

# I. LE CADRE GÉNÉRAL

## I.1. L'ARTICULATION DES DIFFÉRENTS COMPTES

Il apparaît indispensable de préciser comment s'articulent les trois documents suivants : l'Effort Social de la Nation (ESN) (Annexe G2), le rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale et la présente annexe.

L'Effort social de la Nation (ESN), document annuel rétrospectif, retrace, pour les trois dernières années connues, outre l'ensemble des opérations effectuées par les régimes de Sécurité sociale, qu'ils soient de base ou complémentaires, les indemnités au titre du chômage, les aides au logement, ainsi que les dépenses d'aide sociale de l'État ou des collectivités territoriales. Ce document reprend les données de la comptabilité nationale qui sont semi-définitives pour 2001 et provisoires pour 2002.

Le rapport de la **Commission des comptes de la Sécurité sociale (CCSS)**, document bi-annuel, retrace les résultats estimés pour l'année en cours et les prévisions pour l'année suivante des régimes de base obligatoires ou complémentaires de Sécurité sociale. Son rapport de printemps concerne le seul Régime général, celui d'automne est consacré à l'ensemble des régimes. Les comptes prévisionnels présentés dans le rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale de septembre 2003 sont des comptes tendanciels sous les hypothèses figurant dans ce rapport.

La **présente annexe**, comme le précise la loi est consacrée aux seuls régimes obligatoires de base de Sécurité sociale comptant plus de 20 000 cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres. Elle retrace les résultats desdits régimes pour 2001 et 2002, les prévisions pour 2003 et 2004, et les perspectives pour 2005 et 2006. Elle intègre pour l'avenir l'incidence financière des mesures proposées par le gouvernement qui figurent, lorsqu'elles sont de nature législative, dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale. Les mesures financières concernant le Régime général sont présentées page 25.

Les comptes détaillés présentés dans cette annexe sont en droits constatés. La présentation des comptes est différente de la présentation comptable retenue dans la commission des comptes de la Sécurité sociale. Les comptes des régimes servant à la construction des agrégats de la loi de financement de la Sécurité sociale sont en effet retraités par rapport à la présentation comptable utilisée par les régimes. En produit, apparaissent les reprises de provisions « nettes » sur les cotisations, c'est à dire la différence entre les reprises de provisions et les dotations qui sont des charges. Les pertes sur créances irrécouvrables sur cotisations apparaissent en moindres produits de cotisations. De la même façon, les prestations sont présentées nettes de reprises de provisions. Seule la différence entre les dotations aux provisions et les reprises de provisions apparaît en charges. Cette présentation conduit à diminuer les charges et les produits des régimes, par rapport à la présentation comptable des régimes de Sécurité sociale applicables au 1<sup>er</sup> janvier 2002. Ce retraitement permet de construire des agrégats qui ont une logique économique. Les produits de cotisations intègrent en effet des restes à recouvrer dont une partie seulement sera encaissée sur les exercices futurs.

La pratique conduit alors à provisionner (dotations aux provisions) sur l'exercice ces produits qui ne seront jamais encaissés par les régimes. De même, les reprises de provisions sur cotisations dépendent des cotisations encaissées sur exercices antérieurs mais aussi des créances admises en non-valeur, abandonnées ou annulées. L'agrégat cotisations retrace ainsi les produits de cotisations de l'année corrigés des reprises nettes de provisions et des pertes sur créances irrécouvrables.

Par ailleurs, la présentation des agrégats conduit à isoler les transferts internes aux régimes de base, de façon à obtenir des montants de recettes ou de dépenses nettes de ces transferts. Ces opérations de consolidation sont nécessaires pour éviter que les montants de dépenses ou de recettes fixés par le Parlement ne soient affectés par une fluctuation de ces transferts. Il faut noter que la méthode de consolidation a été modifiée par rapport à la méthode utilisée pour la présentation des agrégats en encaissement-décaissement. La méthode en encaissement-décaissement consistait à retrancher aux dépenses par branches les transferts reçus par ces mêmes branches. La méthode retenue consiste à neutraliser les transferts deux à deux, les écarts de consolidation qui peuvent subsister sont retracés en recettes dans la rubrique « transferts reçus ». Ces écarts demeurent limités ; ils apparaissent quand les comptabilités des régimes sont arrêtés à des moments différents.

