbier. - *De passer à gauche ?*

Bernard Cazeau. - *Plutôt que tout sacrifier à la maîtrise comptable, ne faudrait-il pas changer la structure de financement de la sécurité sociale ? La réussite des contrats d'amélioration des pratiques individuelles (Capi) est un signe que la médecine de ville cherche d'autres modes de financement ; les jeunes générations veulent une médecine plus fonctionnarisée. Ne faudra-t-il pas un jour trouver d'autres méthodes, et revenir sur le paiement à l'acte ?*

Catherine Procaccia. - *Je me félicite pour ma part du vote de l'Assemblée nationale : les salariés qui perçoivent 300 euros de retraite dans le cadre d'un régime particulier ne s'imaginaient pas bénéficier d'une retraite chapeau ! J'espère que le Sénat conservera cette mesure.*

Les assureurs demandent depuis longtemps que la contribution CMU soit transformée en taxe. Les négociations semblent avoir avancé depuis l'amendement que j'avais déposé en ce sens l'an dernier. Pourra-t-il aboutir cette année ?

René Teulade. - *Monsieur le ministre, je ne mets pas en doute votre volonté d'équilibrer notre système, mais le moment n'est-il pas venu de changer de sémantique ? Plutôt que de charges, parlons d'investissement !*

Nous recherchons un équilibre entre deux démarches incompatibles : des prescriptions libérales et des prestations socialisées. Cela suppose une responsabilisation des acteurs, prescripteurs et bénéficiaires. Mais on ne choisit pas d'être malade... Que pensez-vous du ticket modérateur ? Et que dire de l'introduction d'un mécanisme de bonus-malus dans la couverture santé que proposent certaines mutuelles ? Ce serait la fin de notre système.

Ce n'est pas parce qu'une loi est votée qu'elle est appliquée : je suis bien placé pour le savoir ! Il faut rechercher ensemble l'équilibre de notre système, qui conditionne l'équilibre de notre démocratie. Ce n'est pas par des faux-semblants que nous y arriverons.

Colette Giudicelli. - *L'an dernier, le budget prévisionnel de l'AME était de 535 millions ; cette année, il est de 558 millions. Certains députés ont proposé de créer un forfait annuel de 30 euros pour les 200 000 bénéficiaires - qui ne rapporterait donc que 6 millions. Quelle est votre position ?*

Claude Jeannerot. - *Les dépenses médico-sociales doivent être appréciées globalement, sans oublier l'engagement des départements, qui prélèvent sur leurs recettes vives les moyens d'assurer les prestations universelles. Dans le Doubs, la prestation de compensation du handicap coûte 15 millions ; 10 millions restent à la charge nette du département. Pourquoi l'excédent éventuel de la CNSA ne serait-il pas affecté pour partie aux départements, qui voient leurs dotations gelées et leurs difficultés croître ?*

Ronan Kerdraon. - *De plus en plus de nos concitoyens renoncent à se faire soigner pour des raisons financières. Ne craignez-vous pas que la taxation des complémentaires n'aggrave les choses ? Et je ne parle pas des*

économies fixées par voie réglementaire - baisse de la prise en charge de certains médicaments de 35 % à 30 %, ou exclusion de l'hypertension bénigne du régime ALD...

Jacky Le Menn. - *Comment espérer tenir un Ondam à 2,8 % quand la fédération européenne hospitalière évalue la progression des dépenses de santé à 3,7 %, et que la population vieillit ? Nous partageons les mêmes valeurs : une meilleure santé, le plus longtemps possible, pour le maximum de personnes.*

Pourquoi ne pas créer un indicateur du reste à charge - une fois la fiction des complémentaires gommée ? Cela positiverait l'effort demandé à nos concitoyens.

François Baroin, ministre. - *Pour la première fois depuis 1997, l'Ondam sera respecté : il est plutôt valorisant que le Gouvernement respecte ainsi la volonté de la représentation nationale ! Il faut rééquilibrer nos finances publiques, mais reconnaissez que continuer d'accompagner un taux d'augmentation des dépenses de santé deux fois supérieur à l'augmentation du coût de la vie, c'est un vrai choix de société. Alors que l'Espagne, le Portugal opèrent des coupes claires dans leurs budgets, que la Grande-Bretagne tourne le dos à l'idée anglo-saxonne d'Etat-providence, le Gouvernement préserve l'esprit de 1945.*

Qu'Alain Vasselle se rassure : même avec une croissance de 2,5 % en 2012-2014, le panier fiscal demeurera excédentaire. La dette de l'Etat envers la sécurité sociale est passée de 5 milliards en 2007 à moins d'1 milliard fin 2009 ; en 2011, les bases auront été assainies. C'est un geste politique fort, vu la situation des caisses de l'Etat.

Le Gouvernement tient l'engagement du Président de la République d'augmenter l'AAH de 25 % sur la durée de la législature. C'est une priorité.

L'AME est un sujet sensible. Nous conservons l'une des déclinaisons du modèle français d'accueil, mais sans l'abonder pleinement, faute de pouvoir accompagner toutes les demandes. C'est la moindre des choses, dans un pays comme le nôtre, que les personnes qui se trouvent sur notre territoire aient accès aux soins.

Le rendement de la mesure sur les retraites chapeau sera réduit de 15 à 20 millions après les amendements de l'Assemblée nationale.

La taxe sur les conventions d'assurance est augmentée pour financer la Cades. Nous faisons la moitié du chemin. Les mutuelles bénéficient déjà d'un différentiel de 3,5 % par rapport au secteur privé. Toute une série de dispositifs - pour plus d'1 milliard - ne seront plus à la charge des assurances. Vu leur trésorerie, nous considérons qu'elles ont les moyens d'absorber cette mesure de solidarité sans avoir à augmenter leurs tarifs, d'autant qu'elles bénéficient aussi des mesures d'économies, pour 340 millions. Annoncer des augmentations de 8 % à 10 % est hors de proportion : nous le contesterons.

S'agissant de la responsabilité médicale des obstétriciens, le rapport Johanet envisage une mutualisation du risque. L'objectif est de proposer dès l'année prochaine des polices d'assurance adaptées.

Les 500 millions d'euros de gels sur l'Ondam 2010 se décomposent de la sorte : 100 millions sur le fonds de modernisation des hôpitaux, 300 millions sur l'aide à la contractualisation, 100 millions de sous-consommation des crédits médico-sociaux. Le détail pour l'année prochaine sera déterminé en mars.

M. Dassault a ouvert un chantier fort large... Je ne peux engager le Gouvernement sur une piste aussi audacieuse ! Je lui répondrai personnellement demain.

Madame Desmarescaux, il faut arrêter le contenu de la réforme de la dépendance avant de définir son financement. Comment tirer les leçons du passé ? Comment répondre à l'augmentation de la durée de vie ? Le Président de la République s'est engagé à ce que le débat soit ouvert avant la fin de l'année, et trouve une traduction législative l'année prochaine. Les mesures de recettes seront annoncées dans le texte et pourront être inscrites dans une loi de finances rectificative, sans attendre les prochains PLF et PLFSS.

Les excédents cumulés de la CNSA - 1,6 milliard - financent en effet les investissements dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Nous en débattons lors du texte sur la dépendance.

Je ne suis pas opposé à ce que l'on étudie le différentiel de charges entre établissements publics et privés non lucratifs, mais la tarification à l'activité n'a pas pour but d'y remédier...

En supprimant les exonérations de charges pour les services à la personne, nous avons choisi de préserver l'efficacité d'un système conçu, à l'origine, pour soulager les actifs. Il a ensuite évolué, non sans connaître des dérives : on a vu le dispositif utilisé pour rémunérer un coach de gym à domicile ou un clown pour un anniversaire d'enfant...

Christiane Demontès. - Caricature !

François Baroin, ministre. - Une exonération supplémentaire de quinze points de cotisation sociale avait été consentie pour relancer le mécanisme : c'est ce que nous supprimons. La dépendance doit relever de dispositifs publics ou parapublics. Sans toucher à l'avantage fiscal, nous maintenons la dynamique de l'effort, mais en revenant à l'esprit du dispositif. Il faut flécher les moyens nécessaires vers les dispositifs de solidarité existants.

Monsieur Cazeau, si ce budget était préélectoral, il ne serait pas aussi courageux, voire audacieux disent certains ! Il a d'ailleurs suscité l'ire des étudiants, des handicapés, des mariés, des divorcés, des pacsés, de ceux qui ne veulent pas payer le stationnement ou la hausse de l'électricité... Mon

poste n'est pas facile, et ce PLFSS n'a pas été conçu pour flatter l'opinion ! C'est un effort de 8 milliards en faveur du désendettement de notre sécurité sociale.

Madame Procaccia, il ne faudrait pas que les assureurs profitent d'une transformation de la contribution CMU en taxe pour augmenter leurs primes... Un amendement au PLF a toutefois été adopté aujourd'hui en ce sens : nous en reparlerons donc devant le Sénat.

Monsieur Teulade, nous avons déjà beaucoup fait avec les contrats responsables, qui représentent aujourd'hui 99 % des contrats. J'avais proposé un mécanisme de bonus-malus pour moduler les dotations de l'Etat aux collectivités locales en fonction de leur bonne gestion : M. Adnot m'en avait dissuadé, soulignant que l'Etat n'étant pas un parangon de vertu, il n'avait guère de leçons à donner... Je suis bien sûr opposé à l'idée d'un bonus-malus pour les complémentaires santé.

Monsieur Jeannerot, la question de la dépendance sera au cœur de la redistribution des charges qui pèsent sur les conseils généraux. Nous sommes conscients de l'effet de ciseaux. Le Premier ministre a pris des engagements envers les départements en difficulté : l'hypothèque sera levée d'ici l'année prochaine, et leur situation stabilisée.

Monsieur Kerdraon, nous augmentons le plafond de l'aide à la complémentaire santé de 20 % à 30 % de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c). C'est une aide concrète pour les plus modestes des classes moyennes : 4,2 millions de personnes sont concernées.

Monsieur Le Menn, nous respecterons l'Ondam grâce aux mesures sur les prix des médicaments et les tarifs des professionnels, à la maîtrise médicalisée, à la bonne gestion des hôpitaux. Les agences régionales de santé (ARS) y contribueront. C'est un effort de longue haleine.

Muguette Dini, présidente. - *M. Le Menn a évoqué la création d'un indicateur sur le reste à charge supportable...*

Jacky Le Menn. - *La question n'est pas plus difficile que celle de M. Dassault !*

François Baroin, ministre. - *Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie n'a pas apporté de réponse définitive à cette question...*

II. AUDITION DE LA COUR DES COMPTES

**Audition de Didier MIGAUD, Premier président,
Rolande RUELLAN, présidente de la 6^e chambre,
Laurent RABATÉ, conseiller-maître, rapporteur général,
Jean-Pierre LABOUREIX, conseiller-maître,
et Simon BERTOUX, auditeur,
de la Cour des comptes**

Réunie le mercredi 13 octobre 2010, sous la présidence de Mugette Dini, présidente, la commission entend Didier Migaud, Premier président, Rolande Ruellan, présidente de la 6^e chambre, Laurent Rabaté, conseiller-maître, rapporteur général, Jean-Pierre Laboureux, conseiller-maître, et Simon Bertoux, auditeur, de la Cour des comptes, sur le rapport annuel de la Cour sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

Didier Migaud, Premier président de la Cour des comptes. - C'est avec plaisir que je vous présente le rapport sur la loi de financement de la sécurité sociale remis au début du mois de septembre. Cette année encore, il est abondant puisqu'il comprend dix-sept insertions regroupées en trois blocs, mais il s'agit de 450 milliards.

