



N° 2725

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 9 juillet 2010.

RAPPORT D'INFORMATION

DÉPOSÉ

en application de l'article 145-7 alinéa 1 du Règlement

PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

*sur la mise en **application de la loi n° 2009-1646** du 24 décembre 2009
de **financement de la sécurité sociale pour 2010***

ET PRÉSENTÉ

PAR MM. YVES BUR, JEAN-PIERRE DOOR,
DENIS JACQUAT, ET MME MARIE-FRANÇOISE CLERGEAU,

Députés.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	7
I.- LES RECETTES ET LA GESTION DU RISQUE	11
A. LES RECETTES ET LA TRÉSORERIE	12
1. La contribution sur les gains résultant des appels surtaxés effectués dans le cadre des jeux télévisés	13
2. L'anticipation limitée du transfert du recouvrement des cotisations d'assurance chômage aux URSSAF	13
3. La comptabilisation de certaines prestations servies par les organismes de sécurité sociale pour le compte de tiers	14
B. LE CONTRÔLE ET LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE	15
1. La réforme des pénalités financières	15
2. Le contrôle des arrêts de travail des salariés et des arrêts maladie des fonctionnaires	17
3. La mise en place de pénalités financières adaptées à certaines activités de soins	18
4. L'interruption de la prescription de l'action en recouvrement	19
5. Les mesures relatives à la lutte contre le travail dissimulé	19
II.- L'ASSURANCE MALADIE ET LES ACCIDENTS DU TRAVAIL	21
A. LES CONTRIBUTIONS DE L'ASSURANCE MALADIE À DIVERS FONDS ET ÉTABLISSEMENTS	24
1. La dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie au Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)	24
a) <i>Dotation pour 2009</i>	24
b) <i>Dotation pour 2010</i>	25
2. La participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS)	25
a) <i>Participation pour l'exercice 2009</i>	25
b) <i>Participation pour l'exercice 2010</i>	25

3. La participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)	26
4. La dotation à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM).....	26
5. La dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie contribuant au financement du dispositif d'interconnexion ANTARES	26
6. La contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement des agences régionales de santé (ARS)	27
B. LES SOINS DE VILLE	28
1. La création d'un régime spécifique d'exonération du ticket modérateur post-affection de longue durée (ALD).....	28
2. L'expérimentation d'un système de dispense d'avance de frais en faveur des assurés et ayants droit de 16 à 25 ans pour une consultation de prévention par an	30
3. L'aménagement de la procédure de mise sous accord préalable	30
4. Couverture du risque invalidité-décès pour les conjoints-collaborateurs des professionnels libéraux et des avocats.....	32
C. LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	33
1. Les dispositifs de régulation des dépenses	33
a) <i>La régulation des dépenses de transports sanitaires</i>	33
b) <i>Le nouveau cadre d'expérimentations en matière de gestion des dépenses de transport liées aux prescription</i>	34
c) <i>La régulation des prescriptions hospitalières de médicaments délivrés en ville</i>	35
2. La tarification à l'activité.....	35
a) <i>Report de la convergence tarifaire intersectorielle à 2018</i>	35
b) <i>Mesures dérogatoires pour la Guyane</i>	35
c) <i>Mesures dérogatoires pour les hôpitaux locaux</i>	36
d) <i>Prise en charge des assurés français hospitalisés dans des régions frontalières</i>	37
D. LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES	38
1. L'amélioration de l'efficacité des cotisations supplémentaires.....	38
a) <i>La fixation d'un montant minimal pour les cotisations supplémentaires</i>	38
b) <i>Le nouveau cas de dispense d'injonction préalable en cas d'imposition d'une cotisation supplémentaire</i>	38
2. La généralisation de l'octroi d'aides financières simplifiées	39

III.- LE MÉDICO-SOCIAL	41
1. Les frais de transport des personnes adultes handicapées.....	41
2. La mise en place d'une analyse des coûts dans les EHPAD par la CNSA	41
3. La gestion des crédits de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	42
4. Le plafonnement du forfait journalier dans les maisons d'accueil spécialisées.....	42
IV.- L'ASSURANCE VIEILLESSE	43
1. La réforme de la majoration de durée d'assurance	43
2. Le cumul emploi-retraite des médecins	44
3. L'interdiction du cumul de l'assurance vieillesse des parents au foyer et de la majoration de durée d'assurance dans la fonction publique.....	44
4. Le transfert au Fonds de solidarité vieillesse du financement de certains avantages contributifs	45
5. La protection sociale de l'auto-entrepreneur	45
6. Les modifications aux dispositifs d'assurance volontaire vieillesse.....	45
V.- LA BRANCHE FAMILLE	47
TRAVAUX DE LA COMMISSION	49
EXAMEN DU RAPPORT	49
ANNEXE : TABLEAU DE SUIVI DE LA MISE EN APPLICATION DE LA LOI N° 2009-1646 DU 24 DÉCEMBRE 2009 DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010	75

INTRODUCTION

L'article 145-7 du Règlement de l'Assemblée nationale prévoit qu'« à l'issue d'un délai de six mois suivant l'entrée en vigueur d'une loi dont la mise en œuvre nécessite la publication de textes de nature réglementaire, deux députés, dont l'un appartient à un groupe d'opposition et parmi lesquels figure de droit le député qui en a été le rapporteur, présentent à la commission compétente un rapport sur la mise en application de cette loi ». Il précise que « ce rapport fait état des textes réglementaires publiés et des circulaires édictées pour la mise en œuvre de ladite loi, ainsi que de ses dispositions qui n'auraient pas fait l'objet des textes d'application nécessaires ».

Introduite en 2004 et aménagée par la réforme du Règlement de 2009, cette disposition s'inscrit désormais dans le contexte d'une volonté affirmée de mise en valeur des activités de contrôle parlementaire. Ainsi, les rapports sur la mise en application des lois peuvent-ils « donner lieu, en séance publique, à un débat sans vote ou à une séance de questions ».

La commission des affaires sociales s'est constamment attachée à faire usage de cette disposition à l'égard des lois de financement de la sécurité sociale. En effet, non seulement ces textes sont importants par les dispositions qu'ils comportent chaque année – et sont appelés à le devenir encore davantage s'ils devaient acquérir le monopole des mesures affectant les recettes de la sécurité sociale – mais les règles spécifiques présidant à leur discussion au Parlement rendent d'autant plus nécessaire la vigilance quant à leurs conditions d'application. Le recours automatique à la procédure accélérée, c'est-à-dire la faculté pour le Gouvernement de demander la formation d'une commission mixte paritaire après seulement une lecture dans chacune des assemblées, renforce le législateur dans sa volonté légitime de s'interroger sur le délai de parution de textes réglementaires visant à appliquer des dispositions adoptées dans des conditions dérogatoires à la procédure ordinaire.

Cette intervention du Parlement paraît d'autant plus nécessaire que si le Gouvernement se conforme à l'obligation que lui fait le 3° du III de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale de joindre au projet de loi de financement de l'année $n+1$ une annexe « rendant compte de la mise en œuvre des dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale » de l'année n , il semble avoir renoncé à respecter les dispositions de l'article 67 de la loi n° 2004-1343 du 9 décembre 2004 de simplification du droit. Cet article prévoit pourtant qu'« à l'issue d'un délai de six mois suivant la date d'entrée en vigueur d'une loi, le Gouvernement présente au Parlement un rapport sur la mise en application de cette loi », par ailleurs rendu public sur le site Internet *Légifrance*. En principe, ce rapport « mentionne les textes réglementaires publiés et les circulaires édictées pour la mise en œuvre de ladite loi, ainsi que, le cas échéant, les dispositions de celle-ci qui n'ont pas fait l'objet des textes d'application nécessaires et en indique les motifs. »

À ce jour, le Gouvernement n'a toutefois pas encore présenté le rapport relatif à la mise en application de la loi de financement pour 2010... ni celui relatif à la mise en application de la loi de financement pour 2009. Il est vrai que les rapports présentés les années précédentes se caractérisaient par leur très grande concision, se contentant de donner la liste des décrets adoptés en application de ces lois ainsi que la liste des décrets en cours de publication ou d'élaboration, avec quelques indications quant à leur délai prévisionnel de publication.

En revanche, un « échancier des décrets d'application », précisant sous forme de tableau, pour chaque article de la loi de financement devant faire l'objet de décrets d'application, la base légale de ces textes et, selon les cas, les références ou perspectives de parution des décrets, est toujours mis en ligne sur le site Internet *Légifrance*, mais la précision de ce document laisse à désirer. En effet, outre qu'il se limite aux seuls décrets, sans inclure ainsi d'éventuels arrêtés ou circulaires, il fait état de nombreux décrets dont la publication est envisagée au premier semestre, en mars, en avril ou au deuxième trimestre, alors même qu'il a été mis à jour au 1^{er} juillet.

Certes, en vertu de l'article L.O. 132-3 du code des juridictions financières, la Cour des comptes, de son côté, présente chaque année au mois de septembre un rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Mais ce travail, dont la richesse nourrit largement les débats parlementaires sur ces questions, n'a ni la même nature, ni la même finalité que le présent rapport. En effet, conjugué à une audition des ministres dont l'intervention, contrairement à l'usage, suit celles de vos rapporteurs au lieu de les précéder, le rapport d'application de la loi de financement possède au moins une utilité concrète : contraindre l'exécutif à un minimum de vertu et de cohérence, en l'incitant à suivre de près la mise en application de textes dont il est en grande partie à l'origine et à s'assurer qu'elle est effectuée dans des délais convenables.

L'exemple des deux précédentes lois de financement est particulièrement éclairant à cet égard. En juin 2008 (rapport n° 965), les indicateurs permettant d'apprécier l'état de l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 étaient tellement mauvais, avec un taux global de publication des textes réglementaires inférieur à 20 %, que les rapporteurs avaient dû faire preuve d'une grande sévérité à l'égard des ministres et de leur administration. Sans la contrainte de réaliser un tel bilan à six mois et le rappel à l'ordre auquel il avait alors donné lieu, il est probable que le taux de mise en application ne se serait pas aussi spectaculairement amélioré l'année suivante, ainsi que les rapporteurs ont pu le constater avec satisfaction (rapport n° 1865), tout en relevant qu'il demeurerait néanmoins inférieur à 50 %.

Adopté le 14 octobre 2009 en Conseil des ministres, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a été examiné par notre commission des affaires sociales les 20 et 21 octobre 2009, puis en séance publique du 27 au 30 octobre et le 3 novembre. Après adoption par le Sénat le 15 novembre et réunion de la commission mixte paritaire le 18 novembre, le projet a été

définitivement adopté le 25 novembre par notre Assemblée puis le 26 novembre par le Sénat. Il a alors fait l'objet d'une saisine du Conseil constitutionnel, qui s'est prononcé le 22 décembre (décision n° 596 DC). Enfin, promulgué le 24 décembre, il a été publié au *Journal officiel* le 27 décembre 2009.

*

Sur les 88 articles ⁽¹⁾ de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, seuls 39 appelaient la publication d'au moins un texte réglementaire d'application (qu'il s'agisse d'un décret en Conseil d'État, d'un décret simple ou d'un arrêté) ou d'une convention. S'ils ne posent pas de problèmes d'application au sens strict des dispositions du Règlement de l'Assemblée nationale, certains des 46 articles restants ne doivent pas pour autant être perdus de vue, car l'applicabilité directe ne constitue nullement une garantie de la mise en œuvre effective d'une disposition.

Cela étant, au 7 juillet 2010, soit un peu plus de six mois après la publication de la loi, sur les 39 articles exigeant la publication de textes d'application (dont 1 des textes de nature conventionnelle) :

- 27 n'ont fait l'objet d'aucun des textes d'application qu'ils prévoient ;
- 4 ont fait l'objet d'une application partielle ;
- 8 ont fait l'objet d'une application complète.

Établi à partir des informations communiquées par le Gouvernement en réponse au questionnaire des rapporteurs, le tableau annexé au présent rapport donne un aperçu article par article, faisant apparaître que l'amélioration constatée à l'occasion de l'exercice précédent est restée sans lendemain.

État de la publication des textes nécessaires à l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010

Nombre de textes au 7 juillet 2010	Textes d'application nécessaires	Textes publiés		Textes restant à publier
		Nombre	en %	
Décrets en Conseil d'État	13	0	0	13
Décrets simples	18	4	22,2	14
Arrêtés	9	2	22,2	7
Circulaires, lettres, instructions	14	5	35,7	9
Autres textes	3	1	33,3	2
Total textes d'application	57	12	21,1	45

Source : Commission des affaires sociales.

(1) Soit 97 articles desquels il convient de déduire les 9 articles censurés par le Conseil constitutionnel, qui a par ailleurs prononcé une censure partielle de l'article 11.

Ce recul intervient alors même que les principales données de la situation ne semblent pas avoir fondamentalement évolué.

En tout cas, ce n'est pas le volume de la loi de financement qui peut contribuer à expliquer ce moins bon taux d'application. En 2009, le nombre d'articles nécessitant des mesures réglementaires d'application, soit 56, avait été assez sensiblement supérieur à celui de 2008 (34), ce qui n'avait pas empêché une amélioration du taux d'application. Au contraire, en 2010, la diminution d'un tiers du nombre d'articles par rapport à 2009 n'a pas eu d'incidence positive sur le taux d'application.

Les explications de nature quantitative paraissent d'autant moins pertinentes que même avec une loi de financement de taille plus réduite, la tâche demeure considérable : sur les près de 200 jours écoulés depuis la promulgation de la loi, un taux d'application de 100 % nécessiterait la parution d'un texte tous les trois à quatre jours en moyenne.

Or, non seulement la parution de certains textes d'application n'est pas nécessairement urgente, mais d'autres présentent souvent un caractère interministériel, de nature à allonger la procédure d'élaboration, auquel s'ajoute parfois la consultation préalable des conseils d'administration des caisses compétentes ou même de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). L'adoption des décrets en Conseil d'État implique également une procédure plus longue, devant tenir des contraintes propres à cette institution, ce qui explique certainement pour partie un taux de réalisation nettement inférieur à celui des décrets simples.

La non-parution des textes d'application d'un article ne traduit donc pas nécessairement un retard ou une négligence de la part de l'exécutif, mais simplement la lenteur avec laquelle certaines dispositions entrent effectivement en vigueur. Voilà qui donne d'ailleurs à réfléchir, particulièrement en matière d'assurance maladie, quant à l'impact attendu de certaines mesures en année n , alors que celui-ci ne sera bien plus perceptible qu'en année $n+1$.

Le taux d'application dépasse à peine 20 % et peut donc être tenu pour insuffisant, d'autant que les rapporteurs ont pu constater à nouveau un phénomène bien connu : l'échéance de l'examen en commission du rapport d'application semble avoir accéléré la parution *in extremis* de certains textes...

*

Comme de coutume, plutôt que de suivre les quatre parties structurant la loi de financement, solution qui se révélerait peu pratique compte tenu de la diversité des dispositions considérées et du fait que le texte a été rapporté par cinq députés différents, le choix a été fait de regrouper par thème les dispositions de la loi de financement devant faire l'objet de textes d'application : recettes et gestion du risque (I), assurance maladie et accidents du travail (II), secteur médico-social (III), assurance vieillesse (IV) et branche famille (V).

I.- LES RECETTES ET LA GESTION DU RISQUE

La présente partie porte sur les dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 relatives aux recettes, à l'équilibre général et à la gestion du risque.

Comme chaque année, les dispositions de la loi de *nature purement financière*, qu'il s'agisse de l'approbation des montants du dernier exercice clos (**articles 1^{er} et 2**), de la ratification du plafond des avances de trésorerie au régime général (**article 3**), de la rectification des objectifs et prévisions pour 2009 (**articles 4, 5 et 7**), de la fixation des objectifs et prévisions pour les exercices 2010 et suivants (**articles 9, 26 à 31 et 86**), de la non-compensation par le budget de l'État des pertes de recettes liées à des dispositifs d'exonération de cotisations sociales (**article 25**) ou de l'habilitation accordée aux régimes de base à recourir à l'emprunt (**article 33**), sont évidemment d'application directe.

Par ailleurs, certaines dispositions portant sur les *recettes* sont également d'application directe : la fixation du seuil de déclenchement de la « clause de sauvegarde » (« taux K ») et la compétence de certaines URSSAF pour recouvrer les remises dues par les fabricants et distributeurs de dispositifs médicaux (**article 11**) ; l'aménagement de la contribution sur les dépenses de promotion des fabricants, importateurs et distributeurs de dispositifs médicaux (**article 12**) ; la modification de la clef de répartition des droits de consommation sur les tabacs et l'aménagement du financement du régime complémentaire obligatoire des exploitants agricoles (**article 13**) ; l'augmentation du minimum de perception sur les cigarettes et le tabac à rouler (**article 14**) ; la réforme du dispositif des « retraites chapeaux » (**article 15**) ; le doublement du taux du forfait social (**article 16**) ; l'aménagement des sanctions applicables en cas de dissimulation d'activité (**article 20**) ; l'extinction du régime du droit à l'image collective des sportifs professionnels (**article 22**) ; l'exonération de cotisation vieillesse pour les centres communaux et intercommunaux d'action sociale (**article 23**).

Il en va de même en matière de *gestion du risque* – le renforcement du pouvoir de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole en matière de pilotage des caisses locales (**article 85**) – ainsi que de *contrôle* et de *lutte contre la fraude* – l'habilitation des caisses d'allocations familiales à se rapprocher des services fiscaux afin d'améliorer la détection des logements fictifs ouvrant droit au versement d'aides personnelles au logement (**article 88**) ; la prorogation de l'expérimentation de la suspension du versement des aides au logement en cas de fraude (**article 89**) ; la clarification des règles d'application des pénalités par les directeurs des organismes d'assurance maladie (**article 95**) ; l'ouverture de la possibilité de récupération des indus de prestations versées en tiers payant (**article 97**).

Certains de ces articles ont fait l'objet d'une lettre circulaire ACOSS n° 2010-012 du 21 janvier 2010 et, s'agissant plus spécialement de l'article 94 (*cf. supra*), d'une lettre collective ACOSS n° 2010-091 du 13 avril 2010.

Selon les informations communiquées à votre Rapporteur, des circulaires ou instructions gouvernementales sont venues ou vont venir commenter d'autres articles d'application directe :

– la contribution des organismes complémentaires d'assurance maladie au financement des mesures de préparation et de réponse à une pandémie de grippe A (H1N1) (**article 10**), dès le 21 janvier ;

– la suppression du seuil annuel de cession de valeurs mobilières et droits sociaux pour l'imposition des plus-values aux prélèvements sociaux (**article 17**), courant juillet ;

– l'aménagement du régime des contrats d'assurance vie au regard des contributions sociales en cas de décès (**article 18**), début juillet ;

– l'assujettissement aux cotisations et contributions sociales du bonus accordé aux salariés chargés de constituer des fonds de capital-risque (**article 21**), dès le 9 février (points 151 à 154 de l'instruction 5 A-2-10) ;

– l'interruption de la prescription de l'action en recouvrement (**article 93**), début juillet.

Il a, par ailleurs, été indiqué à votre Rapporteur que la direction de la sécurité sociale et la direction de la législation fiscale vont publier des circulaires d'application des articles 17 à 19 et 93, tandis que l'article 21 a d'ores et déjà été complété par une instruction parue au *Bulletin officiel des impôts* du 16 février dernier.

Enfin, pour être complet, il convient de préciser que le III de l'**article 15** prévoit la remise au Parlement, avant le 15 septembre prochain, d'un rapport du Gouvernement sur la situation des régimes relevant de l'article L. 137-11 du code de la sécurité sociale (« retraites chapeaux »).

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 comporte en revanche dix articles nécessitant, en matière de recettes, de trésorerie, de contrôle et de lutte contre la fraude, des textes d'application : en effet, aux côtés des traditionnelles mesures de recettes et de trésorerie, un important volet était consacré au contrôle ainsi qu'à la lutte contre la fraude.

A. LES RECETTES ET LA TRÉSORERIE

Trois articles appellent des textes d'application. Ils portent sur l'instauration d'une contribution sur les gains résultant des appels surtaxés effectués dans le cadre des jeux télévisés (**article 19**), sur l'anticipation limitée du

transfert du recouvrement des cotisations d'assurance chômage aux URSSAF (**article 24**) et sur la comptabilisation de certaines prestations servies par les organismes de sécurité sociale pour le compte de tiers (**article 32**).

1. La contribution sur les gains résultant des appels surtaxés effectués dans le cadre des jeux télévisés

Introduit à l'initiative de la commission des affaires sociales du Sénat, l'**article 19** institue une taxe sur les bénéfices réalisés par le biais des appels surtaxés dans le cadre des jeux télévisés de hasard.

Cet article est considéré comme étant d'application directe, mais sa mise en œuvre n'en est pas moins conditionnée par la publication de l'arrêté fixant le modèle de la déclaration mensuelle commun aux prélèvements sur les jeux, concours et paris, prévue courant juillet. Les redevables seront alors en mesure de respecter leurs obligations déclaratives, qu'une circulaire, dont la publication interviendrait courant septembre, viendra définir avec plus de précision.

2. L'anticipation limitée du transfert du recouvrement des cotisations d'assurance chômage aux URSSAF

Adopté à l'initiative de la commission des affaires sociales du Sénat, l'**article 24** a pour objet de préparer le transfert du recouvrement des cotisations d'assurance chômage par les URSSAF en organisant une phase pilote d'anticipation, en accord avec les organismes concernés.

Afin de simplifier les démarches des employeurs, la loi n° 2008-126 du 13 février 2008 relative à la réforme de l'organisation du service public de l'emploi a délégué le recouvrement des cotisations à l'assurance chômage et à l'association pour la gestion du régime de garantie des créances des salariés (AGS) aux URSSAF et, outre-mer, aux caisses générales de sécurité sociale. L'article 5 de cette même loi a prévu que ce dispositif entrerait en vigueur à une date définie par décret, au plus tard le 1^{er} janvier 2012.