---

## **I.2. LES DIFFÉRENTS AGRÉGATS DU PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE**

---

### 1.2.1- LES OBJECTIFS DE DÉPENSES

Le mode de détermination des montants figurant à l'article « objectifs de dépenses par branches » du projet de loi de financement de la Sécurité sociale doit être précisé, tant en ce qui concerne le champ des dépenses prises en compte, que leur répartition par branche.

<u>AGREGAT DE DEPENSES</u>
Total des prestations
Prestations légales
Prestations extralégales
Autres prestations
Dotations nettes aux provisions
Pertes sur créances irrécouvrables
Transferts entre organismes de sécurité sociale
Compensations
Prises en charge de cotisations
Prises en charge de prestations-
Contributions diverses (versements des régimes intégrés)
Transferts divers et autres transferts
Autres charges Techniques (subventions à des fonds, contributions à des fonds)
Diverses charges techniques (hors pertes sur créances irrécouvrables sur produits traités en produits)
Charges financières
Autres charges techniques (hors dotations aux provisions sur produits traités en produits)
Charges de gestion courante

Les transferts entre régimes de base sont annulés en recettes dans l'opération de consolidation.

### **La répartition par branche**

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

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

Les dépenses de la branche famille sont pour l'essentiel celles de la CNAF, qui retrace déjà dans ses comptes l'ensemble des prestations légales servies par les différents organismes. Les prestations extra-légales versées par les autres régimes ainsi que leurs dépenses de fonctionnement sont également retracées. En revanche, les sommes qui sont versées par certains régimes spéciaux qui ont un caractère de complément de salaire ne sont pas intégrées dans l'agrégat de dépenses.

La branche des accidents du travail rassemble, outre les dépenses des fonds déjà existants (CNAM, salariés agricoles, Mines, FCATA, Fonds d'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales), les dépenses effectuées directement par les régimes d'employeurs, en contrepartie de cotisations dites « fictives ». Les maintiens de salaire ne sont pas retracés dans l'agrégat de dépenses de la branche AT. Le FCAT ayant moins de 20 000 bénéficiaires ne rentre plus dans les agrégats de dépenses à compter de 2002.

La définition de la branche maladie-maternité-invalidité-décès pose un problème particulier. Le Régime général et les régimes alignés sur celui-ci, rattachent les risques invalidité et décès au risque maladie. Dans ces régimes, les prestations d'invalidité sont servies par la branche maladie jusqu'à ce que les bénéficiaires atteignent 60 ans. Les pensions de vieillesse se substituent ensuite à celles-ci. Il n'en va pas de même des régimes spéciaux les plus importants, dans lesquels une pension d'invalidité peut continuer à être servie jusqu'au décès de l'intéressé. Le parti retenu est de rattacher dans ce cas à la branche maladie les dépenses d'invalidité afférentes à des bénéficiaires de droits directs âgés de moins de soixante ans. Cette distinction est devenue obligatoire avec la mise en place du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2002.

La branche vieillesse rassemble les prestations d'assurance vieillesse correspondant à des droits directs ou dérivés, les prestations d'assurance veuvage, et les prestations d'invalidité servies à des bénéficiaires de droits directs âgés de plus de soixante ans, ou des bénéficiaires de droits dérivés. Ces conventions sont identiques à celles utilisées pour déterminer les transferts de compensation entre régimes.