Rappelons d'abord la situation financière. Les tableaux d'équilibre font apparaître un déficit de 20,3 milliards pour le régime général, 1,4 milliard pour les autres régimes (essentiellement les retraites agricoles) et 3,2 milliards pour le fonds de solidarité vieillesse (FSV). Le déficit cumulé atteint 25 milliards contre 11,9 milliards en 2008. Le régime général subit un effet de ciseau, ses charges augmentant de 4,3 % mais ses produits connaissant une quasi-stabilité (+ 1,1 %). Toutes les branches du régime général sont en déficit. A 10,5 milliards, celui de la branche maladie a doublé : les dépenses augmentent rapidement alors que les produits, notamment de la contribution sociale généralisée (CSG), ont diminué de 2,6 % ; le prélèvement à la source sur les dividendes a joué en 2008. Le déficit de la branche retraite s'est accru de 30 % malgré des recettes en légère progression. D'une manière générale, la dégradation des comptes de la sécurité sociale se poursuit en 2010 pour atteindre 29,2 milliards et le retour à la croissance ne suffira pas à compenser ce déséquilibre. Malgré des hypothèses optimistes et un Ondam contenu, le déficit resterait de 20 milliards en 2014. Le rapport décrit les solutions de trésorerie mises en œuvre par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos) en 2009 et 2010.

Le contexte sera modifié en 2011 : vous avez examiné le projet de reprise du déficit par la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades). Philippe Séguin avait dit à plusieurs reprises qu'il faudrait relever la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), le Gouvernement a préféré affecter des ressources alternatives. Or, il ne suffit pas de transférer le déficit. L'équilibre est un impératif, y retourner constitue un objectif prioritaire. Cela suppose des efforts considérables car une croissance de 2 % ne suffira pas. Il sera difficile d'éviter une majoration des recettes...

La Cour a procédé à une enquête de suivi de ses recommandations de 2007 sur ce qu'on n'appelait pas encore les niches sociales - 178 dispositifs en 2009 ! Depuis 2007, plusieurs lois de financement ont comporté des mesures de taxation de certains revenus exonérés. Il importait de faire le point. Les réalisations sont insuffisantes. Il y a eu le forfait social, passé de 2 % à 4 % puis à 6 %, ainsi que la taxation des stock-options et des indemnités de départ en retraite, mais le coût de ces dispositifs s'est accru d'un milliard entre 2007 et 2010, la perte de recettes pour le régime général représentant 66,7 milliards en 2009, soit 23 % des recettes, contre 57,6 milliards et 22 % des recettes en 2005. Si ces chiffres sont supérieurs à ceux du Gouvernement, c'est que celui-ci sous-estime les mesures décidées sans véritable étude d'impact. La Cour demande donc une étude approfondie car il faut poursuivre et mener à bien l'action engagée. Si on intègre la compensation des exonérations de cotisations, la Cour estime que 15 milliards d'économies sont possibles. Le conseil des prélèvements obligatoires a confirmé ce diagnostic à propos des niches pour les entreprises. L'action doit être sélective et progressive. La généralité des prélèvements devrait être la règle pour la sécurité sociale, sauf à susciter des inégalités. Des recettes accrues ne peuvent dispenser d'un vigoureux effort d'économie.

Les constats et recommandations des années passées relatifs aux tarifs médicaux, à la biologie ou encore aux retraites, restent d'actualité. S'agissant de la gestion, les systèmes d'information de la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) ne sont pas efficaces, qui mobilisent 1 750 informaticiens sur cinquante sites et, dans les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), plus de 1 600 autres, aux tâches souvent redondantes. L'absentéisme est plus développé dans les caisses locales que dans les secteurs analogues, avec des pathologies telles que la dépression au travail ; il coûte plusieurs centaines d'emplois.

S'agissant des prestations, malgré les progrès accomplis, la fraude reste très importante. Les enjeux ne sont pas négligeables : la caisse nationale d'allocations familiales (Cnaf) évalue les fraudes à 1 % des prestations distribuées, mais jusqu'à 3 % pour le revenu minimum d'insertion (RMI) et le revenu de solidarité active (RSA). L'ordre de grandeur justifie une action plus énergique. Certaines dépenses croissent très fortement, qu'il s'agisse des soins infirmiers (9 %) ou des transports sanitaires (8 %).

Le rapport analyse la situation financière de quatre-vingt-cinq hôpitaux publics. Nous avons revu à la hausse le constat comptable des déficits car certains errements se poursuivent, ainsi pour les provisions et les reports de charges. Le déséquilibre, d'environ 700 millions, s'explique par la difficile adaptation à la tarification à l'activité (T2A). Les comptes des centres hospitaliers universitaires - centres hospitaliers régionaux (CHU-CHR) sont déficitaires, d'où un endettement croissant qui sert parfois à honorer des emprunts plus anciens voire à faire face à des dépenses courantes. Si tous les hôpitaux ne sont pas en déficit, chacun doit équilibrer ses comptes. Les contrôles demeurent vagues, peu contraignants, insuffisants et les économies indispensables exigent des mesures plus fermes.

Nous essayons de ne pas perdre de vue l'exigence de solidarité et de justice sociale. Assure-t-on un égal accès aux soins et l'égalité de traitement ? L'accès à l'imagerie médicale apparaît insuffisant : 2 % des victimes d'accident vasculaire cérébral (AVC) peuvent recourir en urgence à une imagerie par résonance magnétique (IRM) ; le taux d'utilisation des équipements est hétérogène ; trop généreux, les tarifs assurent des rentes de situation à des radiologues et encouragent des examens inutiles comme les radiographies du crâne.

Les soins dentaires représentent 10 milliards. Ils sont de moins en moins remboursés, la sécurité sociale n'en remboursant plus que le tiers, contre la moitié dans les années quatre-vingt. La participation des assureurs s'est accrue mais les ménages gardent à leur charge un quart de la dépense. C'est particulièrement vrai pour les prothèses. Le suivi est mal assuré par l'assurance maladie, notamment pour les implants, et la nomenclature est obsolète. La Cour formule des propositions pour que l'accès à ces soins ne devienne pas un problème de santé publique, à commencer par le développement de la transparence et de la concurrence : les prothèses sont 3,5 fois plus chères en France qu'aux Pays-Bas. Les dépassements tarifaires devraient être contenus ; il faudrait, à cet effet, modifier le code de la mutualité pour que les mutuelles diminuent le taux de remboursement si le praticien n'est pas conventionné.

Les prestations d'invalidité et de retraite pour inaptitude au travail représentent 10 milliards. La réglementation, qui a mal vieilli, apparaît trop complexe, alors que celle qui régit les handicapés a été aménagée. La Cour recommande une simplification par un rapprochement des prestations et un référentiel commun. Comment expliquer que la perte d'un œil entraîne une invalidité à 30 % en cas d'accident de travail, de 42 % pour l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et de 65 % pour la pension militaire d'invalidité ? La retraite pour inaptitude pourrait être mieux exploitée.

La réforme des retraites a cherché à garantir l'objectif d'une liberté de choix des assurés. Les taux de la décote et de la surcote sont proches de la neutralité actuarielle. Cependant, la loi a entraîné des effets d'aubaine et l'unité des règles n'est encore qu'apparente. C'est ainsi que les fonctionnaires ont bénéficié immédiatement de la surcote alors que la décote ne s'applique à eux que progressivement. Cela souligne le caractère limité des mesures déjà prises.

Les décisions des commissions de recours amiable présentent une grande hétérogénéité, d'où des inégalités. La Cour souligne également que les paramètres des compensations entre régimes ont vieilli, de sorte que le principe de solidarité s'érode. Le régime général apporte chaque année 300 millions à la SNCF ; les employeurs des industries électriques et gazières (IEG) appliquent un taux de cotisation maladie dérogatoire sur une assiette définie en 1946 et cela sans titre pour les cotisations famille, d'où une perte annuelle de 200 millions pour le régime général, les pensions de retraite des IEG représentant un surcoût de 300 millions. L'adossement au régime général devait être neutre mais les transferts financiers ont été évalués en fonction de paramètres défavorables au régime général.

S'agissant des familles monoparentales, la Cour relève que les aides sociales et fiscales n'empêchent pas la concentration de la pauvreté : le quart de la dépense fiscale liée à la demi-part supplémentaire va aux 10 % les plus aisés. Elle pourrait être redéployée pour aider le retour à l'emploi des plus défavorisés ou la garde d'enfants.

La complexité des aspects internationaux de la sécurité sociale n'est pas de la seule responsabilité de la France. Néanmoins divers organismes interviennent : caisse des Français de l'étranger, centre national des soins à l'étranger, centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (Cleiss). On gagnerait à ce que leur coopération s'intensifie, de même que la lutte contre la fraude.

Sur le champ de la protection sanitaire et sociale, la Cour aborde des sujets d'actualité et d'autres, que l'on avait oubliés, pour vous aider à faire évoluer le système dans le respect de ses valeurs fondamentales.

Paul Blanc. - *Il faut donc voter la réforme des retraites.*

Alain Vasselle, rapporteur général. - *Il n'y a pas de sanction, disait votre prédécesseur. De fait, il n'y en pas d'autre aux dysfonctionnements que vous relevez que les amendements des parlementaires. Lorsque nous l'interrogeons, le Gouvernement se plaît en effet à nous répondre que vos observations manquent de fondement. Aussi aurions-nous besoin d'un argumentaire sur chaque mesure que vous proposez. En avez-vous d'ailleurs calculé le produit total ?*

Ma question suivante a trait à la procédure de réforme dans le secteur social. Le Parlement a été saisi de la réforme de la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) et de celle des retraites, mais l'on

retrouve les mesures financières dans les lois de financement et de finances pour 2011 ; le volet recettes du PLFSS sera d'ailleurs très lourd. N'aurait-il pas été plus pertinent de nous les communiquer en même temps ? L'Assemblée nationale envisage de proposer pour la Cades une solution différente de celle que nous avons retenue ; ce faisant, ne va-t-elle pas fragiliser l'équilibre des comptes de l'assurance maladie ? Est-il pertinent de mobiliser de manière anticipée le fonds de réserve des retraites (FRR) et de prolonger la Cades de quatre ans. Est-il judicieux de diversifier les ressources de celle-ci ? Enfin, l'établissement d'un tableau patrimonial de la sécurité sociale et la modification de la composition du conseil d'administration de la Cades sont-ils de nature à vous conduire à lever les réserves que vous aviez émises sur cet établissement en certifiant les comptes de l'Etat ?

