



N° 1231

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
QUATORZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 9 juillet 2013.

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° 2012-1404** du 17 décembre 2012
de **financement de la sécurité sociale pour 2013**

ET PRÉSENTÉ

PAR MM. GERARD BAPT, CHRISTIAN PAUL, MME MARTINE PINVILLE,
M. MICHEL ISSINDOU ET MME GENEVIEVE LEVY,

Députés.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	7
I.- LES RECETTES ET LA GESTION DU RISQUE	11
A. LES RECETTES, LE RECOUVREMENT ET LA TRÉSORERIE	12
1. Rationalisation de la prise en charge par l'État des indus sur les prestations gérées pour son compte par la sécurité sociale	12
2. Alignement des prélèvements sociaux à la charge des travailleurs indépendants.....	13
3. Élargissement de l'assiette et renforcement de la progressivité de la taxe sur les salaires	15
4. Suppression de l'assiette forfaitaire pour les salariés des particuliers employeurs	15
5. Harmonisation du taux de la cotisation au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles au titre du personnel mis à disposition par les associations intermédiaires.....	15
6. Élargissement de la couverture sociale des élus locaux	16
7. Alignement des taux de cotisation au régime général d'assurance maladie des salariés de la Chambre de commerce de d'industrie de Paris	16
8. Augmentation de la contribution tarifaire d'acheminement	16
9. Réforme des modalités de remboursement de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) aux organismes gestionnaires.....	17
10. Simplification et sécurisation de la fiscalité relative aux produits de santé	18
11. Suppression de la taxe due à la Haute Autorité de santé pour la réalisation d'études médico-économiques	19
12. Réforme du financement de la gestion administrative, de l'action sanitaire et sociale et du contrôle médical de la Mutualité sociale agricole	19
13. Versement des cotisations dues sur les indemnités de congés payés par les caisses de congés payés	20

14. Prise en compte des exonérations dans le calcul des cotisations et contributions sociales des exploitants agricoles n'ayant pas rempli leurs obligations déclaratives.....	20
B. LE CONTRÔLE ET LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE	20
1. Élargissement et majoration des redressements de cotisations sociales en cas de fraude	20
2. Annulation des exonérations de cotisations des entreprises en cas de manquement à leurs obligations, en tant que donneur d'ordre, en matière de prévention du travail dissimulé	21
II.- L'ASSURANCE MALADIE ET LES ACCIDENTS DU TRAVAIL	23
A. LE SUIVI DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE	25
B. LES CONTRIBUTIONS DE L'ASSURANCE MALADIE À DIVERS FONDS ET ÉTABLISSEMENTS	27
1. Les contributions versées par les régimes d'assurance maladie au titre de l'année 2012	27
2. Les dotations versées par les caisses d'assurance maladie au titre de l'exercice 2013	28
C. L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ	28
D. LES SOINS DE VILLE	31
1. La lutte contre les déserts médicaux.....	31
2. Les mesures relatives au médicament.....	32
3. L'amélioration de la prise en charge des soins	33
E. LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ.....	36
1. Les dispositifs de régulation des dépenses	36
2. La tarification et le suivi des dépenses des établissements de santé.....	37
3. La participation du Fonds de modernisation des établissements de santé au financement de l'Agence des systèmes d'information partagés de santé	40
F. LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES.....	41
1. L'entrée en vigueur de la prestation complémentaire de recours à tierce personne	41
2. L'amélioration de la retraite à 60 ans des travailleurs de l'amiante polypensionnés	42
3. L'amélioration en cours des modalités de récupération des indemnités versées en cas de faute inexcusable de l'employeur.....	42
III.- LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL	45

IV.- L'ASSURANCE VIEILLESSE	47
1. L'attribution de points de retraite proportionnelle aux exploitants agricoles ayant dû cesser leur activité pour cause de maladie.....	47
2. La possibilité d'une revalorisation spécifique du point pour les pensions de réversion de l'allocation supplémentaire vieillesse des professions médicales.....	48
3. L'harmonisation des modalités de transmission des justificatifs d'existence pour les retraités résidant à l'étranger.....	48
V.- LA BRANCHE FAMILLE	49
1. Un déficit aggravé, rançon de l'abandon de la trajectoire de redressement des comptes.....	49
2. La seule mesure issue du projet de loi a été déclarée non-conforme à la constitution	50
3. Une mesure technique en matière d'aides au logement n'est toujours pas mise en œuvre.....	50
TRAVAUX DE LA COMMISSION.....	51
ANNEXE : TABLEAU DE SUIVI DE LA MISE EN APPLICATION DE LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2013.....	79

INTRODUCTION

En application de l'article 145-7 du Règlement de l'Assemblée nationale, le présent rapport fait état, à l'issue d'un délai de six mois, des textes réglementaires publiés pour la mise en œuvre de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, ainsi que des dispositions qui n'auraient pas fait l'objet des textes d'application nécessaires.

