

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X I I I ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission des affaires sociales

- Audition, ouverte à la presse, de Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports, de M. Xavier Darcos, ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, et de M. Eric Woerth, ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'État, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 2
- Présences en réunion 21

Mercredi

14 octobre 2009

Séance de 11 heures 30

Compte rendu n° 03

SESSION ORDINAIRE DE 2009-2010

**Présidence de
M. Pierre Méhaignerie,
Président**



COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Mercredi 14 octobre 2009

La séance est ouverte à onze heures quarante.

(Présidence de M. Pierre Méhaignerie, président de la Commission)

La Commission des affaires sociales entend Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports, M. Xavier Darcos, ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, et M. Eric Woerth, ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'État, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010.

M. le président Pierre Méhaignerie. Mes chers collègues, nous accueillons mesdames et messieurs les ministres et secrétaires d'État – je souhaite en particulier la bienvenue à Mme Nora Berra pour sa première intervention devant notre commission – pour cette présentation traditionnelle du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010.

Malgré la crise et la baisse de 2 % des recettes, le Gouvernement a voulu conserver un haut niveau de protection sociale. Nous partageons ce choix. Il a même fait plus puisque, avec le revenu de solidarité active, la réduction de l'impôt sur le revenu pour les premières tranches, les 7 milliards supplémentaires de prestations et le financement du chômage partiel, on peut dire que les politiques sociales ont été actives.

L'envers du décor est l'aggravation du déficit. Cette politique de protection sociale – la plus forte en Europe – présente de nombreux avantages et elle a été un amortisseur de la crise. Néanmoins, les déficits inquiètent, et nous devons nous y intéresser de près l'an prochain, car il y a des marges d'efficacité. Nos dépenses sociales sont parmi les plus élevées, mais nous n'avons pas, nous dit le président des Semaines sociales de France, des ratios de résultats à leur mesure.

En outre, il nous faudra rechercher des recettes supplémentaires...

M. Maxime Gremetz. Nous vous donnerons des pistes, en particulier du côté des niches...

M. le président Pierre Méhaignerie. ...ou remettre en question des pertes de recettes fiscales qui se sont accumulées ces dix dernières années, si nous voulons réduire substantiellement le déficit sans attendre 2013.

M. Éric Woerth, ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'État. Conséquence immédiate de la crise : les comptes de la sécurité sociale sont préoccupants. Ainsi, le déficit du régime général, qui est déjà passé de 10,2 milliards d'euros en 2008 à 23,5 milliards en 2009, devrait atteindre 30,6 milliards en 2010.

Autre conséquence de la crise,...

M. Maxime Gremetz. Elle a bon dos !

M. le ministre du budget. ... pour la première fois depuis bien longtemps, la masse salariale recule pendant deux années successives : de 2 % en 2009 et de 0,4 % en 2010. Au total, pour les années 2009 et 2010, la sécurité sociale perdra 21 milliards d'euros de recettes par rapport aux recettes qu'aurait générées une évolution de la masse salariale égale à la croissance moyenne constatée au cours des années 1998-2007. Cette situation est inédite depuis très longtemps. Le déficit dû à la crise – au manque de recettes et de cotisations – représente 65 % du déficit en 2009 et 75 % en 2010.

Notre stratégie vise à faire face à cette situation exceptionnelle, d'une part en gérant la sortie de crise, qui seule permettra de répondre à l'augmentation ponctuelle du déficit, d'autre part en continuant à réformer la sécurité sociale et en adaptant cette réforme au temps de crise que nous vivons.

Comme en 2009, nous refusons les hausses de prélèvements. En effet, compenser de la sorte la chute des recettes serait une erreur, car cela tuerait les recettes elles-mêmes. Par ailleurs, la reprise de la dette de la sécurité sociale par la CADES ne doit pas passer par une augmentation des prélèvements ; un transfert de dettes nécessiterait une hausse de la CRDS, qui pèserait sur le pouvoir d'achat, donc sur la croissance.

En 2010, l'ACOSS continuera donc à porter le déficit de la sécurité sociale. Elle recourra, en complément de ses instruments classiques de financement – émissions de billets de trésorerie et avances de la Caisse des dépôts – à des émissions complémentaires sur les marchés. D'un point de vue technique, ces émissions seront intégralement assurées par l'Agence France Trésor, qui agira en tant que prestataire de service pour l'ACOSS. Ainsi, cette dernière couvrira l'intégralité de son besoin de trésorerie, qui variera, selon les mois de l'année, entre 30 et 60 milliards d'euros.

Nous réformons par ailleurs notre système social, mais dans le respect de ses principes. Ainsi, plutôt que de supprimer des prestations pour compenser la baisse des recettes, nous avons laissé notre système de protection sociale jouer le rôle d'amortisseur de crise, que vient de souligner le président Méhaignerie. En outre, grâce aux revalorisations des prestations et aux mesures exceptionnelles – comme la prime de solidarité active ou la prime pour les familles modestes – 7,2 milliards d'euros supplémentaires ont été distribués aux Français en 2009 pour soutenir leur pouvoir d'achat. Nous en sommes fiers : ainsi, la crise a moins touché les Français que d'autres.

En ce qui concerne les recettes, nous avons accepté les conséquences du recul de la masse salariale et adapté notre politique de recouvrement, en autorisant fréquemment les entreprises et les URSSAF à échelonner les paiements.

Nous avons donc pris nos responsabilités pour atténuer les effets de la crise.

Parallèlement, nous continuons à réformer la sécurité sociale pour pouvoir redresser la situation dès que la croissance sera de retour.

Nous orientons notre action autour de quatre priorités.

La première consiste à continuer à maîtriser la progression des dépenses d'assurance maladie. Pour la première fois depuis 1997, l'ONDAM sera respecté cette année puisqu'il s'établira, selon nos dernières prévisions, à 3,4 %, alors que vous aviez voté un taux de 3,3 %. Voilà qui crédibilise nos prévisions.

Respecter cet objectif nécessite 2,2 milliards d'économies par rapport à la progression tendancielle des dépenses de 7 milliards d'euros par an. Mme Bachelot détaillera les mesures qui, pour la plupart, ont obtenu l'accord de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). Elles traduisent notre vision de l'avenir de l'assurance maladie : protéger les principes qui fondent notre système de soins et le faire évoluer vers plus d'efficacité.

Deuxième priorité : continuer à élargir le financement de la protection sociale, afin qu'il pèse moins sur le travail. Aujourd'hui, 70 % du financement de la sécurité sociale se fait par les salaires. Nous cherchons – souvent sous l'impulsion du Parlement, et je salue l'action de M. Bur à cet égard – à réduire un certain nombre de niches sociales.

Nous ne touchons pas aux dispositifs qui sont utiles pour l'emploi, par exemple les allègements Fillon ou les exonérations ciblées sur des publics prioritaires, mais nous réduisons les dispositifs qui sont en contradiction avec la volonté du Gouvernement de valoriser le travail.

Toutes les catégories de revenus doivent être soumises à la CSG, au même titre que les salaires. Cela concerne en particulier les revenus du capital. Ainsi, les plus-values réalisées lors de la cession de valeurs mobilières seront soumises aux prélèvements sociaux dès le premier euro. Cela nous semble juste. Nous en attendons un rendement de 110 millions d'euros.

L'exonération de prélèvements sociaux pour les contrats d'assurance-vie multisupport en cas de dénouement par succession sera supprimée. C'est également une mesure juste, dont le rendement devrait atteindre 270 millions d'euros.

Nous voulons aussi renforcer la contribution des revenus complémentaires au financement de la protection sociale ; le taux du forfait social passera ainsi de 2 % à 4 %, pour un rendement attendu de 380 millions d'euros.

Enfin, pour poursuivre la moralisation du capitalisme financier, la taxation de certaines rémunérations à caractère exceptionnel continuera d'augmenter, et je propose de doubler le taux de la contribution employeur pour les retraites « chapeau ».

Troisième priorité : continuer à rendre le système plus juste, en intensifiant la lutte contre la fraude. Entre 2006 et 2008, les résultats des contrôles ont augmenté de 65 %, passant de 227 à 365 millions d'euros. Je félicite tous ceux qui s'y consacrent au sein des caisses.