Didier Migaud, Premier président. - *Alain Vasselle est un expert. Sur les argumentaires, la Cour des comptes est prête à participer à des réunions de travail avec vous.*

Pour obtenir des résultats, il faut agir sur la dépense et sur les recettes : l'équilibre s'impose pour la sécurité sociale. Agir sur la dépense, cela veut dire rechercher les économies ; nous n'avons pas de chiffre global à cet égard. Il est également possible de faire évoluer moins fortement la dépense. La Cour ne préconise pas une remise en cause du modèle social, elle signale des marges d'économies possibles, des actions que l'on peut cibler davantage - il y va de 15 milliards pour les niches. Nous proposons une carte, pas un menu, nous amenons une boîte à outils, nous ouvrons des pistes que l'on explorera progressivement si l'on ne veut pas que le malade meure guéri. Mais les parlementaires sauront être sages....

On peut, en situation de crise, concevoir un déséquilibre, à condition qu'il y ait rapidement retour à l'équilibre.

Le Parlement examine quatre projets de loi avec des dispositions à caractère social. La procédure est contrainte pour la Cades car on ne peut déroger à une loi organique que par une disposition organique. Cela peut certes créer une difficulté de calendrier. Lorsque vous l'avez examinée, les mesures financières étaient inconnues. Les mesures pour 2011 figureront dans le PLFSS et dans le PLF - le Premier ministre a rappelé le monopole des lois financières dans une circulaire. La Cour, qui ne veut pas intervenir dans le dialogue entre le Gouvernement et le Parlement, ni entre l'Assemblée nationale et vous, a toujours considéré qu'il fallait assurer une recette pérenne à la Cades et éviter de toucher à sa durée de vie. Des circonstances exceptionnelles peuvent justifier un allongement mais ce n'est pas le choix que nous privilégions dans nos recommandations : nous aimons la CRDS car c'est un prélèvement bien adapté, avec une assiette large, qui évolue en fonction de la croissance économique et suscite la confiance des investisseurs. L'affectation de recettes nouvelles, à la dynamique variable, exige des mécanismes rigoureux de contrôle, comme vous l'avez décidé. Le FRR constitue le seul effort des générations présentes en faveur des futures et la Cour n'est pas totalement rassurée sur le retour à l'équilibre des régimes de

retraites en 2018 ; dès lors, sa disparition peut constituer un handicap supplémentaire.

La logique voulait que l'on rattachât plutôt la Cades à l'univers de la sécurité sociale. Le tableau patrimonial et la modification du conseil d'administration marquent une évolution positive, conforme à nos recommandations et qui peut être de nature à lever la réserve que nous avons toujours exprimée sur la Cades : cela va plutôt dans le bon sens.

Alain Vasselle, rapporteur général. - *Je relève qu'il n'y a pas de difficulté pour organiser la levée d'une réserve - il est vrai que cela ne coûte rien... Le groupe de travail de Raoul Briet a couché ses propositions sur le papier. Sont-elles de nature à régler les difficultés de construction et de suivi de l'Ondam signalées par la Cour ? Nous restons sur notre faim quand nous l'analysons et espérons plus de pertinence.*

Vous avez donné votre sentiment sur les économies. Pour 2011, le Gouvernement propose d'en réaliser 2,5 milliards, avec un Ondam à 2,9 % et un déficit de 11 milliards. Ces mesures d'ampleur limitée ont un caractère plus conjoncturel que structurel. Vous avez dénoncé l'insuffisance du pilotage du secteur hospitalier : l'administration centrale est défaillante et la maîtrise d'ouvrage stratégique très faible. Quelles initiatives suggérez-vous et le comité de pilotage récemment mis en place suffira-t-il ? Je sors d'une audition avec Mme Podeur, la directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, qui réagit très vivement aux critiques de la Cour...

Gilbert Barbier. - *Certains établissements, notez-vous, sont revenus à l'équilibre. Mais pas tous. Or, la mise sous tutelle d'établissements est très limitée et les déficits demeurent. Le retour à l'équilibre budgétaire n'est-il pas possible partout ? S'agissant de la convergence intersectorielle, où en est-on ? Vous avez évoqué les dépassements de la médecine de ville, ne faudrait-il pas refuser le formidable gâchis de certains examens inutiles ?*

On parle toujours d'économies, par référence aux chiffres de l'année précédente, mais ne faudra-t-il pas un jour faire une entorse aux sacro-saints principes de 1945, pour ne plus rembourser les petits risques aux catégories sociales favorisées ? Cela me semble inévitable.

Patricia Schillinger. - *Monsieur le Premier président, pouvez-vous faire le point sur le régime local alsacien ? Sommes-nous mieux placés au niveau de la gestion des dépenses ou des économies ?*

Guy Fischer. - *Un des principaux thèmes d'actualité porte sur l'ampleur du coup de rabet sur les niches fiscales et sociales. L'enjeu avoisine 120 milliards d'euros, dont 45 milliards au titre des cotisations sociales. Ne pourrait-on aller plus loin pour rétablir une sorte d'égalité ?*

Ma deuxième interrogation concerne le reste à charge. Avec François Autain, j'avais déposé l'an dernier un amendement tendant à limiter les dépassements d'honoraires pratiqués par les spécialistes. En vain. On comprend que les mutuelles s'efforcent de mettre en place des verrous.

Quelles conséquences ont ces dépassements sur les cotisations complémentaires ?

Aujourd'hui, la Cades va devoir reprendre 130 milliards d'euros de dettes. Le Gouvernement, François Baroin et Alain Vasselle se livrent ici à un jeu de poker menteur. Nous savons tous que la CRDS représente le principal gisement de ressources.

Erigée en thème favori par la majorité de la commission, la lutte contre la fraude sert à stigmatiser les plus pauvres de nos concitoyens,...

Jean-Marie Vanlerenberghe. - *Pourquoi établissez-vous un lien entre fraude et pauvreté ?*

Guy Fischer. - *...malgré une incidence marginale pour les recettes de l'assurance maladie.*

Enfin, j'insiste pour que la révision générale des politiques publiques (RGPP) ne porte pas atteinte à l'humanisation des services, à l'heure où six mille emplois ont déjà été supprimés par le traitement automatisé de certaines prestations. Il ne faut pas oublier les fondamentaux !

Didier Migaud, Premier président. - *Les déficiences de la tutelle... La Cour ne partage pas l'opinion de la directrice générale de l'offre de soins, que vous avez rapportée, mais il reste que des mesures structurelles sont souhaitables. Elles sont d'ailleurs annoncées depuis trois ans par l'administration centrale du ministère de la santé. Vous avez mentionné la création d'un comité de pilotage ainsi que d'un groupe de travail. Leur réussite dépendra des ressources humaines mises à leur disposition. Or, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la direction de la sécurité sociale (DSS) manquent de professionnels comparables à ceux qui existent dans le secteur privé, avec des postes vacants ou non inscrits au budget. Un renforcement est indispensable notamment pour la maîtrise d'ouvrage du système informatique, l'un des plus considérables dans notre pays. Nous pensons en outre que le ministère manque de capacité d'audit, interne ou externe. Il y a là d'importantes marges de progression.*

La situation financière de la branche maladie peut être améliorée en agissant sur les ressources et sur les dépenses. Les recettes pourraient être améliorées en diminuant les niches sociales. Les actions engagées à ce titre vont dans le bon sens ; il reste à les intensifier. Il serait également utile de revoir certaines dépenses, comme en matière de radiographie. De même, aucune contrepartie n'a été demandée aux chirurgiens-dentistes lorsque leurs tarifs ont été révisés, alors qu'on aurait pu penser à une certaine maîtrise du coût des prothèses.

En matière de fraude, la Cour ne stigmatise personne. Sans chercher à plaire ni à déplaire, elle exprime ce qu'elle a constaté, à l'issue d'un processus spécifique reposant sur le principe du contradictoire, avec une décision collégiale. Nous disons qu'il ne faut ni surestimer la fraude ni la

sous-estimer car un point de fraude aux prestations coûte 3 milliards d'euros. Ce n'est pas négligeable !

***Rolande Ruellan, présidente de la 6^e chambre à la Cour des comptes.** - A propos de l'Ondam, nos conclusions rejoignent celles du rapport Briet, citées par Alain Vasselle : accroître la transparence et l'explicitation du calcul avant le vote parlementaire est une bonne chose, de même qu'un suivi plus rapide par la suite. Encore faut-il que l'objectif repose sur des bases réalistes issues de données comptables. La Cour insiste sur ce dernier point.*

En matière d'assurance maladie, deux postes de dépenses peuvent faire l'objet d'économies : l'hôpital et les affections de longue durée (ALD).

Les ALD représentent aujourd'hui 65 % du total des remboursements de l'assurance maladie. Contrairement à la représentation nationale et à la Haute Autorité de santé, nous ne nous sommes pas récemment penchés sur ce sujet. Un début de solution figure dans le PLFSS pour 2011, dont une disposition tend à traiter d'une part l'identification de l'affection et le suivi des intéressés, d'autre part leur prise en charge à 100 %. Il sera donc possible d'améliorer la surveillance des personnes présentant un risque aggravé, sans les prendre totalement en charge. La Cour ne méconnaît pas le caractère très sensible du sujet. L'essentiel de ces dépenses est concentré sur un nombre assez faible d'assurés sociaux.

A toutes fins utiles, je précise que nous n'avons pas travaillé sur le bouclier sanitaire... En revanche, nous avons consacré, il y a deux ans, une étude au reste à charge. En moyenne, les Français sont remboursés à 75 % mais avec un nombre croissant de personnes prises en charge à 100 %, il en résulte que les autres voient leur taux de couverture baisser. Certains de nos concitoyens non couverts par le dispositif des ALD pourraient donc trouver abusives des cotisations les laissant assumer une bonne moitié des frais de soins.

J'en viens à l'hôpital. Il est vrai que peu d'établissements sont placés sous tutelle. Et la Cour estime que les plans de redressement mis en place sont peu rigoureux et guère contraignants ; elle regrette l'insuffisance du contrôle exercé sur les résultats obtenus. Cela dit, les nouveaux plans sont plus rudes. Tous les CHU ou presque ont lancé cette année des opérations énergiques de retour à l'équilibre, en raison d'un endettement excessif. Sans être injustifié en soi, le plan « hôpital 2007 » a comporté des investissements surdimensionnés, avec un recours trop massif à l'emprunt pour les financer. Espérons que désormais les ARS suivront tout cela de près : elles n'ont guère le temps d'attendre.

La tarification à l'activité est sans doute le moins mauvais système de financement des hôpitaux, mais ceux-ci n'ont pas pu s'adapter suffisamment vite à la nouvelle donne. D'où les déficits actuels.

Gilbert Barbier a évoqué la convergence intersectorielle, dont nous avons souligné les pré-requis dans des rapports précédents. Nous nous penchons actuellement sur la convergence entre certains groupes homogènes de malades (GHM), en attendant d'avoir une vue plus prospective dans un an.

