



N° 3193

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DOUZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 27 juin 2006.

RAPPORT D'INFORMATION

DÉPOSÉ

en application de l'article 86, alinéa 8, du Règlement

PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES, FAMILIALES ET SOCIALES

*sur la mise en application de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005
de **financement** de la **sécurité sociale** pour 2006*

ET PRÉSENTÉ

PAR M. Jean-Pierre DOOR,
M. Jacques DOMERGUE,
Mme Cécile GALLEZ,
Mme Marie-Françoise CLERGEAU,

Députés.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	7
I.- LES RECETTES ET LA GESTION DU RISQUE	11
A. UN EFFORT SANS PRÉCÉDENT DE LUTTE CONTRE LES FRAUDES	11
1. La lutte contre le travail dissimulé.....	11
2. La lutte contre les fraudes	12
B. LA MODERNISATION DU RÉGIME COMPTABLE DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE	13
1. Les comptes des régimes autres que le régime général.....	14
2. La responsabilité des agents comptables des organismes de sécurité sociale.....	14
II.- L'ASSURANCE MALADIE ET LES ACCIDENTS DU TRAVAIL	15
A. LES PRODUITS DE SANTÉ	15
1. La faculté pour les sages-femmes de prescrire certains dispositifs médicaux	15
2. La création d'un nouveau taux de remboursement de 15 % pour certains médicaments à service médical rendu insuffisant.....	15
3. La délivrance des spécialités génériques en pharmacie	16
B. LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX	16
1. La tarification à l'activité.....	16
<i>a) La convergence des coefficients de transition des cliniques à but lucratif</i>	16
<i>b) Les dérogations à la règle de la montée en charge progressive de la tarification à l'activité</i>	17
2. Le groupement pour la modernisation du système d'information des établissements de santé	17
3. La répartition des capacités d'accueil et des crédits destinés aux patients des unités de soins de longue durée.....	18

4. Les établissements sociaux et médico-sociaux	19
a) <i>Le conventionnement et le financement des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes</i>	19
b) <i>Le financement de la modernisation des établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées ou handicapées</i>	20
C. LES PRESTATIONS À CARACTÈRE SOCIAL OU MÉDICO-SOCIAL.....	21
1. La prestation de compensation du handicap.....	21
2. Les « lits halte soins santé » et les centres d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues.....	21
D. DIVERSES DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSURANCE MALADIE.....	22
1. La lutte contre la fraude à la carte Vitale	22
2. Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.....	22
3. Les conditions particulières d'exercice des professionnels de santé exerçant à titre libéral ou qui sont salariés des centres de santé pour délivrer des soins palliatifs à domicile.....	22
4. Le parcours de soins.....	23
a) <i>Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire</i>	23
b) <i>Les médecins s'installant pour la première fois ou s'installant dans une zone déficitaire</i>	24
5. Les conditions de prise en charge de certaines prestations et actes médicaux	24
a) <i>Les prestations en espèces des détenus libérés et des chômeurs reprenant une activité</i>	24
b) <i>La prise en charge de l'examen bucco-dentaire des enfants de six ans et douze ans</i>	25
c) <i>L'institution d'une participation forfaitaire de 18 euros pour les actes dont le tarif est égal ou supérieur à 91 euros</i>	25
E. LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES	26
III.- L'ASSURANCE VIEILLESSE	27
A. L'ADOSSEMENT DU RÉGIME D'ASSURANCE VIEILLESSE DES MINISTRES DES CULTES.....	28
B. LA RÉFORME DES RÉGIMES D'AVANTAGE SOCIAL VIEILLESSE DES PROFESSIONS DE SANTÉ.....	28
IV.- LA BRANCHE FAMILLE	31
A. LA SUPPRESSION DU PLAFONNEMENT À TROIS ENFANTS DES PRESTATIONS FAMILIALES SERVIES À MAYOTTE	31
B. L'AMÉNAGEMENT DU COMPLÉMENT DE LIBRE CHOIX D'ACTIVITÉ	31
C. LA CRÉATION DE L'ALLOCATION JOURNALIÈRE DE PRÉSENCE PARENTALE (AJPP).....	32

D. LES CONDITIONS D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS FAMILIALES AUX ÉTRANGERS.....	34
TRAVAUX DE LA COMMISSION	37
ANNEXE : Tableau des textes d'application de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006.....	41

INTRODUCTION

Sous l'impulsion de son président, M. Jean-Michel Dubernard, la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale s'est lancée avec la plus grande résolution dans l'application méthodique de l'article 86, alinéa 8, du Règlement de l'Assemblée nationale. Cette disposition issue de la résolution n° 256 adoptée par l'Assemblée nationale le 12 février 2004 oblige chaque rapporteur d'un projet de loi, six mois après la promulgation de la loi, à faire le point sur la publication des textes réglementaires d'application. Plus que les autres commissions permanentes, et sans doute en raison d'une activité législative extrêmement soutenue, elle a mis en œuvre cette disposition opportune permettant de consacrer la fonction d'évaluation et de contrôle du Parlement.

Cette fonction de contrôle de l'exécutif est la marque d'un Parlement moderne. C'est aussi, en quelque sorte, la contrepartie de la manière dont l'article 45, alinéa 2, de la Constitution est utilisé. En effet, il est assez constant que si beaucoup de projets de loi font l'objet au Parlement d'une déclaration d'urgence, cette nécessité d'agir vite disparaît soudainement lors de la phase d'élaboration des textes réglementaires d'application.

Il est d'usage que l'examen du rapport sur la mise en application de la loi en commission soit l'occasion d'entendre le ou les ministres concernés, ce qui marque l'affirmation du contrôle par le Parlement de l'action de l'exécutif. L'expérience montre aussi que le nombre de textes réglementaires publiés tend à s'accroître dans les semaines, voire les jours précédant l'audition du ministre par la commission.

Plus d'une vingtaine de rapports d'application ont déjà été publiés au titre des projets de lois ayant fait l'objet d'un examen par la commission. À titre illustratif, la commission, au cours de ce mois de juin 2006, aura examiné quatre rapports consacrés à la mise en application des textes suivants :

– la loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale ;

– la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (il s'agit du deuxième rapport de la commission consacré à la mise en application de cette loi, le nombre de textes réglementaires étant apparu particulièrement insuffisant lors du premier contrôle) ;

– la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites (il s'agit également du deuxième rapport de la commission consacré à cette loi) ;

– et enfin la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006, loi qui fait l’objet du présent rapport.

La loi de financement de la sécurité sociale fait l’objet pour la première fois d’un tel examen. La loi de financement pour 2006 présente quelques particularités qui ne sont pas sans intérêt dans la perspective du contrôle de la publication des textes d’application. C’est en effet la première loi de financement examinée, discutée et votée conformément à la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale mais c’est aussi celle qui a battu un record historique en termes d’articles – 95 articles, dont 7 déclarés non-conformes par le Conseil constitutionnel – en partie du fait de la nouvelle procédure mise en œuvre.

Un nombre important d’articles ne demande pas de textes d’application. En effet, beaucoup de ces articles sont des articles financiers, présentant un solde, des prévisions ou des objectifs, ou approuvant une somme. Cette proportion élevée d’articles directement applicables conduit à augmenter « optiquement » l’applicabilité directe de la loi.

La mise en application de la loi de financement pour 2006 fera l’objet d’autres examens. En effet, conformément à la loi organique relative aux lois de financement, le projet de loi de financement pour 2007 comprendra en annexe une étude sur l’application de la loi de financement pour 2006. En outre, la mission d’assistance du Parlement et du Gouvernement, confiée à la Cour des comptes par le dernier alinéa de l’article 47-1 de la Constitution, comporte la production d’un rapport sur l’application des lois de financement de la sécurité sociale, publié chaque année au mois de septembre.

Le présent rapport permet au Parlement, sans attendre les documents fournis à l’automne par le gouvernement ou la Cour des comptes, de se pencher dès la fin de la session ordinaire sur l’application de la loi de financement pour 2006.

Adopté le 12 octobre 2005 par le Conseil des ministres, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a été examiné en commission le 19 octobre 2005 puis par l’Assemblée nationale le mercredi 2 novembre 2005. Après son adoption par le Sénat et la réunion de la commission mixte paritaire, le projet a fait l’objet d’une adoption définitive à l’Assemblée nationale le 23 novembre 2005. Le texte a fait l’objet d’une saisine du Conseil constitutionnel. Promulgué le 19 décembre, il a été publié au Journal officiel le 20 décembre 2005.

L’examen et la discussion de la loi de financement de la sécurité sociale sont enserrés dans des délais stricts, fixés par la Constitution. Si l’Assemblée nationale ne s’est pas prononcée en première lecture dans le délai de vingt jours après le dépôt d’un projet, le gouvernement saisit le Sénat qui doit statuer dans un délai de quinze jours ; si le Parlement ne s’est pas prononcé dans un délai de cinquante jours, les dispositions du projet peuvent être mises en œuvre par

ordonnance. Compte tenu de ce qui pourrait être qualifié d' « urgence de droit », la publication des textes réglementaires d'application devrait être rapide, ce qui n'est malheureusement pas le cas.

*

Sur les 88 articles¹ de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, 27 articles² exigent la publication d'au moins un texte réglementaire d'application (qu'il s'agisse d'un décret en Conseil d'Etat, d'un décret simple ou d'un arrêté) ou d'une convention. Le 27 juin 2006, soit six mois après la publication de la loi, sur ces 27 articles :

- 12 articles n'ont fait l'objet d'aucun texte d'application ;
- 12 articles ont fait l'objet d'une application complète ;
- 3 articles ont fait l'objet d'une application partielle.

Le tableau en annexe du rapport fait le point sur chaque article. Le tableau suivant met en évidence les résultats médiocres s'agissant de la mise en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, qui – rappelons-le – comporte notamment les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir.

Etat de la publication des textes nécessaires à l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006

Nombre de textes au 27 juin 2006	Textes d'application nécessaires	Textes publiés		Textes restant à publier	Dont textes arbitrés
		nombre	en %		
Décrets en Conseil d'Etat	15	5	33 %	10	3
Décrets simples	19	7	37 %	12	3
Arrêtés (ou ensemble d'arrêtés)	16	11	68 %	5	NC
Total textes réglementaires	50	23	46 %	27	NC
Conventions	1	1	100 %	–	–

Source : Commission des affaires culturelles, familiales et sociales. Décompte établi à partir du tableau des textes d'application de la loi figurant en annexe du rapport et des éléments d'information fournis par le cabinet du ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille le 27 juin 2006.

Le nombre de textes réglementaires d'application publiés – un peu moins de la moitié des textes nécessaires à la mise en application compétente de la loi – est donc assez faible. Comment ce retard s'explique-t-il ?

D'abord, de longues concertations ministérielles sont parfois nécessaires. En effet, si l'élaboration de la grande majorité des textes relève du ministère de la santé et des solidarités, voire d'une unique direction, la direction de la sécurité

¹ 95 article moins les sept articles censurés

² En excluant les normes réglementaires devant être prises après 2006 (articles 44 et 65)

sociale (DSS), un certain nombre de textes réglementaires sont rédigés en concertation étroite avec d'autres ministères. Les deux ministères les plus sollicités ont été le ministère de la justice et le ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement. Cette coopération était notamment rendue nécessaire par l'élaboration des textes relatifs à la lutte contre la fraude et le travail dissimulé.