Toutefois, ainsi que l'explique le sénateur Alain Vasselle, rapporteur général, dans son rapport sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, « *au cours des travaux préparatoires à la mise en œuvre de cette délégation, il est apparu opportun, pour garantir toutes les conditions de réussite du transfert du recouvrement, de prévoir, en accord avec l'UNEDIC, la faculté d'appliquer le dispositif à une date antérieure au 1^{er} janvier 2012* ». Une phase pilote permettra ainsi de vérifier concrètement l'efficacité du transfert des opérations de recouvrement, avant de le généraliser.

Le I dispose donc que par anticipation à la date d'entrée en vigueur initialement prévue, les nouvelles modalités de recouvrement prévues par la loi du 13 février 2008 pourront s'appliquer dès l'année 2010, pour l'ensemble ou certaines catégories de cotisants et par un ou plusieurs des organismes qui seront

désormais chargés de ces opérations. Par ailleurs, le II maintient la procédure de règlement simplifié applicable aux cotisations et contributions des entreprises de moins de dix salariés.

L'application du I requiert la publication d'un décret simple, afin de fixer les conditions de cette anticipation limitée. Selon les informations communiquées au Rapporteur, il est actuellement « en cours de finalisation » et sa parution devrait intervenir très prochainement pour application au 1^{er} septembre.

L'article 1^{er} du projet de décret transmis au Rapporteur prévoit que sont recouvrées par l'URSSAF du Rhône les contributions et cotisations à l'assurance chômage et à l'AGS pour les établissements pour lesquels les cotisations de sécurité sociale sont recouvrées par cet organisme et pour les salariés ne relevant pas du *a* de l'article L. 5427-1, à savoir les salariés expatriés, les travailleurs frontaliers résidant en France et ne remplissant pas les conditions pour bénéficier des dispositions du règlement communautaire n° 1408/71 et les marins embarqués sur des navires battant pavillon d'un État étranger autre qu'un État membre de l'Union européenne, de l'Espace économique européen ou de la Confédération helvétique, ressortissants de ces États, inscrits à un quartier maritime français et admis au bénéfice de l'Établissement national des invalides de la marine.

Ces cotisations et contributions sont recouvrées au titre des rémunérations versées à compter du 1^{er} septembre 2010, lorsque l'employeur est soumis au paiement mensuel des cotisations de sécurité sociale, et au titre des rémunérations versées à compter du 1^{er} juillet 2010, lorsque l'employeur est soumis au paiement trimestriel des cotisations de sécurité sociale.

L'application du 2° du II de l'article 24 requiert également un décret simple. À cette fin, l'article 2 du projet de décret susmentionné fixe à 80 euros le montant cumulé des contributions et cotisations dues à compter du 1^{er} janvier de l'année en dessous duquel l'employeur peut n'accomplir qu'une déclaration et un versement par an. Il précise par ailleurs que cette déclaration et ce versement sont effectués au plus tard le 15 janvier de l'année suivante.

3. La comptabilisation de certaines prestations servies par les organismes de sécurité sociale pour le compte de tiers

L'article 32 a deux objets :

– préciser le financement de certaines prestations, telles l'allocation aux adultes handicapés, l'allocation supplémentaire d'invalidité et l'allocation de parent isolé servie dans les DOM, afin de permettre leur comptabilisation en comptes de tiers conformément à leur nature de prestations servies pour le compte de l'État ;

– introduire un plafonnement de prise en charge de ces prestations par l'État afin d'améliorer la prévention et le recouvrement des indus : celle-ci ne pourra excéder une fraction des prestations versées dans l'année.

La réforme est applicable à partir des comptes de l'exercice 2010.

Il revient à un décret simple le soin de préciser, pour chaque prestation concernée, les conditions du plafonnement de la prise en charge des pertes sur créances d'indus, notamment comment les taux seront fixés au regard des caractéristiques de chaque prestation et des objectifs de performance assignés à la branche.

Selon les informations communiquées à votre Rapporteur, ce décret est en cours de préparation. S'appuyant notamment sur une étude de la Caisse nationale d'allocations familiales relative à la gestion des indus, qui n'est pas encore achevée, il devrait être publié en septembre.

B. LE CONTRÔLE ET LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE

Dans ce domaine, sept articles nécessitent des mesures d'application. Ils portent respectivement sur la réforme des pénalités financières (**article 87**), le contrôle des arrêts de travail (**article 90**), l'expérimentation du contrôle des arrêts maladie des fonctionnaires (**article 91**), l'adaptation des pénalités financières aux fortes activités de soins de santé (**article 92**), l'interruption de la prescription de l'action en recouvrement (**article 93**), la sanction du donneur d'ordre en cas de travail dissimulé (**article 94**), l'application de la procédure d'opposition à tiers détenteur au recouvrement des cotisations en cas de travail dissimulé (**article 96**).

1. La réforme des pénalités financières

L'**article 87** renforce le dispositif de l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale, qui permet aux directeurs des organismes des branches vieillesse et famille de prononcer des sanctions financières dans le cas où des indus ont été versés en raison d'une déclaration inexacte ou incomplète, ou d'un changement non signalé dans la situation de l'allocataire.

D'une part, il allège la procédure, faisant en sorte que la pénalité puisse être prononcée avant même la constatation des indus et supprimant la condition d'un avis préalable d'une commission constituée au sein du conseil d'administration. L'allocataire peut cependant former un recours gracieux contre la décision du directeur. La commission apprécie alors la responsabilité de l'allocataire dans la réalisation des faits reprochés et, si elle l'estime établie, détermine le montant de la pénalité. Son avis est adressé simultanément à l'allocataire et au directeur, auquel revient la décision finale. Si celui-ci maintient la pénalité, l'allocataire peut saisir le juge ;

D'autre part, il étend le champ des actions susceptibles d'être sanctionnées. Sont ainsi désormais inclus l'exercice d'un travail dissimulé et les agissements visant à obtenir ou à tenter de faire obtenir le versement indu de prestations servies, même sans en être le bénéficiaire.

Il revient au pouvoir réglementaire de définir :

- le délai dans lequel l’allocataire peut former un recours gracieux contre la décision du directeur ;

- les faits autorisant le directeur à constater un agissement visant à obtenir ou à tenter de faire obtenir le versement indu de prestations versées, même sans en être le bénéficiaire ;

- les conditions permettant de garantir qu’un allocataire faisant l’objet d’une pénalité est effectivement informé de la sanction et dispose d’un délai raisonnable pour la contester.

Le projet de décret a été transmis au Conseil d’État fin juin. Il modifie l’article R. 114-11 du code de la sécurité sociale sur plusieurs points :

- il fixe à un mois le délai dans lequel le recours gracieux peut être formé ;

- il prévoit que la commission rend son avis après que le directeur de l’organisme ou son représentant a présenté ses observations et après avoir entendu la personne en cause, si celle-ci le souhaite, et que cet avis, motivé, porte notamment sur la matérialité des faits reprochés, sur la responsabilité de la personne et sur le montant de la pénalité susceptible d’être appliquée ;

- il précise que si la commission n’a pas rendu son avis dans les délais prévus, celui-ci est réputé conforme ;

- il dispose que les notifications s’effectuent par lettre recommandée avec demande d’avis de réception adressée par le directeur de l’organisme à l’intéressé.

Il modifie par ailleurs l’article R. 114-13 du même code pour ce qui est de la définition des faits :

- peuvent faire l’objet de pénalités les personnes qui ont agi dans le but d’obtenir ou de faire obtenir indûment à un ou des tiers le versement de prestations ;

- la caractérisation d’une intention délibérée n’est plus requise pour qualifier la remise de fausses déclarations ou l’omission dans la déclaration d’un changement de situation.

Il explicite les faits que l’article 32 a ajoutés à la liste de ceux qui peuvent être sanctionnés :

- l’omission de la déclaration du décès d’un bénéficiaire dans un délai de six mois par les successibles ayant obtenu ou ayant tenté d’obtenir indûment le versement de prestations vieillesse ;

– le bénéfice de prestations versées sous conditions de ressources ou de cessation d’activité à des personnes en situation de travail dissimulé.

Enfin, l’article R. 114-14 du même code, qui fixait le montant des sanctions, est abrogé, puisque celui-ci figure désormais à l’article L. 114-17.

Il convient de noter que ce n’est qu’à compter de la date de publication de ce décret d’application que des faits pourront être sanctionnés en vertu de ce nouveau régime de pénalités.

2. Le contrôle des arrêts de travail des salariés et des arrêts maladie des fonctionnaires

L’**article 90** renforce les mesures relatives au contrôle des arrêts de travail.

Pour cela, lorsqu’un contrôle, effectué par un médecin à la demande de l’employeur, conclut à l’absence de justification de l’arrêt de travail ou à l’impossibilité d’examiner l’assuré, il est prévu que ce médecin transmet son rapport au service du contrôle médical de la caisse qui, soit procède à un nouvel examen de l’assuré, soit suspend le versement des indemnités journalières.

Il revient au pouvoir réglementaire de préciser d’abord le délai dans lequel le médecin diligenté par l’employeur doit transmettre son rapport aux services du contrôle médical, ensuite le délai dont l’assuré ayant fait l’objet d’une suspension d’indemnités journalières dispose pour demander un deuxième examen par le service du contrôle médical et, enfin, le délai dans lequel ce service doit se prononcer. Pour mémoire, votre Rapporteur préconisait que ces délais soient respectivement fixés à quarante-huit heures, dix jours et quatre jours.

Par ailleurs, pour lutter contre les arrêts de travail de complaisance, l’article 90 prévoit que lorsqu’une prescription d’arrêt de travail intervient immédiatement après une suspension des indemnités journalières, la reprise du service de ces dernières est subordonnée à l’avis du service du contrôle médical. L’article prévoit qu’un décret doit préciser le délai dans lequel le service du contrôle médical doit alors rendre son avis.

Selon les informations communiquées à votre Rapporteur par le ministère du budget, le décret est en cours de contreseing. Il introduit deux nouveaux articles dans le code de la sécurité sociale :

– l’article D. 315-4 prévoit que le délai dont dispose l’assuré pour demander à sa caisse d’assurance maladie de saisir le service du contrôle médical est fixé à dix jours francs à compter de la notification de la décision de suspension des indemnités journalières et que le délai dont dispose ce service pour se prononcer est fixé à quatre jours francs à compter de la réception de la saisine de l’assuré ;

— l'article D. 323-4 prévoit qu'en cas d'arrêt de travail suivant une suspension des indemnités journalières, le service du contrôle médical dispose de quatre jours pour rendre son avis.

L'article 91 met en place le contrôle expérimental des arrêts maladie des fonctionnaires par l'assurance maladie.

Sur ce point, votre Rapporteur se félicite de la signature d'une convention de partenariat, le 26 mars dernier, entre l'assurance maladie et l'État. Six caisses primaires d'assurance maladie ⁽¹⁾ pourront ainsi procéder au contrôle des arrêts de travail, hors congés de longue durée ou de longue maladie, des fonctionnaires de l'État. La convention précise que l'expérimentation ne porte que sur les arrêts de travail itératifs de plus de quarante-cinq jours consécutifs et liés à une maladie d'origine non professionnelle. En cas de non-respect des règles de sortie ou de l'obligation de se soumettre aux contrôles médicaux, l'administration peut retenir une partie de la rémunération du fonctionnaire. En l'absence de justification médicale, le fonctionnaire doit reprendre ses fonctions.

Un décret en Conseil d'État, en cours de publication, autorise pour une durée de deux ans le traitement de données à caractère personnel des fonctionnaires de l'État pour le contrôle de leurs congés de maladie.

Selon les informations communiquées à votre Rapporteur, concernant les deux autres fonctions publiques, un décret en Conseil d'État et des conventions d'application sont en cours de rédaction. Votre Rapporteur souhaite que cette expérimentation soit rapidement mise en place pour les fonctions publiques hospitalière et territoriale, et ne doute pas que cette mesure d'équité pourra être généralisée dans deux ans, après son évaluation.

3. La mise en place de pénalités financières adaptées à certaines activités de soins

L'article 92 met en place des pénalités financières adaptées aux cas de fraude pratiquée par des pharmaciens, des fournisseurs, des transporteurs sanitaires, des laboratoires, des établissements hors tarification à l'activité (T2A), comme la psychiatrie ou les soins de suite et réadaptation, qui sont particulièrement difficiles à contrôler.

Ses modalités d'application doivent être précisées par un décret en Conseil d'État qui, selon informations communiquées à votre Rapporteur, fait à ce stade l'objet d'une concertation entre les professionnels de santé.

(1) Clermont-Ferrand, Lyon, Nice, Rennes, Paris et Strasbourg.

4. L'interruption de la prescription de l'action en recouvrement

L'**article 93** établit le caractère interruptif de la prescription de l'action en recouvrement d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée à un assuré.

Une circulaire, dont le projet n'a pas été communiqué à votre Rapporteur, serait en cours de finalisation et devrait être publiée début juillet.

5. Les mesures relatives à la lutte contre le travail dissimulé

L'**article 94**, issu d'un amendement déposé par votre Rapporteur, permet de sanctionner le donneur d'ordre d'un sous-traitant ayant eu recours au travail dissimulé.

La lettre collective de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) n° 2010-091 du 13 avril 2010 vient préciser les conditions d'application de cet article. Elle précise plusieurs points :

– la mise en œuvre de la nouvelle mesure suppose le constat d'une infraction de travail dissimulé et la démonstration de la complicité du donneur d'ordre dans la commission de cette infraction, par assistance ou par instigation ; pour être caractérisée, la complicité doit être intentionnelle, c'est-à-dire que le donneur d'ordre doit non seulement avoir connaissance de l'infraction, mais aussi avoir eu la volonté de s'y associer ;

– l'annulation des exonérations de cotisations et contributions sociales du donneur d'ordre peut être mise en œuvre dès l'établissement du procès-verbal à l'encontre du sous-traitant, sans attendre la condamnation pénale de ce dernier ;

– l'annulation s'effectue dans les conditions fixées à l'article L. 133-4-2 du code de la sécurité sociale ; elle peut être effectuée dans le cadre d'une procédure de contrôle menée par un inspecteur du recouvrement ou dans le cadre de l'exploitation d'un procès-verbal rédigé par un partenaire.

L'**article 96**, issu d'un amendement déposé par votre Rapporteur, permet d'appliquer la procédure d'opposition à tiers détenteur au recouvrement des cotisations en cas de travail dissimulé, y compris lorsqu'il s'agit de cotisations et contributions dues au titre de l'emploi de personnel salarié.

La lettre collective de l'ACOSS n° 2010-012 du 21 janvier 2010 précise que l'application de cet article s'aligne sur les modalités actuelles de recouvrement par voie d'opposition à tiers détenteur des cotisations des travailleurs indépendants

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

• *La loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 comporte 25 articles relatifs aux dépenses d'assurance maladie et d'accidents du travail et ne concernant pas spécifiquement le secteur médico-social.*

Parmi ces 25 articles, 20 traitent de l'assurance maladie. Ils appartiennent pour deux d'entre eux à la deuxième partie de la loi, qui regroupe les dispositions relatives à l'exercice 2009. Les 18 articles restants sont placés dans la section 1 « *Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie* » de la quatrième partie de la loi, qui comporte les dispositions de la loi relatives aux dépenses prévues pour l'année 2010.

Les cinq articles relatifs aux accidents du travail et aux maladies professionnelles constituent la section 3 de la quatrième partie de la loi.

• *Quatre articles ont été déclarés non conformes à la Constitution*

Dans le texte adopté en lecture définitive par le Parlement, la section 1 de la quatrième partie de la loi comportait quatre autres articles concernant les soins de ville et les établissements de santé que le Conseil constitutionnel, dans sa décision n° 2009-596 DC du 22 décembre 2009, a déclarés non conformes à la Constitution, considérant que leurs dispositions ne trouvent pas leur place dans une loi de financement de la sécurité sociale au motif qu'elles « *n'ont pas d'effet ou ont un effet trop indirect sur les recettes des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement* ». Il s'agit :

– de l'**article 36**, qui aménageait le régime des droits de propriété intellectuelle protégeant l'apparence et la texture des formes orales d'une spécialité pharmaceutique ;

– de l'**article 38**, qui supprimait la compétence exclusive du médecin traitant pour la surveillance et le suivi biologique de la contraception locale ou hormonale prescrite par une sage-femme ;

– de l'**article 50**, qui autorisait la publication d'informations relatives aux tarifs et honoraires des professionnels de santé sur les sites informatiques des établissements de santé dans lesquels ils exercent ;

– de l'**article 51**, qui procédait à la coordination de la rédaction des articles L. 6111-3 et L. 6323-1 du code de la santé publique.

• *15 des 25 articles relatifs à l'assurance maladie ou à la branche accidents du travail – maladies professionnelles sont d'application directe*

Comme chaque année, certaines dispositions de la loi relatives à l'assurance maladie ou aux accidents du travail et aux maladies professionnelles

sont de nature purement financière et, par suite, n'appellent pas de mesure réglementaire d'application. Sont ainsi d'application directe :

– l'**article 8**, qui rectifie le montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour 2009 et sa ventilation en sous-objectifs ;

– l'**article 63**, qui fixe les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et pour le régime général ;

– l'**article 64**, qui fixe, pour l'année 2010, les montants de l'ONDAM et de chacun de ses sous-objectifs ;

– l'**article 75**, qui fixe la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) et au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) ;

– l'**article 77**, qui détermine le 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 ;

– l'**article 78**, qui fixe l'objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour l'année 2010.

Par ailleurs, parmi les dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie ou aux accidents du travail, la loi compte neuf autres articles d'application directe :

– l'**article 34**, qui neutralise les dépenses exceptionnelles résultant de la pandémie de grippe A (H1N1) dans l'évaluation du risque de dépassement de l'ONDAM pour 2010 par le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie

– l'**article 37**, qui prévoit, pour les actes pratiqués dans le cadre de la télémédecine ou des coopérations entre professionnels de santé, une double dérogation à l'interdiction des rétrocessions d'honoraires à des personnes n'ayant pas la qualité de professionnel de santé et au principe selon lequel les consultations médicales doivent être données au cabinet du médecin ;

– l'**article 39**, qui prévoit la possibilité pour les contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) d'intégrer des avenants « destinés à y intégrer les objectifs fixés chaque année en matière de maîtrise médicalisée » des dépenses ;

– l'**article 43**, qui prévoit une dérogation à l'obligation faite aux médecins de communiquer au conseil départemental de leur ordre les contrats ayant pour objet l'exercice de leur profession pour le cas des contrats « conformes à un

contrat-type soumis à l'approbation des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale », ce qui vise notamment les CAPI ;

– l'**article 44**, qui permet de substituer l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) aux chirurgiens, anesthésistes réanimateurs et obstétriciens condamnés à verser des indemnités supérieures aux plafonds de garantie de leur assurance en responsabilité civile professionnelle ;

– l'**article 49**, qui modifie le code des juridictions financières afin d'inclure les établissements de santé privés et les organismes médico-sociaux dans le champ de contrôle de la Cour des comptes ;

– l'**article 61**, qui met en place, au profit du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), une procédure de déchéance de la partie du fonds de roulement de ce dernier correspondant à des crédits non engagés par les agences régionales de l'hospitalisation ou à des crédits engagés sur des opérations qui ont finalement été abandonnées ;

– l'**article 76**, qui charge le gouvernement de remettre au Parlement, avant le 30 septembre 2010, un rapport évaluant la faisabilité d'une voie d'accès individuelle au dispositif de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante, ainsi que le nombre de salariés potentiellement concernés par ce dispositif. D'après les informations recueillies, ce rapport serait en cours de rédaction à partir des résultats d'une mission confiée à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) en mai 2010.

En outre, la mise en application de l'**article 42**, qui organise la participation financière de l'assurance maladie au dispositif de « *développement professionnel continu* » des professionnels de santé institué par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite « HPST ») pour remplacer les différents régimes de formation continue préexistants, n'appelle pas de mesure réglementaire spécifique. Néanmoins, cet article n'est pas encore entré en vigueur car, conformément à son III, il ne sera applicable qu'à la date d'effet de la convention par laquelle l'organisme gestionnaire des fonds consacrés par l'assurance maladie à la formation continue des médecins transmettra ses biens, droits et obligations au futur organisme gestionnaire du développement professionnel continu des professionnels de santé, prévu par l'article 59 de la loi précitée. Selon les informations fournies à votre Rapporteur, cette convention devrait être conclue en octobre 2010 et le transfert des biens, droits et obligations pourrait intervenir le 1^{er} janvier 2011.

• *Enfin, la mise en application de dix articles relatifs à l'assurance maladie ou aux accidents du travail était subordonnée à la parution de textes réglementaires.*

Le nombre de textes réglementaires prévus par ces dix articles ou jugés nécessaires à leur application par le gouvernement s'élève à 19, dont 5 décrets en Conseil d'État, 5 décrets simples et 9 arrêtés.

Sur ces 19 textes, 3 ont été pris à ce jour, dont aucun des décrets en Conseil d'État prévus, un seul décret simple et deux arrêtés.

Ainsi, s'agissant des dispositions relatives à l'assurance maladie et aux accidents du travail, la mise en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a pris beaucoup plus de retard que celle de la précédente loi de financement : six mois après la publication de cette dernière, 13 des 30 textes réglementaires nécessaires à sa mise en application avaient été publiés.

Un tel retard est d'autant plus regrettable qu'il nuit au respect de l'ONDAM. En effet, la construction de cet objectif intègre des économies censées résulter notamment des mesures nouvelles prévues par la loi de financement. Une publication plus rapide des textes d'application pourrait ainsi contribuer à améliorer le suivi infra-annuel de l'évolution des dépenses d'assurance maladie, ce qui irait dans le sens des mesures proposées récemment par le groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie présidé par M. Raoul Briet à la demande du Premier ministre.