Les contrôles des arrêts maladie ont également beaucoup progressé, passant de 700 000 en 2006 à 1,6 million fin 2008. La contre-visite de l'employeur, expérimentée en 2008, sera généralisée.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports. Le volet maladie du projet de loi de financement de la sécurité sociale – projet qui, fait exceptionnel, a reçu l'avis favorable de l'UNCAM – est cette année moins volumineux que par le passé : une quinzaine d'articles, auxquels s'ajouteront, comme chaque année, d'autres mesures, non législatives, permettant d'assurer le respect de l'ONDAM.

De nombreux outils ont été créés dans les dernières lois de financement : référentiels médico-économiques de la Haute autorité de santé, nouveaux cas de mise sous accord

préalable, dispositif de régulation des dépenses de médicaments onéreux à l'hôpital, contrats d'amélioration des pratiques individuelles – on en compte déjà près de 11 000 !

Ces nouveaux instruments, il faut continuer à les faire vivre en les améliorant si nécessaire, comme je le propose pour la mise sous accord préalable. Il faut continuer à les faire vivre, pour la bonne raison qu'ils fonctionnent, la croissance des dépenses d'assurance maladie ayant ralenti pour devenir plus supportable. Elle est en effet passée de 4 % en 2007, à 3,5 % en 2008 et à 3,4 % en 2009, soit un taux très proche de l'ONDAM voté.

Ainsi, malgré la grippe, malgré la crise, malgré l'ampleur de nos déficits publics et sociaux, nous devons poursuivre la politique initiée depuis 2007 et continuer à relever le défi de tenir les dépenses sans dégrader la qualité des soins et en préservant nos principes fondamentaux ainsi qu'un taux de remboursement d'autant plus élevé que les pathologies sont graves, lourdes et coûteuses, et que les thérapeutiques sont onéreuses, prouvées et efficaces.

Cela dit, même si nous assumons la part conjoncturelle du déficit, qui joue un rôle d'amortisseur social, la crise nous invite à davantage d'ambition dans la détermination de l'ONDAM, dont le taux d'évolution globale sera fixé à 3 %, soit un niveau un peu inférieur à celui de l'an dernier et compatible avec la croissance à long terme de l'économie. Il s'agit d'un effort important au regard de la récession de 2,25 % en 2009 et de la prévision de croissance d'à peine 0,75 % pour 2010.

Après le vote de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires », afin que les agences régionales de santé puissent assurer une bonne articulation entre les différents secteurs, l'évolution des objectifs de dépenses d'assurance maladie sera équilibrée entre la ville et l'hôpital, avec un même taux d'augmentation de 2,8 %.

Pour y parvenir, ainsi que les caisses nationales d'assurance maladie nous l'ont proposé début juillet, tous les acteurs de notre système de soins devront poursuivre leurs efforts : il faut continuer à adapter notre système d'assurance maladie en l'ajustant au plus près des progrès médicaux, des marges d'efficience et des évolutions sociales.

S'agissant des soins de ville, nous exigeons une maîtrise médicalisée plus ambitieuse que l'an dernier, avec un objectif de 595 millions d'euros d'économies. L'effort devra particulièrement porter sur les indemnités journalières, qui représentent près de 8 milliards d'euros, en croissance de 7 % en 2009. La diffusion de référentiels, la procédure simplifiée de mise sous entente préalable et la généralisation de la contre-visite de l'employeur devraient ralentir ces dépenses.

Notre approche des affections de longue durée (ALD) reste médicale, conformément aux recommandations de la Haute autorité de santé, notamment de son avis de décembre 2007 : au-delà du renforcement de la prévention et de l'éducation thérapeutique, nous envisageons, dans le cadre du plan cancer II, de permettre aux personnes guéries du cancer – car on guérit du cancer ! – de sortir plus vite du statut d'ALD, tout en continuant à bénéficier d'une prise en charge à 100 % pour les examens de suivi. L'objectif est de favoriser la réinsertion sociale de ces personnes.

Pour les soins de ville, nous proposons de poursuivre l'ajustement des tarifs et des prix. La radiologie et la biologie présentent des marges importantes par rapport aux tarifs de la sécurité sociale ; les dépenses à ce titre seront donc réduites de 240 millions d'euros.

Comme chaque année, des diminutions de prix seront opérées sur les médicaments, y compris sur les génériques et sur les dispositifs médicaux. Les économies résultant de la générique de *Plavix* devraient limiter l'évolution des remboursements à 2,2 %, sécurisée par un abaissement du taux k à 1 %, justifié par le ralentissement économique et l'absence de nouveaux médicaments innovants et onéreux.

Enfin, en reprenant, tout en la modifiant, la proposition de la Mutualité sociale agricole sur les médicaments à 35 %, nous prévoyons de passer à 15 % les médicaments à service médical rendu faible dans toutes leurs indications, ainsi que les médicaments restés à 35 % alors que leur service médical est insuffisant. Les personnes exonérées du ticket modérateur ne sont évidemment pas concernées par cette mesure, qui permettra de réaliser 145 millions d'euros d'économies.

Le taux de remboursement ne dépendra que d'un seul critère, exclusivement médical : c'est l'efficacité d'un médicament qui commandera son taux de remboursement. Mais nous aurons désormais quatre taux : 100 % pour les médicaments irremplaçables et onéreux, 65 % lorsque le service médical rendu est important, 35 % lorsqu'il est modéré, et 15 % lorsqu'il est faible. Les analgésiques, tels que l'aspirine ou le paracétamol, resteront donc remboursés à 65 %. Chaque année sont admis au remboursement des médicaments présentant un intérêt thérapeutique très élevé, pour un montant global d'un milliard d'euros cette année.

Le taux de progression de l'ONDAM sera également de 2,8 % pour les établissements de santé, ce qui permettra d'assurer le développement d'une offre hospitalière de soins adaptée aux besoins de la population en finançant les plans de santé publique, la deuxième tranche du plan Hôpital 2012 et la première étape du processus de revalorisation salariale des personnels paramédicaux, qui se prolongera dans les années à venir.

Mais ce taux exige aussi de poursuivre les efforts d'amélioration de la performance des établissements de santé.

Si nous avons décidé de détendre le calendrier de la convergence intersectorielle, nous envisageons aussi de rapprocher certains tarifs, notamment en chirurgie ambulatoire.

Cinquante établissements réaliseront des projets de transformation hospitalière coordonnés par la nouvelle Agence nationale pour la performance hospitalière.

Un mécanisme de régulation des dépenses incitera les établissements de santé à réfléchir à une meilleure organisation de la prescription de transports sanitaires.

Enfin, dans un souci d'ajustement des tarifs, le forfait journalier hospitalier créé en 1983 pour participer aux frais d'hébergement à l'hôpital, et qui n'a pas augmenté depuis 2007, passera de 16 à 18 euros en médecine, chirurgie et obstétrique et soins de suite et de réadaptation, et de 12 à 13,50 euros en psychiatrie.

Les plus modestes (CMUC, aide médicale d'État), ainsi que les femmes enceintes et les victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles, sont exonérés de ce forfait qui, pour les autres patients, peut être pris en charge par les complémentaires santé. Représentant une économie de 160 millions d'euros, cette mesure ne modifiera que très modestement le niveau du reste à charge des ménages à l'hôpital, qui est de 3 %.

Quelques mots enfin sur l'impact de la lutte contre la pandémie grippale sur ce projet de loi de financement. Nous avons fait le choix d'une politique de prévention grâce à une campagne de vaccination. Cette campagne a un coût. Je salue le geste des complémentaires santé qui se sont engagées à y apporter leur contribution exceptionnelle. En raison de leur caractère exceptionnel, les dépenses liées à la grippe ne seront pas comptabilisées dans l'appréciation du respect de l'ONDAM par le comité d'alerte.

Vous le voyez : je ne vous ai annoncé ni de grand plan, ni de grand soir, simplement la continuité contre vents et marées de notre politique. L'année 2009 aura été une année de quasi-respect de l'ONDAM, avec le meilleur résultat de maîtrise des dépenses depuis 1999. Je m'engage à tout mettre en œuvre pour que, l'an prochain, nous puissions également constater le respect de l'ONDAM.

C'est en avançant ainsi, régulièrement, que nous parviendrons à contenir à la source les dépenses et à réduire les déficits, sans remettre en cause les fondements de solidarité de notre système de santé.