Si l'article précité s'applique à toutes les lois appelant la publication de textes réglementaires, le suivi de l'application est particulièrement justifié en ce qui concerne les lois de financement de la sécurité sociale, pour deux raisons :

– d'une part, elles contiennent par définition uniquement des dispositions qui ont un impact sur les comptes de la sécurité sociale ⁽¹⁾ (faute de quoi elles sont considérées comme des « cavaliers sociaux » susceptibles d'être censurées par le Conseil constitutionnel), ce qui rend leur application dans l'année qui suit la promulgation de la loi indispensable ;

– d'autre part, les projets de loi de financement de la sécurité sociale font systématiquement l'objet d'un recours à la procédure législative accélérée, du fait de la nécessité d'appliquer la loi dès le 1^{er} janvier : cela justifie en retour que le législateur demande au pouvoir exécutif des comptes sur son application effective.

La Commission des affaires sociales s'est constamment attachée à faire usage de l'article 145-7 du Règlement à l'égard des lois de financement de la sécurité sociale, sauf en 2012, le calendrier parlementaire de l'été ayant été perturbé par les élections législatives. Les comparaisons en termes de taux d'application seront donc faites par rapport aux années 2010 et 2011.

Le présent rapport porte uniquement sur l'application réglementaire de la loi de financement, et non sur sa mise en œuvre concrète et sur l'exécution budgétaire. L'exercice peut paraître formel, mais il a la vertu d'accélérer l'élaboration des textes et leur signature par le pouvoir exécutif. Un second rendez-vous, à l'automne, permet d'apprécier la progression de l'application de la loi : en effet, le 3° du III de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale prévoit que soit joint 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 .

En ce qui concerne l'application non pas réglementaire mais budgétaire de la loi (c'est-à-dire l'évolution des dépenses et des recettes par rapport aux objectifs de la loi), vos rapporteurs vous renvoient, d'une part aux rapports de la Commission des comptes de la sécurité sociale publiés en juin et en septembre sur

(1) Les deux premières parties de la loi de financement sont relatives aux deux années précédentes, et leurs dispositions sont généralement d'application directe.

les comptes de l'année précédente et de l'année en cours, d'autre part au rapport d'information préalable au débat d'orientation des finances publiques de M. Gérard Bapt⁽¹⁾, qui traite notamment de l'exécution de la loi de financement en 2013.

Au mois de septembre, sera aussi rendu public le rapport annuel de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale prévu par l'article L.O. 132-3 du code des juridictions financières.

S'ils ne posent pas de problèmes d'application au sens de l'article 145-7 du Règlement de l'Assemblée nationale, certains des articles dits « d'application directe », c'est-à-dire n'exigeant pas la publication d'un texte réglementaire, ne doivent pas pour autant être perdus de vue, car le fait qu'ils soient applicables en l'état ne garantit pas leur mise en œuvre effective.

*

Adopté définitivement par l'Assemblée nationale le 3 décembre 2012, après son rejet par le Sénat, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a fait l'objet d'une saisine du Conseil constitutionnel, lequel s'est prononcé le 13 décembre⁽²⁾, censurant 8 articles⁽³⁾ sur les 101 articles adoptés.

Sur les 93 articles restant, 50 sont d'application directe. Par ailleurs, trois articles appellent uniquement la rédaction par le Gouvernement de rapports qui doivent être déposés sur le bureau des assemblées à des dates ultérieures à la présentation du présent rapport. Enfin, le Gouvernement a souhaité ajourner ou reconsidérer la mise en œuvre de trois articles relatifs à l'assurance maladie, pour des raisons techniques ou d'opportunité.

Restent donc 37 articles qui nécessitent la publication d'un texte réglementaire (décret en Conseil d'État, décret simple ou arrêté) ou bien la signature d'un accord conventionnel. Au 4 juillet 2013, soit un peu plus de six mois après la publication de la loi, sur ces 37 articles :

- 21 n'ont fait l'objet d'aucun des textes d'application qu'ils prévoient ;
- 16 ont fait l'objet d'une application complète.