En outre, l'organisation des élections des représentants aux unions régionales des médecins libéraux (les 15 et 29 mai 2006) a pu retarder l'élaboration de certains textes d'application nécessitant une concertation étroite avec les représentants des médecins libéraux.

Enfin, selon les informations transmises aux rapporteurs, un certain nombre de textes réglementaires ont été élaborés et communiqués au secrétariat général du gouvernement. Leur publication serait donc imminente.

*

La loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement a déterminé très précisément la structure des lois de financement. En conséquence, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 comporte quatre parties. La *première partie* est consacrée à l'année 2004 (dernier exercice clos) et n'appelle aucun texte d'application. La *deuxième partie* est consacrée à l'exercice en cours (2005). La *troisième partie*, consacrée à l'année à venir (2006), est elle-même divisée en cinq sous-parties consacrées, pour les quatre premières, aux recettes, à l'assurance maladie, à la branche vieillesse et à la branche famille ; la cinquième sous-partie comporte des mesures relatives à la gestion du risque. Enfin la *quatrième partie* de la loi de financement de la sécurité sociale est consacrée aux dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir.

Plutôt que de suivre ce découpage, et compte tenu de la diversité des dispositions considérées et du fait que le projet de loi de financement est rapporté par quatre rapporteurs différents, le choix a été fait de regrouper les dispositions de la loi de financement devant faire l'objet de textes d'application par thème : recettes et équilibre général (première partie), assurance maladie (deuxième partie), assurance vieillesse (troisième partie) et branche famille (quatrième partie).

I.- LES RECETTES ET LA GESTION DU RISQUE

Cette partie du présent rapport concerne les dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 relatives aux recettes, à l'équilibre général et à la gestion du risque. Les dispositions de la loi de nature financière, qu'il s'agisse du dernier exercice clos (articles 1^{er} et 2), de la rectification des chiffres pour 2005 (articles 3 à 8) et des objectifs et prévisions pour 2006 (articles 9, 24, 26 à 30, 33 et 95) sont d'application directe.

A. UN EFFORT SANS PRÉCÉDENT DE LUTTE CONTRE LES FRAUDES

1. La lutte contre le travail dissimulé

L'article 25 de la loi de financement vise à intensifier la lutte contre le travail dissimulé. En particulier, il modifie le code du travail afin que le bénéfice de toute mesure de réduction et d'exonération, totale ou partielle, de cotisations de sécurité sociale ou de contributions acquittées auprès des organismes de sécurité sociale, soit subordonné au respect par l'employeur ou le travailleur indépendant des dispositions du code du travail interdisant le travail dissimulé. Lorsque l'infraction est constatée par procès-verbal, l'organisme de recouvrement procède à l'annulation des réductions ou exonérations des cotisations ou contributions. Cette annulation, plafonnée à un montant fixe par décret, est égale au montant des réductions ou exonérations pratiquées dans l'établissement sur la période où a été constatée l'infraction.

Selon les informations transmises au rapporteur M. Jean-Pierre Door, la publication du décret relatif au plafonnement du montant de l'annulation des réductions et exonérations serait imminente. Ce plafonnement devrait être fixé à 45 000 euros, ce qui permettrait à la fois de préserver le caractère dissuasif du dispositif d'annulation et de le conformer à la nature du délit. En effet, ce montant correspond à l'amende pénale maximum prévue en cas de condamnation de l'employeur qui a commis le délit de travail dissimulé.

De même, le décret en Conseil d'Etat relatif à l'application du dispositif d'annulation devrait également être très rapidement publié. Il aurait pour objet de préciser, d'une part, la méthode de calcul du montant des réductions ou exonérations annulées et, d'autre part, les conditions de mise en œuvre du redressement consécutif à cette annulation. S'agissant de la méthode de calcul, l'annulation porterait sur tout ou partie des exonérations pratiquées au sein de l'établissement en fonction de la durée de travail dissimulé constaté (dans la limite de 45 000 euros). Le décret devrait ainsi préciser que l'annulation est proportionnelle au rapport existant entre le nombre d'heures de travail dissimulé (numérateur du rapport) et l'horaire correspondant à un mois complet de travail (dénominateur du rapport). Pour déterminer le montant de l'amende, on

appliquerait à ce ratio le montant total des exonérations perçues par l'employeur, l'amende totale étant plafonnée à 45 000 euros.

Compte tenu du fait qu'en matière de travail dissimulé, il est souvent difficile de déterminer la durée exacte de l'infraction, la méthode proposée serait d'utiliser comme unité de calcul l'horaire légal de travail, tant pour l'horaire mensuel de travail, dénominateur du rapport, que pour l'évaluation du nombre d'heures de travail dissimulé, numérateur du rapport.

S'agissant des modalités pratiques de la mise en œuvre du redressement, le décret devrait préciser que l'annulation peut être effectuée à la suite soit d'un contrôle réalisé par les inspecteurs des Unions de Recouvrement des Cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales (URSSAF) ou par les contrôleurs des caisses de la Mutualité sociale agricole (MSA), soit d'une procédure spécifique dont les règles seraient similaires à celles édictées par l'article R. 243-59 du code de la sécurité sociale pour les redressements de cotisations consécutifs aux contrôles. La procédure mise en place serait donc contradictoire et garantirait les mêmes voies de recours que pour le recouvrement des cotisations.

2. La lutte contre les fraudes

L'article 92 de la loi de financement de la sécurité sociale introduit des dispositions très importantes en matière de lutte contre la fraude et de renforcement des contrôles. Il introduit dans le code de la sécurité sociale un chapitre intitulé « *Contrôle et lutte contre la fraude* ».

La rédaction des mesures d'application, complexe, exige une concertation étroite avec les caisses de sécurité sociale et le ministère de la justice (rédaction des dispositions relatives aux pénalités). On ne peut cependant que regretter le retard pris dans la rédaction des neuf mesures réglementaires d'application, dont une seulement (l'arrêté relatif au rapport annuel sur les fraudes rédigé par les caisses nationales) serait en cours de publication.

Selon les informations transmises au rapporteur M. Jean-Pierre Door, l'arrêté relatif au rapport annuel fixerait le contenu et le calendrier de la synthèse annuelle. Ce rapport serait établi avant le 30 avril de chaque année. Il recenserait les éléments suivants, classés par type de prestations et par catégorie d'auteurs :

- le nombre et le montant total des fraudes détectées dans chaque branche ou régime ;

- un bilan des poursuites engagées contre les personnes physiques ou morales en cause et, le cas échéant, des résultats obtenus ;

- les montants d'indus consécutifs à des fraudes et les montants récupérés, pour ce qui concerne les prestations de sécurité sociale ;

– les amendes, sanctions ou autres peines prononcées à la suite de fraudes concernant les mêmes prestations.

Les caisses nationales ou centrales du régime général, du régime agricole et du régime des travailleurs indépendants fourniraient en outre une description qualitative de leurs actions de lutte contre les fraudes.

Sept autres mesures font l'objet d'une concertation ou sont en cours d'élaboration.

Il faut souligner que l'application d'une mesure législative a été abandonnée. Il s'agit du décret appliquant les dispositions de l'**article 92** relatives à la coopération entre organismes. Le I de cet article 92 introduit dans le code de la sécurité sociale un article L. 114-12 nouveau ainsi rédigé :

« Art. L. 114-12. - Pour l'application des dispositions législatives et réglementaires relatives à la sécurité sociale, les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, les caisses assurant le service des congés payés et les organismes mentionnés à l'article L. 351-21 du code du travail se communiquent les renseignements qu'ils détiennent sur leurs ressortissants lorsque ces renseignements :

« 1° Sont nécessaires à l'appréciation de droits ou à l'exécution d'obligations entrant dans le fonctionnement normal du service public dont sont chargés ces organismes ; »

« 2° Sont nécessaires à l'information des ressortissants sur l'ensemble de leurs droits en cas de partage de la gestion d'une prestation par ces organismes ; »

« 3° Sont nécessaires au contrôle, à la justification dans la constitution des droits, notamment à pension de vieillesse et à la justification de la liquidation et du versement des prestations dont sont chargés respectivement ces organismes. »

« Un acte réglementaire fixe les conditions de la communication des données autorisée par le présent article. »

Selon les informations communiquées au rapporteur, une disposition du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 reviendrait sur cette disposition afin d'élargir le périmètre de la coopération entre les organismes.

B. LA MODERNISATION DU RÉGIME COMPTABLE DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 comporte deux mesures relatives au régime comptable des organismes de sécurité sociale.

1. Les comptes des régimes autres que le régime général

La loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale prévoit que la Cour des comptes certifie les comptes du régime général. **L'article 31** de la loi de financement introduit un article L. 114-8 nouveau dans le code de la sécurité sociale, qui prévoit que les comptes des organismes nationaux de sécurité sociale autres que ceux du régime général sont certifiés par un commissaire aux comptes ; lorsque ces organismes établissent des comptes combinés, la certification sera effectuée par deux commissaires aux comptes au moins. Ces dispositions s'appliqueront au plus tard aux comptes de l'exercice 2008 selon des modalités définies par décret.

Cet article L. 114-8 dispose qu'une norme d'exercice professionnel, homologuée par voie réglementaire, précisera les diligences devant être accomplies par les commissaires aux comptes. Cette dernière disposition s'appliquera au 1^{er} janvier 2008.

La première certification des comptes interviendra au plus tard en 2009, sur les comptes de 2008. Le décret fixant les conditions de mise en œuvre de l'article 31 de la loi de financement homologuera aussi la norme professionnelle, dont le contenu fait actuellement l'objet de discussions entre les organisations représentatives des commissaires aux comptes et la mission comptable permanente (MCP) de la direction de la sécurité sociale.

2. La responsabilité des agents comptables des organismes de sécurité sociale

L'article 32 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 prévoit de fixer les conditions générales de la mise en œuvre de la responsabilité des agents comptables. Il s'agit d'une disposition essentiellement technique.

Le décret d'application est en cours d'élaboration, la mission comptable permanente de la DSS jouant un rôle moteur.

II.- L'ASSURANCE MALADIE ET LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Sur les 44 articles de la loi concernant spécifiquement les dépenses d'assurance maladie et d'accidents du travail ⁽¹⁾, 26 étaient d'application directe, soit près de 60 %, et 18 nécessitaient la parution d'un texte réglementaire.

Sur ces 18 articles, l'entrée en vigueur de deux articles a été différée par la loi (articles 44 et 65) et dans un cas, l'absence de parution du décret d'application mentionné à l'article 72 n'a pas pour effet de rendre inapplicables les dispositions prévues par cet article.

Sur les 15 articles restant, 13 textes réglementaires ont été publiés (5 décrets et 8 arrêtés), en conséquence de quoi 8 articles demeurent inapplicables (articles 34, 37, 46 à 48, 51, 54 et 81), du moins dans leur totalité, faute de parution des textes nécessaires d'application.