M. Xavier Darcos, ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville. J'aborderai quatre axes dans mon domaine de compétence.

Le premier concerne la branche vieillesse. Nous avons souhaité que soit sauvegardée la majoration de deux ans de la durée d'assurance pour les mères de famille : quatre trimestres au titre de la grossesse et de la maternité et quatre autres au titre de l'éducation. Pour les enfants à naître, une nouvelle disposition permettra au couple, s'il le souhaite, de décider conjointement de répartir la seconde majoration entre le père et la mère ; dans le silence du couple, la majoration de la deuxième année reviendra à la mère. Pour les enfants nés avant le 1^{er} janvier 2010, la majoration ne pourra être répartie entre les deux parents qu'au cas où le père démontre qu'il a élevé seul son enfant. Au total, je pense que nous avons sauvé le dispositif, que nous avons au passage étendu aux parents adoptant.

Par ailleurs, alors que, jusqu'à présent, en effet, en raison de l'interruption de la pension d'invalidité à soixante ans, les personnes dites de « première catégorie », c'est-à-dire que leur niveau d'incapacité n'empêche pas de poursuivre une activité, étaient contraintes de cesser leur activité professionnelle dès soixante ans. Désormais, ceux qui le souhaitent pourront prolonger leur carrière, la pension étant servie jusqu'à soixante-cinq ans.

Enfin, nous avons décidé de doubler les prélèvements sur les retraites « chapeau ». Souhaitée par le Président de la République, cette mesure de justice mettra les différents régimes de retraite supplémentaire sur un pied d'égalité.

Deuxième axe : la branche accident du travail et maladies professionnelles. Le projet de loi de financement instaure un système de « bonus-malus » pour rendre plus efficace la prévention des accidents du travail. D'une part, il simplifie les mécanismes de majoration de cotisations lorsque l'entreprise présente un cas de risque avéré ou récurrent : c'est le malus. D'autre part, il crée une incitation financière pour les entreprises qui réalisent des investissements de prévention : c'est le bonus. Nous transposons ainsi dans le projet de loi les orientations définies par les partenaires sociaux dans l'accord de mars 2007.

Troisième axe : la branche famille. Peu de choses en la matière, je le reconnais, si ce n'est que nous avons décidé de proposer un prêt à taux zéro de 10 000 euros sur douze mois aux assistantes maternelles qui souhaitent améliorer leur lieu d'habitation et d'accueil.

Quatrième axe : le médico-social. Pour les personnes âgées dépendantes, l'ONDAM médicosocial augmentera de 5,8 %, soit 550 millions d'euros, avec deux orientations principales.

S'agissant de la mise en œuvre du plan Alzheimer pour aider les assistants familiaux, le budget prévoit le financement de 2 100 places nouvelles d'accueil de jour et de 1 100 places nouvelles d'hébergement temporaire. En outre, est prévue la création de 600 pôles d'activité et de soins Alzheimer – PASA – et 140 unités d'hébergement renforcé – UHR – pour les personnes présentant des troubles du comportement.

De plus, nous poursuivons la création de places. 7 500 places nouvelles en maisons de retraite seront financées – au lieu des 5 000 prévues initialement –, ainsi que 6 000 places de services de soins infirmiers à domicile – les SSIAD.

Par ailleurs, pour lever une difficulté majeure que rencontrent les personnes handicapées, nous permettons aux établissements de financer sur leur budget – que nous augmenterons – les frais de transport pour se rendre en accueil de jour.

Un mot, enfin, des recettes. Comme l'a souhaité le Président de la République devant le Congrès, le projet de loi de financement comporte deux mesures relatives à des niches sociales. D'une part, l'exonération de prélèvements sociaux lors de la succession pour les contrats d'assurance-vie en unités de compte est supprimée, qui seront ainsi désormais traités comme les contrats en euros. D'autre part, les plus-values réalisées lors de cession de valeurs immobilières seront désormais soumises aux prélèvements sociaux dès le premier euro et non plus au-delà d'un forfait de 25 000 euros.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Monsieur le ministre du budget, vous auriez bien du mal à faire ratifier par l'Assemblée la directive autorisant la vente de tabac sur Internet. Il vous faudra au contraire vous opposer à l'application de cette directive pour des raisons de santé publique, mais aussi à cause des risques de contrefaçon et d'encouragement des réseaux mafieux.

J'en viens au projet de loi de financement. La crise bouleverse nos finances sociales en creusant des déficits sans précédent. La priorité est donc de sortir de la crise et nous soutenons le choix du Gouvernement de ne pas freiner ce mouvement en alourdissant les prélèvements obligatoires. Pour autant, les perspectives sont très préoccupantes, car les effets de la crise se feront encore plus durement sentir en 2010. Même avec des hypothèses de croissance très optimistes à l'horizon 2013, de + 2,5 % pendant trois ans, et d'augmentation de 5 % de la masse salariale, nous arriverons, sans mesure de correction, à un déficit structurel d'une quarantaine de milliards d'euros. Si rien n'est fait d'ici-là, le déficit absorbera 1,5 % de CRDS et quelques points de CSG. On mesure la tâche qui nous attend !

Les Français craignent que cette dérive financière n'aboutisse à une remise en cause fondamentale de la solidarité. Quelles perspectives pouvons-nous leur offrir ?

Vous l'avez dit, madame la ministre : il faut accroître l'efficacité du système de santé, mais quels objectifs devons-nous précisément nous fixer en la matière ?

S'agissant des retraites, sommes-nous prêts, en dépit des réticences de nos concitoyens, à engager les réformes que la situation financière exige ?

Maintenir le niveau des dépenses permet en effet d'amortir socialement la crise : aujourd'hui, malgré la crise, personne n'est exclu du système de soins et les retraites sont payées. L'ONDAM proposé pour l'an prochain est ambitieux, car des pays comparables au nôtre ont choisi de ne pas augmenter les dépenses.

Il a été décidé de ne pas augmenter la CRDS pour rembourser la dette, mais il faut rassurer les Français, car les craintes que suscite cette dette les pousse à épargner, ce qui ne sert pas la croissance.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Le constat du déficit vertigineux du régime général de la sécurité sociale est partagé par tous.

Dans une période de crise aiguë des recettes, bien loin du choix de l'austérité que l'on nous annonçait, ce projet de loi de financement privilégie la maîtrise médicalisée des dépenses avec un ONDAM équilibré entre la ville et l'hôpital, et accentue l'effort dans le champ médico-social, C'est la preuve que vous voulez maintenir un haut niveau de protection sociale.

Nous acceptons votre choix de refuser les mesures douloureuses et de fixer le cap d'une réduction d'environ 3 milliards sur un total de 162 milliards d'euros de dépenses. Encore faut-il que les patients, les professionnels de santé, l'industrie et l'ensemble des acteurs partagent notre analyse et en tirent les conséquences.

Vous confirmez que l'ONDAM 2009 a été respecté, ce qui prouve l'efficacité de la maîtrise médicalisée. Quelle est la position du Gouvernement sur les négociations conventionnelles à venir ? Y aura-t-il prolongation de convention ou règlement conventionnel minimum arrêté par la ministre ? Qu'advient-il du secteur optionnel, qui intéresse tous ceux qui ont adopté au sein de la commission mixte paritaire sur le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, l'année dernière, un amendement posant le 15 octobre comme date-butoir pour l'aboutissement des négociations visant à instaurer ce secteur ?

Par ailleurs, la convergence intersectorielle public-privé a été repoussée à 2018. S'il faut effectivement poursuivre les études sur l'analyse des écarts de coûts et des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) entre le public et le privé, le report à 2018 suscite certains grincements de dents chez les partisans de la T2A, dont je fais partie. Il faut, en effet, veiller à ne pas trop fragiliser le secteur privé qui a sa place dans le système de soin.

M. Maxime Gremetz. Oh la la !

M. Jean Mallot. M. Door veut concourir pour le prix de l'humour politique...

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. S'agissant des affections de longue durée, madame la ministre, je vois une contradiction entre le texte de l'article 29 et son exposé des motifs. Si la Haute autorité de santé et la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale ont préconisé de corriger les critères de sortie du régime des ALD, cela doit valoir pour toutes les ALD – comme le dispositif de cet article le permet – et non pour une seule, comme le propose l'exposé des motifs.

À quand par ailleurs une réflexion d'ensemble concrète sur le bouclier sanitaire ?