A. LES CONTRIBUTIONS DE L'ASSURANCE MALADIE À DIVERS FONDS ET ÉTABLISSEMENTS

1. La dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie au Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)

a) Dotation pour 2009

L'**article 6** a ramené de 240 à 190 millions d'euros le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie au FIQCS au titre de l'année 2009. Cette réduction s'explique par la sous-consommation des crédits du fonds : compte tenu de l'existence d'un fonds de roulement de 144 millions d'euros, les ressources du FIQCS atteignaient en effet 384 millions d'euros, pour des dépenses estimées à 216,6 millions d'euros seulement.

La répartition de la dotation de l'assurance maladie au FIQCS pour l'exercice 2009 entre les différents régimes obligatoires a été précisée par un arrêté du 25 janvier 2010.

b) Dotation pour 2010

L'**article 60** a fixé à 228 millions d'euros la dotation du fonds pour 2010, mais aucun arrêté n'en a précisé la répartition entre les différents régimes obligatoires d'assurance maladie.

En effet, selon les explications fournies à votre Rapporteur, chaque année, la Caisse nationale d'assurance maladie avance au fonds l'intégralité de la dotation prévue par la loi de financement. La répartition de cette dotation entre les différents régimes n'est arrêtée qu'*ex post*, une fois l'exercice annuel clos ; chaque régime reverse alors à la caisse nationale le montant de la part qui lui incombe.

2. La participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS)

a) Participation pour l'exercice 2009

L'**article 6** a révisé à la hausse le montant de la contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie à l'EPRUS au titre de l'année 2009, en le portant de 44 à 338,3 millions d'euros.

Cette hausse importante vise à compenser les charges imprévues que l'EPRUS a dû supporter, au cours de l'exercice 2009, dans le cadre de la campagne de vaccination contre la grippe A (H1N1), notamment en vue d'acquérir les vaccins nécessaires. En effet, en application de l'article 3135-4 du code de la santé publique, l'assurance maladie peut être conduite à prendre en charge 50 % des dépenses consenties par l'EPRUS pour constituer des stocks de produits de santé nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves.

b) Participation pour l'exercice 2010

L'**article 60** fixe à 44 millions d'euros le montant de la contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie à l'EPRUS au titre de l'année 2010.

D'après les éléments d'informations transmis à votre Rapporteur sur la situation budgétaire de l'EPRUS en 2010, la situation prévisionnelle de celui-ci laisse apparaître, au 31 décembre 2010, et sans modification des dotations déjà votées (41 millions d'euros pour l'État et 44 millions d'euros pour l'assurance maladie), un excédent de 85 millions d'euros pour l'État et de 235 millions d'euros pour l'assurance maladie.

Il convient de souligner que les crédits assurance maladie ne sont pas des crédits effectivement versés à l'établissement, mais constituent un « droit de tirage », les versements n'ayant lieu qu'en fonction du besoin réel exprimé par l'établissement sur une base mensuelle.

Sans événement exceptionnel de nature à infléchir la programmation prévisionnelle, les versements à l'EPRUS de la subvention pour charge de service public 2010 de l'État et de la dotation 2010 de l'assurance maladie ne seront donc pas nécessaires.

La suppression de ces deux dotations limiterait l'excédent de dotation à fin 2010 à 44 millions d'euros pour l'État et à 191 millions d'euros pour l'assurance maladie.

3. La participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)

L'article 60 a fixé à 264 millions d'euros le montant de la dotation du fonds pour 2010.

En application des dispositions de l'article précité, un arrêté du 14 juin 2010 (Journal Officiel du 22 juin 2010) a fixé la répartition entre les régimes obligatoires d'assurance maladie de leur participation au financement du fonds pour 2010.

4. La dotation à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM)

L'article 60 a fixé à 70 millions d'euros le montant de la dotation globale versée par les organismes d'assurance maladie en application de l'article L. 1142-23 du code de la santé publique.

5. La dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie contribuant au financement du dispositif d'interconnexion ANTARES

La loi n° 2004-811 du 13 août 2004 relative à la modernisation de la sécurité civile et le décret n° 2006-106 du 3 février 2006 ont prévu l'interopérabilité des réseaux de communication radioélectriques des services publics qui concourent aux missions de sécurité civile.

Dans ce cadre ont été créés deux réseaux qui peuvent être connectés : Acropol pour les services de police et ANTARES pour les sapeurs-pompiers et les SAMU. Ce système ANTARES doit permettre aux SAMU d'améliorer le fonctionnement des interventions d'urgence, notamment en cas de saturation des communications.

À ce titre, il convenait de mettre en place un dispositif de financement par les établissements de santé du recours au réseau ANTARES. Il était initialement prévu de financer le déploiement de ce nouveau réseau par le biais de la dotation relative aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)

en 2009 et 2010 (à hauteur de 4,77 millions d'euros en 2009 et d'un montant comparable en 2010). Cependant, ce déploiement est financé via un fonds de concours et le versement des établissements concernés à ce fonds de concours s'est avéré trop complexe à mettre en œuvre. Le recours au FMESPP est apparu quant à lui impossible, puisque cela excédait les missions que la loi attribue au fonds.

Le Gouvernement a donc proposé d'abonder le fonds par une dotation de l'assurance maladie, fixée par arrêté des ministres en charge de la santé, de la sécurité sociale et de l'intérieur.

D'après les informations recueillies par votre Rapporteur, l'arrêté fixant le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du dispositif d'interconnexion ANTARES devrait être publié au cours de l'été 2010.

6. La contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement des agences régionales de santé (ARS)

L'article 59 définit les modalités de fixation de la contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement des ARS pour l'année 2010.

Dans sa rédaction issue de l'article 118 de la loi dite « HPST », qui a institué les ARS, l'article L. 1432-6 du code de la santé publique dispose que les ressources des agences sont constituées, notamment, par « *des contributions des régimes d'assurance maladie* ». De telles contributions se justifient principalement par le fait que les ARS assurent la gestion des agents des caisses d'assurance maladie qui leur sont transférés, et qu'elles mettent en œuvre certaines actions de prévention de ces caisses.

L'article L. 1432-6 précise que ces contributions « *sont déterminées par la loi de financement de la sécurité sociale* ». Toutefois, les besoins de financement des ARS pour l'exercice 2010 dépendaient de la date à laquelle elles reprendraient le personnel et les missions des organismes auxquels elles se substituent. Or, cette date n'était pas connue avec certitude lors de la discussion du projet de loi de financement, l'article 131 de la loi dite « HPST » laissant au Gouvernement le soin de la fixer, au plus tard au 31 juillet 2010. C'est pourquoi la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 ne pouvait pas déterminer le montant de la contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie.

A défaut, l'article 59 donne compétence aux ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'agriculture pour arrêter cette contribution, dont il définit le mode de calcul. Ainsi, cette contribution comprend deux participations, dont le montant est établi « *au prorata de la période effective de fonctionnement* » des agences et correspond :

– pour l’une, aux dépenses afférentes aux emplois transférés aux ARS et aux crédits de fonctionnement s’y rapportant, pour 173 millions d’euros au maximum en année pleine ;

– pour l’autre, à des actions de prévention, pour un montant n’excédant pas 40 millions d’euros en année pleine.

Le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé a fixé la date d’installation des agences au 1^{er} avril 2010. Toutefois, les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l’agriculture n’ont pas encore arrêté le montant de cette contribution. En effet, selon les explications fournies à votre Rapporteur, l’organisation de certains transferts de personnels de l’assurance maladie ferait encore l’objet de discussions entre les ARS et certains organismes d’assurance maladie, ce qui ne permet pas de déterminer avec précision le montant des crédits afférents à ces emplois.

B. LES SOINS DE VILLE

1. La création d’un régime spécifique d’exonération du ticket modérateur post-affection de longue durée (ALD)

L’**article 35** crée un régime spécifique d’exonération du « ticket modérateur » pour les actes et examens nécessaires au suivi d’une affection pour laquelle un assuré a cessé d’être éligible au régime des affections de longue durée (ALD), qui ouvre droit à une exonération du « ticket modérateur » sur les prestations en lien avec les pathologies comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse.

Cette mesure tend à neutraliser le reste à charge induit pour le malade guéri d’une telle pathologie pour les soins et les examens de suivi qu’il doit subir, visant ainsi à rendre moins pénalisante la sortie du régime des ALD.

Elle s’inscrit dans un ensemble de mesures visant à maîtriser l’évolution de ce régime qui, comme le rappelle un récent rapport de la Mission d’évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) sur les ALD ⁽¹⁾, concerne 15 % des assurés et concentre 65 % des dépenses d’assurance maladie. En outre, le nombre d’assurés en ALD progresse à un rythme soutenu, et les dépenses d’assurance maladie qui leur sont consacrées augmentent plus vite que pour les autres assurés, au point que leur progression explique la quasi-totalité de la croissance des dépenses d’assurance maladie.

C’est donc pour veiller à ce que le bénéfice du régime des ALD soit attribué de façon pertinente que, par deux séries de recommandations publiées en décembre 2007 et en juin 2009, la Haute Autorité de santé a procédé à une

⁽¹⁾ Rapport d’information n° 1271 fait en conclusion des travaux de la mission d’évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les affections de longue durée par M. Jean-Pierre Door.

actualisation scientifique des critères d'éligibilité à ce régime et proposé une harmonisation des durées d'exonération, à deux ans pour certaines ALD et à cinq ans pour d'autres.

Pour accompagner ce resserrement des critères d'admission, le nouveau régime d'exonération du « ticket modérateur » pour les actes et examens de suivi post-ALD permet une sortie progressive du régime des ALD. Dans un premier temps au moins, il a vocation à concerner principalement les patients atteints d'un cancer et dont la maladie est stabilisée.

Les dispositions de l'article 35, codifiées au 10° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, prévoient que pour bénéficiaire du nouveau régime d'exonération post-ALD, les assurés doivent à la fois :

– avoir bénéficié du régime des ALD au titre de l'une des trente affections énumérées par l'article D. 322-1 du code de la sécurité sociale en application du 3° de l'article L. 322-3 du même code, mais ne plus remplir les critères d'admission à ce régime ;

– se trouver « *dans une situation clinique déterminée sur la base de recommandations de la Haute Autorité de santé* » et justifiant des actes et des examens médicaux de suivi de son état.

L'application des dispositions de l'article 35 nécessite un décret en Conseil d'État ainsi qu'un décret simple.

En effet, le premier alinéa de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale renvoie à un décret en Conseil d'État, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM), la possibilité de prévoir la suppression du « ticket modérateur » dans chacun des cas énumérés par cet article. Or, c'est dans cette énumération que l'article 35 a rétabli un 10°. La mise en œuvre du nouveau régime d'exonération nécessite donc un décret en Conseil d'État.

De plus, l'article 35 renvoie expressément à un décret simple, pris après avis de la Haute Autorité de santé, le soin de fixer les conditions d'admission au bénéfice du nouveau régime d'exonération post-ALD, ainsi que la durée de cette exonération.

Selon les informations fournies à votre Rapporteur, ces décrets seraient en cours d'élaboration et devraient être publiés simultanément dans un bref délai.

Le projet de décret simple transmis à votre Rapporteur propose de fixer à cinq ans la durée pour laquelle l'exonération post-ALD serait accordée. Cette durée serait renouvelable. Il prévoit aussi de confier aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale le soin d'arrêter conjointement la liste des affections ouvrant droit à ce dispositif d'exonération. Conformément aux annonces faites

dans le cadre des travaux préparatoires à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, le nouveau régime d'exonération post-ALD concernerait notamment les patients guéris d'un cancer.

2. L'expérimentation d'un système de dispense d'avance de frais en faveur des assurés et ayants droit de 16 à 25 ans pour une consultation de prévention par an

L'article 40 a précisé les conditions de mise en œuvre de l'article L. 162-12-18 du code de la sécurité sociale, qui ouvre droit, pour les assurés et ayants droit de seize à vingt-cinq ans, à une consultation médicale annuelle de prévention avec dispense d'avance de frais.

Dans sa rédaction issue de l'article 55 de la loi dite « HPST », l'article L. 162-12-18 renvoyait à un décret le soin de fixer le contenu, les modalités et les conditions de mise en œuvre de la consultation annuelle de prévention.

Le texte adopté en lecture définitive par le Parlement pour l'article 55 précisait que ces conditions de mise en œuvre pouvaient prévoir une phase expérimentale, ciblée sur une partie des assurés et ayants droit de seize à vingt-cinq ans. Toutefois, dans sa décision n° 2009-584 DC du 16 juillet 2009, le Conseil constitutionnel a déclaré cette disposition non conforme à la Constitution au motif qu'elle ne fixait pas de terme à l'expérimentation ainsi prévue.

Afin que la consultation annuelle de prévention sans avance de frais puisse dans un premier temps faire l'objet d'une expérimentation, l'article 40 a complété l'article L. 162-12-18 du code de la sécurité sociale par une disposition prévoyant la possibilité pour le décret d'application de cet article de réserver, à titre expérimental, le bénéfice de la consultation annuelle de prévention sans avance de frais à une partie des personnes de seize à vingt-cinq ans. Cette disposition fixe expressément le terme de cette expérimentation à l'échéance d'un délai de deux ans suivant l'entrée en vigueur de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, soit au 24 décembre 2011.

Selon le cabinet de la ministre de la santé et des sports, un projet de décret d'application a été transmis pour avis à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). L'expérimentation prévue par la loi serait conduite en 2010 et 2011 dans cinq départements : les Ardennes, les Côtes d'Armor, la Gironde, la Guadeloupe et la Seine-Saint-Denis. Elle serait ciblée sur les seuls assurés et ayants droit relevant du régime général, du régime agricole et du régime des indépendants, ce qui représenterait 53 900 personnes.

3. L'aménagement de la procédure de mise sous accord préalable

L'article 41 apporte des aménagements à la procédure de mise sous accord préalable, qui permet aux directeurs d'organismes locaux d'assurance maladie, lorsque le volume de prescriptions ou le niveau d'activité d'un médecin

paraissent excessifs au regard de la moyenne régionale, de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical le remboursement de ses actes et des produits de santé, prestations, arrêts de travail et transports sanitaires qu'il prescrit.

Cette procédure s'est avérée très dissuasive pour les médecins qui y sont soumis, mais sa mise en œuvre se heurte à deux difficultés principales :

– les critères de ciblage des médecins « surprescripteurs » ne sont pas toujours pertinents, car ils reposent sur des moyennes régionales et ne prennent en compte le volume de prescription d'un médecin qu'en valeur absolue, sans le rapporter au niveau d'activité total du médecin ;

– la procédure entraîne de lourdes charges de gestion pour les caisses d'assurance maladie, qui doivent établir un circuit spécifique de liquidation des prestations.

Aussi, pour faciliter la mise en œuvre de la procédure de mise sous accord préalable, l'article 41 a modifié l'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale pour apporter deux modifications aux critères d'appréciation du caractère excessif de l'activité et des prescriptions des praticiens :

– en prévoyant la possibilité de prendre pour base de référence une moyenne calculée à l'échelle du ressort de la caisse d'assurance maladie, plutôt qu'une moyenne régionale ;

– en fixant le principe suivant lequel le nombre d'actes et de prescriptions de chaque médecin doit être rapporté à son volume d'activité total, ce qui a le double avantage de ne plus faire peser de suspicion injustifiée sur les médecins ayant une activité intense et de faciliter le repérage des « surprescripteurs » ayant un faible volume d'activité, par exemple lorsqu'ils exercent à temps partiel.

De plus, afin de limiter le surcroît de charges de gestion résultant pour les caisses d'assurance maladie de la procédure de mise sous accord préalable, l'article 41 a modifié l'article L. 162-1-14 du code de la santé publique et complété l'article L. 162-1-15 du même code par deux paragraphes, pour instituer une procédure alternative à la mise sous accord préalable.

Suivant cette procédure alternative, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie pourra, conjointement avec le service du contrôle médical, proposer au médecin « surprescripteur » de souscrire un engagement à atteindre un objectif de réduction de ses volumes de prescription ou de réalisation d'actes. Si le médecin n'atteint pas cet objectif, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut lui infliger une pénalité inversement proportionnelle au niveau d'atteinte de l'objectif, dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale, soit 5 718 euros.

L'application de l'article 41 nécessite un décret en Conseil d'État. Le III de l'article 41 prévoit d'ailleurs que les dispositions de l'article ne sont applicables qu'aux faits postérieurs à la date de publication de ce décret.

Selon le cabinet de la ministre de la santé et des sports, un projet de décret en Conseil d'État sera prochainement élaboré et fera l'objet d'une concertation avec les représentants des médecins à partir du mois d'octobre. Cette concertation interviendra ainsi après les élections des membres des unions régionales des professions de santé (URPS), dont la date a été fixée au 29 septembre 2010 pour les médecins.

Le projet de décret en Conseil d'État transmis à votre Rapporteur prévoit que l'objectif proposé au médecin, dans le cadre de la procédure alternative à la mise sous accord préalable, ne puisse être inférieur à la moyenne locale ou régionale servant de base de référence, et que le délai imparti au médecin pour atteindre cet objectif soit compris entre quatre et six mois. Il décrit le déroulement de cette procédure alternative, et prévoit des échanges réguliers entre le médecin et un agent « référent » du service du contrôle médical.

4. La couverture du risque invalidité-décès pour les conjoints-collaborateurs des professionnels libéraux et des avocats

L'article 62 organise l'extension de la couverture obligatoire du risque invalidité-décès aux conjoints-collaborateurs des professionnels libéraux et des avocats.

A cette fin, il a complété les articles L. 644-2 et L. 723-6 du code de la sécurité sociale, concernant respectivement les conjoints-collaborateurs des professionnels libéraux et ceux des avocats, par des dispositions renvoyant à des mesures réglementaires le soin de déterminer, notamment, les conditions dans lesquelles le calcul des cotisations et des prestations est adapté pour leur affiliation.

L'article 62 renvoie ainsi à un décret simple s'agissant des conjoints-collaborateurs des professionnels libéraux, et à un décret en Conseil d'État pour ce qui concerne ceux des avocats.

Aucun de ces décrets n'a été publié à ce jour.

Selon le cabinet de la ministre de la santé et des sports, le décret simple pourrait être publié au mois de juillet 2010, et le décret en Conseil d'État peu de temps après.

C. LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

1. Les dispositifs de régulation des dépenses

a) La régulation des dépenses de transports sanitaires

Devant la croissance soutenue des dépenses d'assurance maladie au titre des transports sanitaires, le **I** de l'**article 45** a pour objet de mettre en place, selon un mode contractuel, un dispositif de régulation des dépenses de frais de transport des établissements de santé destiné à les responsabiliser sur l'évolution de leurs propres dépenses de transports.

Le nouvel article L. 322-5-5 du code de la sécurité sociale, introduit par l'article 45, dispose ainsi que l'État procède à une analyse nationale de l'évolution des prescriptions de transport et fixe par arrêté, sur la base de cette analyse et sur recommandation du Conseil de l'hospitalisation, un taux prévisionnel d'évolution des dépenses de transport remboursées sur l'enveloppe des soins de ville.

Dans le cas où les résultats de l'analyse de l'évolution des dépenses de transports sanitaires, éclairés par l'avis de l'organisme local d'assurance maladie, amèneraient l'agence régionale de santé à estimer que le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de transport n'a pas été respecté par un établissement, il est prévu que l'agence régionale peut décider de conclure avec celui-ci et l'organisme local d'assurance maladie un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les transports, d'une durée de trois ans.

Si l'établissement de santé refuse de signer le contrat visant à maîtriser l'évolution des dépenses en matière de transports sanitaires, l'agence régionale de santé lui adresse une injonction de reverser à l'organisme local d'assurance maladie un pourcentage, plafonné à 10 %, du montant des dépenses de transport liée aux prescriptions des médecins y exerçant une activité.

Dans le cas d'un non respect par un établissement de santé de son objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de transport, et à l'issue d'une procédure respectant le principe du contradictoire, l'agence régionale de santé peut lui enjoindre, lors d'un bilan annuel qui aura lieu à la fin de chacune des trois années de la durée du contrat, de verser à l'organisme local d'assurance maladie un pourcentage du montant de ses dépenses de transport, dont la somme ne pourra dépasser le montant du dépassement de son objectif.

Dans un souci d'efficacité, il était également mis en place un dispositif d'intéressement de l'établissement de santé aux économies réalisées. L'agence régionale de santé peut ainsi demander à l'organisme local d'assurance maladie de reverser à l'établissement de santé une fraction des économies réalisées.

Afin d'assurer toutes les garanties de sécurité juridique au nouveau dispositif de régulation mis en place, ses modalités d'application devaient être précisées par un décret en Conseil d'État.

A ce jour, ni l'arrêté relatif à la fixation du taux prévisionnel d'évolution des dépenses de transport remboursées sur l'enveloppe des soins de ville, ni le décret en Conseil d'État relatif aux modalités d'application de ce dispositif de maîtrise médicalisée des dépenses de transport n'ont été édictés.

Toutefois, d'après les éléments d'information recueillis par votre Rapporteur, l'arrêté serait en cours de signature suite à la recommandation encore officieuse du Conseil de l'hospitalisation du 26 juin, qui ne sera établie qu'après consultation des fédérations hospitalières qui ont jusqu'au 12 juillet pour faire part de leurs observations, tandis que le décret en Conseil d'État aurait fait l'objet d'une saisine de ce dernier à la fin du mois de juin.

On peut donc espérer que ce dispositif de régulation, de nature à inciter à la mise en place d'une organisation des transports sanitaires plus efficace, et qui devait générer, d'après le ministère de la santé, une économie de 55 millions d'euros en 2010, sur la base d'un taux de progression de la dépense de 4 % qui semble faire consensus, entrera rapidement en vigueur.

b) Le nouveau cadre d'expérimentations en matière de gestion des dépenses de transport liées aux prescriptions

Le **II** de l'**article 45** met en place un nouveau cadre d'expérimentations en matière de gestion des dépenses de transport liées aux prescriptions hospitalières.