A. LES PRODUITS DE SANTÉ

1. La faculté pour les sages-femmes de prescrire certains dispositifs médicaux

Le **IV** de l'**article 37** dispose que la liste des dispositifs médicaux susceptibles d'être désormais prescrits par les sages-femmes est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Cette nouvelle possibilité pour les sages-femmes de prescrire du petit matériel relevant de leur compétence, déjà accordée à d'autres professions paramédicales comme les kinésithérapeutes et les podologues, doit permettre aux patientes d'éviter de consulter leurs médecins traitants. Cette mesure doit donc à terme représenter une source d'économies pour l'assurance maladie.

L'arrêté d'application des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, qui nécessite une étroite concertation entre les sages-femmes et les médecins amenés à l'avenir à partager une de leurs prérogatives actuelles, est actuellement en cours d'élaboration.

2. La création d'un nouveau taux de remboursement de 15 % pour certains médicaments à service médical rendu insuffisant

Dans le cadre d'une politique d'adaptation permanente de la prise en charge des soins par la collectivité, fondée sur la qualité, l'**article 41** de la loi a prévu le remboursement temporaire par l'assurance maladie, à hauteur de 15 %, de

(1) Soit les articles 5,6, 8, 34 à 73 et 81 à 84 de la loi (sachant que les articles 36,39 et 49 ont été déclarés non conformes à la Constitution).

certaines spécialités pharmaceutiques, dont le SMR a été jugé insuffisant au regard des autres médicaments ou thérapies disponibles.

En tout état de cause, conformément au même article, le déremboursement total de ces médicaments et de leurs génériques doit intervenir avant le 1^{er} janvier 2008.

Les modalités d'application de ce dispositif transitoire ont été précisées par deux textes réglementaires. L'arrêté du 22 décembre 2005 prévoit tout d'abord qu'une vignette de couleur orange doit être apposée sur le conditionnement des spécialités pharmaceutiques concernées. S'appuyant sur les avis de la commission de la transparence et de la Haute autorité de santé, l'arrêté du 17 janvier 2006 a fixé la liste des 62 médicaments veinotoniques partiellement déremboursés, en application de cet article, à compter du 1^{er} février 2006.

3. La délivrance des spécialités génériques en pharmacie

Le **V** de l'**article 48** de la loi prévoit d'assigner des objectifs annuels chiffrés pour la délivrance, par les pharmacies, des spécialités génériques ne relevant pas d'un tarif forfaitaire. Ces objectifs doivent être fixés par un accord national conclu entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et une ou plusieurs organisations syndicales représentatives des pharmaciens d'officine. Il est soumis à l'approbation des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Un tel accord a été conclu le 6 janvier 2006. Il fixe un taux de substitution de 70 %. L'arrêté ministériel d'approbation est en cours de signature.

B. LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

1. La tarification à l'activité

a) La convergence des coefficients de transition des cliniques à but lucratif

Le **1^o** du **I** de l'**article 43** vise à assouplir le mécanisme de convergence intrasectorielle des cliniques à but lucratif antérieurement financées en proportion des actes et des journées réalisées.

Dès l'introduction, le 1^{er} mars 2005, du principe de la tarification à l'activité (T2A) pour ces cliniques, l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 avait prévu une période de transition au cours de laquelle un mécanisme de convergence était mis en place par application d'un coefficient de transition. Toutefois, ce système de convergence avait rapidement montré certaines limites, notamment lorsqu'il a été confronté au phénomène des fusions d'établissements.

La publication du décret en Conseil d'Etat n° 2006-209 du 20 février 2006, fixant le taux moyen régional de convergence des coefficients de transition des établissements de santé mentionnés au d) de l'art. L. 162-22-6, permet désormais d'assouplir le dispositif de convergence entre les cliniques privées à but lucratif en donnant une plus grande liberté dans la montée en charge aux régions qui peuvent converger plus vite vers le tarif unique.

b) Les dérogations à la règle de la montée en charge progressive de la tarification à l'activité

Le 2° du I de l'article 43 étend aux prestations afférentes à certains modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation complète, à la suite de l'extension déjà réalisée pour les prestations de prélèvements d'organes ou de tissus, les possibilités de dérogation à la règle de la montée en charge progressive de la T2A dans le secteur des établissements antérieurement sous dotation globale.

L'arrêté du 6 janvier 2006 (JO du 4 février 2006) a défini ces nouvelles prestations facturées dans leur intégralité sur la base des tarifs fixés en application du 1° du I de l'art. L. 162-22-10, sachant que ces modes de prises en charge alternatifs tels que l'hospitalisation à domicile présentent l'avantage d'être plus confortables pour le patient et de l'exposer moins aux risques d'infections nosocomiales.

2. Le groupement pour la modernisation du système d'information des établissements de santé

L'article 44 de la loi dispose que le financement de ce groupement est assuré notamment par un fonds constitué des disponibilités portées au compte ouvert dans les écritures de la Caisse des dépôts et consignations dans le cadre des procédures de liquidation de la gestion du conseil de l'informatique hospitalière et de santé, du fonds mutualisé et du fonds d'aide à la réalisation de logiciels. Ce même article prévoit que le financement du groupement peut également être assuré par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

D'après les informations réunies par le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, les disponibilités du compte ouvert dans les écritures de la Caisse des dépôts et consignations ont suffi, en 2006, à assurer le financement du groupement pour la modernisation du système d'information des établissements de santé. De ce fait, l'arrêté mentionné pour le financement complémentaire ne sera pris, le cas échéant, qu'en 2007.

3. La répartition des capacités d'accueil et des crédits destinés aux patients des unités de soins de longue durée

L'**article 46** de la loi organise la répartition des capacités d'accueil et des crédits relevant des objectifs de dépenses gérés par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et destinés aux patients sans autonomie de vie, nécessitant une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien et hébergés dans un établissement de santé, public ou privé, dispensant des soins de longue durée.

Cet article retire ces établissements du périmètre d'intervention budgétaire de la CNSA afin de préserver le caractère pleinement médical des prestations qu'ils dispensent aux patients visés ci-dessus ; il replace leurs dépenses de soins dans le cadre de la procédure de droit commun de l'ONDAM. Ces deux modifications ne nécessitent pas la publication de décret pour entrer en application.

Le III de l'**article 46** définit une procédure permettant de déterminer les besoins en prestations des unités de soins de longue durée selon leur caractère sanitaire ou médico-social et, sur cette base, de répartir les capacités d'accueil et les crédits entre les objectifs de l'ONDAM de droit commun et ceux de l'ONDAM médico-social gérés par la CNSA. À cette fin, un nouvel outil de répartition est créé : le référentiel définissant les caractéristiques des personnes relevant de soins de longue durée. Ce référentiel est défini par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, de la santé et de la sécurité sociale, après avis des fédérations d'établissements les plus représentatives. Le référentiel a été fixé par un arrêté du 12 mai 2006 publié au Journal officiel du 25 mai 2006. Il permet d'établir des clefs de répartition régionales en fonction de critères médicaux et de qualifications sanitaires des affections selon des coupes transversales qui seront réalisées dans les unités de soins de longue durée.

On rappellera que le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et le préfet du département doivent fixer, avant le 1^{er} janvier 2007, pour chaque établissement et service dont ils ont la responsabilité respective, la répartition des capacités d'accueil et des crédits. Les délais sont brefs puisque l'établissement concerné doit donner son avis au projet de répartition avant le 15 septembre 2006. L'enjeu est d'autant plus important que la loi autorise le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et le préfet à modifier, au vu des enquêtes effectuées par les caisses régionales d'assurance maladie pour analyser les charges de soins des groupes de patients dépendants, le pourcentage de places d'accueil de personnes nécessitant des soins de longue durée, ce qui peut impliquer l'intervention du département s'il a délivré une autorisation médico-sociale pour un certain nombre de places d'accueil.

4. Les établissements sociaux et médico-sociaux

a) Le conventionnement et le financement des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes

Le 1° du I de l'article 48 de la loi reportée au 31 décembre 2007 la date limite de signature des conventions tripartites des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes (maisons de retraite, établissements de soins de longue durée, logements-foyers). Cette mesure ne nécessite pas la publication d'un décret pour entrer en application.

Le 2° du I de l'article 48 prévoit une dérogation à l'obligation de conventionnement au bénéfice des logements-foyers qui n'ont pas une autorisation de dispenser des soins. Plusieurs textes réglementaires d'application sont cependant nécessaires pour mettre en œuvre cette faculté et les conditions de financement par l'assurance maladie des dépenses des logements-foyers :

– un décret doit déterminer les conditions et les délais dans lesquels les logements-foyers peuvent opter pour le régime dérogatoire ;

– un décret doit fixer les proportions minimale et maximale de personnes âgées dépendantes accueillies dans un établissement pour que celui-ci puisse bénéficier de la dérogation ;

– un décret doit définir le niveau de dépendance des résidents et les conditions architecturales requises pour le logement-foyer afin de définir sa capacité d'accueil lorsque le logement-foyer opte pour le régime conventionnel ;

– un décret doit préciser, le cas échéant, les modalités de prise en compte des financements de l'assurance maladie attribués conformément à la tarification tripartite résultant d'un régime de conventionnement pour les logements-foyers ayant opté pour le régime dérogatoire et pour ceux ayant une capacité d'accueil non couverte par la convention qu'ils ont passée ;

– un cahier des charges fixé par arrêté du ministre chargé des personnes âgées doit définir les critères de fonctionnement des logements-foyers ayant opté pour le régime de la dérogation.

L'ensemble de ces textes réglementaires est en cours de négociation.

Un préalable est en effet indispensable : il convient d'attendre les conclusions du groupe de travail interministériel chargé de réfléchir sur les normes de sécurité et d'accueil des établissements hébergeant à la fois des personnes âgées et des personnes lourdement dépendantes. Une nouvelle norme dans la classe J devrait être créée. De cette nouvelle norme dépend la fixation des critères de qualité d'accueil dans les logements-foyers prévue par l'article 48 de la loi. Les discussions sur cette nouvelle norme entre les acteurs du secteur sont avancées ; les documents sont en cours de rédaction.

La fixation du seuil de population dépendante au sein des logements-foyers n'est pas arbitrée ; elle dépend de la norme choisie.

Cette réforme se place également dans le cadre du plan solidarité grand âge dont les mesures ont été présentées par le gouvernement le 27 juin 2006.

Le **II** de l'**article 48** modifie le périmètre des prestations médicales prises en compte pour le calcul des tarifs de soins des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Il renvoie à un arrêté ministériel la définition de la liste des prestations de soins prises en compte pour déterminer le forfait soins des établissements ou services sociaux ou médico-sociaux accueillant des personnes âgées qui ne disposent pas d'une pharmacie à usage interne ou qui ne sont pas membres d'un groupement de coopération sanitaire.

Cet arrêté est toujours en cours d'élaboration. Le gouvernement souhaite reprendre les préconisations contenues dans les conclusions du groupe de travail présidé par M. Pierre Delomenie, inspecteur général des affaires sociales, sur la prise en charge des médicaments dans les maisons de retraite médicalisées (rapport publié en 2005).

Cette réforme doit entrer en application au 1^{er} janvier 2007. Cependant, les délais administratifs de mise en place réglementaire rendent aujourd'hui difficile le respect de cette échéance. En effet, la mesure conduit à réévaluer le tarif soins dans les établissements signataires d'une convention tripartite. Six à douze mois semblent nécessaires pour élaborer les nouveaux forfaits soins.

b) Le financement de la modernisation des établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées ou handicapées

Les **I** et **II** de l'**article 51** de la loi ont modifié les règles d'affectation des crédits de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour le financement des groupes d'entraide mutuelle, de la majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et des services de soins infirmiers à domicile. Ces dispositions ne nécessitent pas la publication d'un décret pour entrer en application.