Enfin, monsieur le ministre du travail, l'article 42 crée des mesures incitatives pour la prise en charge de la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. Ne faudrait-il pas profiter de l'actualité pour y ajouter le plan anti-stress ?

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse. Nous sommes à la veille du rendez-vous des retraites de 2010 et nous avons besoin de mesures et non de mesurette. Je comprends donc parfaitement que trois articles seulement de ce projet de loi de financement portent sur l'assurance vieillesse.

Il fallait au plus vite régler le problème de la majoration de durée d'assurance. Le dispositif proposé, qui a fait l'objet d'une vraie concertation, est de qualité et convient à toutes les parties. Pour sa part, la mesure relative à l'invalidité répond à une demande. Enfin, celle qui porte sur le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) apporte une clarification bienvenue.

Le Président de la République l'a confirmé : le rendez-vous sur les retraites aura lieu en 2010. Pourriez-vous, monsieur le ministre du travail, nous en indiquer les grandes lignes ?

Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille. M. le ministre du travail l'a dit : la branche famille est le parent pauvre de ce projet de loi de financement. Je le regrette également.

Le Président de la République a pourtant affiché une grande ambition pour la politique familiale, en affirmant qu'un droit opposable à la garde d'enfant devrait être mis en place d'ici à 2012, et en s'engageant sur la création de 200 000 places de garde au cours de cette période. Or, il me paraît difficile d'atteindre dans les temps les objectifs annoncés sans remettre en cause les normes d'accueil ou sans en faire peser davantage le financement sur les collectivités locales.

C'est pourquoi je souhaiterais vous poser trois questions sur les modes de garde collectifs.

Tout d'abord, nous avons mis en place l'année dernière les regroupements d'assistants maternels. Or, il semble que nos collègues sénateurs veuillent revenir, cette année, sur l'obligation pour les assistants maternels, la caisse d'allocations familiales et le conseil général de signer une convention encadrant l'activité des regroupements. J'ose espérer que vous ne soutiendrez pas cette initiative.

Ma deuxième question a trait au projet de décret relatif aux établissements et services d'accueil d'enfants de moins de six ans, qui soulève l'inquiétude des acteurs de la petite enfance. Il prévoit en effet le passage de neuf à douze du nombre d'enfants accueillis dans les micro-crèches, un relèvement de 10 % à 20 % du taux d'accueil en surnombre, et la modification des exigences de qualification du personnel. Certes, la question des normes d'encadrement doit être posée si l'on veut développer les modes de garde, mais elle mérite un débat public. Pourriez-vous nous éclairer sur le contenu de ce décret ?

Enfin, pourriez-vous préciser le nombre de places d'ores et déjà créées par les jardins d'éveil ?

Par ailleurs, le seul article relatif à la branche famille concerne, vous l'avez dit, l'extension du prêt à l'amélioration de l'habitat. C'est une bonne mesure. Quel en sera le coût pour la branche famille ? Est-il prévu de conditionner l'attribution de ce prêt à un engagement particulier de l'assistant maternel, comme pour la prime à l'installation ?

Autre sujet de préoccupation pour les familles, le gel des prestations familiales. Certes, il s'agit d'une application stricte du code de la sécurité sociale. Cependant, si l'on y ajoute l'instauration de la majoration unique à quatorze ans des allocations familiales, qui devrait permettre cette année une économie de 200 millions d'euros pour la branche famille, le rôle d'amortisseur social que jouent les prestations au bénéfice des plus faibles, sur lequel le Gouvernement insiste tant, paraît largement théorique pour les familles les plus en difficulté. Ne pensez-vous pas que la période de crise devrait être propice à une réflexion de fond sur l'efficacité et l'équité de nos prestations familiales ? J'avais notamment proposé, dans un rapport récent sur la prestation d'accueil du jeune enfant, un renforcement du complément de libre choix du mode de garde pour les familles modestes, qui aurait permis de les soulager en cette période difficile.

Un mot enfin sur la protection de l'enfance, qui concerne 300 000 enfants. La loi du 5 mars 2007 relative à la protection de l'enfance prévoyait la création d'un fonds national de financement de la protection de l'enfance, destiné à compenser les charges résultant pour les départements de la mise en œuvre de la loi. Plus de deux ans après sa promulgation, le décret n'est pas paru et ce fonds n'est toujours pas abondé. En 2007, la CNAF avait pourtant provisionné 30 millions d'euros pour son financement, dont la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2008 a prévu le report. De leur côté, la Direction générale de l'action sociale et la Direction générale des collectivités locales estiment que ce fonds ne relève pas de leur budget. Comme le pointe le récent rapport de la Cour des comptes, les montants sont modestes au regard des dépenses engagées par les départements et ces retards décrédibilisent l'État. Peut-on avoir l'assurance que ce fonds sera mis en place cette année et suffisamment abondé ?

Mme Isabelle Vasseur, rapporteure pour le secteur médico-social. Les éléments d'information que nous ont apportés les ministres confirment que, dans un contexte financier très difficile, les personnes âgées et les personnes handicapées restent une priorité pour le Gouvernement.

Mes questions concernent le budget de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Pouvez-vous nous donner des éléments plus précis sur le montant de l'objectif global de dépenses pour les personnes âgées et les personnes handicapées ? Quelle est l'évolution respective de ces montants par rapport à l'an dernier ? Comment se décompose le financement entre les structures nouvelles et les structures existantes ?

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis de la commission des finances. Avec un niveau de dépenses tenu, un respect sans précédent de l'ONDAM, et un niveau de transferts sociaux également sans précédent – 6 % au lieu de 2 % par an habituellement –, ce projet de loi de financement est un exploit. Dans une conjoncture très difficile, il permet aux stabilisateurs automatiques de fonctionner et au revenu disponible des ménages français de se maintenir.

Pour autant, la question de l'élargissement de l'assiette se pose et ne cessera de se poser. Vous l'avez dit, monsieur le ministre du budget, vous avez arbitré en faveur d'un mode de gestion dans le périmètre ACOSS des besoins de financement et des besoins de trésorerie. Quelle est la teneur de l'avenant de la convention avec la Caisse des dépôts et consignations ? Quelle tarification serait applicable au-delà des 25 milliards, et comment assurer le financement des 31 à 65 milliards dont nous avons besoin au cours de l'année 2010 ? Pourquoi n'a-t-on pas envisagé de s'appuyer sur la CADES ?

S'agissant du déficit des hôpitaux, une annexe du projet de loi fait apparaître un montant d'environ 1,1 milliard d'euros. Pourriez-vous nous fournir des données actualisées ?

Enfin, comment expliquez-vous la sous-consommation endémique des crédits dans le domaine médico-social, qui conduit à une mesure d'aubaine portant sur les crédits disponibles à la CNSA ?

Mme Nadine Morano, secrétaire d'État chargée de la famille et de la solidarité.
La branche famille joue son rôle d'amortisseur social au niveau des recettes comme au niveau des dépenses. Ainsi, son déficit atteindra 3,1 milliards d'euros en 2009 et 4,4 milliards d'euros en 2010.

Cela étant dit, en cette période de crise, nous maintenons le cap voulu par le Président de la République s'agissant d'une part, du développement des modes de garde d'enfants, d'autre part, des personnes handicapées.

Je vous rappelle que nous avons signé l'an passé avec la CNAF une convention d'objectifs et de gestion qui a engagé l'État pour près de 1,3 milliard d'euros de plus. Une progression du Fonds national d'action sociale de près de 7,5 % par an nous permettra de tenir notre engagement en matière de développement des modes de garde.

La politique familiale mobilise près de 88 milliards d'euros, soit 5 points de PIB. Nos voisins s'intéressent à nos dispositifs fiscaux et à nos modes de garde très diversifiés, qui nous permettent d'avoir le taux de natalité le plus élevé de l'Union européenne : 2,018 enfants par femme contre 1,5 en moyenne.

Après l'adoption par le conseil d'administration de la CNAF de la prime de 300 à 500 euros à l'installation, qui permet aux assistantes maternelles de s'installer dans des secteurs sous-dotés en modes de garde, ce projet de loi de financement prévoit une autre mesure importante : le prêt à taux zéro de 10 000 euros, également destiné à favoriser l'installation. Je vous rappelle que le passage de trois à quatre enfants par assistante maternelle, que vous avez adopté l'année dernière, permet d'offrir 50 000 places supplémentaires, donc d'accueillir plus d'enfants.