La Cour a critiqué la connaissance tardive des tarifs hospitaliers, repoussée aujourd'hui en avril ou en mai. Certes, la loi de financement n'est promulguée qu'en décembre, mais ses travaux préparatoires devraient permettre de calculer les tarifs dès le début de l'année. Les objections techniques du ministère ne nous ont pas convaincus.

Le cas particulier de l'Alsace-Moselle est intéressant mais nous ne disposons pas d'étude spécifique.

***Alain Vasselle, rapporteur général.** - Pourriez-vous nous exposer les arguments techniques avancés par la DGOS pour justifier le délai nécessaire au calcul des tarifications hospitalières ? Que suggérez-vous au Sénat pour contraindre le Gouvernement à progresser ?*

Que pensez-vous du report de la fermeture de certains services de chirurgie ou de certains plateaux techniques ? Ce mouvement augmentera la concentration des établissements mais le véritable enjeu concerne la santé et la sécurité de nos concitoyens.

Dans quelle mesure l'hôpital peut-il contribuer à réduire les dépenses de l'assurance maladie ?

J'en viens aux niches sociales car les calculs des uns et des autres présentent de considérables divergences. Ainsi, l'assiette des stocks-options est évaluée à 3 milliards d'euros par la Cour des comptes alors que le ministère, en annexe au PLFSS, annonce 1,7 milliard. Comment expliquez-vous cet écart ?

L'an dernier, le Gouvernement s'était opposé à ma proposition d'annualiser les allègements de charges ; il semble aujourd'hui l'accepter, tout en affirmant qu'elle ferait disparaître plus de 80 000 emplois. L'objection est-elle fondée ? Peut-on réduire les niches sociales sans compromettre la compétitivité des entreprises et sans nuire à l'emploi ?

La crise a principalement provoqué une baisse drastique des recettes. Il faut donc agir à la fois sur les dépenses et les ressources.

***Jean-Pierre Godefroy.** - La Cour s'est-elle penchée sur les exonérations dont bénéficient les heures supplémentaires ? A-t-elle étudié leurs conséquences pour l'emploi ?*

***Yves Daudigny.** - Le secteur médico-social est financé à la fois par les collectivités territoriales et par l'assurance maladie. Compte tenu de l'état des finances locales, certains proposent de reporter certaines charges sur l'assurance maladie. J'en citerai trois exemples.*

D'abord, parmi les 3 milliards d'euros perçus par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), un milliard alimente actuellement l'Ondam pour constituer l'objectif global de dépenses, au lieu de rester affecté aux personnes âgées ou handicapées.

Ensuite, la question du financement des aides soignantes bloque la signature de la convention tripartite de deuxième génération entre l'assurance maladie et les collectivités territoriales.

Enfin, le rapport Jamet propose que l'assurance maladie reprenne à son compte des financements conjoints avec les collectivités territoriales. Je sais que cette suggestion est contraire à tout ce que l'on a dit ce matin, puisqu'elle tend à augmenter les charges de l'assurance maladie...

Marc Laménie. - *L'évolution à la hausse de certaines lignes de dépenses est inquiétante. Je pense notamment aux soins infirmiers ou aux transports sanitaires, malgré les efforts de rigueur engagés. A propos des dépenses de gestion, je n'imagine guère qu'un informaticien suggère d'économiser sur le budget de l'informatique... J'insiste aussi sur l'importance de la présence humaine dans les caisses primaires car la dimension relationnelle est fondamentale pour les usagers.*

Claude Jeannerot. - *Les niches sociales représentent potentiellement une source considérable de recettes mais on les a toujours justifiées par la recherche d'une efficacité sociale ou économique. Leur incidence effective aujourd'hui constitue un critère déterminant pour trancher leur sort.*

Jacky Le Menn. - *Peut-on craindre une accélération du report des dépenses en direction des régimes complémentaires ? Faut-il définir un reste à charge plafond ?*

L'hôpital subit la poursuite d'une révolution copernicienne : autrefois, on calculait les dépenses pour en déduire les prix de journée ; ensuite, le budget global a opéré un blocage historique des ressources hospitalières en figeant la situation respective des établissements ; aujourd'hui, les recettes découlant de la tarification à l'activité déterminent le montant des dépenses. Pensez-vous que les hospitaliers puissent suivre le rythme de ces évolutions ?

Enfin, le secteur optionnel créé par la loi HPST peut-il éviter la dérive des dépenses ?

Didier Migaud, Premier président. - *Les agences régionales de santé (ARS) viennent de se mettre en place. Il serait difficile de dresser même un premier bilan.*

Les dépenses hospitalières représentent un peu moins de la moitié du budget de l'assurance maladie. Leur part diminue, en France et dans les pays voisins. Cela suggère que l'effort de maîtrise des coûts est plus intense dans le secteur hospitalier qu'en matière de soins de ville.

En 2009, le Haut Conseil de l'assurance maladie a évoqué certaines tendances, avec une progression inférieure à celle du Pib, l'écart se situant entre un demi-point et un point par an. Cette réflexion est-elle gravée dans le marbre ? Je n'en suis pas certain...

S'agissant des stock-options, l'estimation de 3 milliards d'euros a été réalisée à une certaine époque ; le Gouvernement s'est fondé sur une période plus récente pour aboutir à 1,7 milliard. Le rapporteur de la Cour des comptes avait puisé son information directement dans les états financiers des entreprises du CAC 40. Mon prédécesseur, Philippe Séguin, avait repris son estimation. Nous avons fait de même dans notre récent rapport sur les niches fiscales et sociales. Au demeurant, il faut en la matière prendre en considération l'effet que toute nouvelle taxation peut avoir sur les comportements, en réduisant la base taxable. Et n'oublions pas le contexte économique ! En tout état de cause, les chiffrages ne fournissent que des ordres de grandeur. Cela dit, dans la plupart des cas, nous reprenons les montants calculés par Bercy.

Sur le plan conceptuel, l'analyse des niches fiscales et sociales n'est pas sans difficultés quant à leur périmètre et à leur constance, car une niche fiscale d'aujourd'hui peut devenir demain une simple modalité permettant de calculer l'impôt. La plupart des autres pays affrontent les mêmes difficultés.

Les exonérations fiscales ou sociales sont trop souvent décidées sans étude préalable d'impact, ni évaluation par la suite. La Cour publie régulièrement des travaux sur ces dépenses budgétaires transformées en dépenses fiscales.

Le régime applicable aux heures supplémentaires a été chiffré par le conseil des prélèvements obligatoires (CPO) : le coût total du dispositif avoisine 4,1 milliards d'euros, dont 1,2 au titre de l'impôt sur le revenu, avec un certain effet d'aubaine. Le CPO propose plusieurs scénarios, allant de la suppression pure et simple du dispositif à son atténuation sur certains points, par exemple en réintroduisant cette rémunération dans l'assiette de l'impôt sur le revenu. Une question de principe se pose : est-il légitime qu'un revenu du travail soit exonéré de toute contribution fiscale ou sociale ?

Nous pouvons formuler des constats et des suggestions ou poser des questions, mais il revient aux politiques de trancher. Les manquements aux recommandations de la Cour des comptes ne sont pas sanctionnés, ce qui est sain, car l'inverse conduirait au gouvernement des juges. Nous voulons seulement alimenter le débat politique.

J'observe enfin que le déficit de la sécurité sociale est antérieur à la crise. Le problème est donc structurel.

François Autain. - *L'exercice auquel vient de se livrer le Premier président est hélas entouré d'une certaine confusion puisque le Gouvernement ignore systématiquement et avec superbe les recommandations formulées par la Cour à propos des comptes sociaux. Cela permet à notre rapporteur*

général de donner brièvement l'illusion qu'il est dans l'opposition, mais cela ne dure guère, puisqu'il rejoint la majorité en séance publique.

La Cour des comptes a-t-elle évalué l'incidence pour l'emploi de l'exonération de cotisations dont bénéficient les salaires ne dépassant pas 1,6 Smic ? Compensé par le budget général, ce dispositif représente environ 30 milliards d'euros par an.

Mme Ruellan a dit que la tarification à l'activité était le moins mauvais système. Pourtant, des effets pervers subsistent : le dispositif idéal reste à trouver. Par exemple, l'imagerie médicale est couverte par le forfait applicable à l'hospitalisation publique alors qu'elle en est exclue pour le secteur privé. D'où la multiplication excessive des actes dans le privé ; d'où aussi l'appétence des radiologues pour l'activité libérale. Le rapport de la Cour des comptes mentionne cette anomalie. Que pouvez-vous recommander pour l'éliminer ?

Jean-Louis Lorrain. - *Je pense qu'une meilleure interface entre les secteurs sanitaire et médico-social permettrait de raccourcir certaines hospitalisations.*

D'autre part, que pensez-vous des réseaux de santé, qui me semblent pouvoir être la meilleure des choses... ou la pire !

Alain Milon. - *Le coût des soins dentaires peut dissuader certains, ce qui fait courir un risque à la santé publique. La Cour a-t-elle des informations sur la renonciation ou le refus de soins opposé aux titulaires de l'aide médicale d'Etat (AME) ?*

Paul Blanc. - *La fermeture d'établissements ou de services a pour corollaire l'accroissement des transports sanitaires. En outre, les établissements d'accueil ont souvent des frais très élevés, dus à leur hyperspécialisation.*

Annie Jarraud-Vergnolle. - *Le rapprochement des secteurs sanitaire et médico-social figure parmi les objectifs des ARS, mais il est trop tôt pour évaluer leur action en ce domaine. La Cour des comptes abordera-t-elle ce thème au cours des années à venir ?*

Une précédente loi de financement de la sécurité sociale a créé un secteur optionnel de dépassement d'honoraires. Ce dispositif a-t-il été évalué ?

Avez-vous chiffré la fraude au RMI ?

Quel est le montant des dépenses à la charge de l'assurance maladie entraîné par la vaccination contre la grippe A (H1N1) ?

Enfin, les titulaires de pension d'invalidité ne l'obtiennent en général qu'après deux ans d'arrêt maladie. Votre rapport regrette à ce propos l'absence d'accompagnement vers l'emploi. Pourriez-vous nous en dire plus ?

Ronan Kerdraon. - Yves Daudigny a évoqué les finances départementales, contraintes, pour ne pas dire asphyxiées, en raison des prestations transférées par l'Etat. A ce propos, j'ai lu avec attention une note de la Cour des comptes demandant que l'Etat revoie les conditions de financement des prestations transférées aux départements « sans leur donner les moyens... de modifier les dispositifs eux-mêmes ». Pourrions-nous dépasser cette formule diplomatiquement satisfaisante mais sibylline, pour obtenir quelques précisions sur les pistes envisagées ?

Rolande Ruellan, présidente de la 6^e chambre. - Nous nous sommes penchés cette année sur les principes de 1945 et le reste à charge. Antérieurement, nous avons dit qu'en l'absence de réforme structurelle de l'offre de soins, réduire les remboursements serait la seule source d'économies. Certains disent qu'il est déjà trop tard car les réformes structurelles mettent du temps pour produire leurs effets. C'est vrai pour l'hôpital mais aussi pour la médecine de ville.