En revanche le **III** de l'article 51 exige la publication d'un décret simple. Ce paragraphe autorise le report des excédents de l'exercice 2005 de la CNSA pour financer des opérations d'investissement et d'équipement pour la mise aux normes techniques et de sécurité et la modernisation des locaux des établissements et services accueillant des personnes handicapées ou des personnes âgées. Les crédits mis en réserve en 2004 ⁽¹⁾ et 2005 permettent ainsi de financer un plan exceptionnel d'investissement de 500 millions d'euros pour 2006, réparti en 350 millions pour la modernisation des places pour personnes âgées et 150 millions pour les places accueillant des personnes handicapées. Selon les estimations de la CNSA, ce plan devrait permettre la rénovation complète de

(1) L'affectation des réserves de l'exercice 2004 est possible sans la publication d'un nouveau décret.

20 000 places d'établissements ou de services sur la base d'un apport de l'ordre de 30 % de l'investissement pour chaque projet.

L'arrêté du 5 avril 2006, publié au Journal officiel du 26 avril 2006, a rendu possible l'application du dispositif législatif en précisant la nature des opérations financées sur ces réserves, l'étendue de l'aide apportée et la procédure applicable au concours de la CNSA. Le montant de l'aide à l'investissement est compris entre 20 % et 60 % du coût des travaux éligibles, sauf pour les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et les établissements soumis à une convention pluriannuelle dont la fourchette est ramenée de 20 à 40 % du coût des travaux éligibles. Les travaux concernent les seuls locaux existants pour les capacités en fonctionnement au 1^{er} janvier 2006.

C. LES PRESTATIONS À CARACTÈRE SOCIAL OU MÉDICO-SOCIAL

1. La prestation de compensation du handicap

À l'initiative du gouvernement, l'**article 71** de la loi a précisé la compétence réglementaire de fixation des montants maximums, des tarifs et des taux de prise en charge de la prestation de compensation du handicap instituée par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

La loi du 11 février 2005 avait renvoyé à un décret en Conseil d'Etat le soin de fixer ces éléments. L'article 71 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a substitué à ce décret en Conseil d'Etat des arrêtés du ministre chargé des personnes handicapées.

Une partie du coût des éléments de la prestation de compensation du handicap est en effet prise en charge par l'assurance maladie. Les tarifs de cette prise en charge sont fixés par arrêté. L'article 71 assure ainsi la coordination des procédures réglementaires de détermination des remboursements et actualisation tarifaires de produits identiques au titre de la prestation de compensation et au titre de l'assurance maladie.

Quatre arrêtés du 28 décembre 2005 ont été publiés pour fixer les tarifs des éléments de la prestation de compensation, les tarifs de l'élément humain de la prestation, les montants maximaux attribuables et le taux de prise en charge au titre de la prestation de compensation en fonction des ressources du bénéficiaire.

2. Les « lits halte soins santé » et les centres d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues

En application de l'**article 50** de la loi, les modalités de fonctionnement des structures dénommées « lits halte soins santé » (LHSS), destinées aux personnes sans domicile fixe, ont été définies, au terme d'une large concertation, par un décret en Conseil d'Etat, en date du 17 mai 2006.

Les conditions de financement des LHSS, des appartements de coordination thérapeutique et des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) ont, d'autre part, été précisées par le décret n° 2006-642 du 31 mai 2006.

D. DIVERSES DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSURANCE MALADIE

1. La lutte contre la fraude à la carte Vitale

Introduit à l'initiative de M. Yves Bur, l'**article 65** de la loi prévoit qu'à compter du 1^{er} juillet 2007, le bénéfice du tiers payant sera subordonné à la vérification préalable, par les pharmaciens d'officine, de la conformité des informations portées sur la carte Vitale avec les données, détenues par les caisses d'assurance maladie, concernant les droits de l'assuré en matière de prise en charge.

Un arrêté est actuellement en cours d'élaboration afin de définir les modalités d'application de cet article, dans le cadre de la préparation du déploiement de la nouvelle carte Vitale en 2007. Il pourrait être publié d'ici décembre 2006.

2. Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

L'**article 72** a permis de pérenniser et de définir, au niveau législatif, les missions du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), qui avait été créé, à l'automne 2003, par voie réglementaire.

Si son dernier alinéa prévoit que « *sa composition et ses modalités de fonctionnement sont définies par décret* », celles-ci ont déjà été définies par le décret constitutif n° 2003-959 du 7 octobre 2003.

C'est pourquoi le décret d'application de l'article 72, qui est actuellement en cours d'élaboration, en concertation avec le HCAAM, aura uniquement pour objet, selon les informations communiquées par le ministère de la santé et des solidarités, de procéder à un toilettage des dispositions réglementaires précitées et d'apporter quelques modifications à son fonctionnement actuel.

L'absence de parution de ce texte réglementaire, qui devrait cependant intervenir avant le mois d'octobre prochain, n'a donc pas pour effet de différer l'entrée en vigueur du présent article.

3. Les conditions particulières d'exercice des professionnels de santé exerçant à titre libéral ou qui sont salariés des centres de santé pour délivrer des soins palliatifs à domicile

Si l'**article 47** permet aux partenaires sociaux de conclure un accord conventionnel interprofessionnel ou des contrats de santé publique sur la question

des modes de rémunération particuliers des professionnels de santé exerçant à titre libéral ou qui sont salariés des centres de santé pour délivrer des soins palliatifs à domicile, un décret, en attente de publication, doit également fixer les modalités d'application de cet article.

4. Le parcours de soins

a) Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire

L'**article 54** de la loi de financement concerne, d'une part, la mise en œuvre des contrats responsables et, d'autre part, le parcours de soins du bénéficiaire de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C).

Si les dispositions relatives aux contrats responsables n'appellent pas de texte d'application, le **VI** de l'article 54 concerne le parcours de soins coordonnés du bénéficiaire de la couverture maladie universelle complémentaire.

Les conditions de la participation de l'assuré bénéficiaire de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) sont fixées par l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale et, notamment, par son 1° qui ne prévoit aucune participation. La loi du 13 août 2004 a prévu, dans un souci de responsabilisation des assurés, que les consultations hors du parcours de soins coordonné (L. 162-5-3) et/ou le refus d'accès au dossier médical personnel (L. 161-36-2) feront l'objet d'une majoration de la participation de l'assuré, majoration qui ne pourra être prise en charge par une couverture complémentaire. Le législateur n'a pas écarté les bénéficiaires de la CMU-C de ces dispositions.

Introduit lors de la discussion parlementaire à l'initiative du Sénat, le **VI** de l'article 54 prévoit qu'un décret en Conseil d'Etat étendra aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire les mesures de responsabilisation des assurés prévues par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Il a créé un nouvel alinéa à l'article L. 861-3 afin de préciser que la prise en charge de l'assuré peut être limitée afin de respecter les dispositions relatives au parcours de soins coordonné et/ou le refus d'accès au dossier médical personnel et de prendre en compte les avis de la Haute autorité de santé, notamment pour ce qui concerne les médicaments à service médical rendu (SMR) insuffisant. Le projet de décret, dont la publication est imminente, devrait appliquer ces deux mesures.

À cet égard, il convient de rappeler les résultats d'une très récente étude du Fonds CMU publiée le 22 juin dernier, selon laquelle 41 % des spécialistes et 39 % des dentistes refuseraient de dispenser des soins aux bénéficiaires de la CMU.

b) Les médecins s'installant pour la première fois ou s'installant dans une zone déficitaire

En application de l'**article 42** relatif à diverses dispositions relatives au dispositif du médecin traitant, le décret n° 2006-1 du 02 janvier 2006 a fixé à cinq ans la durée pendant laquelle les dispositions prises en application du 18° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale (autorisation pour les médecins relevant de certaines spécialités à pratiquer dans certaines limites des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations pour les patients qui les consultent sans prescription préalable de leur médecin traitant), du cinquième alinéa de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale (possibilité de majoration de la participation de l'assuré pour ceux n'ayant pas choisi de médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant) et du troisième alinéa de l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale (application d'une majoration au patient qui, sans prescription préalable de leur médecin traitant, consulte un médecin spécialiste hospitalier) ne sont pas applicables aux consultations assurées par un médecin généraliste installé pour la première fois en exercice libéral ou qui s'installe, qu'il s'agisse ou non d'une première installation, dans une zone déficitaire définie par une mission régionale de santé.

Ce décret complète utilement le chantier de la démographie médicale en permettant, par des mesures incitatives, une répartition plus équilibrée des médecins sur le territoire.

5. Les conditions de prise en charge de certaines prestations et actes médicaux

a) Les prestations en espèces des détenus libérés et des chômeurs reprenant une activité

À l'initiative du gouvernement, l'**article 34** vise notamment à permettre à certaines catégories d'assurés sociaux, détenus libérés et chômeurs reprenant une activité, de conserver des droits à prestations en espèces (indemnités journalières, pension d'invalidité, capital décès) dans certaines circonstances qui les en privaient jusque-là dans des conditions qui pouvaient paraître inéquitables ou qui nuisaient à leur retour sur le marché du travail.

Un décret en Conseil d'Etat en attente de publication doit ainsi, de façon imminente, définir pour les personnes incarcérées la durée maximale d'incarcération ouvrant droit à la possibilité de retrouver immédiatement à l'issue de leur incarcération leurs droits à prestation en espèces acquis préalablement à leur détention. D'après les informations obtenues par le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, cette durée, définie en accord avec le ministère de la justice, devrait être de l'ordre d'un an.

Un autre décret en Conseil d'Etat, qui fait encore l'objet d'une concertation avec la direction de la sécurité sociale, a pour objet de préciser la durée pendant laquelle seront maintenus les droits aux prestations du régime obligatoire d'assurance maladie en cas de reprise d'une activité insuffisante pour justifier des conditions d'ouverture du droit à prestation fixées à l'art. L. 313-1.

b) La prise en charge de l'examen bucco-dentaire des enfants de six ans et douze ans

Introduit à l'initiative du gouvernement, l'**article 38** de la loi a prévu la prise en charge totale par l'assurance maladie des soins consécutifs à l'examen bucco-dentaire, mentionné à l'article L. 2132-21 du code de la santé publique, pour les enfants dans l'année suivant leur sixième et leur douzième anniversaires ainsi que la dispense d'avance des frais pour les bénéficiaires de ces actes.

En application de cet article, l'arrêté du 14 juin 2006 portant approbation de la convention nationale des chirurgiens-dentistes a permis de préciser la nature et les conditions de mise en œuvre de cet examen.

c) L'institution d'une participation forfaitaire de 18 euros pour les actes dont le tarif est égal ou supérieur à 91 euros

L'**article 56** de la loi a modifié la règle de l'imputation du ticket modérateur sur le forfait journalier pour les actes dont le tarif est égal ou supérieur à 91 euros, correspondant au « K 50 » dans l'ancienne nomenclature des actes médicaux.

Pour ces actes, il s'agissait ainsi de permettre l'institution d'une participation de l'assuré, d'un montant de 18 euros, par un décret en Conseil d'Etat, non expressément prévu par cet article, mais annoncé par le gouvernement, lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006.