Trois mois seulement après avoir présenté le cahier des charges pour les jardins d'éveil, je suis allée inaugurer les premiers dans le Tarn-et-Garonne. 300 places sont aujourd'hui créées. Le dispositif monte en charge et je m'en réjouis.

Un autre dispositif très important concerne les 215 quartiers prioritaires de la dynamique « Espoir banlieues ». Avec M. Darcos, nous avons souhaité permettre aux femmes qui y vivent – dont le taux d'activité est dix fois inférieur à la moyenne nationale – de bénéficier de modes de garde dans les bâtiments situés dans leur quartier, à proximité de leur habitation. Nous avons prévu 1 500 places, nous avons reçu 380 dossiers, et nous serons en fait en mesure, parce que nos fonds sont fongibles, de créer 3 400 places. C'est un effort significatif à destination des familles de ces quartiers sensibles.

S'agissant du regroupement d'assistantes maternelles, la convention élaborée avec l'ensemble des partenaires, les syndicats et la branche famille, permet de garantir à la fois souplesse et flexibilité, tout en respectant le droit du travail. Le regroupement des assistants maternels est également en plein essor, je m'en réjouis.

Nous avons augmenté cette année les allocations familiales de 3 %, alors que le taux d'inflation était nettement inférieur. Je rappelle qu'en cette période de crise, où le Gouvernement s'est montré très solidaire envers les familles les plus exposées, nous avons versé, en plus de l'allocation de rentrée scolaire, une prime de 150 euros au mois de juin. À titre d'exemple, une famille dont un enfant est scolarisé en primaire et un autre au lycée aura touché 737 euros de juin à août. C'est une aide très importante pour les familles les plus en difficulté. Nous respecterons les critères d'attribution des allocations familiales, notamment en ce qui concerne leur augmentation.

Nous avons beaucoup consulté – en particulier les professionnels de la petite enfance – pour élaborer le projet de décret. Nous ne sommes pas favorables à la modification du taux d'encadrement et nous souhaitons donc nous en tenir à un adulte pour cinq bébés et un adulte pour huit enfants qui marchent.

Par ailleurs, j'ai souhaité, car cette demande émanait également des professionnels, que les titulaires d'un CAP petite enfance et ayant plus de trois ans d'expérience puissent participer à l'encadrement. C'est important à l'heure où l'on parle d'ascenseur social.

Enfin, nous avons respecté l'engagement du Président de la République s'agissant du nombre de places créées pour les personnes handicapées : ce défi sera encore relevé en 2010. Ce plan va mobiliser près de 360 millions d'euros de mesures nouvelles en faveur des établissements et services pour personnes handicapées. Au total, ce sont plus de 5 500 places nouvelles, diversifiées et adaptées aux besoins de chacun, qui seront financées en 2010 grâce à un taux ONDAM médico-social qui croît de 5,8 %.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État chargée des aînés. S'agissant des personnes âgées, l'objectif global de dépenses est de 7,912 milliards d'euros. Les mesures nouvelles s'élèvent à 553 millions d'euros. Après les 566 millions consacrés aux créations de places en 2009, la dynamique reste forte.

S'agissant du budget de la CNSA et des excédents, une mission IGAS-IGF réfléchit aux moyens de mieux faire à l'avenir. À ce jour, 300 millions d'euros n'ont pas été consommés en 2009, après que l'excédent a atteint 500 millions d'euros en 2008, comme en 2007.

Dans ce total, 150 millions d'euros correspondent à des dépenses qui ont été surbudgetées les années précédentes et qui ne seront pas réalisées. Cela tient à la forte dynamique de crédits alloués les années précédentes, à un ONDAM personnes âgées de 8,3 % en 2009 et aux délais d'ouverture des maisons de retraite et de recrutement des personnels qualifiés.

J'espère que cette mission des deux inspections nous permettra d'optimiser l'attribution des budgets et leurs contrôles.

Mme Marisol Touraine. Nous espérons que la mobilisation sera forte contre la possibilité d'acheter le tabac sur Internet, que nous jugeons très préoccupante au regard des impératifs de santé publique.

Par ailleurs, nous regrettons que l'audition sur la grippe A, initialement prévue aujourd'hui, ait été annulée au motif qu'il ne se passerait pas grand-chose. Nous avons

beaucoup de questions à poser à Mme la ministre de la santé, d'autant que la proposition de notre groupe de créer une mission parlementaire n'a pas été retenue.

M. le président Pierre Méhaignerie. L'audition est simplement reportée. Je rappelle que, lors de la précédente réunion sur ce thème, seuls une quinzaine de députés étaient présents.

Mme Marisol Touraine. J'étais là...

Le présent projet de loi de financement est décevant et même préoccupant, car il n'est pas du tout à la hauteur du déficit des comptes sociaux. Certes, nous acceptons de distinguer déficits structurel et conjoncturel et il va de soi que l'essentiel du déficit est dû à la crise et à la perte des recettes. Mais, il y a précisément une contradiction puisque la plupart de vos mesures ne visent pas à trouver des recettes, mais à ponctionner encore davantage les assurés sociaux. C'est le cas de la baisse de remboursement de certains médicaments, qui est en outre injuste puisqu'elle ne porte pas sur l'ensemble des Français. Par ailleurs, les suppressions de niches sociales sont très insuffisantes : vous auriez notamment pu aller beaucoup plus loin dans la remise en cause des exonérations de cotisations patronales. Le Conseil des prélèvements obligatoires a par exemple remarqué que certains employeurs profitaient du système en jouant sur les treizièmes, quatorzièmes ou même quizièmes mois, les exonérations étant calculées sur une base mensuelle. Il évalue à 3 milliards les exonérations indues à ce titre. Or, rien n'a été fait pour y remédier.

Nous doutons par ailleurs de la capacité de l'ACOSS à émettre des bons de trésorerie à hauteur de 30 milliards. Il y aura donc nécessairement un transfert vers une dette à long terme.

Pour ce qui est de l'assurance maladie, ce projet ne s'engage pas plus que les précédents sur la voie d'une régulation structurelle. Ainsi le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), qui soutient les expérimentations ou les projets de réformes structurelles, reste très faiblement doté. Vous objectez que ses crédits sont sous-consommés mais en fait, sur le terrain, les régulations sont anticipées et les acteurs savent qu'ils doivent faire avec un plafond plus bas. Les réseaux ou les maisons de santé en pâtissent directement. Et les mesures sont très insuffisantes en matière de dépassements d'honoraires, d'encouragement à des pratiques médicales vertueuses ou de remplacement par la rémunération forfaitaire de la rémunération à l'acte, très inflationniste.

S'agissant des ressources de l'hôpital public, la convergence tarifaire a été reportée à 2018. Mais dans ce cas, pourquoi introduire des mesures de convergence dans le présent projet ? J'aimerais aussi connaître le détail des crédits du sous-objectif de l'ONDAM hospitalier pour le plan Hôpital 2012 – autrement dit sa répartition entre public et privé. Enfin, nous ne contestons évidemment pas la majoration de durée d'assurance pour enfant, mais pourquoi refuser qu'elle puisse être comptabilisée au titre des carrières longues ?

Faute de fortes mesures de régulation structurelle et de lutte contre le déficit, vous préparez la transformation de notre système de solidarité et un déport vers des organismes privés. Depuis deux ans, un point et demi des dépenses prises en charge a été transféré de la sécurité sociale vers les organismes complémentaires. Si l'on exclut les affections de longue durée et l'hospitalisation, le taux de prise en charge tombe de 78 % à moins de 60 %. Pour leur santé au quotidien, le remboursement des Français est donc inférieur à 60 % !

M. le président Pierre Méhaignerie. Sachant tout de même qu'il y a de plus en plus d'affections de longue durée et de remboursement d'hospitalisations.

M. Jean-Luc Prél. Dans un contexte économique particulièrement difficile, les dépenses pour 2009 ont été à peu près tenues. On note quelques dépassements des objectifs de dépenses, concernant par exemple les indemnités journalières, les transports sanitaires ou les auxiliaires médicaux. La médecine de ville et les établissements hospitaliers sont globalement dans les clous, même si certains souffrent, notamment les spécialités cliniques. Des gains d'efficacité demeurent possibles en matière de formation, de bonnes pratiques, de référentiels et d'évaluation.