Bien que la Cour des comptes ne soit pas gauchiste, elle a regretté que l'Etat ait perdu la main en matière d'honoraires, pour avoir tout misé sur le domaine conventionnel.

Monsieur Daudigny, la Cour n'a pas abordé les transferts entre l'Etat et l'assurance maladie, non plus que les charges imposées à la fois aux départements et à la sécurité sociale. J'observe à ce propos que l'enveloppe médico-sociale est fixée chaque année ne varietur, d'où une économie pour la CNSA.

Tout a été dit au sujet des niches.

Nous n'avons pas examiné le nouveau secteur optionnel car il n'a toujours pas été mis en application. Au demeurant, il suscite quelques interrogations, car le passage probable de médecins du secteur I au secteur optionnel ne sera sans doute pas accompagné d'un mouvement symétrique en provenance du secteur II.

M. Autain a dit que le Gouvernement ignorait les recommandations de la Cour.

François Autain. - C'était schématique. Il s'agissait des recettes.

Rolande Ruellan, présidente de la 6^e chambre. - Certaines de nos recommandations ne sont pas faciles à suivre mais nous ne faisons pas de politique.

Alain Gournac. - M. Autain, si !

Rolande Ruellan, présidente de la 6^e chambre. - M. Vasselle estime qu'une de ses recommandations repoussée l'an dernier par le Gouvernement pourrait être acceptée pour 2011. Il ne faut donc jamais désespérer ! En outre, les propositions de la Cour restent valables plusieurs années.

Nous n'avons pas chiffré l'incidence qu'auraient pour l'emploi les préconisations du CPO. Quant à l'exonération de cotisations sociales sur les bas salaires, elle profite principalement à des secteurs non délocalisables. C'est utile pour procurer un emploi à des personnes peu qualifiées mais sans effet positif pour le développement du pays. Ainsi, l'industrie textile est moribonde en France alors qu'elle est florissante en Allemagne. Ne favorisant guère l'innovation, cette mesure ne prépare pas l'avenir.

J'en viens à la tarification à l'activité. Il est vertueux de rémunérer les hôpitaux en fonction de ce qu'ils font mais les établissements peinent à réaliser qu'ils sont désormais nus devant la vérité : un déficit signe une attractivité insuffisante ou l'obligation de se restructurer. Sans préconiser la fermeture d'établissements, nous souhaitons que tous équilibrent leurs comptes, quitte à ce qu'une dotation spécifique intervienne dans certaines zones, par exemple en montagne.

Il est exact que la fermeture de services peut augmenter les dépenses de transport, mais trop de trajets entre le domicile et l'hôpital sont indûment pris en charge par l'assurance maladie. De plus, certains patients évitent déjà les services chirurgicaux n'exerçant qu'une faible activité.

Paul Blanc. - *La polyvalence des chirurgiens est mise en cause.*

Rolande Ruellan, présidente de la 6^e chambre. - *Quant à l'imagerie médicale, je souligne que les appareils fonctionnent davantage dans le secteur privé. En délivrant des autorisations d'équipements lourds sous réserve de coopération entre le secteur public et la médecine libérale, on obtient des plages d'utilisation plus larges. Notre rapport souligne que la tarification excessivement élevée des actes radiologiques freine l'équipement du pays malgré les progrès sur le coût unitaire des actes. Le manque de personnel qualifié aggrave encore la situation.*

Monsieur Lorrain, la Cour ne s'est pas penchée cette année sur l'interface entre le secteur sanitaire et les structures médico-sociales, mais l'aval post-hospitalier pose un problème avéré. Nous comptons sur les ARS pour améliorer l'indispensable coordination.

Nous pensons que les maisons de santé constituent une bonne formule, mais nous n'avons pas encore abordé les réseaux de santé. L'an prochain, nous nous pencherons sur la coopération entre l'hôpital et la médecine de ville. Les réseaux de santé prennent souvent appui sur l'hôpital.

Monsieur Milon, nous n'avons pas consacré d'étude spécifique aux titulaires de l'AME, mais la question de l'évitement de soins se pose pour les patients affiliés à la couverture maladie universelle (CMU). Il en va de même pour le refus de soins. Des opérations de testing ont montré que les chirurgiens-dentistes opposaient le plus souvent un refus à ces catégories de patients.

Pour estimer les fraudes au RMI, nous avons repris les travaux de la Cnaf, qui les estime à 3 % au moins des prestations. Ce n'est pas pour surprendre, puisque les personnes rencontrant les plus graves difficultés financières peuvent être tentées d'optimiser les prestations reçues, a fortiori lorsque leurs revenus sont très fluctuants.

Vous avez dû recevoir notre rapport sur la vaccination contre la grippe A (H1N1).

Muguette Dini, présidente. - *Il ne nous est pas encore parvenu.*

Rolande Ruellan, présidente de la 6^e chambre. - *Il a quitté la Cour vendredi. Cette grippe a coûté 95 millions d'euros à l'assurance maladie, répartis pour moitié entre l'hôpital et les soins de ville.*

J'en viens aux prestations d'invalidité, vieux système inchangé depuis sa mise en place il y a soixante ans. Les invalides sont les délaissés de la protection sociale, sans doute par manque d'associations les représentant.

Alain Vasselle, rapporteur général. - *Avez-vous évalué l'incidence de la grippe A (H1N1) pour le budget de l'Etat ?*

Rolande Ruellan, présidente de la 6^e chambre. - *Tout figure dans le rapport.*

Nous n'avons pas examiné les transferts de prestations entre l'Etat et les départements, comme la prestation de compensation du handicap ou l'allocation personnalisée d'autonomie.

Laurent Rabaté, conseiller-maître à la Cour des comptes, rapporteur général. - *Je propose à M. Vasselle d'organiser une réunion technique consacrée aux niches fiscales et sociales. Bien que la vérité objective soit difficile à établir en ce domaine, nous ne pensons pas que nos calculs pour 2007 aient été surévalués, mais nous avons repris pour 2009 l'estimation du Gouvernement relative aux stock-options. De façon générale, nous ne nous distinguons que par exception des chiffrages ministériels. La principale exception concerne les indemnités de licenciement, les évaluations du Gouvernement nous semblant très insuffisantes.*

J'en viens aux tarifs hospitaliers. Idéalement, les gestionnaires voudraient en disposer dès le 1er janvier, alors que le ministère préfère se prononcer au vu des données complètes portant sur l'exercice écoulé. Il nous semble que la relative stabilité des dépenses permettrait de déplacer le curseur vers le début de l'année, ce qui suppose probablement une adaptation réglementaire, tenant compte du fait que le conseil de l'hospitalisation doit formuler un avis. L'administration n'y est d'ailleurs pas totalement opposée, puisque la DGOS par exemple a manifesté un intérêt prudent pour cette idée au cours de la phase contradictoire de nos travaux.

ANNEXE

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

LA PROCÉDURE DE RÉFORME DANS LE SECTEUR SOCIAL

Question 1

A deux reprises au cours des dernières semaines, le Parlement a eu à examiner deux importantes réformes - la gestion de la dette sociale et les retraites - de façon tronquée puisque toutes les mesures financières s'y rapportant ont été renvoyées aux projets de loi de financement de la sécurité sociale ou de finances pour 2011.

Si on peut comprendre la volonté de réserver aux lois financières le monopole des décisions en termes d'impôts, de taxes ou de contributions, cette approche n'en est pas moins peu satisfaisante pour assurer la clarté des réformes et des débats parlementaires.

a) Que pensez-vous de la procédure retenue par le Gouvernement ?

Réponse

Le Parlement examine en effet au cours de cet automne quatre projets de lois distincts qui comportent des dispositions relatives aux dépenses et recettes de la sécurité sociale :

- pour la reprise de la dette, le projet de loi organique ;
- le projet de loi portant réforme des retraites ;
- les dispositions financières relatives à ces deux sujets figurent dans deux textes, le PLF et surtout le PLFSS.

Il convient cependant de distinguer les deux cas : pour la Cades, la procédure suivie par le Gouvernement est contrainte et donc incontournable : si l'on veut déroger à une règle organique, qui interdit de prolonger la durée de vie de la Cades, il convient bien qu'une disposition organique soit votée avant le vote de la LFSS.

Cette situation a pu créer des difficultés de calendrier. Ainsi, les mesures précises de financement et de garantie des ressources de la Cades étaient inconnues au moment où votre commission a examiné le projet de loi organique, ce que, je le sais vous avez regretté.

Quant aux dispositions réformant les retraites, il est logique qu'elles fassent l'objet d'une loi spécifique. Par contre, les mesures de financement affectant l'année 2011 doivent être en PLFSS ou PLF 2011.

La Cour ne peut qu'approuver la position que le Premier ministre a rappelée dans une circulaire (JO du 11 juin 2010) aux termes de laquelle les mesures qui financent ou privent de financement la sécurité sociale ont leur place en LFSS et celles qui concernent le budget de l'Etat en LF. Il s'agit d'éviter que n'importe quelle loi perturbe l'équilibre financier que ces deux textes doivent établir.

b) Aurait-il été judicieux que le Gouvernement dépose, en même temps que ses projets de loi de réforme de la dette ou des retraites, des collectifs budgétaires ou sociaux ?

La complexité réelle qui résulte de ces quatre textes parallèles me semble en réalité davantage due à des raisons de fond qu'à la procédure elle-même. Cette complexité résulte directement du choix d'un schéma de financement qui écarte le recours à une augmentation des recettes traditionnelles des régimes de sécurité sociale (cotisations, CSG, CRDS) au profit d'une « transformation » - si vous me permettez de reprendre un terme bancaire - au profit du FSV et ensuite de la Cnav de ressources issues de la réduction de niches fiscales ou sociales. En effet, l'attribution du produit de la réduction de niches fiscales à des organismes de sécurité sociale suppose l'utilisation d'une suite de 'tuyaux' financiers inévitablement très complexes.

Ce choix du mode de financement explique un peu l'architecture un peu byzantine des circuits financiers proposés et le caractère éclaté des différents débats.

Du fait de cette complexité, on n'aurait pas gagné en clarté en présentant un collectif social joint à la loi de réforme des retraites

c) Si, par exemple, la réforme de la dépendance devait être examinée en début d'année prochaine, pourrait-on réellement attendre les projets de loi de financement et de finances pour 2012 pour en tirer les conséquences financières ?

La question est différente pour un éventuel projet de loi sur la dépendance, dont on ne connaît pas à ce stade les contours ni les conséquences sur l'équilibre des comptes de l'Etat et des comptes sociaux. A minima, l'étude d'impact qui sera présentée devra apporter une information claire et lisible sur l'ensemble des financements induits.