Ce texte a été publié au Journal officiel le 20 juin dernier (décret n° 2006-707 du 19 juin 2006), ce retard s'expliquant notamment, selon le ministère de la santé et des solidarités, par les difficultés techniques liées à la nécessité de modifier les systèmes d'informations des établissements de santé et des organismes d'assurance maladie complémentaires.

Il convient par ailleurs de souligner que les assurés seront exonérés de ce ticket modérateur forfaitaire dans certaines situations. C'est en particulier le cas pour les actes de radiographie, d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et de scanographie. Il en va de même pour les frais afférents au transport d'urgences, à l'acquisition des véhicules pour handicapés physiques ou d'orthoprotèses ainsi qu'aux frais intervenant à compter du trente et unième jour d'hospitalisation consécutif.

E. LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES

L'**article 81**, introduit par amendement parlementaire, prévoit la mise en place d'une meilleure information des personnes susceptibles d'avoir été exposées à l'amiante sur leur droit à bénéficier d'une surveillance médicale postprofessionnelle.

Un décret, en attente de publication, doit ainsi détailler les conditions d'information par la caisse primaire d'assurance maladie sur le droit à bénéficier gratuitement d'une surveillance médicale postprofessionnelle pour toute personne qui, du fait de son activité professionnelle, est susceptible d'avoir été exposée à l'inhalation de poussière d'amiante.

Cette mesure d'application se heurte néanmoins à certaines difficultés qui tiennent notamment au périmètre extrêmement large de la population concernée. Il n'est également pas exclu que le gouvernement attende le bilan complet, prévu initialement pour juin 2006, du dispositif expérimental de suivi postprofessionnel (SPP) des salariés de l'amiante mis en place en Aquitaine, Normandie et Rhône-Alpes et qui a déjà fait l'objet d'un rapport intermédiaire remis au gouvernement le 7 septembre 2005.

III.- L'ASSURANCE VIEILLESSE

Les **articles 74** (non-application de la réforme de la réversion contenue dans la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites aux départements d'Alsace-Moselle), **76** (soumission du service du minimum vieillesse à la condition de résidence sur le territoire français conformément à la réglementation des minima sociaux), **78** (objectifs de dépenses pour 2006), **79** (neutralité financière de l'adossement des régimes spéciaux au régime général) **et 80** (information préalable du Parlement en cas d'adossement d'un régime spécial à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés) ne nécessitent pas la publication de textes réglementaires pour être mis en application.

L'application des dispositions de l'**article 76** soumettant le versement du minimum vieillesse à la condition de résidence sur le territoire français, conformément à la réglementation des minima sociaux, soulève toutefois une difficulté. Depuis le 1^{er} janvier 2006, le minimum vieillesse – plus précisément le complément de retraite non contributif financé par le Fonds de solidarité vieillesse – ne doit donc plus être accordé aux personnes de nationalité française ou étrangère résidant hors du territoire national, ni être versé hors du territoire national s'il a été accordé depuis le 1^{er} janvier 2006.

Actuellement, la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) continue cependant de verser dans de nombreux cas le complément de retraite aux personnes qui étaient résidentes sur le territoire national au moment de la liquidation de leurs droits à retraite, même si celle-ci est intervenue depuis le 1^{er} janvier 2006. En vertu d'une jurisprudence de la Cour de justice des Communautés européennes, les compléments de retraite doivent être versés à tous les ressortissants de la Communauté quel que soit leur lieu de résidence. Pour les ressortissants étrangers à la Communauté européenne, des conventions bilatérales de sécurité sociale imposent le plus souvent, surtout pour les conventions anciennes, l'exportation des avantages de retraite, sans distinguer ceux ayant un caractère contributif et ceux ayant un caractère non contributif.

Pour les Français résidents hors de la Communauté ou des départements d'outre-mer, un contrôle identique des versements doit également s'appliquer.

Aujourd'hui, les services de la CNAV n'effectuent pas de contrôle du lieu de résidence des titulaires de minimum vieillesse. Il suffit donc, si aucun contrôle *a posteriori* n'est mis en place, que l'on liquide ses avantages retraite en étant résident sur le territoire national pour continuer à bénéficier du versement du minimum vieillesse par la suite même si l'on s'installe hors d'Europe. D'autre part, il suffit de vivre six mois par an en France pour être considéré comme résidant en France.

Les agents comptables des caisses d'assurance vieillesse devraient donc suspendre le versement à l'étranger des compléments de retraite non contributifs

accordés depuis le 1^{er} janvier 2006. Cependant l'existence d'une convention bilatérale de sécurité sociale ancienne peut poser des problèmes de droit. La loi est néanmoins suffisamment claire.

Les deux autres articles de la section 2 de la quatrième partie de la loi (**articles 75 et 77**) nécessitent des textes réglementaires pour être mis en application. Un seul de ces textes, d'application temporaire, a été publié. Les dispositions de ces articles ne sont donc pas appliquées.

A. L'ADOSSEMENT DU RÉGIME D'ASSURANCE VIEILLESSE DES MINISTRES DES CULTES

Les dispositions de l'**article 75** constituent l'achèvement d'un processus d'adossement du régime d'assurance vieillesse des ministres des cultes et des membres des congrégations religieuses débuté en 1997 (*cf.* rapport n° 2609, tome 4, p. 33) en procédant à l'intégration juridique de la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes (CAVIMAC), dont l'existence est maintenue, au sein de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAV).

Cette réforme impose de réorganiser formellement les dispositions réglementaires du code de la sécurité sociale relatives aux régimes spécifiques rattachés au régime général (chapitre II du titre VIII du livre III) pour reprendre au sein de ce chapitre les dispositions applicables aux ministres des cultes et aux membres des congrégations religieuses qui figurent dans un titre du livre VII sur les régimes spéciaux. Un décret en Conseil d'Etat et un décret simple sont nécessaires.

Sur le fond, en matière de règles d'assurance vieillesse applicables à ces assurés, peu de modifications sont nécessaires pour aligner le régime de la CAVIMAC sur celui du régime général. Essentiellement, le décret en Conseil d'Etat devra abaisser de 65 à 60 ans l'âge légal de départ en retraite des ministres des cultes et des membres des congrégations religieuses.

Les projets de décrets sont actuellement soumis pour avis à la CNAV, la CAVIMAC et l'ACOSS. Ils ont été transmis au Conseil d'Etat qui attend ces avis pour statuer. Ils devraient pouvoir être publiés en août 2006.

B. LA RÉFORME DES RÉGIMES D'AVANTAGE SOCIAL VIEILLESSE DES PROFESSIONS DE SANTÉ

L'article 77 de la loi réforme la gouvernance des cinq régimes supplémentaires obligatoires d'assurance vieillesse dits d'avantage social vieillesse (ASV) dont se sont dotées dans les années 1960 cinq professions de santé : les médecins (CARMIF), les chirurgiens-dentistes (CARCD), les sages-femmes (CARSAF), les auxiliaires médicaux (CARPIMKO) et les directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales (CAVP). Il pose également les bases

d'une réforme financière de ces régimes afin d'assurer leur pérennité menacée par leur situation financière très dégradée.

La réforme de la gouvernance des cinq régimes d'ASV a consisté à confier au gouvernement le pouvoir de décision finale quant à la fixation des cotisations et la définition du niveau de service des points de retraite nécessaires à l'équilibre des régimes : le montant des cotisations et les conditions d'acquisition des points de retraite par versement des cotisations annuelles forfaitaires sont désormais déterminés par décret et non par le statut de chaque régime (article L. 645-2 du code de la sécurité sociale) ; par décret une cotisation « d'ajustement » proportionnelle au revenu mais non créatrice de droits à pension peut également être appelée (article L. 645-3) ; les conditions de service des prestations complémentaires de vieillesse et les pensions de réversion seront également définies par décret (article L. 645-4) ; la valeur de service des points de retraite, y compris des points acquis et des points servis au titre des pensions liquidées, peut enfin être modifiée par décret en vue de restaurer l'équilibre des comptes des régimes d'ASV.

Comme annoncé par le gouvernement, le décret n° 2005-1775 du 30 décembre 2005 a reconduit pour 2005 les paramètres financiers des prestations supplémentaires de vieillesse des médecins conventionnés (soixante fois la valeur du tarif de la consultation du médecin généraliste). Les quatre autres régimes ne nécessitent pas la publication d'un décret annuel.

La négociation pour la fixation des paramètres financiers des cinq régimes d'ASV a été engagée au début de l'année 2006. Elle a été interrompue pendant les élections aux unions régionales des médecins libéraux (URLM) du 29 mai 2006. Elle va reprendre à la fin du mois de juin.

Il paraît peu vraisemblable à la rapporteure qu'un accord puisse être trouvé rapidement sur les nouveaux paramètres financiers des cinq régimes (montant des cotisations, conditions d'acquisition des points de retraite, valeur de service des points, perception éventuelle d'une cotisation d'ajustement, réajustement de la valeur des points de service acquis et des points des pensions liquidées).

IV.- LA BRANCHE FAMILLE

Concernant la branche famille, trois articles sont d'application directe ; quant aux textes d'application des quatre autres articles, ils ont déjà été publiés ou sont en cours de publication.

A. LA SUPPRESSION DU PLAFONNEMENT À TROIS ENFANTS DES PRESTATIONS FAMILIALES SERVIES À MAYOTTE

L'**article 85** de la loi de financement pour 2006 a modifié l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte en supprimant le plafonnement à trois enfants des prestations familiales servies à Mayotte.

Un décret en cours de publication, relatif aux prestations familiales à Mayotte et modifiant les décrets n° 2002-423 du 29 mars 2002 et n° 2003-962 du 7 octobre 2003 devrait comporter les éléments suivants :

– L'article 1^{er} devrait fixer le montant des allocations familiales pour chaque enfant supplémentaire au-delà du troisième qui est aligné sur celui applicable pour le troisième enfant à Mayotte. Ce montant correspondrait à la différence entre les taux de la base mensuelle de calcul des allocations familiales prévus pour trois enfants et pour deux enfants.

– L'article 2 devrait supprimer la limitation à trois du nombre d'enfants pris en compte dans le calcul du montant du plafond de ressources de l'allocation de rentrée scolaire.

– L'article 3 supprimerait la limitation à trois du nombre d'enfants pris en compte pour le calcul de l'allocation logement.

– L'article 4 adapterait en conséquence les tranches de ressources prévues pour le barème de ces prestations.

Un arrêté relatif à l'allocation de logement à Mayotte et modifiant l'arrêté du 7 octobre 2003 est aussi en cours de publication : il fixera les plafonds de ressources et la majoration forfaitaire représentative des charges.

Les dispositions du décret et de l'arrêté seront applicables rétroactivement à compter du 1^{er} janvier 2006.

B. L'AMÉNAGEMENT DU COMPLÉMENT DE LIBRE CHOIX D'ACTIVITÉ

L'**article 86** de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a institué une dérogation aux modalités d'attribution du complément de libre choix

d'activité (CLCA) de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) afin de mettre en place une nouvelle forme de congé parental plus court et mieux rémunéré.