L'expérimentation consiste à offrir aux établissements de santé, sur la base du volontariat, la possibilité de mettre en œuvre, à partir du 1^{er} janvier 2010, et pour une durée de cinq ans au maximum, de nouvelles modalités d'organisation et de régulation des transports destinées à les responsabiliser davantage et à optimiser leurs dépenses de transport. La liste des établissements de santé, entrant dans le champ de l'expérimentation, est fixée par les agences régionales de santé, dans un délai de six mois à compter de la publication de la loi.

L'objet de ces expérimentations est de développer des modes de transports plus efficaces, en facilitant la mise en place de transports partagés en recourant notamment à des véhicules sanitaires légers (VSL) ou des transports de patients à mobilité réduite.

L'arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale prévu pour fixer le cahier des charges de mise en œuvre et d'évaluation de cette expérimentation n'a pas été encore édicté et serait, d'après le ministère de la santé, en cours de préparation.

Après l'échec des expérimentations prévues par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, il serait temps d'expérimenter enfin de nouvelles modalités d'affectation de la ressource de transport, afin de permettre une meilleure régulation économique d'un secteur fortement inflationniste.

c) La régulation des prescriptions hospitalières de médicaments délivrés en ville

L'**article 47** a pour objet de mieux encadrer les prescriptions à l'hôpital, en mettant en place un dispositif similaire à celui que prévoit l'article 45 pour les transports sanitaires afin de responsabiliser les établissements de santé.

Il propose de fixer un taux national d'évolution des dépenses de médicaments des établissements de santé et de sanctionner les établissements dont la prescription dépasserait ce taux. Les agences régionales de santé et les organismes d'assurance maladie pourront conclure un contrat avec les établissements de santé dont les prescriptions de médicaments ne seraient pas maîtrisées. Ce contrat comportera un objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de médicaments pour l'établissement et un objectif d'amélioration des pratiques hospitalières en terme de prescriptions de médicaments.

A ce jour, ni l'arrêté relatif à la fixation du taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments remboursées sur l'enveloppe des soins de ville, ni le décret en Conseil d'État relatif aux modalités d'application de l'encadrement des prestations hospitalières de médicaments n'ont été édictés.

2. La tarification à l'activité

L'**article 48** vise, d'une part, à repousser de 2012 à 2018 la date cible de l'achèvement de la convergence intersectorielle entre les établissements de santé publics et privés tout en aménageant des mesures dérogatoires pour la Guyane et les hôpitaux locaux et, d'autre part, à adapter le droit de la sécurité sociale à la situation d'assurés sociaux se faisant soigner dans un hôpital étranger en substitution d'un hôpital français, conformément à des accords relatifs aux soins transfrontaliers que la France a signés avec certains de ses voisins.

a) Le report de la convergence tarifaire intersectorielle à 2018

Si le report de 2012 à 2018 de l'achèvement du processus de convergence intersectorielle qui vise à rapprocher les tarifs des établissements de santé du secteur public de ceux du secteur privé est d'application immédiate, il convient de souligner que le **a) du II de l'article 48** a avancé du 15 octobre au 15 septembre la date de remise annuelle au Parlement des rapports sur la tarification à l'activité d'une part et sur l'avancement de la convergence tarifaire intersectorielle d'autre part et que ce dernier rapport devra dorénavant contenir un programme précisant la méthode et les étapes permettant de progresser dans la réalisation de la convergence intersectorielle des tarifs.

b) Les mesures dérogatoires pour la Guyane

En 2004, il a été décidé de surseoir, pour les trois établissements de santé de Guyane, antérieurement sous dotation globale, à l'application de la tarification à l'activité, notamment en raison de l'existence de systèmes d'information

insuffisants dans ces établissements. A compter de 2010, les établissements de santé publics de Guyane ont été soumis à la tarification à l'activité dans les mêmes conditions que les établissements métropolitains, mais il ne leur restait ainsi plus que deux années, 2010 et 2011, pour achever leur convergence intrasectorielle.

Pour tenir compte de leur entrée tardive dans le dispositif de la T2A, le 1^o du I de l'article 48 prévoit des modalités de transition compatibles avec leur situation et comparables en durée avec ce qui a été fait pour les autres établissements. Le calendrier de la convergence intrasectorielle est ainsi aménagé en conséquence et il est prévu pour ces trois établissements de santé, que la date d'achèvement de la convergence sera fixée par décret, et donc éventuellement plus tardivement que pour les autres établissements publics de santé, pour lesquels la fin du processus de convergence intrasectorielle reste 2012.

Le décret n° 2010-667 du 17 juin 2010 relatif au remboursement des dépenses de soins dans les établissements de santé de Guyane détaille les modalités de transition particulières de la convergence intrasectorielle pour les trois établissements de santé de Guyane.

L'article 2 du décret fixe les modalités techniques de construction du coefficient de transition pour ces établissements. Ce coefficient, propre à chaque établissement, mesure la sur ou sous-dotation initiale de celui-ci par rapport au financement de son activité aux tarifs nationaux et vient ainsi augmenter ou diminuer ces derniers. D'ici la fin de la période de convergence intrasectorielle, chaque coefficient doit se rapprocher progressivement de 1, de sorte qu'à cette date, tous les établissements d'un même secteur reçoivent, pour une activité identique, une ressource équivalente.

En précisant dans son article 3 que les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent chaque année, au 1^{er} mars, un taux de convergence du coefficient de transition applicable aux établissements de santé de Guyane de sorte que la valeur de ce coefficient soit égale à 1 en 2018, ce décret fixe donc à 2018 la date de l'achèvement de la convergence intrasectorielle pour ces établissements.

c) Les mesures dérogatoires pour les hôpitaux locaux

Après l'entrée en vigueur de la tarification à l'activité en 2004, les hôpitaux locaux ont continué à être financés, de façon dérogatoire, par dotation globale. Compte tenu de la suppression de leur statut spécifique opérée par la loi dite « HPST » et de leur alignement sur le régime juridique de droit commun des établissements publics de santé, ils auraient donc dû se voir appliquer la T2A en 2010.

Pour permettre une entrée plus progressive dans le dispositif, le 3^o du I de l'article 48 permet le maintien du financement dérogatoire par dotation globale pour les hôpitaux locaux. Par ailleurs, comme pour les établissements de santé de Guyane, le calendrier de la convergence intrasectorielle est aménagé et prévoit que la date d'achèvement de cette dernière sera fixée par décret.

Contrairement à la situation des établissements de santé de Guyane, le décret prévu pour détailler la date limite pour l'arrêt du financement dérogatoire des hôpitaux locaux sous forme de dotation globale et décrivant les modalités de transition particulières de la convergence intrasectorielle pour ces établissements de santé est toujours en attente de publication. D'après les informations du ministère de la santé, il devrait néanmoins être publié très prochainement au mois de juillet 2010.

d) La prise en charge des assurés français hospitalisés dans des régions frontalières

Le 2° et 3° du II de l'article 48 vise à prendre en compte le cas des assurés sociaux français résidant en France, mais pris en charge dans un hôpital étranger en application d'un accord entre la France et l'État concerné, notamment dans les régions frontalières.

Ces dispositions ont notamment pour objet de comptabiliser les dépenses de soins dispensés dans ce cadre dans une ligne spécifique de l'ONDAM et à permettre à une caisse primaire d'assurance maladie (dite « caisse pivot »), désignée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, de régler à l'hôpital étranger les sommes dues au titre des soins dispensés aux patients concernés, pour le compte de l'ensemble des régimes français, sachant que ne sont pas visés par cette mesure les soins dispensés par un établissement étranger à des assurés sociaux français à l'occasion d'un séjour dans l'Union européenne, qui sont remboursés via le Centre de liaisons européennes et internationales de sécurité sociales (CLEISS), en application des règlements communautaires de coordination des systèmes de sécurité sociale.

Les dispositions de l'article 48 visaient essentiellement à donner une base légale au paiement qu'effectuera une « caisse pivot » à l'hôpital transfrontalier de Puigcerdà, en Catalogne, à la frontière franco-espagnole, pour les patients relevant d'un régime français d'assurance maladie et pris en charge dans cet hôpital.

D'après les informations recueillies par votre Rapporteur, si la désignation par arrêté d'une « caisse pivot », qui devrait vraisemblablement être, sous réserve des contraintes de gestion du réseau des caisses, la caisse primaire de Perpignan, n'est toujours pas intervenue, l'arrêté, qui ne pose aucune difficulté technique, devrait être pris d'ici la fin de l'année 2010, sachant que la mise en service de l'hôpital de Puigcerdà n'est prévue que pour 2012.

En effet, si la convention constitutive du groupement européen de coopération transfrontalière, qui porte l'hôpital transfrontalier de Puigcerdà, a été signée par la ministre fin avril 2010, les statuts, qui mentionnent notamment les rapports entre le groupement et l'assurance maladie française, ne sont en revanche pas encore signés et aucune réunion du conseil d'administration du groupement n'est programmée pour l'instant. Il est toutefois prévu que l'ARS Languedoc-

Roussillon, les caisses primaires d'assurance maladie locales et la Caisse nationale d'assurance maladie travaillent ensemble sur ce sujet à la rentrée.

D. LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES

Les dispositions de l'**article 74** avaient pour objet d'instaurer un système de « bonus-malus » pour inciter davantage les entreprises à s'engager dans une démarche de prévention des accidents du travail, en renforçant l'efficacité ou en généralisant les dispositions d'incitation financière existants.

1. L'amélioration de l'efficacité des cotisations supplémentaires

a) La fixation d'un montant minimal pour les cotisations supplémentaires

Le 1^o de l'**article 74** prévoit, afin de les rendre plus dissuasives, qu'un arrêté déterminera désormais le taux, la durée pendant laquelle est due et surtout le montant forfaitaire minimal des cotisations supplémentaires imposées aux entreprises, lorsque l'exploitation présente des risques exceptionnels révélés notamment par une infraction aux règles d'hygiène et de sécurité ou lorsqu'elle n'observe pas les mesures de prévention édictées par les caisses.

La mise en place d'un montant plancher devait contribuer à accroître l'efficacité des mesures de prévention, l'objectif étant, d'après le ministère du travail, de parvenir à ce que, dans 100 % des cas, l'injonction soit suivie d'une mise en oeuvre, contre 50 % des cas actuellement seulement.

Votre Rapporteur constate que l'arrêté prévu n'a pas été encore édicté à ce jour et regrette en conséquence que ces cotisations supplémentaires ne soient toujours pas réellement dissuasives.

b) Le nouveau cas de dispense d'injonction préalable en cas d'imposition d'une cotisation supplémentaire

Le 2^o de l'**article 74** ouvre une nouvelle possibilité d'imposer une cotisation supplémentaire sans recourir à la procédure lourde de l'injonction préalable, dès lors qu'une première injonction aura déjà été adressée à un établissement pour des situations particulièrement graves de risque exceptionnel, définies par voie réglementaire.

Cet arrêté, qui doit certes être soumis à l'avis de la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles et de la Caisse nationale d'assurance maladie, qui doit également consulter les comités techniques nationaux mentionnés à l'article L. 422-1 du code de la sécurité sociale, n'a toujours pas été édicté.

2. La généralisation de l'octroi d'aides financières simplifiées

Le 3° de l'article 74 vise, en tirant les conséquences d'un dispositif expérimental qui a fait ses preuves, à donner une base législative à l'octroi par les caisses de retraite et de santé au travail d'aides financières simplifiées, sous forme de subventions directes aux petites entreprises dans le cadre d'enveloppes limitatives.

D'après le dispositif, les entreprises qui seront éligibles aux programmes nationaux de prévention définis par la Caisse nationale d'assurance maladie ou aux programmes locaux définis par une caisse régionale d'assurance maladie, pourront se voir accorder des subventions par une caisse régionale, dans des conditions qui seront précisées par arrêté.

Cet arrêté n'a toujours pas été édicté.

D'après les informations recueillies par votre Rapporteur auprès du ministère du travail, un seul arrêté d'application pour l'article 74 serait en cours de rédaction suite au séminaire du 9 juin 2010, qui s'est tenu avec les partenaires sociaux et qui devrait être soumis à la commission accidents du travail et maladies professionnelles le 7 juillet 2010.

Il n'en demeure pas moins regrettable que les principales mesures de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles soient toujours privées d'effet.

III.- LE MÉDICO-SOCIAL

Même si les articles concernant le secteur médico-social figurent avec les dispositions relatives aux dépenses d'assurance-maladie, votre commission des affaires sociales avait souhaité, compte tenu de la spécificité des problématiques de ce secteur et de la perspective d'une grande loi sur le cinquième risque, consacrer un rapport particulier au secteur médico-social, confié à notre collègue Isabelle Vasseur. C'est dans la continuité de cette décision qu'il a été décidé de consacrer, dans ce rapport, une partie spécifique à ce secteur, au même titre que la maladie, la vieillesse ou encore la famille.

Six articles consacrés au secteur médico-social figurent dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010. Sur ces 6 articles, 4 nécessitent des mesures réglementaires.

Seuls deux articles ne nécessitaient pas de mesures d'application :

– **l'article 54**, ouvrant la possibilité pour un groupement de coopération social et médico-social de gérer une pharmacie à usage interne ;

– **l'article 56**, prévoyant l'extinction progressive du financement de la majoration pour parent isolé de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

1. Les frais de transport des personnes adultes handicapées

L'**article 52** a pour objet de confier aux établissements concernés, maisons d'accueil spécialisées (MAS) et foyers d'accueil médicalisés (FAM), l'organisation des frais de transport des personnes adultes lourdement handicapées suivies en externat ou en semi-externat. Les établissements recevront, dans le cadre du forfait-soins, une dotation qui leur permettra de financer des transports plus efficaces, en privilégiant, comme le souligne l'exposé des motifs, « *le transport partagé de proximité* ».

Un décret en Conseil d'État est en instance d'examen à la section sociale du Conseil et devrait donc être rapidement publié.

2. La mise en place d'une analyse des coûts dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

L'**article 53** a pour objectif de confier à la CNSA le soin de réaliser une analyse des coûts de revient et des tarifs des établissements sociaux et médico-sociaux, afin de disposer d'informations les plus précises possibles et d'améliorer la transparence. À terme, de telles données devront permettre de favoriser une allocation optimale des ressources. Un décret doit venir préciser le champ de cette

étude, mais sa publication est suspendue à la conclusion d'une nouvelle convention d'objectifs et de gestion avec la CNSA, ce qui devrait intervenir d'ici la fin de l'année.

3. La gestion des crédits de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

L'article 55 a modifié l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles afin de permettre à la CNSA de gérer certains crédits au niveau national, par exemple pour financer des établissements exerçant en Suisse ou dans un État membre de l'Union européenne mais accueillant des ressortissants français.

Le montant de ces crédits a été fixé par à 60 millions d'euros par l'article 5 de l'arrêté du 9 juin 2010, fixant pour l'année 2010, la contribution des régimes d'assurance maladie, l'objectif de dépenses et le montant total annuel des dépenses pour les établissements et services relevant de la CNSA mentionnés à l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles et fixant le montant mentionné à l'article L. 314-3-4 du même code. Cet arrêté a été publié au Journal Officiel du 18 juin 2010.

4. Le plafonnement du forfait journalier dans les maisons d'accueil spécialisées

L'article 58 prévoit que l'application de l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale relatif au forfait journalier, ne puisse conduire à faire descendre les ressources des personnes accueillies en maison d'accueil spécialisée en dessous d'un montant minimum, que les personnes soient astreintes ou non à son paiement.

Le décret n° 2010-15 du 7 janvier 2010 est venu préciser que ce revenu minimum garanti est porté à 30 % du montant de l'allocation aux adultes handicapés, à l'instar de celui des personnes accueillies dans les autres établissements.

IV.- L'ASSURANCE VIEILLESSE

Contrairement à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 qui comportait de très nombreux articles consacrés à l'assurance vieillesse, celle pour 2010 ne contient que peu d'articles consacrés à notre système de retraite. Ceci s'explique par l'annonce par le Président de la République, en juillet 2009 devant le Congrès, d'une grande réforme des retraites qui fera dans les prochaines semaines l'objet de la pleine attention de notre Assemblée.

Une disposition importante a néanmoins trouvé sa place dans la loi de financement : il s'agit de la réforme de la majoration de durée d'assurance pour enfants dans le régime général et les régimes alignés. Une contrainte juridique forte existait en effet depuis un arrêt de la Cour de cassation de février 2009 qui faisait peser un risque juridictionnel important sur ce dispositif essentiel pour les retraites des femmes. Il a donc été décidé de réformer ce dispositif, sans attendre la réforme annoncée des retraites.

Sur les 9 articles relatifs à l'assurance vieillesse, 7 nécessitent des mesures réglementaires d'application qui, pour l'essentiel, sont en phase finale d'élaboration.

Seuls deux articles ne nécessitaient pas de mesures d'application :

– **l'article 66**, étendant le cumul emploi-retraite ;

– **l'article 73**, relatif aux objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2010.

Par ailleurs, **l'article 67**, relatif au cumul emploi-pension d'invalidité et au non cumul pension d'invalidité-pension de retraite, nécessite la rédaction d'une simple circulaire d'application, qui sera publiée d'ici la fin du mois de juillet.

1. La réforme de la majoration de durée d'assurance

L'**article 73** a réformé en profondeur l'article L. 351-4 du code de la sécurité sociale qui prévoit une majoration de durée d'assurance pour enfants dans le régime général et les régimes alignés. Un décret en Conseil d'État doit venir préciser les modalités d'application du dispositif rénové. Un projet de décret a été rédigé et transmis au Conseil d'État.

Par ailleurs, une circulaire n° 2010/57 de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), en date du 22 juin, est venue apporter des précisions pour les parents d'enfants nés avant le 1^{er} janvier 2010. En effet, pour ces enfants, les majorations liées à l'éducation ou à l'adoption sont normalement attribuées à la mère, sauf si le père apporte la preuve, dans un certain délai, qu'il a élevé seul

l'enfant pendant une ou plusieurs années au cours de ses quatre premières années ou des quatre années suivant son adoption.

La circulaire précise que pour les enfants nés (ou adoptés) avant le 2 juillet 2006, les majorations de durée d'assurance seront attribuées à la mère, sauf si, avant le 28 décembre 2010, le père de l'enfant apporte la preuve, auprès de la caisse de retraite compétente, qu'il a élevé seul son enfant.

Pour les enfants nés (ou adoptés) du 2 juillet 2006 au 31 décembre 2009, les pères ayant élevé seuls leur enfant devront attendre qu'il ait atteint son quatrième anniversaire et se prononcer dans les six mois qui suivent cette date. Pour un enfant né le 2 juillet 2006 par exemple, la demande du père serait donc recevable jusqu'au 2 janvier 2011.

2. Le cumul emploi-retraite des médecins

L'article 68 est issu d'une initiative de notre collègue Guy Lefrand, soutenu par notre commission. Il vise, en ces temps de pénurie médicale dans certaines régions, à favoriser le cumul emploi-retraite des médecins, dans le prolongement direct des dispositions libéralisant le cumul emploi-retraite inscrites en loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. Cet article prévoit donc le paiement d'une cotisation forfaitaire et non pas proportionnelle aux revenus d'activité.

Un décret simple est nécessaire pour mettre en œuvre cette disposition, mais il doit être précédé d'une concertation avec la profession qui devrait commencer, malheureusement un peu tardivement, cet automne.

3. L'interdiction du cumul de l'assurance vieillesse des parents au foyer et de la majoration de durée d'assurance dans la fonction publique

L'article 69, issu d'une initiative de M. Dominique Leclerc, sénateur, a pour objet de mettre fin à une anomalie dénoncée à la fois par le Conseil d'orientation des retraites et par la Cour des comptes.

En effet, les fonctionnaires qui interrompent ou réduisent leur activité professionnelle pour élever un enfant dans le cadre d'un congé parental, d'un temps partiel de droit ou d'un congé de présence parentale, bénéficient de la prise en compte de ces périodes jusqu'à trois ans par enfant pour le calcul de la durée d'assurance validée. Dans le même temps, s'ils en remplissent les conditions, ils sont susceptibles d'être affiliés automatiquement à l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF). Celle-ci vise à comptabiliser les périodes passées au foyer pour élever des enfants comme des périodes d'assurance dans le calcul des pensions de vieillesse. Jusqu'alors, les fonctionnaires pouvaient cumuler le bénéfice de ces deux dispositifs.

L'objectif, simple, de cet article est donc de supprimer cette possibilité de cumul. Mais, les réunions préparatoires au nécessaire décret d'application ont fait apparaître des difficultés de mise en œuvre qui pourraient rendre nécessaire une modification de l'article. Il serait utile que le Gouvernement puisse éclairer l'Assemblée nationale sur ce point.

4. Le transfert au Fonds de solidarité vieillesse du financement de certains avantages contributifs

L'article 70 prévoit de transférer au Fonds de solidarité vieillesse (FSV) le financement de certains avantages non contributifs (validations gratuites de trimestres au titre de périodes d'arrêt maladie, maternité, accidents du travail, maladies professionnelles et invalidité) aujourd'hui financés par les régimes eux-mêmes.

Un décret en Conseil d'État, qui doit fixer les modalités concrètes de cette prise en charge, est en préparation et devrait être publiée d'ici septembre.

5. La protection sociale de l'auto-entrepreneur

L'article 71, adopté à l'initiative de M. Dominique Leclerc, sénateur, modifie le régime de protection sociale des auto-entrepreneurs. Il prévoit d'abord que la compensation assurée par l'État aux organismes de sécurité sociale concerne les auto-entrepreneurs ayant un revenu inférieur à un seuil fixé par décret. Il prévoit ensuite que les auto-entrepreneurs n'ayant pas déclaré de chiffre d'affaire pendant trois ans, au lieu de un auparavant, perdent le bénéfice du régime. Il ouvre également le régime de l'auto-entrepreneur à tous les professionnels libéraux non réglementés, qu'ils soient créateurs ou déjà en activité. Enfin, cet article ouvre, jusqu'au 28 février 2010, au titre de l'année 2010, le bénéfice de l'option pour bénéficier du régime de l'auto-entrepreneur aux professionnels libéraux affiliés à la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse (CIPAV).