Établi par le Gouvernement en réponse au questionnaire de vos rapporteurs, le tableau annexé au présent rapport donne un aperçu article par article, et traduit un résultat que l'on peut qualifier de moyen par rapport aux années précédentes (avec un rapport de 38 % entre le nombre de textes publiés et le nombre attendu), et d'insuffisant pour vos rapporteurs.

(1) Rapport n° 1176, Commission des affaires sociales, juillet 2013.

(2) Décision n° 2012-659 DC du 13 décembre 2012.

(3) ainsi qu'une partie de certains autres articles, notamment les articles 11, 24, 37, 67 et 73.

*État de la publication des textes nécessaires à l'application
de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013*

Nombre de textes au 4 juillet 2013	Textes d'application nécessaires	Textes publiés		Textes restant à publier
		Nombre	en %	
Décrets en Conseil d'État	20	3	15 %	17
Décrets simples	20	10	50 %	10
Arrêtés	6	5	83 %	1
Convention	1	0	0 %	1
Total textes d'application	47	18	38 %	29

Source : Commission des affaires sociales.

Après un rapport d'application 2008 qui avait mis en évidence une grande négligence dans l'élaboration des textes d'application (avec un rapport de 20 % entre le nombre de textes publiés et le nombre attendu), la situation s'était beaucoup améliorée en 2009 (47 %), avait régressé en 2010 (21 %), et à nouveau beaucoup progressé en 2011 (61 %, à relativiser compte tenu du fait que cet indicateur avait été élaboré au mois d'octobre).

Cela dit, on ne peut en rester aux analyses quantitatives. Vos rapporteurs sont conscients de l'ampleur de la tâche à accomplir pour l'administration et de certains délais incompressibles, quand les décrets doivent être soumis préalablement aux caisses de sécurité sociale, puis examinés par le Conseil d'État, ou encore quand ils nécessitent la signature de plusieurs ministres, ce qui est très souvent le cas.

Comme c'était le cas dans les rapports de la précédente législature, 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, en fonction de la répartition des articles entre rapporteurs, les dispositions de la loi de financement devant faire l'objet de textes d'application : recettes et gestion du risque (M. Gérard Bapt, I), assurance maladie et accidents du travail (M. Christian Paul, II), secteur médico-social (Mme Martine Pinville, III), assurance vieillesse (M. Michel Issindou, IV) et branche famille (Mme Geneviève Levy, 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 2013 relatives aux recettes, à l'équilibre général, à la trésorerie, à la gestion du risque et à la lutte contre la fraude.

Comme chaque année, les dispositions suivantes, *de nature purement financière*, sont *d'application directe* : l'approbation des montants du dernier exercice clos (**articles 1^{er} et 2**), la rectification des objectifs et prévisions pour 2012 (**articles 5, 6, 9 et 10**), la non-compensation par le budget de l'État des pertes de recettes liées à des dispositifs d'exonération de cotisations sociales (**article 30**), la fixation des objectifs et prévisions pour les exercices 2013 et suivants (**articles 31 à 36**) et l'habilitation accordée aux régimes de base à recourir à l'emprunt (**article 42**).

Par ailleurs, certaines dispositions portant sur les *recettes* sont également *d'application directe* : la clarification des impositions et taxes affectées à l'État et à la sécurité sociale (**article 3**), le prélèvement exceptionnel au profit de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) (**article 4**), la déchéance des crédits du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) et du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) (**article 7**), la modernisation et la simplification de l'assiette de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés dans le secteur des assurances et la clarification de l'affectation du produit des placements financiers de cette contribution (**article 12**), la prorogation du régime social dérogatoire destiné aux personnes exerçant une activité réduite à fin d'insertion (**article 16**), la contribution additionnelle sur les pensions de retraite et d'invalidité au profit de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) (**article 17**), le régime social de l'indemnité spécifique versée à l'occasion de la rupture conventionnelle du contrat de travail (**article 21**), les mesures relatives à la fiscalité des tabacs (**article 23**), la hausse de la fiscalité sur les bières (**article 24**), l'extension de l'assiette de la contribution sur les dépenses de promotion des produits de santé (**article 28**), la fixation du seuil de déclenchement de la « clause de sauvegarde » (**article 29**) et l'avance consentie par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) à la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSM) (**article 38**).

L'**article 17** créant une contribution additionnelle sur les pensions de retraite et d'invalidité a fait l'objet d'une circulaire de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) n° 2013-31 du 2 mai 2013.