Rappelons que le complément de libre choix d'activité (CLCA) de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) est attribué au parent qui choisit de ne plus exercer d'activité professionnelle ou de l'exercer à temps partiel pour s'occuper d'un enfant jusqu'à son troisième anniversaire.

Ce dispositif dit de « congé parental long » ne correspond pas à l'attente de certains publics. En raison de sa durée (3 ans), les parents peu qualifiés peuvent avoir de grandes difficultés à se réinsérer dans le monde du travail. En raison de son montant (524 € mensuels), la perte de revenu peut être importante lorsque le parent décide de prendre le CLCA.

Un décret simple en cours de publication devrait fixer le montant et les conditions d'attribution de ce congé parental court intitulé « complément optionnel de libre choix d'activité ». Il devrait également préciser que ce nouveau dispositif est offert au parent qui assume déjà la charge d'au moins trois enfants et qui souhaite cesser son activité professionnelle pendant une durée maximale d'un an : il bénéficiera d'un montant de complément majoré qui devrait être fixé à 750 € mensuels.

Le choix entre les deux formules de congé parental devra être effectué à l'ouverture du droit au complément et sera définitif.

Ce complément optionnel de libre choix d'activité devrait être réservé aux personnes qui justifient d'une activité professionnelle antérieure minimale, identique à celle du congé parental long de droit commun (deux ans dans les cinq années précédentes).

Ce complément optionnel devrait être toutefois réservé aux personnes bénéficiaires de la prestation à taux plein. Les personnes qui travaillent à temps partiel après la naissance de leur enfant ne devraient donc pas éligibles à ce dispositif.

Ce décret devrait entrer en vigueur au 1^{er} juillet 2006 pour tous les enfants nés ou adoptés à compter de cette date.

C. LA CRÉATION DE L'ALLOCATION JOURNALIÈRE DE PRÉSENCE PARENTALE (AJPP)

L'article 87 de la loi de financement pour 2006 a procédé au réaménagement du congé et de l'allocation de présence parentale, qui ont pour objet de permettre aux parents de cesser temporairement leur activité professionnelle lorsque leur enfant de moins de vingt ans est gravement malade, handicapé ou accidenté.

Le dispositif de l'allocation de présence parentale s'est révélé inadapté car trop rigide : le parent devait cesser de manière totale ou partielle son activité professionnelle pour une durée minimale de quatre mois, qui ne pouvait être modulée selon l'évolution de l'état de santé de l'enfant. De plus, la période d'interruption de l'activité devait être de douze mois maximum avec une possibilité de renouveler trois fois le congé initial mais par « tranches » obligatoire de quatre mois.

La réforme introduite par **l'article 87** a donc consisté à assouplir les modalités de prise de ce congé en créant un congé sous forme de journées d'absence, ce qui permettra aux parents d'interrompre ponctuellement leur activité selon les besoins du traitement de l'enfant. Ce nouveau décompte du droit a conduit à changer la dénomination de la prestation pour l'appeler désormais « allocation journalière de présence parentale (AJPP) ». Pour chacun de ces jours d'absence, la caisse d'allocations familiales versera une prestation forfaitaire pour indemniser le parent de sa perte de revenu professionnel.

Trois décrets ont été publiés pour l'application de cet article.

Le décret n°2006-536 du 11 mai 2006 relatif aux modalités d'attribution aux fonctionnaires et aux agents non titulaires de l'Etat du congé de présence parentale a été pris en application du VIII de l'article 87 et définit pour les fonctionnaires de l'Etat les modalités de prise du congé de présence parentale, qui sont similaires à celles prévues pour les salariés relevant du code du travail. Deux autres décrets en préparation devraient préciser le dispositif applicable pour les fonctionnaires territoriaux et pour les agents relevant de la fonction publique hospitalière.

Les décrets n° 2006-658 (décret en conseil d'Etat) et n° 2006-659 (décret simple) du 2 juin 2006 relatifs à l'allocation journalière de présence parentale et au congé de présence parentale et modifiant le code de la sécurité sociale et le code du travail définissent les conditions d'obtention de cette prestation et les montants de celle-ci selon les caractéristiques de la famille bénéficiaire.

Pour bénéficier de l'allocation journalière de présence parentale le parent demandeur devra fournir une attestation de son employeur prouvant qu'il bénéficie d'un congé de présence parentale et un certificat médical détaillé, établi selon un modèle fixé par un arrêté ministériel à paraître, qui sera adressé au service du contrôle médical de la sécurité sociale. Ce certificat doit attester de la gravité de la maladie ou du handicap de l'enfant et préciser la nature des soins contraignants que doit subir l'enfant pour justifier de la présence soutenue des parents à ses côtés. Ce certificat indique aussi la durée prévisible du traitement. Tous les six mois, le demandeur doit fournir un nouveau certificat médical certifiant que l'état de santé de son enfant justifie la prolongation de son congé de présence parentale.

Sur une période maximale de trois ans, il peut être versé 310 allocations journalières au titre d'une pathologie et pour un même enfant. Si l'enfant souffre d'une nouvelle pathologie grave un nouveau droit est ouvert. Les allocations journalières sont versées mensuellement et correspondent au nombre de jours d'absence pris au titre du congé de présence parentale. Leur montant est forfaitaire et s'élève à 38,91 euros par jour et à 46,23 euros pour les familles monoparentales.

Le décret précise ensuite les conditions d'attribution du complément pour frais qui vise à dédommager les parents qui doivent, du fait de la pathologie de leur enfant, supporter des frais spécifiques non pris en charge par l'assurance maladie. Le demandeur doit adresser à la caisse d'allocations familiales une attestation sur l'honneur indiquant la nature des dépenses engagées et garder les justificatifs nécessaires en cas de contrôle. Si au cours d'un mois donné les dépenses engagées dépassent le montant de 100 euros, l'allocation dite de complément de frais sera versée pour un montant de 99,52 euros, le versement de ce complément étant soumis à condition de ressources (plafond identique à celui prévu pour l'attribution du complément familial). Les dispositions de ces décrets sont applicables rétroactivement à compter du 1^{er} mai 2006.

D. LES CONDITIONS D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS FAMILIALES AUX ÉTRANGERS

L'**article 89** a modifié le second alinéa de l'article L. 512-2 du code de la sécurité sociale fixant les conditions d'attribution des prestations familiales pour les familles étrangères. Cette modification a pour objectif de mettre fin à un différent qui oppose depuis plusieurs années l'administration à la Cour de cassation, qui ne sont pas d'accord sur les conditions d'ouverture de droit aux prestations familiales pour les mineurs étrangers dont les parents sont en situation régulière au regard de la législation sur l'immigration mais qui sont entrés en France sans respecter la procédure du regroupement familial.

À la suite d'un arrêt de la Cour de cassation du 16 avril 2004, qui a précisé que le seul critère déterminant pour l'ouverture de droit aux prestations familiales devait être la régularité du séjour du parent allocataire, sans qu'aucune autre condition ne puisse être exigée au regard de la régularité du séjour des enfants, certaines caisses d'allocations familiales ont accepté de verser des prestations familiales même si les parents ne pouvaient fournir de preuve de la régularité du séjour des enfants au titre du regroupement familial. Cette disparité de traitement des dossiers selon les départements a conduit à de multiples contentieux, les autorités de tutelle des caisses d'allocations familiales ayant fréquemment refusé d'avaliser l'interprétation de la législation faite par les organismes sociaux.

La nouvelle rédaction de l'article L. 512-2 du code de la sécurité met fin à toute ambiguïté et conditionne le bénéfice des prestations familiales pour les mineurs étrangers résidant sur le territoire national, à la double condition de la régularité du séjour du parent allocataire et de la régularité de la procédure de regroupement familial.

Bénéficient donc des prestations familiales les seuls étrangers en situation régulière, dont les enfants à charge se trouvent dans les situations suivantes :

- naissance en France ;
- entrée régulière dans le cadre de la procédure de regroupement familial ;
- enfant d'étranger réfugié ou apatride ou titulaire de la protection subsidiaire ;
- enfant d'étranger titulaire de la carte de séjour délivrée aux chercheurs et aux scientifiques de haut niveau (dispensé de la procédure normale de regroupement familial) ;
- enfant d'étranger titulaire de la carte de séjour mentionnée au 7° de l'article L. 313-11 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, à la condition que le ou les enfants en cause soient entrés en France au plus tard en même temps que l'un de leurs parents titulaires de cette carte.

Un décret était nécessaire pour réactualiser la liste des titres et des justificatifs attestant de la régularité de l'entrée et du séjour des allocataires étrangers mais surtout pour déterminer les documents exigés pour justifier de la régularité du séjour des enfants pour lesquels les prestations familiales sont demandées. Le décret n°2006-234 du 27 février 2006 pris pour l'application de l'article L. 512-2 du code de la sécurité sociale réactualise la liste des justificatifs à apporter pour bénéficier des prestations familiales pour les ressortissants étrangers et réécrit pour ce faire, les articles D.512-1 et D.512-2 du code de la sécurité sociale. Sans détailler la liste des documents prévus, il convient de souligner que ce décret est beaucoup plus précis et dresse une liste des différents documents nécessaires qui sont différenciés selon la situation de l'étranger adulte ou du mineur (autorisation provisoire de séjour, demande du statut de réfugié auprès l'OFPRA, résident de longue date...).

Concernant les mineurs, il est important de noter que désormais les enfants entrés sur le sol français sans respecter la procédure de regroupement familial ne pourront plus ouvrir droit aux prestations familiales. Ce décret devrait mettre un terme à une tolérance de certaines caisses d'allocations familiales, qui avaient accepté de verser des prestations pour les enfants pour lesquels les parents avaient pu produire un document de circulation pour étranger mineur (DCEM) délivré par la préfecture notamment aux mineurs ayant établi leur résidence habituelle en France avant l'âge de 13 ans ou aux enfants d'apatrides pouvant justifier de trois années de résidence en France. La finalité initiale de ce document était de permettre à ces mineurs de sortir temporairement du territoire national et de pouvoir y revenir sans difficulté. Ce document ne figurant pas dans la liste prévue par le décret ; il ne pourra plus servir comme auparavant de justificatif pour les enfants entrés en France en violation de la procédure de regroupement familial.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

En application de l'article 86, alinéa 8, du Règlement de l'Assemblée nationale, la commission des affaires culturelles, familiales et sociales a examiné, en présence de **M. Philippe Bas**, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, le rapport de M. Jean-Pierre Door, M. Jacques Domergue, Mme Cécile Gallez et Mme Marie-Françoise Clergeau sur la mise en application de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006.

Un débat a suivi les exposés de M. Jean-Pierre Door, rapporteur, M. Maurice Giro, suppléant de M. Jacques Domergue, rapporteur, et de Mme Cécile Gallez, rapporteure.

M. Jean-Marie Le Guen s'est étonné que la participation forfaitaire de 18 euros pour les actes dont le tarif est égal ou supérieur à 91 euros, votée par le Parlement en novembre et justifiée par le gouvernement au nom de la nécessité financière, ne soit toujours pas entrée en vigueur, le décret d'application n'ayant été pris que la semaine dernière. Même si la mesure est sur le fond inopportune, il y a lieu de s'interroger sur les raisons et les conséquences financières d'une si faible diligence.