L'élément majeur de ce texte est bien entendu le déficit, dû au manque de recettes lié à la crise.

M. Maxime Gremetz. Si elle n'existait pas, il faudrait l'inventer...

M. Jean-Luc Prél. L'an dernier, je m'étais interrogé sur le transfert de 0,3 % de cotisation UNEDIC, alors que la crise était déjà là, et sur le transfert de CSG entre le Fonds de solidarité vieillesse et le régime général, qui aboutit à creuser le déficit du premier. FSV inclus, le déficit sera donc de 26 milliards en 2009 et de 35 milliards en 2010. Dans ces conditions, une gestion par l'ACOSS ne paraît franchement pas raisonnable. Il va de soi que nous devons payer nos propres dépenses de santé, et non les reporter sur les générations suivantes. La Cour des comptes a proposé de transférer ces déficits à la CADES et d'augmenter la CRDS de 0,2 %, ce qui ne pèserait pas trop lourdement sur le pouvoir d'achat des ménages et qui rapporterait 2,7 milliards dans l'année. Cela semble une bonne solution.

M. Maxime Gremetz. Mais non !

M. Jean-Luc Prél. Le forfait journalier doit être augmenté de 2 euros. Ne serait-il pas raisonnable de l'indexer sur l'inflation, pour qu'il évolue sans heurt chaque année ? Quant à la fiscalisation des indemnités journalières pour accident du travail, qui ne figure pas dans le texte, le Gouvernement est-t-il prêt à accepter un amendement à ce propos ?

Une augmentation de l'ONDAM de 2,8 % est, dans le contexte actuel, relativement satisfaisante mais l'augmentation habituelle des dépenses est plutôt de l'ordre de 4 % : l'objectif sera donc difficile à tenir. Par ailleurs, cette augmentation permettra-t-elle de faire passer les actes des généralistes de la cotation C à CS ? Les médecins généralistes se sont vu reconnaître la qualité de spécialistes et ils attendent cette mesure depuis longtemps. Qu'en est-il des spécialités cliniques, dont les revenus sont aujourd'hui bien inférieurs à celles des plateaux techniques ?

Le problème des dépassements d'honoraires est parfois insupportable. Le secteur optionnel sera-t-il mis en place le 15 octobre – demain ? Si tel n'est pas le cas dans le cadre conventionnel, avez-vous l'intention, madame la ministre, de le faire par arrêté ? Que pensez-vous des chances de renouvellement de la convention et de l'éventualité qu'y soient inscrits les contrats d'amélioration des pratiques individuelles ? Allez-vous favoriser, comme le propose la CNAMTS, l'accès à la chirurgie ambulatoire sans anesthésie dans les cabinets ?

Quelle sera enfin la revalorisation des retraites cette année ? Va-t-on relever le plafond de ressources pour les conjoints survivants – car, à défaut, l'augmentation du taux

n'aboutit à aucune amélioration réelle ? Des mesures sont-elles prévues pour les 2 000 jeunes veuves de moins de vingt ans que compte notre pays ?

Mme Jacqueline Fraysse. Le déficit des comptes sociaux devrait dépasser les 31 milliards d'euros en 2010, après 24,7 milliards en 2009 et 9,7 milliards en 2008. Je ne nie pas les effets de la crise et du chômage, mais le déficit ne cessait déjà de s'accroître auparavant. Cela tient à votre refus obstiné de mettre à plat la structure de financement de la sécurité sociale et d'en modifier l'assiette. Vous n'appliquez même pas les recommandations des magistrats de la Cour des comptes, qui ne sont pourtant pas de dangereux révolutionnaires.

Certes, vous avez, cette année, accepté de revenir sur les exonérations dont bénéficiaient certains revenus. Ces recettes seront les bienvenues, mais elles restent bien maigres face aux besoins. Et pourquoi maintenir les exonérations de cotisations sociales patronales, qui devraient coûter cette année 29 milliards d'euros à l'État et 2,8 milliards à la sécurité sociale – 28,5 et 3 milliards en 2010 ? Ces exonérations s'appliquent uniformément, sans aucun contrôle, alors que tout confirme qu'elles ne jouent aucun rôle pour l'emploi ni contre les délocalisations. En revanche, elles creusent les déficits de l'État et de la sécurité sociale et tirent les salaires vers le bas. La Cour des comptes propose de ramener le seuil des exonérations à 1,3 SMIC, au lieu de 1,6, et de les réserver aux entreprises de moins de vingt salariés, ce qui dégagerait selon elle 7 milliards. Elle propose également de faire contribuer les stock-options à la même hauteur que les salaires, ce qui rapporterait 3 milliards. Pourquoi ne pas le faire ?

Non contente de refuser des mesures justes et efficaces, l'UMP propose de s'en prendre aux plus fragiles. Elle veut ainsi taxer les indemnités journalières pour accident du travail, ce qui ne rapporterait que 150 millions d'euros étant donné la faiblesse des revenus concernés. Qu'envisagez-vous de répondre à cette proposition, madame la ministre, si elle est faite en séance, alors que le Conseil économique, social et environnemental vient de se prononcer contre ? S'agissant de la lutte contre la fraude aux indemnités journalières, quel est le bilan de l'expérimentation de contrôle des salariés en arrêt de travail par des médecins payés par l'employeur menée dans certains départements ?

L'expérience des dix dernières années montre clairement que le déséquilibre de la sécurité sociale ne peut être résolu par le vœu pieux de la baisse des dépenses, même s'il faut évidemment veiller à leur efficacité. L'année dernière, M. Woerth nous promettait un débat de fond pour réconcilier santé et maîtrise financière. Où en est la réflexion ? Qu'allez-vous faire pour trouver de nouvelles recettes et maintenir un système solidaire qui permette même aux moins fortunés de recevoir les soins dont ils ont besoin ?

Au fil des années, votre immobilisme se confirme. Vous ne faites rien pour y remédier. Vous laissez s'installer de graves inégalités. Vous laissez se dégrader le système solidaire au bénéfice des couvertures privées, avec pour conséquence que les personnes qui ne peuvent pas se les payer seront moins bien soignées. Vous laissez s'aggraver les déficits, et donc s'alourdir dangereusement les intérêts de la dette. Pourquoi un tel immobilisme ?

Mme Cécile Gallez. La répartition des nouvelles places pour personnes handicapées en fonction des catégories de handicap est-elle déjà décidée ? Connaît-on les régions déficitaires ?

M. le ministre du budget. S'agissant de la vente de tabac sur Internet, il est fait référence à une directive de décembre qui porte sur les droits d'accise et la dématérialisation des droits et qui concerne par exemple les ventes en ligne d'alcool. Mais le tabac est particulier et le Gouvernement n'acceptera pas qu'il soit vendu sur Internet.

Mme la ministre de la santé. Nous nous opposerons en effet formellement et unanimement à cette perspective.

M. le ministre du budget. Pour en revenir au déficit, la situation est certainement des plus préoccupantes lorsqu'on a 20 milliards d'euros de recettes en moins que prévu ! Mais il est faux de dire que le déficit ne cessait de s'accroître depuis des années. Le déficit de l'assurance maladie, qui était de 8 milliards en 2006, a été ramené à 4,4 milliards l'an dernier et aurait continué à baisser cette année sans la crise. Le problème de l'assurance vieillesse continue certes à se poser, mais un rendez-vous est prévu en 2010. C'est donc bien la crise qui a provoqué l'augmentation spectaculaire des déficits.

Face à cela, une des clefs est l'efficacité du système. Les dépenses d'assurance maladie augmentent, parce que davantage de gens ont recours à des soins plus coûteux. Ce n'est pas un problème lorsque les recettes sont dynamiques mais en période de crise, il faut absolument maîtriser les dépenses. Serrer les boulons un peu partout permet de conserver intacts tous les principes de notre système de soins. C'est ce que nous faisons aujourd'hui. Mais il est très compliqué de savoir comment se présenteront les années à venir. Nul ne sait quand nous sortirons de la crise, ni quelles seront les recettes de la sécurité sociale en 2010. En tablant, sur l'ensemble de l'année, sur une reprise légère mais aussi sur une réduction durant plusieurs mois de la masse salariale – et sachant que l'assurance maladie est fondée à 70 % sur les revenus du travail – on prévoit 9 milliards de recettes en moins dans les comptes de la sécurité sociale, après 12 milliards de moins cette année. La première solution, c'est donc de sortir de la crise. Nous faisons tout ce que nous pouvons pour cela. Ensuite, il faut obtenir une croissance plus forte que les années passées. C'est pour cela que nous nous attachons à mener des réformes structurelles : nous préférons augmenter l'activité plutôt que les impôts, parce que c'est l'activité qui générera des recettes.