**Les objectifs de dépenses par branche** figurant dans l'article « objectifs de dépenses par branche » du projet de loi de financement de la Sécurité sociale sont définis à partir du total des dépenses de l'ensemble des régimes de base obligatoires de plus de 20 000 cotisants auxquelles sont retranchés les transferts entre régimes. Les agrégats 2003 et 2004 sont ceux qui figurent dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2004.

## AGREGAT DE DEPENSES

En millions d'euros

	2001	2002	%	2003	%	2004	%
Total des prestations	283 085	297 675	5,2	311 582	4,7	324 352	4,0
Prestations légales	278 416	293 204	5,3	306 753	4,6	319 092	4,0
Prestations légales maladie	112 310	120 445	7,2	128 269	6,5	133 414	4,0
Prestations légales at	7 210	7 545	4,6	7 917	4,9	8 166	3,1
Prestations légales vieillesse	127 659	132 843	4,1	33 121	-75,1	34 233	2,8
Prestations légales famille	31 237	32 371	3,6	137 445	324,6	143 278	4,2
Prestations extralégales	3 202	3 502	9,4	3 857	10,1	4 190	8,6
Autres prestations	1 092	1 026	-6,1	1 183	15,3	1 214	2,7
Dotations nettes aux provisions	325	-182	-	-332	82,5	-266	-19,7
			156,0				
Pertes sur créances irrécouvrables	50	125	150,7	121	-3,5	123	1,2
Transferts	1 473	2 262	53,5	3 295	45,7	3 409	3,5
Autres charges Techniques	4 347	4 295	-1,2	4 857	13,1	4 691	-3,4
Diverses charges techniques	286	518	81,2	382	-26,3	511	33,9
Charges financières	410	437	6,5	499	14,3	700	40,3
Autres charges techniques	191	596	212,0	420	-29,5	524	24,7
Charges de gestion courante	10 229	11 069	8,2	11 149	0,7	11 254	0,9
<b>Total des Charges</b>	<b>300 022</b>	<b>316 851</b>	<b>5,6</b>	<b>332 183</b>	<b>4,8</b>	<b>345 442</b>	<b>3,9</b>
<b>Agrégats de maladie</b>	<b>121 256</b>	<b>129 611</b>	<b>6,9</b>	<b>138 068</b>	<b>6,5</b>	<b>143 624</b>	<b>4,0</b>
<b>Agrégats de at</b>	<b>8 760</b>	<b>9 299</b>	<b>6,2</b>	<b>9 456</b>	<b>1,7</b>	<b>9 708</b>	<b>2,7</b>
<b>Agrégats de vieillesse</b>	<b>130 853</b>	<b>136 141</b>	<b>4,0</b>	<b>140 679</b>	<b>3,3</b>	<b>146 615</b>	<b>4,2</b>
<b>Agrégats de famille</b>	<b>39 153</b>	<b>41 800</b>	<b>6,8</b>	<b>43 980</b>	<b>5,2</b>	<b>45 495</b>	<b>3,0</b>

Le tableau suivant présente le passage des dépenses brutes des branches aux agrégats de dépenses.

2001	Dépenses brutes	Transferts intra-branches	Dépenses consolidées (transferts intra-branches)	Transferts inter-branches	Transferts à consolider	Agrégats de dépenses
	col1	col2	col3=col1-col2	col4	col5=col2+col4	col1-col5
Dépenses branche Maladie	126 222	4 731	121 491	235	4 966	121 256
Dépenses branche AT	9 634	730	8 904	144	874	8 760
Dépenses branche Vieillesse	141 926	10 946	130 980	127	11 073	130 853
Dépenses branche Famille	42 629	1	42 627	3 474	3 475	39 153
<b>Total des dépenses</b>	<b>320 411</b>	<b>16 408</b>		<b>3 980</b>	<b>20 388</b>	<b>300 022</b>