M. Denis Jacquat a rappelé que si la branche vieillesse est en déficit et non plus en excédent, c'est parce qu'un plus grand nombre de personnes que prévu ont demandé à bénéficier de la mesure permettant aux travailleurs ayant commencé leur vie active très jeunes de partir à la retraite avant soixante ans. Il faut d'ailleurs souligner que cette mesure avait été votée à l'unanimité par l'Assemblée, non sans une certaine surenchère de la part de l'opposition, et que ses bénéficiaires en sont extrêmement satisfaits.

Après avoir félicité le gouvernement d'avoir décidé la prise en charge d'un examen de prévention bucco-dentaire de chaque enfant à l'âge de six et de douze ans, **M. Daniel Prévost** a demandé quand cette mesure entrerait en vigueur et si elle ferait l'objet d'une campagne d'information en direction des familles et des chirurgiens-dentistes. Par ailleurs, il serait bon qu'un point soit fait sur la lutte contre les fraudes à la carte SESAM – Vitale, ainsi que sur l'adossement du régime d'assurance vieillesse des ministres des cultes (CAVIMAC) au régime général.

M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, a remercié les rapporteurs et les intervenants et leur a apporté les éléments de réponse suivants :

– Sur 88 articles de la loi, 60 sont d'application directe, les 28 autres nécessitant au total 47 décrets et arrêtés. Sur ces 47 mesures, 23 sont publiés ou en cours de publication, deux se sont révélés inutiles et 22 sont en phase de rédaction ou de publication.

– Au-delà de l’aspect strictement réglementaire de l’application de la loi, les mesures relatives aux produits de santé ont permis d’économiser 234 millions d’euros, notamment grâce à la substitution plus fréquente de médicaments génériques, favorisée par les accords conclus entre l’Union nationale des caisses d’assurance maladie (UNCAM), les pharmaciens et les médecins. Les remboursements de médicaments par la CNAMTS enregistrent une nette décélération : l’évolution en rythme annuel n’était plus que de 1,8 % en mai 2006, contre 2,2 % en avril, 3,9 % en mars, 4,6 % en février et 5,7 % en janvier.

– S’agissant des établissements de santé, la part de tarification à l’activité a été portée à 35 % en 2006, et le gouvernement a également engagé des travaux visant à mesurer les charges spécifiques pesant sur le service public hospitalier, afin de réussir la convergence entre les tarifs des établissements publics et privés. Parallèlement, la rationalisation des achats, l’amélioration du contrôle de gestion et des systèmes d’information, permettront au secteur hospitalier de mieux servir la collectivité en proposant les meilleurs services et soins aux meilleurs coûts. L’offre de soins continuera en 2007 à s’adapter aux évolutions des besoins de la population, grâce aux schémas régionaux d’organisation sanitaire de troisième génération (SROS 3) adoptés en mars 2006 pour les cinq années à venir, et qui permettront des regroupements ou de meilleures articulations entre établissements. Les besoins particuliers de certaines populations ont été pris en compte – santé mentale, périnatalité, cancer, maladies rares – dans le cadre de plans de santé spécifiques.

– Dans le domaine de la maîtrise médicalisée, le rythme d’évolution des dépenses de médecine de ville est très favorable. La dynamique est bien engagée et l’avenant n° 12 à la convention de 2005 inscrit ce mouvement dans la durée. L’objectif est de 800 millions d’euros en 2006 et de 600 millions d’euros supplémentaires en 2007. Parcours de soins et maîtrise médicalisée permettront d’améliorer la qualité des soins tout en maîtrisant les dépenses, en évitant les redondances et les actes inutiles, évalués entre 6 et 8 milliards d’euros par la Cour des comptes.

– Les indemnités journalières de maladie poursuivent leur baisse : - 3,5 % cette année. Le nombre des contrôles effectués par la CNAMTS est passé de 450 000 en 2003 à 600 000 en 2004 et 750 000 en 2005 ; ce renforcement sera poursuivi cette année et l’année prochaine, grâce à l’effort de productivité réalisé par des effectifs à peine augmentés.

– Le dispositif du forfait de 18 euros sur les actes dont le tarif est supérieur ou égal à 91 euros a été revu – et c’est ce qui explique le retard pris par le décret, publié au Journal officiel du 20 juin – de manière à éliminer les effets de seuil. La formule retenue est celle d’un ticket modérateur de 20 %, plafonné à 18 euros, c’est-à-dire que la participation des assurés ne dépassera pas ce montant, même dans le cas d’une opération coûtant 5 000 euros. Des exonérations sont prévues, en outre, en faveur des patients atteints d’affections de longue durée, des femmes enceintes, des nouveaux-nés et des titulaires de rentes d’accident du travail. Le

dispositif s'appliquera à partir de la rentrée de septembre ; il ne rapportera donc guère d'argent à l'assurance maladie au cours de l'année 2006, mais davantage en 2007, et constituera pour les assurés un effort minime et équitable.

– Il est vrai que le déficit de la branche vieillesse est exclusivement dû à la mesure prise en faveur des travailleurs ayant commencé leur vie active très jeunes. Les quelque 300 000 bénéficiaires de cette mesure ont tout lieu de se féliciter de son adoption, repoussée chaque année sous la législature précédente, et que seule la réforme des retraites opérée en 2002 a permis de financer. Le Conseil d'orientation des retraites a d'ailleurs rappelé que cette réforme permettrait de couvrir la moitié des besoins de financement de l'assurance vieillesse à l'horizon 2020, l'autre moitié devant être couverte par les recettes supplémentaires liées à la diminution du taux de chômage – il suffirait que celui-ci soit ramené à 7 % pour que le système de retraite par répartition s'équilibre. Des rendez-vous réguliers permettront d'ailleurs des ajustements du financement au vu de l'évolution du chômage.

– Le décret d'application de l'article 54, relatif aux parcours de soins des bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU), vient d'être signé et sera publié très prochainement.

– La réforme du régime des cultes était demandée par ses gestionnaires eux-mêmes. La concertation est en cours, et devrait être finalisée prochainement. Il s'agit d'une réforme consensuelle et le gouvernement s'attachera à ce qu'elle le demeure.

– L'article 77 relatif à l'avantage social vieillesse des professions médicales et dentaires ne constitue pas à proprement parler une réforme des régimes de ces professions, mais rend cette réforme possible en levant les obstacles juridiques qui pesaient sur les négociations. Celles-ci devraient donc progresser dès les prochaines semaines, notamment avec les chirurgiens-dentistes.

– L'exportation du minimum vieillesse a donné lieu à de réels abus, permis par des failles de la réglementation. Ce revenu de substitution, non contributif, est réservé aux personnes résidant sur le territoire français, et calculé en fonction du seuil de pauvreté propre à la France. Il est injustifiable qu'il soit versé à des personnes résidant hors de France, dans des pays déshérités où le coût de la vie est bien moindre, et ce à plus forte raison lorsque ces personnes n'ont effectué en France que de brèves périodes de travail, leur ouvrant droit à un complément de retraite non contributif d'autant plus élevé que leur rente contributive est plus faible. Mettre fin à cet abus ne crée aucune discrimination entre ressortissants de l'Union européenne, puisque le minimum vieillesse n'est pas servi selon un critère de nationalité, mais de résidence, qui vaut pour les Français comme pour les citoyens des autres pays. Cette réforme est d'ailleurs très bien comprise.

– D'une façon générale, le retard pris par certains textes d'application n'est pas dû à une quelconque inertie des bureaux, mais au fait que la concertation se

poursuit. C'est le cas, pour prendre ce seul exemple, de l'arrêté d'application de l'article 37, signé ce jour, et qui fixe la liste des dispositifs médicaux susceptibles d'être prescrits par les sages-femmes – permettant au passage à l'assurance maladie d'économiser le remboursement de la consultation, inutile, d'un médecin.

– Enfin, le dispositif opérationnel de la prise en charge de l'examen bucco-dentaire des enfants à l'âge de six et de douze ans est en cours de discussion entre la CNAMTS et les chirurgiens-dentistes. Il se déploiera dans l'ensemble des départements à partir des mois d'octobre et novembre 2006. Une lettre d'information sera adressée aux parents d'élèves et une campagne de communication sera lancée par l'assurance maladie.

Le président Jean-Michel Dubernard s'est réjoui de cette dernière mesure et a remercié le ministre pour ses réponses.

*

La commission a décidé le dépôt du rapport sur la mise en application de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 en vue de sa publication.

ANNEXE

Mise en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006

Article	Objet du dispositif	Textes d'application
1^{er}	Approbation des chiffres du dernier exercice clos (2004)	Application directe
2	Approbation du rapport figurant en annexe A et décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents ou la couverture des déficits constatés	Application directe
3	Rectification des prévisions de recettes et des tableaux d'équilibre pour l'année en cours (2005)	Application directe
4	Fixation de l'objectif d'amortissement de la dette sociale et de prévisions de recettes du Fonds de réserve des retraites pour 2005	Application directe
5	Fixation pour 2005 du montant de la contribution de l'assurance maladie au fonds de concours institué par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (menace sanitaire grave)	Application directe
6	Relèvement de 15 % à 20 % au plus de la part des produits de la section 2 du budget de la CNSA consacrée au financement par les régimes obligatoires de base de l'assurance maladie des dépenses destinées aux personnes handicapées accueillis en établissement ou dans un service social ou médico-social	Application directe
7	Rectification des objectifs de dépenses de branche des régimes de sécurité sociale pour l'année en cours (2005)	Application directe
8	Rectification pour 2005 du montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)	Application directe
9	Approbation du rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2006-2009), les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes, ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.	Application directe
10	Modification des conditions des prélèvements sociaux sur les intérêts des plans d'épargne logement	Application directe
11	Suppression de l'abattement applicable aux cotisations patronales dues au titre des contrats de travail à temps partiel conclus avant la réduction du temps de travail	Application directe
12	Exonérations de cotisations patronales d'assurances sociales, d'accidents du travail et d'allocations familiales pour les personnes morales employant un accueillant familial	Application directe
13	Conditions d'assujettissement à l'impôt sur le revenu et aux cotisations sociales des indemnités versées aux salariés en cas de rupture du contrat de travail et aux dirigeants de société en cas de départ forcé	Application directe
14	Assiette des cotisations et contributions sociales pour les heures de travail effectif et pour les contributions aux régimes de retraite complémentaire	Application directe
15	Aménagement de la procédure du recours contre tiers	Application directe
16	Amélioration de l'évaluation du montant d'exonérations de cotisations sociales dans le cadre de la procédure d'attribution gratuite d'actions	Application directe
17	Versement d'un bonus exceptionnel de 1 000 euros par salarié	Application directe
18	Simplification des règles d'affiliation au régime général de sécurité sociale applicables aux collaborateurs occasionnels du service public et les stagiaires en entreprise	Application directe