M. le président Pierre Méhaignerie. Cela ne sera pas suffisant.

Mme Jacqueline Fraysse. En effet !

M. le ministre du budget. Enfin, et évidemment, il faut maîtriser les dépenses. Sur ce point, l'action de Mme Bachelot concernant l'assurance maladie, et plus précisément l'hôpital, est capitale. Elle a obtenu une réduction des déficits de l'hôpital – ce qui n'est pas rien ! – sans que personne en France ne puisse dire qu'il n'a pas accès aux soins.

M. Maxime Gremetz. Vous osez dire qu'en Picardie tout le monde a accès aux soins ? C'est révoltant !

M. le ministre du budget. Oui !

Pour ce qui est du système de financement, la Caisse des dépôts et consignations peut apporter 31 milliards d'euros à l'ACOSS et les deux organismes sont en train d'étudier une tranche de prêt sur un an, pour compléter les avances au jour le jour de la Caisse.

M. Gérard Bapt. Ce sont des palliatifs !

M. le ministre du budget. Un complément de financement sera assuré par l'émission de billets de trésorerie à hauteur de 10 ou 15 milliards d'euros. L'Agence France Trésor souscrira aussi 5 milliards de billets de trésorerie. L'ACOSS fera également appel aux marchés internationaux, en utilisant les moyens techniques de l'Agence France Trésor, laquelle jouera le rôle de prestataire de service. Cette solution n'est pas aberrante – elle ne coûte pas plus cher au système – mais elle ne peut évidemment être pérenne. Nous verrons quel type de solution mettre en place pour 2011 en fonction de la situation économique.

Sur les exonérations de charges, j'ai demandé à M. Jean-Luc Tavernier, inspecteur des finances, de faire une synthèse des nombreuses propositions qui ont été lancées. La Cour des comptes est tout à fait libre de faire toutes les recommandations qu'elle souhaite et le Gouvernement les examine de très près, mais il n'a pas à les adopter sans discussion. Il me semble en particulier que diminuer les allègements de charges sur les bas salaires, c'est-à-dire en fait augmenter les charges sociales, provoquerait une augmentation du chômage : dans un contexte de récession cette année et de faible croissance l'année prochaine, ce serait vraiment jouer avec le feu. Sans parler de notre compétitivité internationale... Mais cela ne nous empêche pas de réfléchir aux bénéficiaires de ces allègements et à la façon dont ils sont calculés.

Les indemnités journalières sont toutes fiscalisées à l'exception de celles qui sont liées aux accidents du travail. Or, comme l'indemnité de maternité ou pour maladie, il s'agit bien d'un revenu de substitution au travail – la compensation éventuelle du préjudice corporel, elle, n'étant pas fiscalisée. Nous ne voyons pas pourquoi ces indemnités continueraient à relever d'un régime particulier. Mais la proposition émane du groupe UMP de l'Assemblée. Le Gouvernement prendra donc position en fonction de l'amendement qui sera éventuellement déposé, mais en l'état actuel des choses, la mesure lui semble juste.

Mme la ministre de la santé. Je veux d'abord répondre à Mme Fraysse et à M. Bur sur l'efficacité du système de santé. La France est vice-championne du monde des dépenses de santé et championne pour les dépenses hospitalières. Avant d'envisager de nouvelles recettes, il faut donc se poser la question de la performance du système. Et puisque la Cour des comptes a été largement évoquée, on peut lire dans son rapport que pour 5 000 actes d'anesthésie, le nombre d'infirmières anesthésistes varie de 4 à 30 – certaines effectuent donc trois actes par semaine et d'autres cinq par jour – et que pour un lit de pneumologie, on compte un nombre de médecins variant de un à dix... Avant d'aller puiser dans la poche de nos concitoyens, il faut répondre aux interrogations que ces disparités soulèvent.

Nous avons des marges de progression sur la maîtrise médicalisée. Nous avons, par exemple, enregistré un début de résultat positif pour les arrêts de travail mais d'autres résultats sont décevants, par exemple pour le respect de l'ordonnancier bizonne, et les objectifs d'économie sont revus à la baisse d'année en année. L'économie potentielle sur les seules classes des statines, des inhibiteurs de la pompe à protons et des inhibiteurs de l'enzyme de conversion est estimée à 650 millions. Je souhaite améliorer largement ces résultats. Nous nous sommes fixés un objectif ambitieux en ce sens. Les professionnels disposent maintenant d'outils, et les partenaires conventionnels doivent en imaginer d'autres. La loi dite « HPST » permettra de régionaliser certains de ces outils et d'élaborer une véritable politique régionale de gestion du risque. Nous allons avancer sur ce sujet.

Les dépassements d'honoraires représentent 2 milliards sur un total de 18 milliards d'honoraires. Certains sont inacceptables : 52 % des parturientes par exemple sont confrontées à un dépassement de 118 euros en moyenne, et 9 % à un dépassement de 300 euros. C'est pourquoi j'ai commencé par renforcer la transparence des tarifs, avec un dispositif

d'information, la plateforme *Infosoins*. Une nouvelle campagne d'information va être lancée pour rappeler aux assurés les principes de tarification et leurs droits de recours. L'Ordre des médecins s'est également saisi du problème. Depuis le début de l'année, plusieurs textes d'application de la loi de financement pour 2008 ont renforcé les obligations en matière de transparence tarifaire, d'affichage des honoraires et d'information écrite préalable. Depuis le 1^{er} janvier 2009, les dépassements contraires au principe du tact et mesure peuvent être sanctionnés : un décret du 31 décembre 2008 définit des critères d'appréciation et un autre est en cours de concertation dans le même domaine.

Il faut maintenant aller plus loin dans la mise en place du secteur optionnel, qui est en cours de négociation. Il a pour objectif de renforcer l'offre à tarif opposable et d'assurer aux patients des soins sans reste à charge, grâce au concours des complémentaires. Nous avons laissé la priorité à une discussion conventionnelle entre les professionnels, les organismes complémentaires et l'UNCAM. Je ne veux en aucun cas d'un accord en trompe-l'œil, mais une avancée significative en matière d'accès aux soins. Je souhaite que la nomenclature ne soit pas inutilement compliquée et que le secteur 1 soit maintenu, qui est l'offre la plus accessible pour nos compatriotes. Le système a besoin de clarté.

M. Maxime Gremetz. Et les Français ont besoin de soins !

Mme la ministre de la santé. Mais le rééquilibrage des tarifs opposables entre les spécialités et au sein de chacune d'entre elles reste nécessaire, parce qu'ils sont pour beaucoup dans les difficultés qui ont mené au secteur optionnel.

En l'absence d'accord avant le 15 octobre, la loi a prévu la possibilité d'un arrêté pour une période de quatre mois. Elle permet également aux chirurgiens de secteur 2, qui ne pratiquent pas de dépassement, de bénéficier du modificateur K, c'est-à-dire d'une majoration de 11,5 %, comme ceux du secteur 1. Mais, il ne faut perturber par des mesures brutales ni la mise en œuvre de la loi ni la vie conventionnelle. Les mesures tarifaires sont l'objet principal de la convention médicale. Il ne faut pas court-circuiter la discussion. Je verrai avec les professionnels de santé quelle est la stratégie la plus adaptée.