LE TRAITEMENT DE LA DETTE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Question 2

Comme la commission des affaires sociales, la Cour a fait valoir à plusieurs reprises dans ses derniers rapports que, plus on se rapproche du terme de la Cades, plus le transfert de dettes nouvelles à cet organisme « coûte cher » et exige un apport croissant de recettes.

a) Dans ce contexte, que pense la Cour du schéma de reprise des déficits présenté par le Gouvernement le 30 juin dernier ?

b) En particulier, l'impact de la crise sur les comptes sociaux justifie-t-il :

- l'allongement de quatre ans de la durée de vie de la Cades au titre de la reprise de 34 milliards qui, selon le Gouvernement, représentent la « dette de crise » ;

- la mobilisation anticipée du Fonds de réserve pour les retraites afin de financer les déficits de la branche vieillesse qui s'accumuleront avant son retour programmé à l'équilibre en 2018 ?

c) La Cour estime-t-elle pénalisant pour la Cades que les ressources qui lui sont affectées soient de plus en plus diversifiées et non plus seulement constituées de la CRDS ?

d) Le texte amendé du projet de loi organique sur la gestion de la dette sociales prévoit notamment l'établissement d'un tableau patrimonial de la sécurité sociale et une nouvelle composition du conseil d'administration de la Cades ; ces dispositions permettront-elles à la Cour de lever sa réserve exprimée à l'occasion de la certification des comptes de l'Etat et liée à la sphère d'appartenance de la Cades ?

Réponse

a) Dans ce contexte, que pense la Cour du schéma de reprise des déficits présenté par le Gouvernement le 30 juin dernier ?

Dans le RALFSS 2010, la Cour ne prend pas parti sur le schéma de reprise des déficits. Elle observait simplement que la reprise de 130 Md€ par la CADES supposerait un apport important de ressources supplémentaires pour respecter l'échéance actuellement évaluée à 2021. Nous avons d'ailleurs déjà écrit que plus on attend pour transférer la dette à la CADES, plus le transfert est massif ainsi que le financement de l'amortissement induit.

b) En particulier, l'impact de la crise sur les comptes sociaux justifie-t-il :

- l'allongement de quatre ans de la durée de vie de la Cades au titre de la reprise de 34 milliards qui, selon le Gouvernement, représentent la « dette de crise » ;

Si les pouvoirs publics ne souhaitent pas lui apporter les recettes nécessaires à la reprise des déficits du régime général entre 2009 et 2011, représentant l'équivalent de 0,7 point de CRDS, un arbitrage entre l'allongement de la durée de vie de la Cades et l'instauration de nouvelles recettes semble inévitable. Dès lors, un allongement exceptionnel et limité à 4 ans pourrait être admis, mais à condition que le financement de tous les déficits résiduels et à venir soit garanti par des économies ou des recettes nouvelles permettant de ne pas laisser se reconstituer les déficits.

Les prévisions à 2014 annexées au PLFSS 2011 montrent en effet que toutes les branches du régime général restent déficitaires. Dès lors que les mesures propres à réduire le déficit de la branche maladie au delà de 2011 et celui de la branche famille au-delà de 2010 ne sont pas indiquées, il y a lieu de craindre la reconstitution des déficits portés par l'ACOSS.

- la mobilisation du fonds de réserve des retraites etc.

Le FRR ne devait être débloqué qu'à partir de 2020. C'était le seul et modeste effort d'épargne que les générations actives actuellement avaient consenti pour alléger le fardeau des générations futures. Le consommer avant 2018 suppose qu'on soit certain que les retraites auront retrouvé leur équilibre d'ici là. Or, les projections sont fondées sur un schéma de réforme (âges repoussés à 63 et 68 ans) non retenu et des hypothèses macro économiques (taux de chômage à 4,5 % à compter de 2024 et croissance moyenne annuelle de la productivité du travail de 1,5 %) qui ne seront pas forcément vérifiées.

c) La Cour estime-t-elle pénalisant pour la Cades que les ressources qui lui sont affectées soient de plus en plus diversifiées et non plus seulement constituées de la CRDS ?

L'instauration d'un prélèvement bien identifié, à assiette large, évoluant en fonction de la croissance économique, donc dynamique, constitue une force du dispositif d'amortissement de la dette sociale, qui suscite la confiance des investisseurs. L'affectation de diverses recettes nouvelles, aux rendements et à la dynamique variables, exige donc la mise en place de mécanismes rigoureux de garantie ex-post des ressources, comme votre commission en a décidé.

d) Le texte amendé du projet de loi organique sur la gestion de la dette sociales prévoit notamment l'établissement d'un tableau patrimonial de la sécurité sociale et une nouvelle composition du conseil d'administration de la Cades ; ces dispositions permettront-elles à la Cour de lever sa réserve exprimée à l'occasion de la certification des comptes de l'Etat et liée à la sphère d'appartenance de la Cades ?

L'objectif poursuivi est de rattacher la Cades à un ensemble comptable. La logique voulant qu'elle soit rattachée à l'univers de la sécurité sociale, il convenait de trouver les solutions pour qu'elle n'apparaisse plus comme contrôlée par l'Etat, la situation actuelle conduisant à l'inclusion de ses dettes au passif du bilan de l'Etat.

En l'état actuel du projet de loi organique, un tableau patrimonial sera introduit dans l'annexe A du PLFSS sur lequel la Cour devra formuler un avis qui sera intégré dans le RALFSS. Il s'agit d'une évolution positive que la Cour avait effectivement recommandée.

L'ensemble des passifs sociaux, dont ceux portés par la Cades y seront ainsi retracés.

Afin que la Cades ne soit plus considérée comme contrôlée par l'Etat, il est également apparu nécessaire de modifier la composition de son conseil d'administration. Sous réserve de leur bonne mise en œuvre, ces évolutions devraient permettre à la Cour de lever sa réserve.

L'ONDAM

Question 3

Les propositions du groupe de travail sur le pilotage de l'Ondam présidé par Raoul Briet, que le Gouvernement s'engage à mettre en œuvre comme il le précise dans les réponses qu'il fait à la Cour, vous paraissent-elles de nature à régler les difficultés régulièrement mises en avant par la Cour concernant la construction et le suivi de l'Ondam ?

Réponse

Les propositions du groupe présidé par Raoul Briet, dont certaines figurent dans le projet de LFSS, nous paraissent en effet de nature à renforcer le respect de l'Ondam. La prévision sera améliorée, grâce à l'examen prévu à l'automne par le Comité d'alerte. Son suivi en cours d'année sera rendu plus efficace grâce aux procédures instituées, destinées à prévenir les dépassements, qui en réduisaient la portée.

La Cour est d'ailleurs arrivée globalement aux mêmes conclusions que le groupe de travail. Elle rajoute cependant une condition : le constat de l'Ondam doit s'appuyer sur les données comptables, seule référence qui doit guider l'action. Or, ce n'est pas encore complètement le cas aujourd'hui.

LA SITUATION FINANCIÈRE DE LA BRANCHE MALADIE

Question 4

Le PLFSS pour 2011 prévoit de mettre en œuvre un plan d'économie de 2,5 milliards d'euros, ce qui maintiendra le déficit de la branche aux alentours de 11 milliards.

a) Pensez-vous que cet effort, constitué d'une série de mesures d'ampleur relativement limitée (dont certaines reprennent d'ailleurs des propositions de la Cour), est suffisant ?

Réponse

L'effort d'économies annoncé est en effet assez réduit, par rapport au déficit de la branche. En outre, une part des économies attendues, notamment celles liés aux prescriptions des médecins, qui représentent le quart du gain espéré, repose sur l'hypothèse d'une modification de comportements qui souvent se révèle plus lente que prévu.

Certes, des mesures nouvelles de baisses de prix sont annoncées pour les médicaments, mesures qui constituent le poste le plus important de ce plan d'économies (650 M€, sur un total de 2,5 Md€). Mais on constate que des mesures beaucoup plus volontaristes sont en cours en Allemagne qui prévoit des économies annuelles de 2 Md€, alors même que la situation de départ demanderait en France des mesures plus énergiques.

Ces mesures à court terme ne suffiront cependant pas, loin de là, à résorber le déficit de la branche maladie.

b) Quelles sont les mesures prioritaires qu'il conviendrait d'adopter pour permettre un retour réel à l'équilibre à moyen terme de la branche ?

Il faudra aussi et surtout contenir les deux postes de dépenses les plus importants de l'assurance maladie que sont les hôpitaux et les ALD

- dans les hôpitaux, la piste à privilégier est celle d'une forte restructuration et réorganisation de l'activité de nombre d'hôpitaux. Les nombreux départs en retraite prévus dans les prochaines années devraient faciliter ces adaptations.

La fixation de seuils d'activité minimaux devrait en effet conduire à objectiver un constat incontournable, celui du nombre excessif de services, pour certains en-deçà de la taille critique et donc en réalité dangereux pour les patients (des sondages récents confirment d'ailleurs que les patients privilégient de plus en plus la sécurité des soins sur la proximité).

- pour les ALD la maîtrise de la progression des dépenses prises en charge à 100 %, qui représentent 65 % des dépenses de l'assurance maladie, est une priorité. Le concept a dérivé : les malades chroniques seraient trois fois plus nombreux, en proportion, en France qu'en Allemagne, ce qui est l'indice d'une approche extensive de la notion d'ALD.

Il est donc urgent de réexaminer les critères d'entrée en ALD, en distinguant le repérage et le suivi des personnes ayant une affection chronique, de la prise en charge à 100 % des dépenses afférentes. Il faut cependant se rappeler qu'au sein de ces 65 % de dépenses, la concentration est forte sur certaines catégories de malades. Les mesures inscrites dans le PLFSS sont certes modestes. Mais la Cour est bien consciente de la sensibilité du sujet qui doit être sérieusement documenté avant toute décision.

LES DÉFICIENCES DE LA TUTELLE

Question 5

La Cour est une nouvelle fois très critique sur le fonctionnement du système d'information de la branche maladie du régime général, notamment pour sa partie relative au secteur hospitalier : retards et insuffisances sur l'introduction de la tarification à l'activité, du forfait hospitalier, de la franchise de un euro, de la facturation des soins, du codage des ordonnances hospitalières exécutées en ville, etc. Elle mentionne, comme facteurs explicatifs, la brièveté des délais et les difficultés de la Cnam mais insiste aussi sur « l'insuffisance du pilotage par le ministère », « une administration centrale inadaptée », « les défaillances de l'Etat » et souligne qu'« en l'absence de moyens mieux appropriés, les perspectives de progrès au niveau de la maîtrise d'ouvrage stratégique demeurent faibles ».

a) Que faudrait-il faire pour que les directions concernées soient plus efficaces, les enjeux sous-jacents étant effectivement très importants ?

b) Que propose la Cour pour améliorer le fonctionnement de la direction générale de l'offre de soins et de la direction de la sécurité sociale ?

c) Le comité de pilotage qui devrait être institué sera-t-il suffisant pour résoudre les difficultés identifiées par la Cour en matière de tutelle ?