2002	Dépenses brutes	Transferts intra-branches	Dépenses consolidées (transferts intra-branches)	Transferts inter-branches	Transferts à consolider	Agrégats de dépenses
	col1	col2	col3=col1-col2	col4	col5=col2+col4	col1-col5
Dépenses branche Maladie	135 094	5 200	129 894	283	5 483	129 611
Dépenses branche AT	10 264	665	9 599	300	964	9 299
Dépenses branche Vieillesse	147 057	10 785	136 272	131	10 916	136 141
Dépenses branche Famille	45 470	0	45 470	3 670	3 670	41 800
<b>Total des dépenses</b>	<b>337 885</b>	<b>16 650</b>		<b>4 384</b>	<b>21 034</b>	<b>316 851</b>

2003	Dépenses brutes	Transferts intra-branches	Dépenses consolidées (transferts intra-branches)	Transferts inter-branches	Transferts à consolider	Agrégats de dépenses
	col1	col2	col3=col1-col2	col4	col5=col2+col4	col1-col5
Dépenses branche Maladie	143 966	5 591	138 374	306	5 898	138 068
Dépenses branche AT	10 449	663	9 786	330	993	9 456
Dépenses branche Vieillesse	151 770	10 961	140 809	129	11 090	140 679
Dépenses branche Famille	47 757	0	47 757	3 777	3 777	43 980
<b>Total des dépenses</b>	<b>353 942</b>	<b>17 216</b>		<b>4 542</b>	<b>21 758</b>	<b>332 183</b>

2004	Dépenses brutes	Transferts intra-branches	Dépenses consolidées (transferts intra-branches)	Transferts inter-branches	Transferts à consolider	Agrégats de dépenses
	col1	col2	col3=col1-col2	col4	col5=col2+col4	col1-col5
Dépenses branche Maladie	149 632	5 684	143 948	325	6 008	143 624
Dépenses branche AT	10 693	655	10 038	330	985	9 708
Dépenses branche Vieillesse	56 208	10 586	45 621	126	10 713	45 495
Dépenses branche Famille	150 612	0	150 612	3 996	3 996	146 615
<b>Total des dépenses</b>	<b>367 144</b>	<b>16 925</b>		<b>4 777</b>	<b>21 702</b>	<b>345 442</b>

Les transferts inter-branches correspondent :

- Branche maladie : il s'agit des prises en charge de cotisations familiales des PAM, et du transfert au titre des travailleuses familiales ;
- Branche AT : il s'agit du transfert entre les branches AT et maladie de la CNAM ;
- Branche vieillesse : il s'agit du transfert entre les branches vieillesse et maladie du régime des mines ;
- Branche famille : il s'agit du transfert au titre de l'AVPF.



## 1.2.2 – L’OBJECTIF NATIONAL DES DÉPENSES D’ASSURANCE MALADIE

**L’objectif national des dépenses d’assurance maladie ne peut se confondre avec les objectifs de dépenses des branches maladie et A.T.** Il comprend, pour la métropole et les DOM, les dépenses remboursées par les régimes obligatoires de base, avec les précisions suivantes : il s’agit des dépenses de soins de santé (dépenses de soins ambulatoires et dépenses d’hospitalisation) pour les risques maladie, maternité et accidents du travail ainsi que des dépenses de prestations en espèces pour les risques maladie et accidents du travail. Pour le risque accidents du travail, seules sont retenues les dépenses liées à l’incapacité temporaire.

Sont donc exclus de cet objectif, les rentes d’accidents du travail, les indemnités journalières du risque maternité, les dépenses de gestion administrative, d’action sanitaire et sociale, les dépenses des fonds dans le secteur de la maladie, les transferts et les frais financiers.

A partir de l’année 2000, l’ONDAM est défini en retranchant aux dépenses les remises conventionnelles versées par les entreprises assurant l’exploitation d’une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au titre de la clause de sauvegarde sur le médicament instaurée par la Loi de Financement de la Sécurité sociale 1999.