Si la convergence a été reportée à 2018, c'est pour pouvoir mener à leur terme les études nécessaires pour analyser et quantifier les écarts de coûts. La convergence – qui signifie qu'à prestations égales, la rémunération est égale – est un objectif parfaitement légitime. Elle est tout à fait compatible avec le maintien d'écarts de tarifs dès lors que ceux-ci sont légitimes, justifiés par les « différences dans la nature des charges » imposées aux opérateurs. La convergence intersectorielle ne signifie donc pas l'égalité tarifaire entre les secteurs. Il faut évaluer tous les écarts de coûts et laisser aux établissements de santé le temps de procéder aux importantes adaptations qui leur sont demandées. Le processus de convergence est en marche depuis deux ans : sur la base de l'activité du secteur public, l'écart public-privé est passé de 40 à 27 % entre 2006 et 2009, du fait essentiellement de la nouvelle classification des séjours et du changement de périmètre des tarifs. Dans certaines activités, comme l'hospitalisation à domicile et la dialyse, la convergence est effective et les tarifs doivent être identiques entre public et privé pour toutes les prestations d'hospitalisation créées depuis le 1^{er} janvier 2008.

Par ailleurs, une expérimentation est en cours sur une nouvelle approche de la convergence. Elle concerne une quarantaine de groupes homogènes de séjour (GHS), pour un montant global de 150 millions. Il s'agit d'une convergence ciblée, qui s'inscrit dans le cadre du processus global et doit opérer des rapprochements de tarifs pour des séjours qui s'y

prêtent particulièrement. L'une des difficultés de cette approche subsidiaire tient à ce qu'une partie des surcoûts est répartie sur l'ensemble des activités prises en charge par un établissement et ne peut être isolée GHS par GHS. J'ai donc demandé à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) de cibler les activités concernées.

J'en profite pour répondre à la question sur la répartition des crédits du plan Hôpital 2012 : dans les dossiers validés, le public représente 86 % du total des aides, les établissements privés participant au service public hospitalier 4 % et le privé 10 %. La forte prépondérance du secteur public est tout à fait légitime, compte tenu de ses missions.

Pour ce qui est des affections de longue durée, j'ai évoqué la question des malades guéris du cancer, mais la restructuration des ALD ne vaut pas que dans ce domaine : nous voulons notamment renforcer les actions de prévention primaire de l'hypertension artérielle et les facteurs de risques cardio-vasculaires et généraliser les expériences d'éducation et d'accompagnement thérapeutiques.

Quant aux déficits des établissements de santé, ils sont en réduction de 125 millions d'euros pour l'année 2008, pour un montant global de 590 millions. Contrairement aux idées reçues, les établissements dont le budget principal est en excédent sont beaucoup plus nombreux que ceux qui sont déficitaires : 60 % contre 40 %. Le déficit n'est donc pas une fatalité. Les hôpitaux en difficulté font naturellement l'objet d'un accompagnement. Il est encore trop tôt pour dresser une perspective pour 2009, mais la plupart des établissements qui étaient en grave déficit, tels que les Hospices civils de Lyon ou les hôpitaux de Marseille, commencent leur redressement.

La création d'un taux de remboursement des médicaments à 15 % ne vise pas des produits à service médical rendu (SMR) insuffisant, mais essentiellement les médicaments qui ont un SMR faible dans toutes leurs indications, pour lesquels il n'existait pas de taux spécifique. Bien entendu, dès lors que les médicaments à SMR faible passaient à 15 %, il fallait faire de même pour les médicaments qui étaient restés à 35 %, mais avec un SMR insuffisant.

Le FICQS dispose d'un solde cumulé excédentaire de près de 106 millions d'euros qui permettra de contribuer à divers projets et surtout d'augmenter les dotations régionales pour la mise en place des volets ambulatoires des schémas régionaux d'organisation des soins et pour financer les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ambulatoires et les contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins.

Enfin, la Haute autorité de santé travaille sur la chirurgie ambulatoire qui pourrait être pratiquée par la médecine de ville et ses conclusions sont très attendues. En tout état de cause, je ne me prononcerai que sur de stricts critères de santé publique.

M. le ministre du travail. Il n'y a pas de lien direct entre le plan d'urgence pour le stress et le dispositif de bonus-malus que j'ai évoqué mais la logique est semblable : c'est celle de la prévention. Nous allons voir ce que donne ce plan, qui comprend un diagnostic et des politiques d'information et de prévention, dans les entreprises de plus de 1 000 salariés. Il sera intégré dans le second plan de santé au travail en cours d'élaboration. En revanche, pour ce qui est du rendez-vous des retraites, il n'est pas l'heure de répondre à cette question. D'ici à la fin de l'année, nous ferons un bilan de la situation objective du vieillissement, de la dépendance et de leurs conséquences sur les équilibres des comptes sociaux. Mme Berra organisera des rencontres autour de ce thème. Nous verrons alors mieux se dessiner la situation, qui est de toute façon assez sombre puisque nous devons passer de 1,8 cotisant

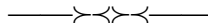
pour un retraité aujourd'hui à 1,5 dans une dizaine d'années et 1,2 aux environs de 2040 ou 2050. Une retraite sur quatre ne pourrait alors plus être assurée du tout. C'est déjà le cas d'une retraite sur dix aujourd'hui. Notre système ne peut donc pas rester en l'état. Nous verrons tout cela au milieu de l'année prochaine. Il s'agira d'agir sur les paramètres bien sûr, mais peut-être aussi de réfléchir à une refondation du système.

La question de la prise en compte de la majoration pour enfant dans le dispositif des carrières longues ne se pose pas vraiment. Ce dispositif est destiné à assurer une retraite convenable à ceux qui ont commencé à travailler très tôt. Une mesure liée à la maternité n'a pas grand rapport. En revanche, je ne suis pas fermé à l'idée de prendre en compte la majoration éducation, qui serait distinguée de la majoration maternité.

Enfin, les pensions de retraite seront revalorisées au 1^{er} avril en fonction des hypothèses définitives d'inflation. Je ne pourrai donc pas répondre à M. Préel avant fin mars. Les pensions de réversion des veuves les plus modestes, soit 600 000 personnes, ont été revalorisées de 11 %. Leur taux de réversion sera ainsi porté, au 1^{er} janvier, de 54 à 60 %, ce qui représente un effort de 200 millions. Quant aux jeunes veuves, nous avons prolongé le dispositif d'assurance veuvage, mais un rapport de la mission d'évaluation et de contrôle du Sénat souligne que le dispositif n'est pas adapté. Nous en débattons en 2010.

M. le président Pierre Méhaignerie. Il reste une dizaine de commissaires qui souhaitent intervenir. Au vu de l'heure, je vous propose que nous poursuivions cette audition mardi après-midi, afin de leur permettre de prendre la parole

La séance est levée à treize heures quarante.



Présences en réunion

Présents. - M. Élie Aboud, Mme Edwige Antier, M. Jean Bardet, Mme Véronique Besse, Mme Gisèle Biémouret, Mme Martine Billard, M. Yves Bur, M. Gérard Cherpion, Mme Marie-Françoise Clergeau, M. Georges Colombier, M. Rémi Delatte, Mme Michèle Delaunay, M. Vincent Descoeur, M. Jacques Domergue, M. Jean-Pierre Door, M. Dominique Dord, Mme Cécile Dumoulin, Mme Jacqueline Fraysse, Mme Cécile Gallez, Mme Catherine Génisson, M. Jean-Patrick Gille, M. Maxime Gremetz, Mme Anne Grommerch, M. Michel Heinrich, Mme Danièle Hoffman-Rispal, M. Christian Hutin, Mme Monique Iborra, M. Michel Issindou, M. Denis Jacquat, M. Paul Jeanneteau, M. Yves Jego, M. Guy Lefrand, M. Jean-Marie Le Guen, Mme Catherine Lemorton, M. Jean Leonetti, M. Jean-Claude Leroy, M. Céleste Lett, M. Michel Liebgott, M. Guy Malherbe, M. Jean Mallot, M. Pierre Méhaignerie, M. Pierre Morange, M. Philippe Morenvillier, M. Roland Muzeau, Mme Dominique Orliac, M. Christian Paul, M. Bernard Perrut, M. Étienne Pinte, Mme Martine Pinville, M. Jean-Frédéric Poisson, Mme Bérengère Poletti, M. Jean-Luc Préel, M. Simon Renucci, M. Arnaud Robinet, M. Jean-Marie Rolland, Mme Valérie Rosso-Debord, M. Patrick Roy, M. Christophe Sirugue, M. Dominique Tian, Mme Marisol Touraine, Mme Isabelle Vasseur, M. Francis Vercamer

Excusé. - M. Jean Ueberschlag

Assistaient également à la réunion. - M. Gérard Bapt, M. Philippe Boënnec, M. Lionnel Luca, Mme Marie-Anne Montchamp