Article	Objet du dispositif	Textes d'application
19	Extension de l'assujettissement de la contribution sociale de solidarité des sociétés aux organismes publics exerçant leur activité dans un cadre concurrentiel	Application directe
20	Aménagement des restrictions aux conditions de circulation et de détention des tabacs manufacturés	Application directe
21	Contributions de l'industrie pharmaceutique	Application directe
22	Transfert du recouvrement de la contribution sur les contrats d'assurance relatifs aux véhicules terrestres à moteur	Application directe
23	Conséquences de la modification de la répartition du produit du droit de consommation sur les tabacs	Application directe
24	Approbation du montant des compensations des exonérations, des réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale	Application directe
25	Lutte contre le travail dissimulé	
	Modalités de mise en œuvre	Décret en Conseil d'Etat en cours de publication
	Fixation du plafond de l'annulation des exonérations	Décret en cours de publication
26	Prévisions de recettes pour 2006	Application directe
27	Approbation des tableaux d'équilibre de l'ensemble des régimes pour 2006	Application directe
28	Approbation des tableaux d'équilibre du régime général pour 2006	Application directe
29	Approbation du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale pour 2006	Application directe
30	Approbation de l'objectif d'amortissement de la dette sociale et des prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites pour 2006	Application directe
31	Certification des comptes des régimes autres que le régime général	Décret en cours d'élaboration
32	Responsabilité des agents comptables des organismes de sécurité sociale	Décret en cours d'élaboration
33	Habilitation à recourir à des ressources non permanentes	Application directe
34	Durée de maintien des droits aux prestations en espèces des détenus libérés	Décret en Conseil d'Etat en cours d'élaboration
	Durée de maintien des droits aux prestations en espèces des chômeurs reprenant une activité	Décret en Conseil d'Etat en cours d'élaboration
35	Interdiction temporaire des dépassements pour les patients en ALD ayant désigné leur médecin traitant	Application directe
36	<i>Déclaré non conforme à la Constitution</i>	—
37	Fixation de la liste des dispositifs médicaux susceptibles d'être prescrits par les sages-femmes	Arrêté en cours d'élaboration
38	Prise en charge de l'examen bucco-dentaire de prévention	Arrêté du 14 juin 2006 (approbation de la convention nationale des chirurgiens-dentistes)
39	<i>Déclaré non conforme à la Constitution</i>	—
40	Dispositif de régulation des prix des médicaments et des produits ou prestations pris en charge en sus des groupes homogènes de séjour	Application directe
41	Maintien temporaire de la prise en charge des spécialités à service médical rendu (SMR) insuffisant	Arrêté du 22 décembre 2006 (vignette pharmaceutique) Arrêté du 17 janvier 2006 (liste des spécialités)
42	Dispositions transitoires relatives au dispositif du médecin traitant	Décret n° 2006-1 du 2 janvier 2006

Article	Objet du dispositif	Textes d'application
43	Fixation du taux moyen régional de convergence des coefficients de transition des cliniques privées	Décret n° 2006-209 du 20 février 2006 (CE)
	Liste des prestations facturées dans leur intégralité selon la tarification à l'activité	Arrêté du 6 janvier 2006
44	Montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du groupement pour la modernisation du système d'information	Pas d'application en 2006
45	Suivi des dotations régionales affectées aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation	Application directe
46	Répartition des capacités d'accueil et des crédits destinés aux patients des unités de soins de longue durée	Arrêté du 12 mai 2006 (référentiel destiné à la réalisation des coupes transversales)
47	Conditions particulières d'exercice en vue de la délivrance de soins palliatifs à domicile	Décret en cours d'élaboration
48	Fixation du seuil d'ouverture du droit à déroger à l'obligation de conventionnement	Décret en cours d'élaboration
	Droit d'option entre le conventionnement et le non conventionnement	
	Définition du niveau de dépendance et des conditions architecturales pour le conventionnement	
	Modalités de financement par l'assurance maladie des dépenses des établissements non autorisés à dispenser des soins et ayant opté pour le régime dérogatoire	
	Modalités de financement par l'assurance maladie de la fraction de la capacité d'accueil non couverte par la convention	Arrêté en cours de concertation
	Cahier des charges définissant les critères de fonctionnement des établissements ayant opté pour le régime dérogatoire	Arrêté en cours de concertation
	Liste des dispositifs médicaux compris dans la liste des prestations de soins tarifés par les établissements n'ayant pas de pharmacie à usage interne	Accord UNCAM du 24 janvier 2006
49	<i>Déclaré non conforme à la Constitution</i>	—
50	Modalités de fonctionnement des « lits halte soins santé » (LHSS)	Décret n° 2006-556 du 17 mai 2006
	Dispositions financières concernant les LHSS et les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARRUD)	Décret n° 2006-642 du 31 mai 2006 (CE) (financement de certains services sociaux et médico-sociaux)
51	Comptabilité de la CNSA	Application directe
	Report des excédents 2005 de la CNSA pour réaliser des opérations d'investissement et d'équipement de mise aux normes techniques, de sécurité et de modernisation	Arrêté du 5 avril 2006
52	Modalités du financement de l'indemnisation des victimes de préjudices résultant de la contamination par le virus d'immunodéficience humaine (VIH) par voie transfusionnelle	Application directe
53	Modification du taux de contribution des mutuelles au fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie	Application directe
54	Mise en œuvre des contrats responsables et parcours de soins du bénéficiaire de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)	
	<i>VI</i> Parcours de soins du bénéficiaire de la couverture maladie universelle complémentaire	Décret en Conseil d'Etat en cours de publication
55	Avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale	Application directe

Article	Objet du dispositif	Textes d'application
56	Modification de la règle d'imputation du ticket modérateur (institution d'une participation forfaitaire de 18 euros)	Décret n° 2006-707 du 19 juin 2006 (CE)
57	Messages à caractère sanitaire dans les publicités alimentaires	Application directe
58	<i>Déclaré non conforme à la Constitution</i>	—
59	<i>Déclaré non conforme à la Constitution</i>	—
60	Pérennisation et extension des missions du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV)	Application directe
61	Montant pour 2006 de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés	Application directe
62	Immunisation des personnes travaillant dans des établissements organismes de prévention, de soins ou hébergeant des personnes âgées	Application directe
63	Immunisation contre la grippe et la poliomyélite des personnes travaillant dans ces établissements	Application directe
64	Fixation pour 2006 du montant de la contribution de l'assurance maladie au fonds de concours institué par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (menace sanitaire grave)	Application directe
65	Vérifications effectuées par les pharmaciens préalablement à la dispense d'avance de frais (applicable au 1 ^{er} juillet 2007)	Arrêté en cours d'élaboration (en lien avec la diffusion de la carte Vitale 2007) ; concerne un mécanisme applicable au 1 ^{er} juillet 2007.
66	Fixation des objectifs de dépenses de la branche maladie pour 2006	Application directe
67	Fixation pour 2006 du montant de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)	Application directe
68	Prise en compte des créations et fermetures d'établissements pour la fixation de l'objectif quantifié national.	Application directe
69	Transmission au Parlement des propositions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relatives à l'évolution prévisible des charges et des produits des régimes d'assurance maladie	Application directe
70	Compétence de l'Etat pour déterminer les conditions de limitation ou de suppression de la participation de l'assuré	Application directe
71	Procédure réglementaire de fixation des montants, tarifs et taux de prise en charge de la prestation de compensation	Arrêté du 28 décembre 2005 (tarifs des éléments de la prestation) Arrêté du 28 décembre 2005 (tarifs de l'élément humain de la prestation) modifié par l' arrêté du 2 janvier 2006 Arrêté du 28 décembre 2005 (montants maximaux attribuables) Arrêté du 28 décembre 2005 (taux de prise en charge en fonction des ressources)
72	Composition et modalités de fonctionnement du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)	Décret faisant l'objet d'une concertation avec le HCAAM
73	Prestations en espèces pendant le congé maternité	Application directe
74	Non-application en Alsace-Moselle de la réforme des pensions de réversion votée dans le cadre de la loi du 21 août 2003	Application directe
75	Intégration juridique de la CAVIMAC dans la CNAV	Décret en Conseil d'Etat et décret en cours d'élaboration (<i>publication prévue en août 2006</i>)
76	Condition de résidence sur le territoire français pour le service du minimum vieillesse	Application directe
77	Réforme de la gouvernance et des paramètres financiers des cinq régimes d'ASV des professions de santé	Décret en cours de concertation

Article	Objet du dispositif	Textes d'application
78	Objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2006	Application directe
79	Principe de neutralité de l'adossment des régimes spéciaux au régime général d'assurance vieillesse	Application directe
80	Information préalable du Parlement sur l'adossment d'un régime spécial à la CNAV	Application directe
81	Conditions d'information du droit de bénéficier d'une surveillance médicale post-professionnelle pour les victimes potentielles de l'amiante	Décret en cours d'élaboration
82	Contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante et au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	Application directe
83	Montant du versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles	Application directe
84	Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2006	Application directe
85	Conditions d'attribution des prestations familiales à Mayotte	Décret n° 2006-727 du 22 juin 2006 relatif aux prestations familiales à Mayotte Arrêté du 22 juin 2006 relatif à l'allocation de logement à Mayotte et modifiant l'arrêté du 7 octobre 2003
86	Aménagement du complément de libre choix d'activité	Décret n° 2006-732 du 22 juin 2006 Décret en Conseil d'Etat en cours de publication
87	Création de l'allocation journalière de présence parentale Conditions d'attribution de la prestation	Décrets n° 2006-658 (CE) et n° 2006-659 du 2 juin 2006 relatifs à l'allocation journalière de présence parentale et au congé de présence parentale
	VIII Conditions d'attribution du congé de présence parentale	Décret n°2006-536 du 11 mai 2006 (CE) relatif aux modalités d'attribution aux fonctionnaires et aux agents non titulaires de l'Etat du congé de présence parentale Deux décrets en Conseil d'Etat en cours d'élaboration pour les agents relevant de la fonction publique hospitalière et pour ceux relevant de la fonction publique territoriale
88	Maintien des anciennes prestations de petite enfance jusqu'en décembre 2009	Application directe
89	Conditions d'attribution des prestations familiales aux étrangers	Décret n°2006-234 du 27 février 2006 pris pour l'application de l'article L. 512-2 du code de la sécurité sociale
90	Participation de la CNAF au Fonds de solidarité Vieillesse	Application directe
91	Objectifs de dépense pour la branche famille pour 2006	Application directe
92	Lutte contre la fraude :	
	Rapport annuel sur les fraudes	Arrêté en cours de publication
	Seuil déclenchement des poursuites	Décret faisant l'objet d'une concertation
	Agrément des contrôleurs	Arrêté faisant l'objet d'une concertation
	Coopération entre organismes	Disposition abandonnée
	Barème et mise en œuvre des pénalités, toilettage des dispositions relatives aux prérogatives des contrôleurs	Décret faisant l'objet d'une concertation
Sanction en cas de non-déclaration de changement de situation auprès de l'assurance maladie	Décret en Conseil d'Etat faisant l'objet d'une concertation	

Article	Objet du dispositif	Textes d'application
	Durée de la suspension de l'instruction de la demande pour absence de justificatif	Décret faisant l'objet d'une concertation
	Désignation d'organismes effectuant les contrôles des déclarations de ressources d'origine étrangère	Décret en Conseil d'Etat faisant l'objet d'une concertation
	Suspension du versement des prestations pour fausse déclaration de ressources	Décret en cours d'élaboration
93	<i>Déclaré non conforme à la Constitution</i>	—
94	<i>Déclaré non conforme à la Constitution</i>	—
95	Prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale pour 2006	Application directe

 N° 3193 Rapport d'information de MM. Jean-Pierre DOOR, Jacques DOMERGUE, Mmes Cécile GALLEZ et Marie-Françoise CLERGEAU, sur la mise en application de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006