L’objectif national de dépenses d’assurance maladie ainsi défini, se compose de deux agrégats faisant apparaître les principaux objectifs sectoriels régulant les dépenses d’assurance maladie.

**Les dépenses de soins de ville** comprennent les honoraires des médecins libéraux, des autres professionnels exerçant en ville (médecins non libéraux, dentistes, sages femmes, biologistes et professionnels paramédicaux) ainsi que les prescriptions de médicaments, de dispositifs médicaux et les indemnités journalières exécutées en ville. Elles regroupent toutes les dépenses qui ne sont pas financées par le biais des établissements.

**Les dépenses exécutées en établissements** comprennent les dépenses des établissements sanitaires (sous dotation globale), des établissements médico-sociaux et des cliniques privées (cliniques privées sous objectif, cliniques privées hors objectif).

### 1.2.3 - LES CATÉGORIES DE RESSOURCES

Les catégories de recettes définies ici distinguent les cotisations sociales (effectives, fictives, prises en charge par l'État), les contributions publiques, les impôts et taxes affectés, les transferts reçus, les revenus de capitaux et les autres ressources.

#### AGREGAT DE RECETTES

En millions d'euros

	2001	2002	%	2003	%	2004	%
Cotisations sociales effectives	168 452	175 581	4,2	182 451	3,9	187 338	2,7
Cotisations des actifs	168 793	175 368	3,9	181 181	3,3	186 038	2,7
Cotisations des inactifs	613	603	-1,6	636	5,5	654	2,8
Autres cotisations	607	638	5,1	674	5,6	702	4,2
Majorations et pénalités	625	610	-2,4	630	3,3	643	2,1
Reprises nettes de provisions	-6	95		1 065		1 034	
Pertes sur créances irrécouvrables	-2 180	-1 733	-20,5	-1 735	0,1	-1 733	-0,1
Cotisations à la charge de la Sécurité sociale	0	0		0		0	
Cotisations fictives d'employeur	30 148	29 414	-2,4	29 911	1,7	31 393	5,0
Cotisations prises en charge par l'Etat	3 005	2 813	-6,4	2 515	-10,6	19 485	674,8
Contributions publiques	10 961	10 968	0,1	11 651	6,2	12 007	3,1
Impôts et taxes affectés	88 545	88 987	0,5	90 879	2,1	80 677	-11,2
Transferts reçus	140	239	70,7	230	-3,8	109	-52,6
Revenus des capitaux	743	823	10,7	946	15,0	997	5,4
Autres ressources	5 717	7 491	31,0	4 345	-42,0	4 063	-6,5
<b>Total des produits</b>	<b>307 712</b>	<b>316 316</b>	<b>2,8</b>	<b>322 927</b>	<b>2,1</b>	<b>336 070</b>	<b>4,1</b>

Les cotisations sociales sont des versements à des régimes qui, pour l'assuré, donnent droit à des prestations sociales, lors de la réalisation d'un risque couvert par la protection sociale.

Les **cotisations sociales effectives** comprennent les cotisations effectivement prélevées sur les différents types de revenus (salaires, revenus des entrepreneurs individuels, revenus de remplacement, ...). Les prises en charge de cotisations par les caisses de Sécurité sociale concernent les praticiens et auxiliaires médicaux et s'ajoutent aux cotisations qu'ils paient directement<sup>1</sup>. Il faut noter que les cotisations prises en charge par le FOREC<sup>2</sup> sont traitées en transferts de la même façon que les cotisations prises en charge par le FSV.

Dans le cas où l'employeur fournit directement des prestations sociales, sa contribution au financement de ces prestations est appelée **cotisations fictives**, conformément aux conventions de la comptabilité nationale. La mise en évidence de ces cotisations fictives permet de faire une analyse du financement de la Sécurité sociale indépendamment de son organisation institutionnelle. Elle clarifie l'analyse du financement des institutions ou organismes qui versent des prestations analogues à celles versées par

<sup>1</sup> Les cotisations prises en charge par la sécurité sociale sont mentionnées ici pour mémoire. Elles sont en effet annulées dans le calcul des agrégats lors des opérations de consolidation (cf. infra).