Cet article nécessitait un décret simple, afin de fixer le seuil prévu au nouvel article L. 133-6-8-2. Ce décret n°2010-696 créant un nouvel article D.131-6-4 dans le code de la sécurité sociale a été publié au *Journal Officiel* du 26 juin dernier. Le seuil a été fixé au montant du SMIC en vigueur au 1^{er} janvier de l'année considérée, calculée sur la base de 200 heures.

6. Les modifications aux dispositifs d'assurance volontaire vieillesse

L'article 72 a pour objet d'apporter plusieurs modifications aux dispositifs d'assurance volontaire vieillesse et de rachat au titre de l'assurance volontaire.

La Cour de cassation a jugé, par un arrêt du 19 février 2009, que la faculté de rachat ouverte aux travailleurs expatriés ne pouvait être refusée à un ressortissant étranger. Cet article remplace donc la condition de nationalité

française par une condition d'affiliation préalable, à quelque titre que ce soit, à un régime français obligatoire d'assurance maladie pendant une durée minimale qui sera fixée par décret. Cette modification concerne les travailleurs salariés, les travailleurs non salariés non agricoles, ainsi que les exploitants agricoles. Elle est également applicable pour les parents expatriés chargés de famille.

Cet article augmente ensuite le tarif du rachat au titre de l'assurance volontaire, dans le prolongement des mesures ayant eu pour effet de rationaliser certains dispositifs de validations rétroactives de périodes d'assurance. Conformément aux recommandations de la Cour des comptes, il est proposé de fixer ce rachat à hauteur du « rachat Fillon », applicable pour les années d'études et les années incomplètes. Cette mesure entrera en vigueur pour les demandes de rachat déposées à compter d'une date fixée par décret et au plus tard à partir du 1^{er} janvier 2011.

Cet article nécessite la rédaction d'un décret en Conseil d'État et d'un décret simple, décrets qui devront être soumis aux conseils d'administration compétents. Compte tenu de la date d'entrée en vigueur fixée au 1^{er} janvier 2011, ces textes réglementaires devraient être pris d'ici la fin de l'année.

V.- LA BRANCHE FAMILLE

Concernant la branche famille, l'**article 84**, fixant les objectifs de dépense de la branche famille, est d'application directe.

Pour mémoire, on rappellera que dans sa décision n° 2009-596 DC du 22 décembre 2009, le Conseil constitutionnel a déclaré contraires à la Constitution les articles 80 à 83, au motif que ces dispositions ne trouvaient pas leur place dans une loi de financement de la sécurité sociale.

Seul l'**article 79**, prévoyant l'octroi d'un prêt pour l'amélioration de l'habitat aux assistants maternels, nécessite la publication d'un texte réglementaire.

Le décret n° 2010-640 du 9 juin 2010 relatif au prêt à l'amélioration de l'habitat, modifiant les articles D. 542-35 à D. 542-38 du code de la sécurité sociale, en précise les conditions d'application.

Tout d'abord, il est prévu que les prêts peuvent être accordés aux assistants maternels, qu'ils soient ou non allocataires, ayant la qualité de propriétaires, de locataires ou d'occupants de bonne foi des locaux qu'ils habitent. Les prêts doivent être destinés à permettre l'exécution de travaux visant à améliorer l'accueil, la santé ou la sécurité des enfants gardés au domicile de l'assistant ou à faciliter l'obtention, le renouvellement ou l'extension de l'agrément de l'assistant maternel.

Par ailleurs, la prise en charge des dépenses engagées par l'assistant maternel ne pourra excéder 80 % d'un plafond fixé à 10 000 euros. Pour mémoire, cette limite est de 1 067,14 euros pour les autres particuliers bénéficiaires du prêt.

Le décret prévoit également que le remboursement du prêt s'effectue pour les assistants maternels sur 120 mensualités au maximum, soit 10 ans – pour 36 mensualités selon le droit commun – exigibles à compter du sixième mois qui suit l'attribution. Surtout, alors que chaque mensualité de remboursement versée par un allocataire est normalement majorée de 1 % de son montant à titre d'intérêt, les assistants maternels bénéficient d'un régime dérogatoire qui les exempte de payer cette majoration.

Enfin, il est prévu que lorsqu'un assistant maternel renonce à exercer son activité, ou perd son agrément avant extinction de sa dette, les sommes restant dues deviennent exigibles.

Votre Rapporteuse se félicite que l'ensemble des assistants maternels, qu'ils soient ou non propriétaires, puisse ainsi bénéficier du prêt à l'habitat à des conditions particulièrement favorables. Elle attire cependant l'attention du Gouvernement sur le fait que la période de remboursement étant particulièrement longue – près de 10 ans – certains assistants maternels souhaitant interrompre leur activité pour des raisons familiales, ou se trouvant momentanément sans employeur, pourraient se trouver dans une situation financière particulièrement problématique.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

EXAMEN DU RAPPORT

La Commission des affaires sociales entend Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports, M. François Baroin, ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État, Mme Nadine Morano, secrétaire d'État chargée de la famille et de la solidarité, et de Mme Nora Berra, secrétaire d'État chargée des aînés, sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 au cours de sa séance du mercredi 7 juillet 2010.

M. le président Pierre Méhaignerie. Je suis heureux de vous recevoir mesdames les ministres, monsieur le ministre, pour faire le point sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. L'obligation incombant aux commissions permanentes de procéder à un bilan de l'application des lois, six mois après leur promulgation, est antérieure à la réforme constitutionnelle de 2008, mais elle a en quelque sorte anticipé sur l'esprit de cette réforme, dont l'un des principaux axes consiste à mettre l'accent sur le contrôle parlementaire. Désormais, les rapports sur la mise en application des lois peuvent même donner lieu, en séance publique, à un débat sans vote ou à une séance de questions.

Notre commission n'a pas non plus attendu la révision constitutionnelle pour veiller à la correcte application des lois de financement de la sécurité sociale, car ces textes comportent chaque année des dispositions importantes. Ils sont appelés à revêtir une importance encore plus grande s'ils acquièrent le monopole des mesures affectant les recettes de la sécurité sociale.

Par ailleurs, les règles spécifiques sous l'empire desquelles les lois de financement sont adoptées doivent nous rendre d'autant plus vigilants sur leurs conditions d'application. Le recours automatique à la procédure accélérée ne peut que légitimer notre volonté de nous interroger sur le délai de parution de textes réglementaires visant à appliquer des dispositions adoptées dans des conditions dérogatoires à la procédure ordinaire.

Deux dispositions contraignent le Gouvernement à informer le Parlement de l'application des lois. La première, résultant de la loi de simplification du droit de 2004, vaut pour tous les textes : le Gouvernement doit présenter, six mois après l'entrée en vigueur d'une loi, un rapport sur sa mise en application. Pour ce qui est des lois de financement, le Gouvernement n'a pas respecté cette obligation au cours des années récentes. De même, son échéancier des décrets d'application mis en ligne sur le site Internet *Légifrance* n'est pas très à jour. Il est vrai qu'il est soumis à une seconde obligation d'information, spécifique aux lois de financement, puisque chaque année, l'annexe 3 au projet de loi de financement de

la sécurité sociale doit rendre compte de la mise en œuvre des dispositions de la loi de financement de l'exercice en cours.

Le rendez-vous annuel, que nous avons aujourd'hui avec les ministres, a au moins une utilité concrète : il nous permet d'inciter l'exécutif à suivre de près la mise en application de textes dont l'origine lui revient en grande partie et à s'assurer qu'elle s'effectue dans des délais convenables.

L'exemple des deux précédentes lois de financement est particulièrement éclairant à cet égard. En juin 2008, nous avons dû faire preuve d'une grande sévérité et déplorer que l'application de la loi se révèle aussi lente, avec un taux de publication des textes réglementaires globalement inférieur à 20 %. Après ce coup de semonce, le taux s'est spectaculairement redressé en 2009, tout en demeurant néanmoins inférieur à 50 %.

Cette année, 9 des 97 articles de la loi de financement adoptée par le Parlement ont été intégralement censurés par le Conseil constitutionnel. Sur les 88 articles restants, seuls 39 appelaient la publication d'au moins un texte réglementaire d'application ou d'une convention. À ce jour, 27 de ces 39 articles n'ont fait l'objet d'aucun texte d'application. Autrement dit, l'amélioration constatée à l'occasion de l'exercice précédent est restée sans lendemain et le taux d'exécution est retombé à 20 % seulement.

Ce n'est pas le volume de la loi de financement pour 2010 qui explique ce moins bon taux d'application. En 2009, le nombre d'articles nécessitant des mesures réglementaires d'application, qui était de 56, était supérieur de près de deux tiers à celui de 2008, ce qui n'avait pas empêché une amélioration du taux d'application. En 2010, nous constatons au contraire que la diminution d'un tiers du nombre d'articles par rapport à 2009 n'a pas eu d'incidence positive sur ce taux. Les explications de nature quantitative sont d'autant moins pertinentes, que même avec une loi de financement de taille plus réduite, la tâche demeure considérable : sur les deux cents jours écoulés depuis la promulgation de la loi, un taux d'application de 100 % nécessiterait la parution d'un texte tous les trois à quatre jours en moyenne.

Les retards peuvent se justifier par diverses causes, parmi lesquelles la forte activité des administrations et du Conseil d'État pour publier les très nombreux textes d'application exigés par la loi dite « HPST ». En outre, la parution des textes n'est pas nécessairement urgente, si les dispositions de la loi ne sont pas d'application immédiate. Parfois, elle est l'aboutissement d'un long processus de caractère interministériel, auquel s'ajoute la consultation préalable des conseils d'administration des caisses compétentes ou de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). Enfin, l'adoption des décrets en Conseil d'État implique une procédure plus longue du fait des contraintes propres à cette institution, ce qui explique certainement pour partie un taux de réalisation nettement inférieur à celui des décrets simples.

La non-parution des textes d'application traduit, sinon un retard ou une négligence de la part de l'exécutif, la lenteur avec laquelle certaines dispositions entrent en vigueur. Elle n'en donne pas moins à réfléchir, particulièrement dans le cas de l'assurance maladie : puisque la construction de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) intègre des économies qui résultent des mesures nouvelles prévues par la loi de financement, la première mesure à prendre pour tenir l'ONDAM est donc déjà de publier rapidement les décrets d'application.

Dès lors, les ministres peuvent-ils évaluer le coût des retards de mise en application de la loi par rapport aux prévisions initiales ? Certaines mesures d'économies, au lieu d'exercer un plein impact en année n , ne le feront que tardivement, voire seulement durant l'année $n + 1$. Ainsi, le nouveau régime d'exonération du ticket modérateur pour les soins de suivi post affections de longue durée (ALD), créé par l'article 35 et présenté comme une source d'économies, n'est pas encore opérationnel.

En outre, le Gouvernement a confirmé son intention de mettre en œuvre les propositions de la mission confiée à M. Raoul Briet, à laquelle j'ai pris part. Elles visent à abaisser progressivement le seuil d'alerte et à renforcer l'intervention du comité d'alerte, ce qui impose de réagir rapidement pour redresser les comptes, si nécessaire. C'est là un enjeu réel de l'application de la loi de financement de la sécurité sociale et une nouvelle motivation pour exercer chaque année un contrôle vigilant de cette application.

En matière de recettes, de trésorerie, de gestion du risque et de lutte contre les fraudes, l'application de la loi de financement pour 2010 peut être tenue pour satisfaisante, même si beaucoup de dispositions de nature financière sont d'application directe. C'est le cas de l'article 33, qui habilite les régimes de sécurité sociale à recourir à l'emprunt. Le plafond a été fixé pour 2010 à un niveau sans précédent : 65 milliards d'euros pour le seul régime général. M. le ministre peut-il nous confirmer que ce plafond est suffisant et faire le point sur les conditions dans lesquelles est géré, durant l'exercice 2010, le stock de dette accumulé à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) depuis le début de 2009 ?

On relève cette année une particularité. À peine promulgué, l'article 10 a été modifié par l'article 96 de la loi de finances rectificative pour 2009, qui avait pour objet de soumettre les organismes complémentaires d'assurance maladie à une contribution exceptionnelle dans le cadre de leur participation à la mobilisation contre la grippe A (H1N1). La rédaction initiale fixait le taux de la contribution à 0,94 %. Celui-ci avait été calibré de telle sorte que le produit de la taxe corresponde aux frais d'achat de vaccins que les complémentaires auraient été conduites à prendre en charge si les modalités d'organisation de la campagne de vaccination avaient permis de suivre la procédure habituelle de remboursement, qui prévoit la prise en charge du ticket modérateur par les complémentaires. Le

coût de la campagne était estimé à 710 millions d'euros, de telle sorte que leur contribution devait atteindre 300 millions d'euros.

Ce coût a été révisé à la baisse en raison d'un taux de TVA plus faible que celui qui avait été anticipé, soit une économie de 97 millions d'euros sur l'achat des vaccins. En outre, les 9 millions de doses données à l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ne sont pas assujetties à la contribution. Le taux a donc été ramené à 0,77 %, pour un produit d'environ 230 millions d'euros. Enfin, depuis cette modification, le coût de la campagne a encore été revu à la baisse, puisqu'il est estimé à 310 millions d'euros, ce qui pourrait justifier un nouvel ajustement du taux.

Par ailleurs, même si l'article 14, qui a augmenté les minima de perception sur les cigarettes et le tabac à rouler, est évidemment d'application directe, j'aimerais savoir quelle réaction vont adopter les ministres face à la scandaleuse guerre des prix à laquelle on assiste actuellement.

Enfin, nous attendons tous avec grand intérêt, avant le 15 septembre, la transmission du rapport sur les retraites chapeaux demandé par l'article 15 de la loi.

Je vais à présent suppléer mon collègue Jean-Pierre Door, qui ne peut assister à notre réunion. Il avait rapporté les 20 articles relatifs à l'assurance maladie qui ne traitaient pas spécifiquement du secteur médico-social, ainsi que les 5 articles concernant la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Si, l'an dernier, le bilan de la mise en œuvre de la loi était globalement satisfaisant, on constate cette année que la mise en application de ses dispositions est décevante. Elle a pris beaucoup plus de retard : six mois après la publication de la précédente loi de financement, 13 des 30 textes réglementaires nécessaires à sa mise en application avaient été publiés, alors que, cette année, sur les 19 textes réglementaires prévus par la loi ou jugés nécessaires à leur application par le Gouvernement, dont 5 décrets en Conseil d'État, 5 décrets simples et 9 arrêtés, seuls 3 textes, un décret simple et 2 arrêtés, ont été pris à ce jour, et aucun des décrets en Conseil d'État prévus n'a été publié.

Sur les 25 articles relatifs à l'assurance maladie ou aux accidents du travail, 15 ne nécessitaient la parution d'aucun texte réglementaire. Il n'est pas utile de les énumérer.

Selon les informations qui nous ont été communiquées, d'autres textes devraient être pris prochainement, parmi lesquels :

- les deux décrets prévus à l'article 35 pour créer un nouveau régime d'exonération du ticket modérateur pour les soins de suivi post affections de longue durée (ALD), mesure présentée comme devant faciliter la sortie du régime des ALD pour les patients guéris, et donc génératrice d'économies ; en tout cas,

elle devait participer d'une politique d'optimisation du régime des ALD, et il serait souhaitable qu'elle soit rapidement mise en œuvre ;

– le décret mettant en œuvre, à titre expérimental, la consultation annuelle de prévention pour les 16-25 ans ;

– le décret qui précisera les aménagements apportés à la procédure de mise sous accord préalable prévue à l'article 41 de la loi ; il s'agit d'une mesure très utile, qui permettra aux caisses de développer leurs programmes de contrôle en stigmatisant moins les médecins, dans le cadre de la procédure contractuelle ; à l'heure où les dépenses d'indemnités journalières croissent de nouveau rapidement, elle mérite d'être mise en œuvre rapidement ;

– l'arrêté fixant, en application de l'article 59, la contribution des régimes obligatoires aux agences régionales de santé (ARS) ; celles-ci fonctionnant depuis le 1^{er} avril, il est temps que leur personnel soit définitivement constitué, afin qu'elles puissent se consacrer pleinement à leurs importantes missions ;

– les décrets nécessaires à l'application de l'article 62, qui étend aux conjoints-collaborateurs des avocats et des professionnels libéraux la couverture obligatoire du risque invalidité-décès ;

– l'arrêté fixant le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du dispositif d'interconnexion ANTARES, qui devrait être publié au cours de l'été 2010 ;

– les décrets en Conseil d'État et les arrêtés nécessaires à la mise en place des dispositifs de régulation des dépenses de transports sanitaires et des prescriptions hospitalières de médicaments délivrés en ville prévus aux articles 45 et 47 ;

– le décret prévu à l'article 48 pour détailler la date limite pour l'arrêt du financement dérogatoire des hôpitaux locaux sous forme de dotation globale et décrivant les modalités de transition particulières de la convergence intrasectorielle pour ces établissements de santé ;

– l'arrêté donnant une base légale au paiement qu'effectuera une caisse pivot à l'hôpital transfrontalier de Puigcerdà, en Catalogne.

Enfin, Jean-Pierre Door souhaite connaître la position des ministres sur plusieurs points.

Où en est la refonte du régime des ALD ? Ce régime concentre une part croissante de nos dépenses de santé et, s'il est légitime que la collectivité consente un effort important en faveur des malades, il est tout aussi légitime de veiller à ce que ces fonds publics soient utilisés de façon optimale. Des propositions ont été faites en vue de réaliser des économies ou d'optimiser les dépenses de l'assurance maladie.

S'agissant de la responsabilité civile des médecins, notamment des chirurgiens, obstétriciens et anesthésistes, et du plafond de garantie de leur couverture d'assurance, le dispositif auquel nous sommes parvenus en commission mixte paritaire, dans la dernière ligne droite de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, est-il pleinement satisfaisant ? Les assurances privées peuvent-elles couvrir dans de bonnes conditions des situations où, si l'on craint que les indemnités à verser ne soient très lourdes, les condamnations sont très rares ? Ne vaudrait-il pas mieux qu'en la matière, la collectivité publique soit en quelque sorte son propre assureur ? Le fonds de roulement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) ne le permettrait-il pas ?

D'après les éléments d'informations qui ont été transmis, la situation budgétaire de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) laissera apparaître, au 31 décembre 2010, et sans modification des dotations déjà votées – 41 millions d'euros pour l'État et 44 millions d'euros pour l'assurance maladie – un excédent de 85 millions d'euros pour l'État et de 235 millions d'euros pour l'assurance maladie. Que compte faire Mme la ministre de la santé face à cette situation ?

Enfin, comment se fait-il que les mesures d'application de l'article 74, qui avait pour objet d'instaurer un système de bonus-malus pour inciter les entreprises à s'engager davantage dans une démarche de prévention des accidents du travail, en renforçant l'efficacité ou en généralisant les dispositions d'incitation financière existant, n'aient toujours pas été édictées ?

M. le président Pierre Méhaignerie. Avec 580 milliards d'euros de dépenses, la France est l'État providence le plus développé d'Europe. S'il s'agit d'un formidable moyen de réduire les inégalités, dont nous avons pu mesurer l'efficacité en temps de crise, notre commission a rappelé, tout au long de l'année, que nous sommes soumis à une exigence de responsabilité, de lisibilité, de justice, mais aussi d'efficacité. Le président des semaines sociales de France, M. Jérôme Vignon, a rappelé lors de son audition que, si nos dépenses sont les plus élevées d'Europe, nos résultats ne sont pas à leur mesure, ce qui fixe une ligne directrice à notre commission comme au Gouvernement.

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse. À la différence de la loi de financement pour 2009, qui comportait de très nombreux articles consacrés à l'assurance vieillesse, celle pour 2010 en contient peu. Une disposition importante y a néanmoins trouvé place : la réforme de la majoration de durée d'assurance (MDA) pour enfant dans le régime général et les régimes alignés. Une contrainte juridique forte existait depuis l'arrêt de la Cour de cassation de février 2009, qui faisait peser un risque juridictionnel important sur ce dispositif essentiel pour les retraites des femmes. Il a donc été décidé de le réformer sans attendre la réforme des retraites. 7 des 9 articles relatifs à l'assurance vieillesse nécessitent des mesures réglementaires d'application qui, pour l'essentiel, sont en phase finale d'élaboration.

Je souhaite néanmoins obtenir des précisions sur deux points. Tout d'abord, il semble que des difficultés soient apparues lors de la rédaction du décret d'application de l'article 69 issu d'une initiative du sénateur Dominique Leclerc, qui vise à interdire dans la fonction publique le cumul entre l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) et la majoration de durée d'assurance. Pouvez-vous nous apporter des éclaircissements à ce sujet ?

Par ailleurs, l'article 70 prévoit de transférer au Fonds de solidarité vieillesse (FSV) le financement de certains avantages non contributifs, aujourd'hui financés par les régimes eux-mêmes. Mais, alors que la mesure devait entrer en vigueur au 1^{er} juillet 2010, le décret n'est pas toujours paru. Cela implique-t-il que la date d'application de la mesure sera repoussée ?

Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille. Une fois n'est pas coutume : l'application de la loi de financement pour 2010 est satisfaisante. Il est vrai qu'un seul article – l'article 79, prévoyant l'octroi d'un prêt pour l'amélioration de l'habitat aux assistants maternels – nécessitait la publication d'un texte réglementaire, qui est paru en juin.

Je me félicite que les assistants maternels, propriétaires ou non, puissent bénéficier d'un prêt à l'habitat dans des conditions assez favorables. J'appelle cependant votre attention sur le fait que, la période de remboursement s'étendant sur près de dix ans, ce qui est particulièrement long, ceux qui souhaitent interrompre leur activité pour des raisons familiales, ou sont momentanément sans employeur, risquent de se trouver dans une situation financière problématique.