Réponse

- La première mesure à prendre est d'ordre structurel. Le ministère chargé de la santé annonce depuis trois ans une réforme de son administration centrale, destinée à améliorer sa gestion stratégique des systèmes d'information de santé. Une mission de préfiguration a été mise en place par la ministre, notamment suite aux précédents rapports de la Cour en ce domaine (relatifs par exemple au GIE SESAM VITALE, ainsi qu'aux deux anciens GIP DOSSIER MEDICAL PERSONNEL et CARTE PROFESSIONNELLE DE SANTE). Or depuis plusieurs mois, le projet de décret qui vise à créer une « délégation stratégique des systèmes d'information de santé » est en attente. La Cour ne peut que recommander que ce pilotage stratégique soit enfin mis en place.

- Le groupe de pilotage que vous évoquez, qui réunit les tutelles et les principaux opérateurs concernés, dans les domaines informatiques, a bien été constitué par le ministère, ainsi qu'un « groupe de travail des projets interdépendants ». Ces deux instances sont nécessaires, mais leur réussite dépend des ressources humaines mises en œuvre pour en préparer et en suivre les travaux. Or, la direction générale de l'offre de soins et la direction de la sécurité sociale continuent à manquer de professionnels de ce domaine d'un niveau comparable à ceux du secteur privé. Les quelques postes proposés par ces directions sont à l'heure actuelle soit vacants, soit non inscrits à son budget. Un renfort est donc indispensable. Il s'agit de la maîtrise d'ouvrage stratégique d'un des plus considérables ensembles informatiques français.

- Enfin, plus largement, le ministère manque également d'une capacité appropriée d'audit, soit interne, soit externe, par le recours à des équipes d'audit du secteur privé.

L'HÔPITAL

Question 6

a) La Cour, à juste titre, critique le fait que les tarifs annuels des soins hospitaliers sont connus trop tardivement. Elle préconise donc qu'ils soient désormais appliqués dès le 1^{er} janvier. Cela suppose néanmoins une réorganisation de la manière dont ces tarifs sont déterminés. Que propose la Cour pour y parvenir ?

Réponse

La recommandation de la Cour part d'un constat simple : ce n'est pas parce que formellement l'Ondam n'est connu qu'à la publication de la LFSS, en fin décembre, que les travaux de détermination des tarifs hospitaliers ne peuvent commencer qu'en janvier (en réalité, ils ont d'ailleurs déjà débuté avant), reportant ainsi la date de leur mise en œuvre.

De quelles informations a-t-on besoin, en effet, pour définir le nouveau tarif applicable aux dépenses hospitalières (T2A) ?

- du montant total de l'enveloppe hôpital (sous composante dite ODMCO). Ce montant est calculé lors de la préparation du PLFSS par le gouvernement, afin de proposer au vote du Parlement le montant du sous-objectif de l'Ondam dénommé " dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité ". Certes, il n'est pas possible de publier le tarif avant la promulgation de la loi. Mais il est possible d'accélérer sa préparation, dans la mesure où les données relatives à l'activité récente sont disponibles;

- Ensuite, de l'avis du conseil de l'hospitalisation, qui doit formuler une recommandation sur le tarif. Mais pourquoi ne pas modifier la procédure, en prévoyant qu'il se prononce sur un tarif paramétré en fonction de l'ODMCO ?

- Il faudrait aussi connaître plus tôt la prévision de répartition des actes. Mais celle-ci peut-être connue avant, même si c'est peut-être avec un peu moins de précision.

La Cour n'a pas procédé à un inventaire exhaustif des effets induits. Il conviendrait bien sûr de modifier en cohérence les textes et d'adapter l'organisation ou les calendriers de travail, notamment au sein de l'Atih. La simplification de la gestion et la visibilité que ce nouveau calendrier donnerait aux gestionnaires paraissent amplement justifier ces efforts. Il n'est d'ailleurs pas obligatoire que le décalage de 2 mois soit fait en une fois. On peut l'étaler en deux étapes, sur 2 ans, ou plus.

b) D'une façon plus générale, la Cour indique qu'à l'hôpital, « pour atteindre une amélioration durable, il faudra accroître la productivité et adopter des mesures d'organisation ». Où en est-on aujourd'hui ? Les ARS ont-elles déjà commencé à renforcer leur suivi des établissements hospitaliers ? Que pensez-vous de la décision de reporter la fermeture, pourtant annoncée, d'un certain nombre de services chirurgicaux ?

J'ai déjà évoqué la nécessité de fixer des seuils minimaux d'activité, mesure qui permet de faciliter les restructurations hospitalières et d'en objectiver la nécessité. Tout report est donc regrettable.

Cet exemple montre bien que le suivi par les ARS demande des outils. Les ARS justement se mettent actuellement en place, leurs outils également, la Cour fera ultérieurement le bilan de leur mise en place. C'est encore trop tôt pour vous répondre sur ce point

Il en va de même pour les mesures d'organisation, qui restaient inégales selon les derniers constats de la Cour. Il conviendra d'actualiser ces constats. La Cour avait montré l'an dernier que l'action suppose la connaissance. Or, les outils sont insuffisamment développés. C'est le cas, par

exemple, de la comptabilité analytique, qui demeure encore ignorée de beaucoup d'établissements.

c) La Cour a-t-elle estimé dans quelle proportion l'hôpital pourrait contribuer à réduire le déficit de l'assurance maladie ?

Les dépenses hospitalières représentent un peu moins de la moitié des dépenses de l'assurance maladie. En tendance, cette part diminue, en France comme dans les pays voisins. On peut donc considérer que l'effort de réduction des coûts est plus intense dans le secteur hospitalier que pour les soins de ville.

Le Haut Conseil de l'assurance maladie avait évoqué dans son rapport de 2009 sur l'hôpital des scénarios tendanciels. Plutôt qu'en montants absolus, il raisonnait en évolutions : les économies attendues devaient permettre une progression inférieure par rapport à celle du Pib, de 0,5 ou 1 %. Mais je ne suis pas sûr que ces réflexions aient été précisément inscrites dans le marbre...

LES NICHES SOCIALES

Question 6

a) La Cour fait des estimations sur l'incidence financière des niches sensiblement différentes de celles qui figurent dans l'annexe 5 du PLFSS. Par exemple, l'assiette des stock-options est évaluée à 3 milliards par la Cour et à 1,7 milliard dans le document du Gouvernement. Comment expliquer une telle différence ?

Réponse

Les estimations de la Cour s'écartent en effet parfois de celles présentées par l'administration dans l'annexe au PLFSS. C'est le cas, en particulier, lorsqu'ayant constaté des divergences avec d'autres données, nous avons pu procéder à une expertise plus poussée.

Pour cette insertion de suivi, c'est le cas notamment de l'assiette exonérée relative aux indemnités de licenciement. Celle-ci est estimée à un niveau plus faible dans l'annexe que ce qu'indiquent les données de la Dares. Or les enquêtes de la Dares, même si elles ne sont fondées que sur près de 500 réponses fiables, soit un niveau inférieur aux exigences de rigueur de la Dares elle-même, valent mieux que les chiffres du PLFSS, qui sont encore plus fragiles.

C'est avec une démarche analogue que l'enquête de la Cour avait estimé la perte d'assiette due aux stocks options, en 2007. Considérant que les valeurs déclaratives des sociétés étaient très inférieures à la réalité, le

rapporteur de la Cour avait puisé son information directement dans les états financiers des principales sociétés du CAC 40.

Pour une enquête de suivi, moins lourde, nous n'avons pas réexaminé cette question des stock-options, nous ne sommes par retournés aux éléments des sociétés, d'autant que la crise était passée par là et qu'une taxation avait été mise en œuvre depuis 2008. Nous avons donc sagement (ou trop modestement, qui sait ?) repris les données du PLFSS, ce que nous faisons dans le cas général.

b) Les possibilités d'économies chiffrées par la Cour ne sont-elles pas dès lors en partie surestimées ?

Il ne nous semble pas que notre estimation soit trop élevée, et il conviendrait de poser également la question, des taux à retenir, ce qui implique d'apprécier l'élasticité de la recette, par rapport à une augmentation des taux. Nous avons exposé, de manière très transparente, les différents taux possibles.

Ces sujets sont encore largement à débattre. Il nous apparaît évident, en revanche, que tout progrès dans le sens d'une programmation pluriannuelle des recettes et, dans ce cadre, des économies attendues sur les niches, fiscales et sociales, devra au préalable reposer sur une méthode explicite et contradictoire.

ANNEXE

RÉPONSES DE L'ACOSS, AU QUESTIONNAIRE DE M. ALAIN VASSELLE, RAPPORTEUR GÉNÉRAL DE LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Les présents éléments revêtent un caractère technique, ils ont été produits par les services de l'Acoss à la demande de la Haute Assemblée et ne peuvent engager le Président de l'Acoss, ils constituent un apport technique aux débats en cours.

Question 1

Comment s'effectue la gestion de la trésorerie de l'Acoss depuis le début de l'année 2010 ? Quels sont les montants respectifs du recours aux avances de la Caisse des dépôts et consignations, des émissions de billets de trésorerie, des émissions d'euro commercial papers par le biais de l'Agence France Trésor et de l'utilisation de trésoreries sociales excédentaires ?

Réponse

Le financement 2010 sera moins important en volume que celui estimé en PLFSS 2009 en raison d'une situation économique moins dégradée et d'un apurement de la dette de l'Etat en janvier 2010 (mesures de la LFR 2009). Le point bas de trésorerie a été revu en baisse autour de 51 Md€ contre une prévision à plus de 60 Md€ en PLFSS 2009

Dans ce contexte, la gestion de trésorerie s'inscrit en conformité avec le plan de marche initial, l'ensemble des instruments prévus ayant été mobilisés au cours de l'année 2010 :

- un financement socle auprès de la CDC pour 20 Md€ sous forme de prêts à 1 an, complété par une ligne d'avance d'un montant initial de 11 Md€. A noter qu'à la demande de la CDC prenant acte de l'amélioration du profil de trésorerie, l'enveloppe des avances mobilisables auprès de la CDC a été réduite progressivement de 11 Md€ en juillet à 5 Md€ en décembre ;

- une montée des financements de billets de trésorerie auprès d'investisseurs privés dans la limite 15 Md€ ;

- la souscription de billets de trésorerie par des acteurs publics (le montant global de billets de trésorerie étant plafonné à 25 Md€) ;

- la mise en place, par l'Agence France Trésor au nom de l'Acoss, d'un programme d'Euro commercial paper (ECP) dans la limite de 20 Md€ avec des encours cibles de l'ordre de 10 Md€ ;

- et une mutualisation des trésoreries sociales positives. A ce titre, des relations ont été mises en place avec la CNRSI, la CNSA, et la CADES, soit dans le cadre d'opération de souscription de Billet de trésorerie Acoss, soit sous forme de dépôts dans la trésorerie commune de l'Agence. L'enveloppe de ces financements a atteint un maximum de 8,2 Md€ en Août 2010 (notamment du fait du placement de la C3S disponible en billets de trésorerie Acoss). La moyenne sur les 9 premiers mois de 2010 ressort à 4,1 Md€.

A fin septembre, en moyenne sur 9 mois, les financements CDC ont représenté, 64,5 % au titre des prêts, 5,70 % au titre des avances à 24 H. Les financements BT ont représenté 31 % et les ECP 1.3 % du fait de leur départ tardif.