<sup>2</sup> Le FOREC disparaît en 2004. Les exonérations de cotisations à sa charge en 2003 sont rattachées au budget de l'État à partir de 2004.

les caisses de Sécurité sociale. Suivant cette définition, le financement de la protection sociale des fonctionnaires civils et militaires, des agents titulaires de la SNCF, de la RATP et de la Banque de France apparaît ainsi assuré tout à la fois par des cotisations effectives et fictives.

Les cotisations **prises en charge par l'État** dans le cadre de sa politique de l'emploi pour alléger les charges des entreprises et permettre l'embauche de certaines catégories de chômeurs, permettent de financer tout ou partie de la part patronale des charges sociales. Elles ne sont pas considérées comme une contribution de l'État au financement des caisses à qui ces cotisations sont dues. A partir de 2004, les cotisations prises en charge par le FOREC jusqu'en 2003 sont transférées à la charge de l'État.

Les **contributions publiques** sont des participations du budget de l'État à certains régimes de Sécurité sociale pour leur permettre de combler un déficit ou pour financer certaines charges supplémentaires. Ces contributions recouvrent pour l'essentiel les subventions d'équilibre versées à certains régimes spéciaux, et des remboursements de prestations (allocation aux adultes handicapés, par exemple). Elles sont prélevées sur l'ensemble des recettes fiscales et ne constituent pas des recettes affectées.

Par ailleurs, certains régimes bénéficient d'**impôts ou de taxes** qui leur sont **affectés** de façon durable. Les régimes de sécurité sociale de base bénéficient d'un nombre important d'impôts et taxes affectés soit directement, soit au travers des dispositifs de financement des régimes constitués autour du FSV et du FOREC.

Les principaux impôts sont les impôts sur le revenu avec la contribution sociale généralisée (CSG) et la contribution de 2 % sur les revenus du capital, la contribution sociale de solidarité des sociétés (CSSS) et la contribution sociale sur les bénéfices des sociétés (CSB).

Les régimes bénéficient également de taxes sur des produits qui ont un lien avec les risques assurés par les régimes de sécurité sociale :

- droits de consommation sur les tabacs ;
- droits sur les alcools ;
- cotisation sur les boissons alcooliques ;
- taxe sur les assurances automobiles ;
- taxe sur les contrats complémentaires de prévoyance.

D'autres impôts et taxes sans lien avec les risques assurés ont également été affectés au financement des régimes de base :

- taxe générale sur les activités polluantes ;
- taxe sur les véhicules de société ;
- Cotisation incluse dans la TVA (affectée au BAPSA).

Plusieurs régimes bénéficient de taxes à caractère professionnel tels que la taxe d'aide au commerce et à l'artisanat<sup>3</sup>, les droits de plaidoirie, la taxe sur les contrats d'assurance agricole.

Enfin un certain nombre de taxes à but de régulation des dépenses ont été mise en place au profit de l'assurance maladie dans le secteur pharmaceutique :

- taxe sur la promotion des laboratoires pharmaceutiques ;

---

<sup>3</sup> Cette taxe, qui bénéficiait à l'ORGANIC et à la CANCAVA, a été supprimée en 2003.



- taxe sur la distribution en gros des médicaments et taxe sur les ventes directes aux officines<sup>4</sup> ;
- clause de sauvegarde de l'industrie pharmaceutique.