Je me contenterai de trois questions.

Je me réjouis que nos appels réitérés à la création du Fonds national de financement de la protection de l'enfance, destiné à compenser les charges résultant, pour les départements, de la mise en œuvre de la loi du 5 mars 2007 relative à la protection de l'enfance, aient été entendus, puisque le décret a été publié en mai. Mais comment ce fonds sera-t-il financé ? La Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) avait provisionné 30 millions d'euros à cette fin en 2007, dont la loi de financement pour 2008 a prévu le report. De leur côté, la direction générale de l'action sociale et la direction générale des collectivités locales estiment que ce fonds ne relève pas de leur budget. Pouvez-vous nous éclairer à ce sujet ?

Ma deuxième question porte sur les droits familiaux de retraite. Vous supprimez la possibilité de départ anticipé pour les femmes ayant quinze ans de service et trois enfants. Je comprends le but de la mesure, mais les économies escomptées valaient-elles la peine de provoquer la panique de nombreuses femmes ? D'autres dispositifs ne méritaient-ils pas d'être réformés, comme l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) et plus encore la majoration de 10 % pour les parents ayant élevé trois enfants, dont on sait qu'elle bénéficie proportionnellement plus aux hommes et aux cadres qu'aux femmes ayant une

petite retraite ? Sa fiscalisation ou sa forfaitisation serait une mesure de justice et sans doute d'économie autrement plus bénéfique aux femmes que celles qui figurent dans le projet de loi portant réforme des retraites.

Enfin, parallèlement à la suppression progressive de la condition d'âge minimum pour toucher une pension de réversion, la loi de 2003 a prévu l'abrogation de l'assurance veuvage au 1^{er} janvier 2011. Or, la condition d'âge a été rétablie par la loi de financement 2009, ce qui pourrait avoir des effets financiers désastreux pour les veuves dites précoces, qui perdent leur conjoint avant 55 ans. Il est urgent de trouver une solution au problème. Préconisez-vous un rétablissement de l'allocation veuvage ou la création d'une allocation spécifique, éventuellement financée par la branche famille, qui avait été un temps évoquée ? Nous serons nombreux à suivre attentivement ce dossier.

M. le président Pierre Méhaignerie. Je rappelle que le Gouvernement a annoncé que la date limite pour choisir de partir après quinze ans d'activité sera reportée du 13 juillet au 31 décembre 2010.

M. François Baroin, ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État. Sur les 88 articles de la loi de financement pour 2010, 42 appelaient la publication d'un texte d'application ou d'une circulaire, or seuls 16 textes d'application ont été publiés, ce qui peut paraître insuffisant. Cependant, de très nombreux textes paraîtront dans le courant du mois. En outre, comme l'a rappelé M. Bur, la publication de certains textes ne relève pas de l'urgence.

Pour le champ dont j'ai la responsabilité, c'est-à-dire les recettes, l'équilibre général, la trésorerie et la lutte contre la fraude, nous allons les publier prochainement. Sur les 17 textes d'application nécessaires, 9 sont déjà parus et 3 autres paraîtront dans le courant du mois. Ils seront complétés dans des délais que je vous préciserai.

À propos de l'article 10, M. Bur m'a interrogé sur le montant de la contribution exceptionnelle à la charge des organismes complémentaires. Cette contribution ayant été calculée sur le ticket modérateur habituel pour les vaccins, dont le coût s'est avéré plus faible que prévu, il est logique qu'elle soit revue à la baisse, ce que fera le prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Les circulaires d'application des articles 17 et 18, en consultation auprès des professionnels, seront publiées courant juillet. Cette publication à mi-année n'entraînera aucune perte de recettes.

L'article 19, issu d'un amendement du sénateur Nicolas About et revu en commission mixte paritaire, instaure un prélèvement sur le produit des appels à des numéros surtaxés, qu'il s'agisse de SMS ou de numéros Audiotel, effectués dans le cadre des programmes télévisés et radiodiffusés comportant des jeux et des concours. Le rendement de cette mesure est estimé, pour la première année, à 15 millions d'euros. Les redevables ne seront en mesure de respecter leurs obligations déclaratives qu'à compter du mois de juillet. L'arrêté fixant le modèle

de la déclaration mensuelle commune au prélèvement sur les jeux, concours et paris devra être publié au *Journal officiel* dans le courant du mois. Par ailleurs, une circulaire en cours de préparation, qui commentera le dispositif et les obligations déclaratives, sera publiée en septembre.

Le transfert du recouvrement des cotisations à l'assurance chômage de l'UNEDIC à l'ACOSS, prévu à l'article 24, sera effectué en janvier 2011. Par ailleurs, le décret relatif à l'expérimentation, qui se déroulera dès le mois de septembre dans le département du Rhône sera publié dans les jours qui viennent, de sorte que l'expérimentation se déroulera selon le calendrier prévu.

M. Bur, qui est intervenu hier au cours du débat d'orientation des finances publiques, préconise une forte réduction des niches sociales. Le président de la commission a rappelé que les dépenses sociales représentent 580 milliards, soit 55 à 56 % d'un total de dépenses qui se monte à environ 1 100 milliards. Le modèle de redistribution français étant de haut niveau tant pour la partie fiscale que pour la redistribution des dépenses sociales, il serait juste, si nous revisitons une partie des niches fiscales à hauteur de 75 milliards, de reconsidérer aussi les 45 milliards que représentent les niches sociales. Pour les niches fiscales et sociales, j'ai fixé un objectif d'économies de 8,5 à 10 milliards. La réduction de 2 milliards des allègements généraux dans le cadre de la réforme des retraites et la hausse des contributions sur les retraites chapeaux et les *stocks options* ont déjà été annoncées. Ces questions seront traitées dans ce cadre du prochain projet de loi de financement.

J'en viens au deuxième chapitre, relatif à la trésorerie, qui n'appelait qu'un seul texte d'application. L'article 32 ne visait d'abord qu'à préciser clairement le financeur de certaines prestations comme l'allocation aux adultes handicapés, l'allocation au parent isolé servie dans les DOM ou l'appui social individualisé, afin de permettre leur comptabilisation en compte de tiers, conformément à la nature des prestations servies pour le compte de l'État. Le projet de décret simple est en cours de préparation. Il s'appuiera sur une étude de la CNAF consacrée à la gestion des indus, qui n'est pas encore finalisée. Les délais seront respectés, puisque la réforme s'appliquera pour la première fois aux comptes de l'exercice 2010.

Troisième chapitre : les dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude représentent un engagement fort, que je poursuivrai. L'article 87, qui a modifié le dispositif des pénalités financières des branches famille et vieillesse, vise à étendre le champ d'application du dispositif des pénalités financières prononcées par les directeurs des caisses de ces branches. Les tiers qui se sont rendus complices d'une fraude sont susceptibles d'être sanctionnés. Pour des raisons de principe, les tentatives de fraude seront également sanctionnées, même si elles n'ont entraîné aucun préjudice financier. Le cumul d'une situation de travail dissimulé et de la perception d'une prestation sous condition de ressources ou d'inactivité deviendra passible de sanctions. Nous renforçons donc puissamment les dispositifs et les moyens de lutte contre la fraude. Un décret en

Conseil d'État est nécessaire pour modifier plusieurs articles de la partie réglementaire du code de la sécurité sociale. Le projet de décret a nécessité une phase de concertation avec la délégation nationale à la lutte contre la fraude et les caisses nationales concernées, la CNAF et la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV). Soumis fin juin au Conseil d'État et actuellement en instance devant sa section sociale, il pourrait être publié en septembre.

M. Bur m'a également interrogé sur l'article 90, dont le I et le II généralisent la procédure expérimentée en 2008 et 2009 au sein de dix caisses du régime général et du régime agricole, afin de mieux contrôler les arrêts de travail dus à une maladie ou un accident. L'article 90 coordonne plus efficacement les actions de contrôle médical des caisses d'assurance maladie et celles conduites par les employeurs au titre de leur droit de contre-visite. La loi a renvoyé à un décret simple la fixation de plusieurs délais nécessaires à la mise en œuvre des dispositifs prévus par l'article. Le projet de décret simple a été soumis le 22 juin au conseil de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et, le 1^{er} juillet, au conseil d'administration de la Mutualité sociale agricole. Il est en cours de contreseing et sa publication est imminente.

L'article 91 prévoit d'expérimenter pendant deux ans, dans plusieurs régions et administrations, un transfert du contrôle des congés de maladie des fonctionnaires aux caisses primaires d'assurance maladie et aux échelons locaux du service du contrôle médical qui sont placés près d'elles. Pour le contrôle des arrêts maladie des fonctionnaires relevant de la fonction publique d'État, la loi imposait qu'une convention entre l'État et la CNAMTS soit signée dans un délai de trois mois à compter de la publication de la loi de financement. La signature est intervenue le 26 mars. Pour les fonctionnaires relevant de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière, l'article 91 prévoit des modalités de mise en œuvre de l'expérimentation différentes de celles qui ont été retenues pour les fonctionnaires de l'État, les délais de signature de la convention-cadre ayant été allongés. Les conventions-cadres nationales pour chacune de ces deux fonctions publiques sont en cours de signature.

Pour chacune des trois fonctions publiques, la mise en œuvre de l'expérimentation doit s'accompagner d'un décret en Conseil d'État. Il permettra la création d'un traitement des données à caractère personnel, qui sera partagé entre les caisses primaires d'assurance maladie, les services du contrôle médical et les administrations participant à l'expérimentation.

En ce qui concerne la fonction publique d'État, le décret en Conseil d'État a été soumis le 9 mars à l'avis de la CNAMTS. Il a reçu, le 15 avril, l'avis favorable de la CNIL et, le 11 mai, celui du Conseil d'État. Il est en cours de contreseing et sa publication est imminente. Ainsi, les textes permettant la mise en œuvre de l'expérimentation dans la fonction publique d'État sont soit finalisés soit en cours de finalisation, de sorte que l'expérimentation commencera ce mois-ci dans les six départements concernés. Pour les deux autres fonctions publiques, un décret en Conseil d'État permettant le traitement des données à caractère

personnel, sur le modèle de ce qui a été décidé pour la fonction publique d'État, devra être pris avant que l'expérimentation puisse débuter. Le Conseil d'État en sera saisi cet automne.

L'article 92 permettra à l'assurance maladie de réaliser des contrôles sur la base d'un échantillon pour les professions de santé qui ont une activité importante. Les actes facturés par certains professionnels de santé, comme les pharmaciens ou les laboratoires de biologie médicale, portent sur des volumes tels qu'un contrôle exhaustif de leur activité n'est pas envisageable. L'échantillonnage a été rendu possible, sur le modèle des contrôles déjà réalisés pour la tarification à l'activité dans les hôpitaux. Après des échanges de nature technique avec l'assurance maladie, Mme Bachelot et moi-même avons soumis le projet de décret à la concertation, fin juin, auprès des pharmaciens et des laboratoires de biologie médicale. Après quelques nécessaires ajustements de procédure, il devrait être soumis au Conseil d'État en juillet, afin que l'assurance maladie puisse utiliser ce nouvel outil dès l'année prochaine.

Pour l'application de l'article 93, qui porte sur l'interruption de l'action en recouvrement, un projet de circulaire est en cours, qui a été soumis pour observation aux caisses nationales de sécurité sociale concernées. Il devrait être signé et publié dans les prochains jours.

J'en viens au quatrième chapitre, c'est-à-dire aux questions qui m'ont été posées sur l'ONDAM pour 2010. Apprenant que le comité d'alerte avait évalué le risque de dépassement à 600 millions d'euros, Mme Bachelot, M. Woerth et moi-même avons immédiatement réagi, afin que l'objectif que vous avez voté soit strictement respecté. Des mesures correctrices, dont le rendement est estimé pour cette année à 600 millions d'euros, compenseront intégralement le dépassement prévu. La mesure principale est la mise en réserve de crédits budgétaires, comme le préconise le rapport Briet. Par ailleurs, le prix de certains médicaments sera baissé.

Toutes les conclusions du rapport Briet ont été validées lors de la conférence du 20 mai sur le déficit. Pour que l'ONDAM gagne en sincérité, nous souhaitons renforcer le rôle du comité d'alerte chargé d'émettre un avis sur sa construction. Dans le même temps, le seuil d'alerte sera progressivement abaissé. Le contrôle des dépenses effectué dans le cadre de l'ONDAM s'appliquera désormais à tous les champs. Nous rendrons régulièrement compte de ce pilotage global aux commissions des affaires sociales de l'Assemblée nationale et du Sénat. Je ne doute pas que vous y serez vigilants. La publication des textes nécessaires à la réalisation des économies sera également examinée par le comité de pilotage.

Nous avons souhaité que le pilotage des crédits relevant de l'ONDAM soit effectué en fonction de l'exécution constatée au fur et à mesure de l'année. À cette fin, une fraction des dotations sera mise en réserve. Si nous devons effectuer de nouvelles dépenses en cours d'année ou si l'ONDAM n'est pas respecté, nous

puiserons dans cette fraction. Cette démarche est la preuve d'une inflexion notable dans la gestion des comptes de l'assurance maladie, comme j'ai eu l'occasion de le montrer hier au cours du débat d'orientation des finances publiques.

Cette année, nous avons veillé à ce que les textes permettant de réaliser des économies soient publiés rapidement. C'est le cas de celui qui permet la baisse du taux de remboursement de certains médicaments. D'autres, prévus dans la loi de financement pour 2010 et utiles à la maîtrise de l'assurance maladie, ne sont pas encore parus, mais cela ne remet pas en cause l'objectif de maîtrise médicalisée fixé pour l'assurance maladie.

Enfin, je rappelle que le prix du tabac, qui a fait récemment la une de l'actualité, est librement déterminé par les fabricants et homologué par un arrêté après une vérification par mes services du respect des règles existantes. L'arrêté publié le 5 juillet avale le fait qu'un fabricant a supprimé des références et repositionné certaines de ses marques, ce qui constitue une pratique régulière. En dépit de la disparition récente du dispositif du prix minimum – je ne reviens pas sur la modification introduite à ce sujet par la Cour européenne –, les prix d'accès au tabac restent inchangés. En France, on ne commercialise pas le paquet de cigarettes à moins de 5,10 euros et celui du tabac à rouler à moins de 5 euros. La politique de santé publique menée par le Gouvernement, sous l'impulsion énergétique de Mme Bachelot, s'appuie sur des prix du tabac élevés et dissuasifs. Une guerre des prix entre fournisseurs ou une baisse significative des prix est donc exclue.

Avant la fin de l'année, je proposerai une évolution de la fiscalité du tabac visant à dissuader les fabricants de baisser leur prix, même si la décision récente prise en ce sens par certains d'entre eux concerne moins de 3 % du volume des cigarettes vendues en France. Nous agissons parce que notre objectif intangible est de lutter contre le fléau que représente le tabagisme, surtout pour les jeunes.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports.
La première question de M. Bur porte sur le bilan, à six mois, des textes d'application de la loi de financement pour 2010. M. Baroin l'a rappelé : le 6 juillet, 25 % des décrets d'application ont été publiés et, pour le champ de la santé *stricto sensu*, ce pourcentage tombe à 14 %. Conscients qu'il n'est pas satisfaisant, nous faisons le nécessaire pour qu'il soit amélioré de manière rapide et significative. Les concertations menées sur plusieurs projets de décrets importants aboutiront prochainement. Certains textes seront alors transmis au Conseil d'État et aux caisses, tandis que les autres seront contresignés.

Notre retard a plusieurs causes. La loi dite « HPST » a rendu nécessaire l'adoption de plus de 300 textes d'application. Mes services ont été très sollicités par ce vaste chantier et les séances d'examen en section sociale du Conseil d'État sont presque exclusivement consacrées à cette loi. D'autre part, certaines dispositions de la loi de financement ont, par nature, un impact structurant sur notre système de santé, ce qui impose des concertations avec les professionnels

concernés par les textes d'application. C'est le cas de l'exonération du ticket modérateur à 100 % des actes de suivi des patients sortis du dispositif d'ALD. L'article 35 n'aura pas d'impact direct, puisque les patients continuent de bénéficier d'une prise en charge à 100 % des actes de suivi et des examens biologiques, mais son impact indirect, lié à la suppression du forfait ALD de 40 euros pour le médecin traitant, devrait rapporter près de 8 millions d'euros. Par ailleurs, une concertation est nécessaire pour l'extension et l'allègement de la procédure de mise sous accord préalable ou l'extension du dispositif de régulation des dépenses des produits de la liste en sus aux dépenses de transports et des prescriptions hospitalières remboursées sur les soins de ville.

Vous m'avez également demandé si le retard de l'application de la loi de financement aurait des conséquences sur l'ONDAM. C'est un point auquel je suis très attentive. Le comité de suivi de l'ONDAM, que j'ai présidé le 19 avril, avec MM. Baroin et Woerth, a anticipé un risque de dépassement de l'ordre de 600 millions d'euros, avec un effet de base de 100 millions. Nous avons aussitôt mis en œuvre des mesures correctrices, qui couvriront la totalité du risque : reprise de provisions de 1 % sur la liste en sus, pour 45 millions d'euros, reprise des provisions non engagées sur les produits de la liste en sus à la suite des réintégrations d'anticancéreux, pour 90 millions d'euros, minoration des crédits du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) en partie rectificative du projet de loi de financement pour 2011, pour les produits de la déchéance quadriennale dudit fonds, à hauteur de 105 millions d'euros, anticipation des baisses de prix des médicaments, prévue en 2011 et mise en œuvre dès 2010, pour 100 millions d'euros, révision de la nomenclature concernant les actes de chirurgie de la cataracte, modification du mode de calcul des indemnités journalières, et non-notification des crédits MIGAC dans le secteur hospitalier, à hauteur de 80 millions d'euros. Le gel des crédits a été préconisé par M. Briet mais, puisque ceux-ci seront délégués ultérieurement en fonction du respect de l'ONDAM, mieux vaudrait parler de mise en réserve que de gel. C'est également le cas dans le secteur médico-social, sur lequel reviendront Mmes Morano et Berra, pour 1,1 % de la dotation. Ces différentes actions permettent de couvrir en totalité le risque de dépassement.

J'en viens aux questions sectorielles qui m'ont été posées.

En ce qui concerne la contribution exceptionnelle des organismes complémentaires à la campagne de lutte contre la grippe A (H1N1), le coût des vaccins, plus faible que prévu, est estimé aujourd'hui à 317 millions d'euros, soit 56 % de moins que le coût estimé pour calculer leur contribution. Une baisse du taux s'impose donc et, la loi n'ayant pas prévu d'ajustement automatique, une mesure législative devra intervenir dans la partie rectificative pour 2010 de la prochaine loi de financement. Le rendement attendu de la contribution est de 35 % de 310 millions, soit 110 millions. L'assiette devant s'établir à 32,3 millions en 2010, le taux doit être fixé à 0,34 %. Cette mesure devra également régler les modalités pratiques de récupération pour les organismes complémentaires,

puisque, sur le dernier acompte, il faudra vraisemblablement procéder à des restitutions nettes en leur faveur.

Je regrette autant que M. Bur la baisse du prix de certaines cigarettes, que je juge irresponsable. Même si elle concerne peu de fabricants, ceux-ci sont particulièrement percutants auprès des jeunes et des femmes. Or, le tabac est un facteur de mortalité important : il cause 60 000 décès par an, dont 33 000 imputables au cancer des voies aériennes. Le dispositif actuel laisse aux industriels une trop grande marge de contournement, qui s'exerce au détriment de la santé publique. Je me réjouis donc que le ministre du budget prévoie, dans le prochain projet de loi de financement, un dispositif de substitution au mécanisme du prix seuil. La faculté de fixer le niveau des minima de perception, comme il le fait dans d'autres domaines, entre zéro et la limite fixée par le droit de consommation applicable à la cigarette de la classe de prix la plus demandée lui sera déléguée. Les minima pourront ainsi être relevés lors de chaque homologation ou à tout autre moment de l'année. L'entrée en vigueur du nouveau dispositif serait fixée au 1^{er} janvier 2011.

En ce qui concerne les agences régionales de santé (ARS), l'arrêté prévu à l'article 59 est en cours d'élaboration. Il prévoit une contribution des régimes d'assurance maladie de 117,91 millions d'euros au titre du fonctionnement et de 10,08 millions d'euros au titre des actions de prévention. Les budgets primitifs des agences régionales, validés par les ministres de tutelle et publiés le 1^{er} avril 2010, intègrent les contributions des régimes d'assurance maladie à hauteur de 94,56 millions d'euros. Les premières décisions modificatives en cours d'approbation par leur conseil de surveillance intègrent les compléments de ces contributions, qui représentent 33,43 millions d'euros.

Les ARS disposent des autorisations budgétaires pour recruter et payer la totalité des personnels transférés des régimes d'assurance maladie, mais en trésorerie, elles n'ont pas encore reçu les versements de ces régimes. En revanche, dès le 2 avril, elles ont perçu 80 % de la dotation de la subvention de l'État. Sur la base de cette trésorerie, elles peuvent assurer le paiement de leur personnel, qu'ils proviennent de l'État ou de l'assurance maladie. Il serait néanmoins judicieux que les premiers versements interviennent en septembre.

En ce qui concerne l'article 60 et le dispositif ANTARES, le projet d'arrêté est rédigé. Il prévoit le versement d'une dotation de 9,54 millions d'euros au bénéfice du fonds de concours ouvert par le ministère de l'intérieur, qui recueille l'ensemble des contributeurs. Le projet d'arrêté est inscrit au prochain ordre du jour du conseil d'administration de la CNAMTS. Il pourra ensuite être signé et publié. Le transfert qu'il prévoit est financièrement neutre pour l'assurance maladie. La dotation MIGAC, qui avait été identifiée à cet effet, sera gelée à due proportion du montant figurant dans l'arrêté.