Question 2

Quel est le niveau des frais financiers actuellement envisagé pour 2010 ? L'Acoss bénéficie-t-elle des meilleures conditions ? Quelles sont les perspectives en matière d'évolution du taux Eonia ?

Réponse

Les charges d'intérêts au titre de 2010 devraient s'établir autour de 310 M€ d'Euros du fait des prêts CDC à 1,22 %. Le faible niveau des charges financières pour 2010 comparé à 2007 ou 2008 est à mettre au compte de la baisse des taux avec un Eonia moyen autour de 0,40 % pour 2010. Le coût de financement de l'ACOSS ressortirait ainsi pour 2010 autour de 0,95 % soit Eonia + 50 points de base.

La signature Acoss est bien positionnée dans le marché et l'agence bénéficie d'un coût de financement proche de l'Eonia sur ses programmes de BT et ECP. Les financements CDC s'avèrent plus onéreux.

Pour 2011, les marchés anticipent une hausse progressive de l'Eonia sur le premier semestre pour atteindre rapidement les 1 %.

Question 3

Quelles sont les perspectives pour 2011 compte tenu des reprises de dette prévues par le PLFSS ?

Réponse

Les charges d'intérêt pour 2011 seraient d'environ 280 millions sur la base d'un solde moyen de 18,8 Md€ et d'un taux d'intérêt de financement de 1,5 % (dont 0,5 % de marge sur le taux de marché de référence).

Question 4

Quelles sont les évaluations de l'Acoss pour le produit de l'annualisation du calcul des exonérations de charges sociales ? Comment se fera la mise en œuvre technique de cette mesure ?

Réponse

Le chiffrage du rendement de cette mesure est complexe. Le projet de loi mentionne un surcroît de cotisations de 2 Md€. Même s'il est difficile d'apprécier précisément l'impact de la mesure, des simulations menées à l'Acoss indiquent plutôt un rendement autour de 2,2 Md€ avec un aléa à la hausse, la majoration de taux pour les entreprises de travail temporaire n'étant notamment pas prise en compte dans ce calcul.

Les allègements Fillon des entreprises de moins de 20 salariés représentent 34 % des allègements totaux. Pour autant l'exclusion des moins de 20 salariés conduirait à diminuer le montant de l'économie attendue de la mesure d'annualisation de seulement 17 %, car les primes sont relativement plus faibles dans cette tranche de taille. La perte d'économie serait de 370 millions d'euros (17 % * 2,2 milliards) sur la base de l'estimation réalisée (2,2 Md€). Le gain de la mesure d'annualisation hors entreprises de moins de vingt salariés serait inférieur à 2 Md€ (estimation à 1,8 Md€ avec un aléa à la hausse).

Les enjeux sont diminués de moitié environ si on ne considère que les établissements dans des tranches de taille de moins de 10 salariés: perte d'économie de la mesure d'annualisation de 200 millions d'euros sur la base de l'estimation à 2,2 Md€. Le gain de la mesure d'annualisation hors moins de 10 serait donc de 2,0 Md€ avec un aléa à la hausse.

Concernant les modalités pratiques, il est prévu que sur le dernier bordereau de l'année, le cotisant indique dans une case spécifique, la diminution éventuelle des allègements généraux recalculés sur toute l'année par rapport aux montants dont il a bénéficié sur l'ensemble des mois précédents. Ce montant correspondra à un encaissement supplémentaire qui sera réparti entre les contributaires concernés.

Les décrets et arrêtés à venir permettront de mieux apprécier les modalités pratiques (anticipation par les cotisants de la régularisation notamment).

1.9 million de cotisants seront concernés par la mesure. Le réseau des Urssaf doit donc, d'ores et déjà, mettre en œuvre une politique active de communication vis-à-vis des cotisants afin de leur présenter cette évolution dès son entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2011. La première échéance concernée sera celle de février. Cette démarche de communication fait d'ores et déjà l'objet de travaux avec les pouvoirs publics. La tâche est rendue difficile par la nécessité de porter d'autres informations à la connaissance des cotisants telles que : le transfert du recouvrement des cotisations et contributions d'assurance chômage au 1er janvier 2011, les autres nouvelles mesures prévues actuellement par le PLFSS et les PLF. Dans ce cadre, les modalités de communication les plus adaptées sont analysées, notamment pour sensibiliser les plus petites entreprises. La montée en charge de la mesure pourrait néanmoins être progressive, au motif que le texte actuel permettrait de faire une régularisation au fil de l'eau ou une régularisation annuelle. Cette dernière option pourrait être privilégiée en première année de mise en œuvre.

Question 5

Où en sont, pour l'exercice 2010, les dettes de l'Etat envers la sécurité sociale, notamment en ce qui concerne les versements liés à la compensation des exonérations ciblées ? Quelles sont les perspectives pour 2011 ?

Réponse

La dette de l'Etat serait de 2,5 Md€ selon les dernières hypothèses retenues par l'Acoss, hors versements possibles en LFR. Elle serait de 1,8 Md€ sur les exonérations dont 0,2 Md€ sur les exonérations TEPA. François Baroin a annoncé à la dernière Commission des comptes de la sécurité sociale que l'excédent du panier fiscal compensant les exonérations Fillon (1,6 Md€) prévu par l'Acoss serait utilisé pour réduire la dette de l'Etat. Cela signifie que les comptes du régime général seraient dégradés d'autant qu'il serait utilisé de recettes fiscales pour compenser les dettes nées des sous versements budgétaires¹.

La dette sur les exonérations ciblées augmenterait de 0,8 Md€ en 2010, du fait des sous budgétisations initiales mais aussi en majeure partie du fait que l'Etat n'a pas réglé en septembre un versement de 488 M€ qui était prévu initialement dans l'échéancier signé en début d'année 2010 entre les ministères payeurs, l'Acoss, la DSS et la DB. Ce non versement est d'ailleurs

¹ Cette dégradation possible des comptes sera intégrée in fine dans la reprise de dettes par la Cades prévue dans l'article 9 du PLFSS (à hauteur de 68Md€ pour les exercices 2009 et 2010).

en contradiction avec une circulaire de la DB qui préconisait aux ministères payeurs de « sanctuariser » les crédits dévolus à la Sécurité sociale. Cette circulaire ne repose que sur un « contrat de bonnes pratiques » sans assise réglementaire mais avait pour but d'éviter les « impasses » budgétaires qui s'étaient passées en 2006 et en 2007.

En supposant un versement en janvier 2011 de 0,4 Md€ au titre de l'AAH et de 0,3 Md€, comme il a été habituellement procédé les années précédentes, la dette nette s'établirait à 2,1 Md€ au 31 janvier 2011. Il est à noter que cette prévision de dette intègre comme hypothèse que le FNSA n'aurait pas de créances vis-à-vis du régime général.

Concernant la dette au titre de 2011, les dotations budgétaires semblent en ligne avec les exonérations et dépenses prévues au total. La dette serait stable par rapport à 2010. Cette stabilité intègre une baisse des dotations sur les exonérations compte tenu des mesures de suppression ou de réduction d'exonérations envisagées en PLF. Tout changement sur les mesures prévues en PLF devrait conduire à revoir d'autant les dotations budgétaires concernées.

ANNEXE

TRAVAUX DE LA MECSS EN 2010

Retraites 2010 : régler l'urgence, refonder l'avenir

En charge, pour le Sénat, de l'évaluation et du contrôle de la sécurité sociale, la Mecss ne pouvait ignorer le sujet crucial que constitue l'avenir du système de retraite français. La pérennité du modèle protecteur mis en place voici soixante-cinq ans, qui a permis d'assurer aux retraités un niveau de vie comparable à celui des actifs, est aujourd'hui menacée par des déséquilibres financiers insoutenables et une grave perte de confiance des jeunes générations à l'égard de la survie du système.

La Mecss y a donc consacré une réflexion approfondie, engagée dès janvier 2010, au cours de laquelle elle a largement entendu experts, partenaires sociaux et gestionnaires des principaux régimes.

Son rapport explore les pistes, à court et plus long terme, susceptibles non seulement de permettre un retour à l'équilibre financier mais aussi de reconstruire un pacte intergénérationnel aujourd'hui compromis.

Finances sociales : un automne décisif

Ce rapport, établi par le rapporteur général de la commission des affaires sociales pour la préparation du débat sur les orientations des finances publiques, dresse un bilan à mi-parcours de l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010. Les dernières prévisions publiées par la commission des comptes de la sécurité sociale confirment qu'une reprise économique encore hypothétique ne permettra en aucun cas une résorption spontanée du déficit du régime général de la sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse, qui devrait dépasser 30 milliards d'euros en 2010.

Trois chantiers fondamentaux pour l'avenir de la sécurité sociale doivent impérativement être réalisés avant la fin de l'année :

- le traitement de la dette sociale : une reprise de dette par la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) ne pourra être évitée, compte tenu du montant des déficits cumulés en 2009 et 2010 (55 milliards). Celle-ci devra être accompagnée de l'attribution à la caisse de ressources robustes et

pérennes pour éviter toute remise en cause de la crédibilité du processus de remboursement de la dette sociale ;

- la réforme des retraites : enjeu essentiel pour le rétablissement de l'équilibre des comptes sociaux, elle devra non seulement être efficace et équitable, mais aussi ouvrir la voie à une modernisation plus durable du système ;

- la branche maladie : la plus gravement déficitaire au sein du régime général, elle devra faire l'objet d'un pilotage rénové et d'une maîtrise renforcée, passant par des mesures à effet immédiat et des évolutions plus structurelles.

Les retraites en Allemagne : des enseignements à tirer ?

Dans le prolongement de son rapport précédent, consacré aux enjeux du rendez-vous 2010 sur les retraites, la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale a souhaité s'informer sur les mécanismes d'assurance vieillesse institués dans un pays voisin, confronté à des difficultés comparables aux nôtres. Une délégation s'est donc rendue au mois de juin dernier à Berlin, afin d'étudier l'organisation, le pilotage et le financement des retraites en Allemagne.

Sans constituer un modèle pour la France, l'exemple allemand est particulièrement riche d'enseignements :

- les réformes conduites au cours des vingt dernières années reposent sur la volonté assumée d'une population qui fait peu d'enfants de ne pas transférer sur les générations futures peu nombreuses la charge des retraites actuelles ;

- les pouvoirs publics ont utilisé l'ensemble des paramètres à leur disposition - âge de départ, taux de cotisation, taux de remplacement - pour parvenir à équilibrer les comptes de l'assurance retraite ;

- l'information délivrée aux assurés sur leur future pension est beaucoup plus développée qu'en France ;

- les évolutions du régime de base ont été complétées par la mise en place d'un mécanisme original de subvention directe de l'épargne retraite, qui connaît un succès croissant, mais dont la capacité à compenser la baisse du taux de remplacement au titre de la pension légale demeure débattue.

A quelques semaines de la discussion au Sénat d'une nouvelle réforme des retraites, la Mecss apporte ici une nouvelle contribution au débat, à travers la présentation du système de retraite de notre premier partenaire dans l'Union européenne.