Les **transferts** entre régimes et fonds concourant au financement de la protection sociale (FSV, FOREC) sont des transferts internes à la protection sociale. Ils peuvent exister non seulement entre les caisses de Sécurité sociale mais aussi entre ces dernières et les établissements publics, les autres administrations et les employeurs quand ils agissent en tant que gestionnaires d'un système de protection sociale. Ces transferts peuvent prendre les formes suivantes :

- compensations : il s'agit de dispositifs assurant une solidarité financière totale ou partielle entre deux ou plusieurs régimes ;
- prises en charge de cotisations, opérées par un régime au profit de ses bénéficiaires (il s'agit notamment de l'assurance vieillesse des parents au foyer) ; ou entre régimes de base et FSV et FOREC ;
- prises en charge par un régime de prestations versées par un autre régime pour le compte du premier mais aussi prestations prises en charge par le FSV.

Les **revenus des capitaux** correspondent aux revenus des placements.

Les **autres ressources** recouvrent des recettes de natures très diverses, notamment les recours contre tiers. Elles comprennent également les remboursements effectués par les pays étrangers au titre des conventions internationales de Sécurité sociale, ainsi que diverses opérations de régularisation.

En revanche, les comptes prévisionnels de l'ensemble des régimes de Sécurité sociale concernent les seules charges et produits (comptes de résultat des régimes). Ils ne couvrent donc ni les opérations en capital (subventions d'équipement), ni certaines opérations financières (cessions d'actifs financiers notamment) qui représentent une très faible part du total des recettes des régimes et dont l'évolution est relativement heurtée d'une année sur l'autre.

Pour plus de détails sur le contenu de ces opérations comptables, on se reportera à leur définition telle qu'elle figure en fin d'annexe.

Les prévisions de recettes portent sur l'ensemble des régimes obligatoires et des fonds concourant à leur financement (FSV, FOREC et FRR). Les recettes sont consolidées afin d'éliminer les doubles comptes. Elles ne prennent donc pas en compte :

- les transferts internes aux régimes obligatoires de base ainsi que les transferts en provenance du FSV et du FOREC ;
- les prises en charge de cotisations opérées par les régimes de Sécurité sociale qui, si elles sont retracées en recettes, constituent également des dépenses pour ces régimes.

Les prévisions de recettes par catégorie figurent à l'Annexe D.

<sup>4</sup> La taxe sur les ventes directes aux officines a été supprimée en 2003.

Le tableau suivant présente les agrégats de recettes calculés en droits constatés pour les années 2001 à 2004.

### AGREGAT DE RECETTES

En millions d'euros

	2001	2002	%	2003	%	2004	%
Cotisations sociales effectives	168 452	175 581	4,2	182 451	3,9	187 338	2,7
Cotisations des actifs	168 793	175 368	3,9	181 181	3,3	186 038	2,7
Cotisations des inactifs	613	603	-1,6	636	5,5	654	2,8
Autres cotisations	607	638	5,1	674	5,6	702	4,2
Majorations et pénalités	625	610	-2,4	630	3,3	643	2,1
Reprises nettes de provisions	-6	95		1 065		1 034	
Pertes sur créances irrécouvrables	-2 180	-1 733	-20,5	-1 735	0,1	-1 733	-0,1
Cotisations à la charge de la Sécurité sociale	0	0		0		0	
Cotisations fictives d'employeur	30 148	29 414	-2,4	29 911	1,7	31 393	5,0
Cotisations prises en charge par l'Etat	3 005	2 813	-6,4	2 515	-10,6	19 485	674,8
Contributions publiques	10 961	10 968	0,1	11 651	6,2	12 007	3,1
Impôts et taxes affectés	88 545	88 987	0,5	90 879	2,1	80 677	-11,2
Transferts reçus	140	239	70,7	230	-3,8	109	-52,6
Revenus des capitaux	743	823	10,7	946	15,0	997	5,4
Autres ressources	5 717	7 491	31,0	4 345	-42,0	4 063	-6,5
<b>Total des produits</b>	<b>307 712</b>	<b>316 316</b>	<b>2,8</b>	<b>322 927</b>	<b>2,1</b>	<b>336 070</b>	<b>4,1</b>