L'article 48 prévoit la transposition de la tarification à l'activité (T2A) aux hôpitaux locaux, mesure très attendue par ceux-ci. J'en ai encore eu confirmation

hier, en visitant avec le Président de la République l'hôpital local de Brie-Comte-Robert. La transition doit cependant être précédée d'une série de travaux techniques recensés en lien avec l'Association nationale des hôpitaux locaux. Tous les établissements doivent transmettre leurs données d'activité, comme le font actuellement 90 % d'entre eux. L'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) accompagnera les 10 % qui rencontrent des difficultés dans ce domaine. Il faut également garantir la qualité du codage, dont l'exhaustivité est en cours d'évaluation par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), préparer la facturation – les prérequis seront définis par l'ATIH, en lien avec la CNAMTS –, et estimer l'impact financier des effets revenus liés au passage du financement de la dotation globale à un financement par la T2A. Une évaluation est en cours. Ce projet, piloté par la direction générale de l'offre de soins (DGOS), sera suivi et coordonné au sein d'un comité de pilotage composé de l'Association nationale des hôpitaux locaux, de l'Association nationale des médecins généralistes des hôpitaux locaux, de l'ATIH et de la direction de la sécurité sociale. Une fois ces travaux menés à bien, le projet de décret sera préparé. Sa publication interviendra en 2011.

Toujours à l'article 48, l'arrêté dit Puigcerdà n'a pas encore été pris non en raison de difficultés particulières, mais parce que sa publication ne correspond pas à un besoin urgent, compte tenu du stade d'avancement du projet. La mise en service de l'hôpital, que j'ai visité il y a quelques semaines, n'est prévue que pour 2012.

J'en viens à la question de M. Door sur la dotation pour 2010 de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS). Compte tenu de la programmation prévisionnelle pour 2011 en produits de santé, qui s'élève à 104 millions d'euros, dont la moitié est à la charge de l'assurance maladie, j'envisage de ne pas doter l'EPRUS en 2011 de la part assurance maladie. Dans ces conditions, la sous-exécution, fin 2011, des crédits d'assurance maladie sera réduite à 139 millions d'euros.

S'agissant de la responsabilité civile et professionnelle des médecins, l'article 44 a permis de faire quelques progrès, en créant la possibilité pour l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) de se substituer aux professionnels de santé, non seulement en cas de transaction amiable, mais en cas de contentieux. J'ai pris l'engagement devant vous de doubler le montant de la garantie plancher et de relever le plafond de l'aide de l'assurance maladie à la prime d'assurance à 19 800 euros par an, contre 18 000 euros actuellement. Bien que des progrès soient intervenus, les praticiens libéraux ont fait savoir par un mouvement de grève que ces mesures leur semblent insuffisantes. Selon eux, l'augmentation du plancher de garantie pourrait provoquer celle des cotisations. De plus, l'article 44 n'éloigne pas complètement le risque de ruine des professionnels, puisqu'il n'instaure aucun dispositif d'écrêtement des indemnités dues par un professionnel ayant entraîné une pathologie évolutive ne se consolidant qu'à l'âge adulte. Nous avons donc, M. Baroin, Mme Lagarde et moi-même, confié à M. Gilles Johanet, ancien

directeur de la CNAMTS et conseiller référendaire à la Cour des comptes, une mission de concertation pour prendre contact avec l'ensemble des professionnels – libéraux, assureurs, représentants de l'ONIAM –, afin de proposer des améliorations au dispositif prévu à l'article 44, évaluer les conséquences d'un relèvement du plancher de garanties sur l'évolution des primes d'assurance et imaginer éventuellement des mécanismes d'encadrement. M. Johanet rendra ses conclusions avant la fin de ce mois. Nous envisagerons alors des mesures que nous vous proposerons dans la prochaine loi de financement.

Mme Nadine Morano, secrétaire d'État chargée de la famille et de la solidarité. Je vous prie tout d'abord de bien vouloir excuser l'absence de M. Woerth, retenu par d'autres engagements.

Je suis consciente, monsieur le rapporteur, que vous ne pouvez cette année nous féliciter, comme vous l'aviez fait l'an dernier, pour la célérité avec laquelle nous avons pris les mesures d'application de la loi de financement pour 2010... Plusieurs facteurs ont contribué à retarder leur publication : la lourde charge de travail de la section sociale du Conseil d'État, le remaniement ministériel et la préparation de la réforme des retraites. Il va sans dire que nous ferons tout pour remédier sans délai à cette situation. Je me tiens prête à répondre à toutes vos questions à ce sujet.

En ce qui concerne la partie vieillesse, la principale disposition de la loi de financement concerne la réforme du dispositif de majoration de durée d'assurance. Cette réforme a permis de consolider le dispositif que menaçait une jurisprudence de la Cour de cassation. Sa mise en œuvre nécessite la publication de deux textes réglementaires. Le décret en Conseil d'État traite les questions de procédure et de coordination entre régimes. Il vient d'être transmis au Conseil d'État et sera complété prochainement par un décret simple.

Pour le reste, il est indéniable que plusieurs textes réglementaires seront nécessaires à la bonne application des autres dispositions concernant la vieillesse. Le Gouvernement fera en sorte que leur publication intervienne avant la fin de l'année.

Pour le champ médico-social, la loi de financement permet de mettre en œuvre les engagements du Président de la République relatifs au plan handicap, qui prévoit la création de 50 000 places avant sept ans. En 2010, plus de 5 500 places nouvelles diversifiées et adaptées aux besoins de chacun ont été financées. Le Parlement a adopté une mesure de justice très attendue et essentielle à nos yeux : l'intégration des frais de transport des personnes handicapées dans le budget des établissements. Elle mettra un terme à des inégalités de traitement patentes. Le décret d'application, en cours d'examen au Conseil d'État, sera signé avant la fin du mois.

Le texte prévoit également l'intégration des crédits nécessaires à la prise en charges des instituts médico-éducatifs (IME) belges dans l'ONDAM médico-

social. L'arrêté du 9 juin fixe à 60 millions d'euros le montant total des dépenses relevant du champ de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), afférant au placement des personnes handicapées dans des établissements conventionnés belges.

Par ailleurs, le texte a apporté une réponse juste au problème lié à l'augmentation du forfait journalier hospitalier pour les personnes percevant l'allocation pour adulte handicapé (AAH) qui vivent en maison d'accueil spécialisée (MAS), afin de leur garantir un reste à vivre minimal, à l'instar des personnes vivant en foyers d'accueil médicalisés (FAM). Le décret d'application a été publié le 7 janvier. Mais, sensibles aux remarques qui sont remontées du terrain, nous publierons dans les semaines à venir un arrêté visant à sécuriser la définition des ressources à prendre en compte pour calculer le reste à vivre de 30 % de l'AAH prévu par le décret. Une circulaire explicative précisera les conditions de mise en œuvre du dispositif, particulièrement des modalités de facturation du forfait journalier en cas de bénéfice de la garantie prévue par le décret.

Pour la branche famille, le texte prévoit une nouvelle mesure visant à développer l'accueil chez les assistants maternels. Elle s'inscrit dans le cadre de l'effort exceptionnel du Gouvernement afin de développer la garde d'enfant. En vue de lever les obstacles qui pèsent sur l'installation des assistants maternels, nous leur ouvrons le bénéfice du prêt à taux zéro. Le décret du 9 juin 2010 relatif au prêt à l'amélioration de l'habitat précise les conditions d'application de cette mesure.

S'agissant de la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT-MP), les partenaires sociaux ont souligné, dans l'accord interprofessionnel du 12 mars 2007, la nécessité de rénover le système des incitations financières à la prévention des risques professionnels. L'article 74 de la loi de financement a instauré un système de bonus-malus plus efficace. Il crée un bonus, par le biais d'une nouvelle incitation pour les entreprises qui réalisent des investissements de prévention, et un malus, puisqu'il simplifie les mécanismes de majoration en cas de risque avéré ou récurrent. Le projet d'arrêté d'application de ces mesures doit être soumis aujourd'hui même à l'avis des partenaires sociaux, dans le cadre de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles. Par ailleurs, bien qu'il ne s'agisse pas d'un texte d'application de la loi de financement, je rappelle que le décret portant réforme des règles de tarification de la branche AT-MP a été publié le 5 juillet.

J'en viens à la question de Mme Clergeau sur l'arrêt du dispositif qui, dans la fonction publique, permettait au parent de trois enfants de partir à la retraite après quinze ans de travail. Ce dispositif avait été créé en 1924 pour inciter les femmes à retourner la maison, parce qu'on considérait que leur place était au foyer... Or, il existe une corrélation réelle entre le taux d'activité des femmes et le taux de natalité. Nous avons pris, par conséquent, une mesure de justice et de convergence en supprimant cette mesure qui n'existait pas dans le privé. Sur le

fond, les personnes concernées auront jusqu'au 31 décembre pour se décider. En outre, le projet de loi porté par M. Woerth prévoit une mesure favorable aux femmes : désormais, les indemnités journalières de maternité seront comptabilisées pour le calcul de leur retraite.

Mme Clergeau a également rappelé que les assistants maternels bénéficieraient d'un prêt à taux zéro étalé sur dix ans au plus. Cette durée a été mûrement réfléchie. Elle leur permettra de verser des mensualités qui ne grèveront pas leur budget. Libre aux intéressés de prendre une assurance au cas où ils cesseraient leur activité.

Conformément à l'engagement du Président de la République, le décret relatif au Fonds national de protection de l'enfance est sorti le 18 mai dernier. Ce fonds sera abondé, dans un premier temps, de 30 millions d'euros sur trois ans, provenant de la branche famille. D'autres crédits d'État pourront être mobilisés en loi de finances.

M. Denis Jacquat a évoqué un possible ajustement de l'article 69 s'agissant du cumul entre l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) et la majoration de durée d'assurance (MDA). Nous ne l'excluons pas, non pas pour modifier le mécanisme, mais uniquement pour le rendre plus opérationnel en clarifiant les règles de priorité entre les deux dispositifs.

S'agissant enfin de l'assurance veuvage, je veux rassurer Mme Clergeau : comme Éric Woerth l'a dit le 16 juin dernier, le dispositif sera prorogé, le Gouvernement le proposera dans le cadre du prochain projet de loi de financement.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État chargée des aînés. Je ne reviendrai pas sur les aspects financiers de la loi de financement, mais simplement sur les trois articles qui concernent plus spécifiquement les aînés.

L'article 46 a trait à l'encadrement des tarifs d'hébergement dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Le décret d'application de cette mesure est joint à celui qui réforme la tarification de ces établissements. Tous deux sont actuellement examinés par le Conseil d'État. Dès leur publication, que j'espère rapide, ils permettront de mieux contrôler les prestations complémentaires délivrées dans ces établissements.

L'article 53 élargit la compétence de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) à l'analyse des coûts des établissements médico-sociaux et rend obligatoire la transmission des tarifs pratiqués par les établissements. Cette disposition nécessite un décret simple, dont nous avons souhaité que la rédaction coïncide avec l'élaboration de la convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la CNSA. Cette convention est en cours de discussion et elle sera finalisée avant la fin de l'année, tout comme le décret.

L'article 54, qui ouvre la possibilité de créer des pharmacies à usage intérieur dans les EHPAD, est d'application directe. La disposition prendra donc effet à partir du 1^{er} janvier 2011, sans qu'il soit besoin d'un décret spécifique.

S'agissant enfin de la mise en réserve des fonds, je rappelle que la délégation des crédits aux agences régionales de santé se fait en deux temps : après une première délégation en cours d'année, une seconde intervient à l'automne afin d'allouer les crédits en fonction des besoins et des régions concernés. Cette mise en réserve ne freinera en rien la poursuite des plans – plan de solidarité grand âge et plan Alzheimer – car, dans ces domaines, les consommations se font très lentement en raison des délais nécessaires pour ouvrir les places et recruter les personnels.

M. le président Pierre Méhaignerie. Si nous sommes un peu contraints par le temps, c'est parce que cette audition, qui devait initialement se tenir hier après-midi, a été repoussée au motif que nous étions nombreux à vouloir participer au débat d'orientation des finances publiques. Nous devons nous demander, au moment du débat sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale, s'il est bien opportun de nous réunir à l'issue de l'adoption du texte en conseil des ministres...

Quoi qu'il en soit, je ne puis qu'inviter mes collègues à se montrer synthétiques.

Mme Marisol Touraine. Je regrette en premier lieu que ces conditions de travail nous empêchent d'avoir avec les ministres le véritable échange que suppose cet exercice. Je serai donc synthétique, quitte à me montrer quelque peu brutale...

Il est vrai qu'au regard de la faible proportion des décrets d'application qui ont été publiés à ce jour, on peut se demander si le contrôle parlementaire a véritablement un sens, d'autant que l'on nous dit que la plupart des décrets ne seront pas rédigés ou publiés avant la fin de l'année, c'est-à-dire que nous aurons déjà voté la prochaine loi de financement, alors que la précédente n'aura pas été intégralement exécutée ! Si l'on ne veut pas que les dispositions qui nous sont proposées apparaissent comme répondant avant tout à une volonté d'affichage, il est impératif que les décrets d'application soient pris dans des délais raisonnables. Et si tout ceci tient au fait que le Gouvernement est occupé par d'autres textes, la réponse coule de source : il faut légiférer moins !

L'exercice de contrôle auquel nous sommes aujourd'hui conviés me paraît d'autant plus limité que la ministre de la santé a annoncé il y a quelques jours, sans doute pour tenter d'amadouer l'électorat des professionnels de santé, qu'elle ne prendrait pas certains décrets d'application de la loi dite « HPST ».

Mme la ministre de la santé. Vous devriez vous en réjouir puisque vous vous y étiez opposés...

Mme Marisol Touraine. La question n'est pas celle-ci mais de savoir si le vote du Parlement a une quelconque signification aux yeux du Gouvernement ! À quoi bon contrôler l'application de la loi si le Gouvernement s'assoit sur ce que nous votons ? Nos collègues de la majorité s'étaient offusqués quand le ministre de l'identité nationale avait indiqué qu'il ne prendrait pas un décret d'application au motif que la mesure votée était inapplicable. Mais aujourd'hui, personne ne s'étonne qu'un ministre puisse refuser d'appliquer des mesures structurelles, dont nous sommes nombreux à considérer qu'elles sont nécessaires pour limiter l'augmentation des dépenses de santé.

L'impact financier du dispositif de lutte contre le virus A (H1N1) a été moins important que prévu. Doit-on comprendre de ce que vous avez dit à propos du financement de l'EPRUS, madame la ministre de la santé, que la participation des régimes obligatoires sera revue à la baisse ?

Nous entendons beaucoup dire, sur le terrain, que les mécanismes de financement des agences régionales de santé ne permettraient pas de décroiser les différents « tuyaux d'orgue », pour reprendre votre expression. Cela tient-il simplement au fait que des décrets d'application font défaut ou faut-il revoir l'ensemble du dispositif ?

Monsieur le ministre du budget, nous avons regretté le choix qui avait été fait l'an dernier de faire porter la dette sociale par l'ACOSS. Nous contestons aussi votre intention de prolonger la durée de vie de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES). Pourriez-vous nous communiquer une estimation du surcoût lié au recours au portage par l'ACOSS ? N'aurait-il pas mieux valu augmenter les ressources de la CADES ou prolonger sa durée d'amortissement ?

M. Jacques Domergue. Je souhaite revenir sur la question des décrets d'application : quand on vote un texte, on a souvent l'impression que le travail est fait. Or, quand les décrets d'application prennent du retard voire quand ils sont délibérément ignorés, l'œuvre du législateur s'en trouve largement amputée. Il paraît d'autant plus indispensable de mettre un terme à une telle dérive que, dans une période budgétaire tendue, il est impératif d'aller rapidement vers les objectifs que nous nous fixons en matière de santé publique, tout en recherchant constamment les économies qui peuvent être faites dans ce secteur et en suivant au plus près les dépenses de santé grâce à des mécanismes d'alerte particulièrement réactifs.

M. Dominique Tian. Le fait que les décrets ne paraissent pas nous plonge dans le désarroi : alors que les parlementaires s'investissent dans ce travail considérable qu'est l'examen du projet de loi de financement, ils sont tout simplement dans l'incapacité de se rendre compte si ce qu'ils ont voté l'année précédente a été effectivement mis en application. Qu'il faille huit, neuf ou dix mois pour sortir un décret est assez désespérant et traduit même un certain mépris vis-à-vis des parlementaires. Comment s'étonner dès lors que nous soyons tous aujourd'hui quelque peu énervés ?

À propos de l'article 94 relatif à la lutte contre ce véritable drame qu'est le travail au noir, il nous a été indiqué que le décret serait rédigé par l'ACOSS – pourquoi pas par le ministère ? – pour qui la complicité devrait être « intentionnelle », ce qui signifierait que le donneur d'ordre devrait avoir eu, non seulement, connaissance de l'infraction mais aussi la volonté de s'y associer. Ce n'est absolument pas ce que les parlementaires avaient voulu lors du vote de la loi de financement !

M. le président Pierre Méhaignerie. Il y a beaucoup de textes, de décrets et de circulaires. Je rejoins bien sûr ce que vient de dire Dominique Tian, mais je crois surtout qu'il faut moins de lois – y compris, mes chers collègues, moins de propositions de loi ! Un précédent ministre des finances disait que ce qui distingue un pays qui réussit d'un pays qui échoue, c'est un demi-point de croissance en plus ou en moins. Or, de nombreux observateurs extérieurs, qui considèrent que l'Europe a beaucoup d'atouts, jugent que le système réglementaire français est très excessif et qu'il est un facteur de blocage des initiatives, d'augmentation des coûts et d'un certain retard d'adaptation par rapport à nos voisins.

M. le ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État. Madame Touraine, il a été moins onéreux de faire porter le financement par l'ACOSS que par la CADES, d'autant que l'on ne retrouvera jamais des taux d'intérêt aussi bas – entre 0,29 et 0,32 % ! Cette dette, comme d'ailleurs l'ensemble de la dette française, a ainsi été gérée au plus près.

Je suis moi aussi de culture parlementaire, je me suis beaucoup investi dans l'examen d'un certain nombre de textes, je comprends donc les critiques exprimées par MM. Domergue et Tian. Il est vrai, s'agissant tout particulièrement du projet de loi de financement de la sécurité sociale, que le temps où le législateur se prononce et le temps où l'administration publique semblent incompatibles. Tout au plus puis-je vous assurer que, pour la partie qui relève de mon ministère, j'exercerai une pression vertueuse pour que nous soyons rapidement en phase avec la volonté du législateur.

Mme la ministre de la santé et des sports. La situation a été exceptionnelle dans la mesure où nous avons examiné une loi de réorganisation du système de santé d'une ampleur sans précédent depuis cinquante ans, puisqu'elle portait à la fois sur l'hôpital, sur la médecine de ville, sur la restructuration totale de l'administration de la santé, sur le décloisonnement entre l'hôpital, la ville et le médico-social. Même s'ils n'étaient pas d'accord sur les modalités, tous ses acteurs reconnaissent que ce remodelage de notre système de santé était indispensable, certaines dispositions ayant même été adoptées à l'unanimité. Nous nous sommes ainsi retrouvés sur le caractère indispensable de la création des agences régionales de santé. Comment un tel travail n'aurait-il pas embouteillé la section sociale du Conseil d'État ?

J'avais pris des engagements extrêmement forts en qui concerne le travail réglementaire sur ce texte et il sera pratiquement achevé à la date anniversaire de

la loi, le 21 juillet prochain, comme l'avait demandé le président de la République. Ce travail est donc derrière nous et nous allons retrouver un rythme normal qui nous permettra de publier les textes réglementaires dans les délais nécessaires. Vous devriez ainsi pouvoir à nouveau nous adresser l'an prochain les compliments que vous nous aviez fait l'an dernier.

M. Yves Bur, rapporteur. Je serai vigilant !

Mme la ministre de la santé et des sports. Mme Marisol Touraine a évoqué les mesures relatives à la permanence des soins et aux contrats santé-solidarité. Il est vrai que des difficultés d'application m'ont fait mettre ce dispositif en réserve, mais je n'ai pas pour autant abandonné la démarche proactive qui est la mienne sur ces deux sujets. J'ai demandé que cette période soit mise à profit par les acteurs de terrain pour démontrer qu'ils pouvaient résoudre par le volontariat les difficultés posées par la permanence des soins et que certains médecins pourraient s'engager à exercer une part de leur activité en zone sous-dense. Je suis donc soucieuse, à la fois, de respecter la volonté du Parlement et très vigilante de garantir l'implication des professionnels de santé.

S'agissant du coût de la campagne contre le virus A(H1N1) et de l'EPRUS, la campagne de vaccination aura coûté 520 millions d'euros, y compris 73,5 millions de dons à l'OMS qui relèvent de la politique de coopération avec d'autres pays. Nous sommes en train de traiter les remontées chiffrées, afin de donner une estimation précise du coût. Les achats de vaccins ont coûté 334,17 millions d'euros, y compris les 73,5 millions d'euros de dons. L'indemnisation globale liée aux résiliations est de 48 millions d'euros. Nous avons d'ores et déjà trouvé un accord avec Novartis et Sanofi et la notification d'une indemnisation correspondante a été faite à GSK. Ayant eu l'occasion de m'exprimer longuement devant les commissions d'enquête de l'Assemblée et du Sénat, je n'insisterai pas davantage sur ce sujet.

Au 31 décembre 2010 et sans modification de dotations déjà votées – 41 millions d'euros pour l'État et 44 millions pour l'assurance-maladie – la situation prévisionnelle de l'EPRUS laisse apparaître un excédent de 85 millions d'euros pour l'État et de 235 millions pour l'assurance-maladie. Les crédits de l'assurance-maladie ne sont pas, madame Touraine, des crédits effectivement versés mais constituent en quelque sorte un droit de tirage, les versements n'ayant lieu qu'en fonction des besoins réels exprimés par l'établissement sur une base mensuelle. Sans événement exceptionnel de nature à infléchir la programmation prévisionnelle, les versements de la subvention pour charge de service public 2010 de l'État et de la dotation 2010 de l'assurance-maladie ne seront donc pas nécessaires. La suppression de ces deux dotations limiterait l'excédent de dotations, fin 2010, à 44 millions d'euros pour l'État et à 191 millions pour l'assurance-maladie.

Les remontées que vous signalez à propos des ARS viennent-elles des associations de luttes contre le VIH ?

Mme Marisol Touraine. Dans les directions des ARS elles-mêmes, on a le sentiment que les financements restent difficiles à débloquer et qu'ils remontent en suivant les « tuyaux d'orgue », ce qui empêche les agences d'exercer leurs missions d'interconnexion.

Mme la ministre de la santé et des sports. Elle s'exercera !

M. le président Pierre Méhaignerie. Beaucoup d'entre nous se demandent, madame la ministre de la santé, si, en fin d'année, un nouveau texte sur la santé publique ne devrait pas être précédé d'un débat-bilan sur la loi dite « HPST » et sur sa mise en place sur le terrain.

Mme la ministre de la santé et des sports. Je suis à la disposition du Parlement. Il serait tout à fait légitime, intéressant et intelligent d'avoir un débat avant la révision d'un texte aussi important qu'une loi de santé publique. Je rappelle toutefois que nous avons, au préalable, un rendez-vous impératif, celui de la loi bioéthique, avec pour date butoir le 11 février 2011 qui marquera la fin du moratoire sur la recherche sur les cellules souches embryonnaires.

M. Guy Malherbe. Vous avez dit, madame la ministre de la santé, que le travail réglementaire sur la loi dite « HPST » avait été votre priorité. Pouvez-vous m'indiquer si seront prochainement publiés les décrets relatifs aux nouvelles missions de santé publique dévolues aux pharmacies d'officine ?

Vous avez, par ailleurs, reconnu qu'il était indispensable de remettre à plat le mode de rémunération de ces pharmaciens, qui sont confrontés à des difficultés économiques croissantes, et d'adapter le modèle économique de l'officine à un marché des médicaments structurellement moins dynamique qu'auparavant. La commission de réflexion intra-professionnelle présidée par M. Michel Rioli vous a remis un rapport qui préconise un certain nombre de mesures quant à la rémunération des nouvelles missions confiées aux pharmaciens. Pouvez-vous nous dire où en est aujourd'hui la réflexion à ce propos ? Ces propositions trouveront-elles une traduction dans le prochain projet de loi de financement ? Ce serait sans doute un moyen de remédier aux difficultés économiques des officines. J'ajoute que la marge linéaire dégressive lissée du médicament est très largement à l'origine de ces difficultés et que des mesures relevant non pas de la loi de financement mais du domaine réglementaire pourraient être prises rapidement pour y remédier. Vous avez d'ailleurs pris des engagements en ce sens auprès des représentants des pharmaciens.

Vous avez indiqué, madame la secrétaire d'État en charge des aînés, qu'aucun décret était nécessaire pour ouvrir, à partir du 1^{er} janvier 2011, la possibilité de créer des groupements de coopération entre le social et le médico-social afin de gérer des pharmacies à usage interne aux EHPAD. Cette mesure étant liée à l'expérimentation du forfait soins dans ces établissements, dont leurs directeurs demandent la prolongation, vous paraît-il possible de tenir cette date ?

(M. Jean Mallot, secrétaire, remplace le président Pierre Méhaignerie à la présidence de la séance).

Mme Martine Carillon-Couvreur. Alors que la question des transports sanitaires est pendante depuis plusieurs années, l'arrêté ministériel relatif à l'expérimentation n'en est encore qu'au stade préparatoire. Pourriez-vous nous en dire un peu plus à ce propos, notamment en ce qui concerne l'intégration très attendue dans le forfait soins des frais de transport des personnes polyhandicapées, que nous avons déjà évoquée l'an dernier lors de l'examen du projet de loi de financement ?

S'agissant du plafonnement du forfait journalier dans les maisons d'accueil spécialisées, le décret du 7 janvier 2010 a fort heureusement précisé qu'il n'était pas question de réduire les ressources des personnes handicapées et que le minimum garanti était effectivement porté à 30 % de l'allocation aux adultes handicapés. Les annonces de ces derniers jours quant à l'évolution des ressources provoquent néanmoins une certaine inquiétude, qu'il serait sans doute bon de lever.

M. Michel Issindou. Il faut bien évidemment poursuivre notre démarche d'évaluation, qui présente au moins l'intérêt de montrer qu'un grand nombre de décrets font aujourd'hui défaut. Cela est d'autant plus surprenant que le Gouvernement n'a de cesse d'insister sur la nécessité de renflouer les caisses de la sécurité sociale : le retard – dont j'espère qu'il n'est pas lié à l'application de la Révision générale des politiques publiques (RGPP) dans les ministères... – dans la mise en œuvre des mesures de recettes ou de dépenses n'en est que plus désolant. J'ai bien entendu vos explications sur ce retard, madame la ministre, mais vous comprendrez que les parlementaires se sentent frustrés et se demandent même s'il peut arriver que certains décrets ne soient jamais pris. Je suppose qu'en dépit de tout cela, le forfait hospitalier a effectivement été relevé...

Mme la ministre de la santé et des sports. Cette disposition n'était pas de nature législative.

M. Michel Issindou. S'agissant des recettes, Yves Bur nous a promis monts et merveilles pour 2011, comme s'il allait renflouer la sécurité sociale à lui tout seul... Nous serons très vigilants quant à la mise en œuvre de ces mesures, notamment celles qui concernent les stock-options et les retraites chapeau : nul doute, mon cher collègue, que vous veillerez à ce que les décrets d'application soient pris au plus vite.

Mme la ministre de la santé et des sports. Je regrette moi aussi le retard exceptionnel que nous avons pris, d'autant que nos cabinets ont travaillé d'arrache-pied, et je déplore l'encombrement de la section sociale du Conseil d'État. Comme à l'accoutumée, ce ne sont pas les mesures de recettes qui posent problème, car elles sont d'application immédiate, mais les mesures d'économies dans les dépenses, qui exigent des concertations et des réglages.

Il peut arriver que les décrets d'application de certaines lois ne soient jamais pris, mais c'est rarement le cas des lois de financement de la sécurité sociale. Je rappelle, en outre, qu'une loi qui a été votée exerce des effets juridiques, même en l'absence de dispositions d'application.

J'en viens aux questions de M. Guy Malherbe. L'avis de l'Autorité de la concurrence sur le décret d'application de l'article 38, relatif aux missions des pharmaciens, vient de nous parvenir et le décret sera soumis au Conseil d'État le 13 juillet.

S'agissant, de façon beaucoup plus globale, des difficultés que rencontrent certaines – et non la majorité d'entre elles – pharmacies d'officine, j'ai demandé à la direction de la sécurité sociale de réaliser un diagnostic détaillé de leur situation, en collaboration avec la direction générale de l'offre de soins et après consultation des instances professionnelles. Les résultats viennent de m'en être donnés. Nous poursuivons les négociations avec les professionnels, mais les éventuelles mesures qui seront soumises à l'arbitrage devront s'insérer dans le contexte budgétaire contraint de l'ONDAM. Une attention particulière sera portée à la situation des officines rurales et à l'incitation au regroupement des officines en surnombre, grâce aux outils que donne la loi. Au-delà des mesures conjoncturelles qui pourraient être décidées, un travail de moyen terme doit être engagé avec les pharmaciens pour étudier une évolution du mode de rémunération – vous avez évoqué la marge linéaire dégressive, qui a maintenant une vingtaine d'années – qui ne soit plus fondé sur un pourcentage du chiffre d'affaires, mais qui pourrait inclure une rémunération à l'acte. C'est un sujet complexe auquel je suis attentive, non pas parce qu'il s'agit de mon métier d'origine, mais parce que je suis persuadée que cette évolution s'inscrit dans la lignée de ce que nous avons fait en ce qui concerne les missions du pharmacien.

Mme la secrétaire d'État chargée de la famille et de la solidarité. S'agissant des frais de transport des personnes handicapées accueillies en établissement médico-social, la dotation prévue dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 est de 18 millions d'euros pour six mois et de 36 millions en année pleine. Le décret est prêt et sera publié avant la fin du mois.

Mme la secrétaire d'État chargée des aînés. L'expérimentation de la possibilité de créer des pharmacies à usage intérieur, mais aussi de l'introduction des médicaments dans le forfait soins, est en cours dans les EHPAD. Elle a toutefois démarré avec un certain retard et son évaluation à ce jour serait ainsi incomplète. Nous ne tirons donc pas de conclusion pour l'instant. Les deux inspecteurs qui pilotent l'expérimentation remettront leur rapport en septembre. Nous verrons alors s'il est pertinent de prolonger l'expérimentation et pour quelle durée.

M. Jean Mallot, président. Merci à toutes et tous.

ANNEXE

TABLEAU DE SUIVI DE LA MISE EN APPLICATION DE LA LOI N° 2009-1646 DU 24 DÉCEMBRE 2009 DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010

Article	Objet du dispositif	Textes d'application
PREMIÈRE PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2008		
1 ^{er}	Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2008	Application directe
2	Approbation du rapport figurant en annexe A et décrivant les modalités d'affectation des excédents et de couverture des déficits constatés pour l'exercice 2008	Application directe
DEUXIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2009		
Section 1 : Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale		
3	Ratification du relèvement du plafond des avances de trésorerie au régime général	Application directe
4	Rectification des prévisions de recettes et des tableaux d'équilibre pour 2009	Application directe
5	Objectif d'amortissement rectifié de la Caisse d'amortissement de la dette sociale et prévisions de recettes rectifiées du Fonds de réserve pour les retraites	Application directe
Section 2 : Dispositions relatives aux dépenses		
6	Dotations du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) et à l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS)	Arrêté du 25 janvier 2010
7	Prévisions rectifiées des objectifs de dépenses par branche	Application directe
8	Rectification du montant et de la ventilation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)	Application directe
TROISIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2010		
9	Approbation du rapport fixant un cadrage quadriannuel (annexe B)	Application directe
Section 1 : Dispositions relatives aux recettes des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement		
10	Contribution des organismes complémentaires d'assurance maladie au financement des mesures de préparation et de réponse à une pandémie de grippe A (H1N1)	Circulaire AcoSS n°2010-012 du 21 janvier 2010
11	Fixation du seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde (« taux K ») – Compétence des unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) pour recouvrer les remises dues par les fabricants et distributeurs de dispositifs médicaux	Application directe
12	Contribution sur les dépenses de promotion des fabricants, importateurs et distributeurs de dispositifs médicaux	Application directe
13	Modification de la clef de répartition des droits de consommation sur les tabacs et financement du régime complémentaire des exploitants agricoles	Application directe

Article	Objet du dispositif	Textes d'application
14	Augmentation du minimum de perception sur les cigarettes et le tabac à rouler	Application directe
15	Réforme du dispositif des retraites « chapeau »	Rapport à remettre au Parlement avant le 15 septembre (travaux en cours)
16	Augmentation du forfait social	Circulaire Acooss n°2010-012 du 21 janvier 2010
17	Suppression du seuil annuel de cession de valeurs mobilières et droits sociaux pour l'imposition des plus-values aux prélèvements sociaux	Circulaire DSS/DLF en cours (mesure applicable en 2011 sur les cessions intervenues en 2010)
18	Aménagement du régime des contrats d'assurance vie au regard des contributions sociales en cas de décès	Circulaire DSS/DLF en cours de finalisation (publication début juillet)
19	Contribution sur les gains résultant des appels surtaxés effectués dans le cadre des jeux télévisés	Application directe Circulaire DSS/DLF en cours de mise au point (publication septembre)
20	Aménagement des sanctions applicables en cas de dissimulation d'activité	Application directe
21	Assujettissement aux cotisations et contributions sociales du bonus accordé aux salariés chargés de constituer des fonds de capital-risque	Instruction /Bulletin Officiel des Impôts 5-A-2-10 n°22 du 16 février 2010
22	Extinction du régime du droit à l'image collective des sportifs professionnels	Application directe
23	Exonération de cotisation vieillesse pour les centres communaux et intercommunaux d'action sociale	Application directe
24	Anticipation limitée du transfert du recouvrement des cotisations d'assurance chômage aux URSSAF	Parution d'un décret simple prévue pour début juillet 2010
25	Non-compensation par le budget de l'État d'une mesure d'exonération de cotisations sociales	Application directe
26	Montant de la compensation des exonérations	Application directe
	Section 2 : Dispositions relatives aux recettes des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement	
27	Fixation des prévisions de recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base, du régime général et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base	Application directe
28	Approbation du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base	Application directe
29	Approbation du tableau d'équilibre du régime général	Application directe
30	Approbation du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale	Application directe
31	Objectif d'amortissement de la dette sociale et affectation de recettes au Fonds de réserve pour les retraites (FRR)	Application directe
	Section 3 : Dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité	
32	Comptabilisation de certaines prestations servies par les organismes de sécurité sociale pour le compte de tiers	Publication d'un décret simple envisagée pour septembre 2010
33	Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt	Application directe

Article	Objet du dispositif	Textes d'application
	QUATRIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2010	
	Section 1 : Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie	
34	Neutralisation du surcoût résultant des dépenses liées à la pandémie grippale pour l'évaluation du risque de dépassement de l'ONDAM en 2010	Application directe
35	Exonération du « ticket modérateur » pour les examens de suivi réalisés après la sortie du régime des affections de longue durée	Décret en Conseil d'État et décret simple après avis de la HAS – envoi au Conseil d'État fin juin
37	Rémunération des actes de télé médecine	Application directe
39	Avenants aux contrats d'amélioration des pratiques individuelles	Application directe
40	Expérimentation d'un système de dispense d'avance des frais en faveur des assurés et ayants-droit âgés de seize à vingt-cinq ans pour une consultation de prévention par an	Décret simple en attente de l'autorisation CNIL
41	Procédure de mise sous accord préalable	Décret en Conseil d'État, le projet sera mis en concertation avec les médecins début octobre
42	Contribution de l'assurance maladie au financement du développement professionnel continu des professionnels de santé	Attente de la publication des décrets issus de la loi dite « HPST » – l'entrée en vigueur du développement professionnel continu en 2012 sera alors soumise à une décision du directeur général de l'UNCAM
43	Non-transmission aux ordres professionnels des contrats conclus entre les praticiens et l'assurance maladie	Application directe
44	Substitution de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales aux praticiens libéraux après l'expiration du délai de validité de leur couverture d'assurance	Application directe
45	Régulation des dépenses de transports sanitaires	Décret en Conseil d'État : saisine du Conseil d'État fin juin Arrêté (taux) : en cours de signature suite aux recommandations du conseil de l'hospitalisation du 26 juin Arrêté (Cahier des charges des expérimentations) : en cours de préparation
46	Définition du tarif hébergement dans les EHPAD	Décret simple en instance devant la section sociale du Conseil d'État comme intégré dans un décret en Conseil d'État ; publication cet été
47	Régulation des prescriptions hospitalières de médicaments délivrés en ville	décret en Conseil d'État idem art 45
48	Report à 2018 de la convergence tarifaire intersectorielle des établissements de santé et prise en charge des soins effectués dans des hôpitaux établis hors de France	Décret simple (T2A Guyane) n°2010-667 du 17 juin 2009 (JO du 19) Décret simple (hosp. locaux) : publication en juillet Arrêté (CPAM Puicerda) = sortira après que les statuts du groupement aient été signés
49	Inclusion des établissements de santé privés et des organismes médico-sociaux dans le champ de contrôle de la Cour des comptes	Application directe
52	Frais de transport des personnes adultes handicapées	Décret en Conseil d'État en instance à la Section sociale du Conseil d'État

Article	Objet du dispositif	Textes d'application
53	Mise en place d'une analyse des coûts dans les EHPAD par la CNSA	Décret simple : objectif 4èT (lien avec nouvelle convention d'objectif et de gestion CNSA)
54	Possibilité pour un groupement de coopération social et médico-social de gérer une pharmacie à usage interne	Application directe
55	Possibilité pour la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) de gérer des crédits de l'objectif global de dépenses en dehors des dotations régionales et financement par celle-ci des dépenses médico-sociales au titre des placements d'enfants handicapés français dans des établissements étrangers	Arrêté du 9 juin 2010 (JO du 18)
56	Extinction du financement de la majoration pour parent isolé de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	Application directe
58	Plafonnement du forfait journalier dans les maisons d'accueil spécialisées	Décret simple n° 2015-15 (JO du 8 janvier 2010)
59	Modalités de versement des contributions des régimes obligatoires d'assurance maladie aux agences régionales de santé pour 2010	En cours d'arbitrage
60	Dotations des régimes obligatoires de sécurité sociale pour 2010 à divers établissements publics	Arrêté (Antares) : publication cet été Arrêté (FMESPP) du 14 juin (JO du 22)
61	Procédure de déchéance des crédits affectés par le Fonds de modernisation pour les établissements publics et privés mais n'ayant pas donné lieu à une demande de remboursement	Application directe
62	Couverture du risque invalidité-décès pour les conjoints-collaborateurs des professionnels libéraux et des avocats	Décret simple (professionnels libéraux) en cours de finalisation, publication en juillet Décret en Conseil d'État (avocats), saisine du Conseil d'État prévue en juillet
63	Objectifs de dépenses de la branche maladie pour 2010	Application directe
64	Montant et ventilation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie	Application directe
Section 2 : Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse		
65	Réforme de la majoration de la durée d'assurance	Décret en Conseil d'État : transmis au Conseil d'État Décret simple et circulaire = en cours de rédaction Rapport = échéance le 1 ^{er} janvier 2015
66	Extension du cumul emploi-retraite	Application directe
67	Cumul emploi – pension d'invalidité et non-cumul pension d'invalidité – pension de retraite	<i>(Décret en Conseil d'État = toilettage. Inclus dans le Décret en Conseil d'État article 62 - avocats)</i> Circulaire = en préparation, publication en juillet.
68	Cumul emploi-retraite des médecins	Décret simple : consultations avec les médecins prévue en octobre
69	Interdiction du cumul de l'assurance vieillesse des parents au foyer et de la majoration de durée d'assurance dans la fonction publique	<i>Décret simple (si nécessaire)</i> Circulaire = réunions DSS-CNAF-CNAV-CCMSA sur le sujet qui exigera sans doute une modification de l'article : une note sera prochainement adressée aux Cabinets à cet égard
70	Transfert au Fonds de solidarité vieillesse du financement de certains avantages contributifs	Décret en Conseil d'État en préparation, publication prévue en septembre
71	Protection sociale de l'auto-entrepreneur	Décret n°2010-696 du 24 juin 2010 (JO du 26)

Article	Objet du dispositif	Textes d'application
72	Modification aux dispositifs d'assurance volontaire vieillesse	Décret en Conseil d'État et Décret simple en cours de rédaction. Saisine des conseils compétents, mise en contreseing et publication programmée pour le second semestre 2010 – cet article 72 s'appliquera aux demandes d'adhésion et de rachat déposées à partir d'une date fixée par décret et au plus tard au 1 ^{er} janvier 2011
73	Objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2010	Application directe
Section 3 : Dispositions relatives d'accidents du travail et de maladies professionnelles		
74	Réforme de la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles	Décret en Conseil d'État bonus/malus = saisine du Conseil d'État prévue en septembre Décret simple réforme tarifaire : en cours de publication Arrêté = en cours de rédaction (suite au séminaire avec les partenaires sociaux le 9/06) Circulaire = en cours de rédaction
75	Dotations annuelles du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante et du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	Application directe
76	Faisabilité d'une voie d'accès individuelle au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante	Rapport = rédaction à partir des résultats d'une mission confiée à l'IGAS en mai 2010. Objectif : rapport transmis au Parlement en septembre
77	Versement annuelle de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche maladie du régime général	Application directe
78	Objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2010	Application directe
Section 4 : Dispositions relatives à la branche famille		
79	Octroi d'un prêt pour l'amélioration de l'habitat aux assistants maternels	Décret 2010- 640 du 9 juin 2010 (JO du 11 juin 2010)
84	Objectif de dépenses de la branche famille pour 2010	Application directe
Section 5 : Dispositions relatives à la gestion du risque et à l'organisation ou à la gestion interne des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement		
85	Renforcement du pouvoir de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole en matière de pilotage des caisses locales	Application directe
Section 6 : Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires		
86	Fixation des prévisions de charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale	Application directe
Section 7 : Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude		
87	Réforme des pénalités financières	Projet de décret en Conseil d'État transmis au Conseil d'État
88	Détection des logements fictifs ouvrant droit au versement d'aides personnelles au logement	Application directe
89	Prorogation de l'expérimentation d'une suspension du versement des aides au logement en cas de fraude	Application directe

Article	Objet du dispositif	Textes d'application
90	Mesures relatives au contrôle des arrêts de travail	Décret simple en cours de contreseing, publication imminente Lettre réseau CNAMTS attendue à la suite
91	Expérimentation du contrôle des arrêts maladie des fonctionnaires par l'assurance maladie	Décret en Conseil d'État (fonction publique Etat) après avis CNIL, en cours publication Convention fonction publique d'État signée Décret en Conseil d'État + convention autres fonctions publiques = en cours de rédaction avec DGCL et DGOS. Saisine du Conseil d'État cet automne.
92	Pénalités adaptées aux fortes activités de soins de santé	Décret en Conseil d'État, concertation sur le projet avec les professions de santé d'ici fin juin
93	Interruption de la prescription de l'action en recouvrement	Circulaire en cours – publication début juillet
94	Sanction du donneur d'ordre en matière de travail dissimulé	Lettre collective ACOSS n°2010-091 du 13 avril 2010
95	Clarification des règles relatives aux pénalités applicables par les directeurs des organismes d'assurance maladie	Application directe
96	Application de la procédure d'opposition à tiers détenteur au recouvrement des cotisations en cas de travail dissimulé	Lettre collective ACOSS n°2010-012 du 21 janvier 2010
97	Récupération des indus de prestations versées en tiers payant	Application directe <i>(Décret simple de toilettage / publication prévue en septembre)</i>