Par ailleurs, certains articles font l'objet d'une lettre-circulaire de l'ACOSS n° 2013-019 du 28 mars 2013 commentant les principales dispositions des lois de financement et de finances de décembre 2012 qui impactent le recouvrement des cotisations et contributions sociales.

Enfin, votre rapporteur sera très vigilant sur l'application de l'article 23 relatif à la fiscalité des tabacs, concernant l'impact réel de la hausse des taxes sur les prix. S'il est d'application directe, l'efficacité de la hausse de la fiscalité sur les tabacs dépend surtout des prix qui seront fixés par les fabricants de tabac.

En ce qui concerne le *contrôle* et la *lutte contre la fraude* : l'**article 99** sur l'amélioration des échanges d'informations entre les services de l'État et certains régimes de sécurité sociale, et l'**article 100** sur la simplification des conditions d'intervention des agents des impôts et des douanes en matière de lutte contre le travail illégal sont d'application directe.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 comporte en revanche seize articles nécessitant, en matière de recettes, de recouvrement, de trésorerie, de contrôle et de lutte contre la fraude, des textes d'application.

A. LES RECETTES, LE RECOUVREMENT ET LA TRÉSORERIE

Dans ce domaine, quatorze articles appellent des textes d'application : la rationalisation de la prise en charge par l'État des indus sur les prestations gérées pour son compte par la sécurité sociale (**article 8**), l'alignement des prélèvements sociaux à la charge des travailleurs indépendants (**article 11**), l'élargissement de l'assiette et le renforcement de la progressivité de la taxe sur les salaires (**article 13**), la suppression de l'assiette forfaitaire pour les salariés des particuliers employeurs (**article 14**), l'harmonisation du taux de la cotisation au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT-MP) au titre du personnel mis à disposition par les associations intermédiaires (**article 15**), l'élargissement de la couverture sociale des élus locaux (**article 18**), l'alignement des taux de cotisations au régime général d'assurance maladie des salariés de la Chambre de commerce et d'industrie de Paris (**article 19**), l'augmentation de la contribution tarifaire d'acheminement (**article 20**), la réforme des modalités de remboursement de la couverture maladie universelle complémentaire aux organismes gestionnaires (**article 22**), la simplification et la sécurisation de la fiscalité relative aux produits de santé (**article 26**), la suppression de la taxe due à la Haute Autorité de santé pour la réalisation d'études médico-économiques (**article 27**), la réforme du financement de la gestion administrative, de l'action sanitaire et sociale et du contrôle médical de la Mutualité sociale agricole (**article 37**), le versement des cotisations dues sur les indemnités de congés payés par les caisses de congés payés (**article 40**) et la prise en compte des exonérations dans le calcul des cotisations et contributions sociales des exploitants agricoles n'ayant pas rempli leurs obligations déclaratives (**article 41**).

1. Rationalisation de la prise en charge par l'État des indus sur les prestations gérées pour son compte par la sécurité sociale

L'**article 8** rationalise les modalités de prise en charge par l'État des pertes sur créances d'indus enregistrées par les organismes de sécurité sociale au

titre de la gestion des prestations servies pour le compte de l'État (allocation adultes handicapés, allocation supplémentaire d'invalidité, allocation parent isolé, etc.).

Dans un souci de simplification des circuits financiers entre administrations publiques et des modalités de prise en charge par l'État de ces pertes, l'article 8 vise à fixer le plafond de prise en charge des pertes sur créances d'indus par l'État non plus comme une fraction des prestations versées dans l'année, mais comme une fraction des pertes, représentative des indus considérés comme non recouvrables.

Cette fraction est établie à **50 % des pertes sur créances** d'indus par un **arrêté du 22 février 2013** des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. Les organismes assurant le service des prestations concernées doivent facturer les sommes dues à l'État.

2. Alignement des prélèvements sociaux à la charge des travailleurs indépendants

L'article 11 rapproche, du point de vue des prélèvements sociaux, le régime des travailleurs non salariés non agricoles du régime général, tout en répartissant mieux la charge entre les ressortissants de ce régime (par le dé plafonnement de la cotisation d'assurance maladie-maternité et la réduction de la cotisation minimale) ; il met fin aux anomalies existant dans la prise en compte des frais professionnels et des dividendes dans l'assiette des cotisations des travailleurs indépendants exerçant en société.

Cet article a fait l'objet de **deux décrets d'application** :

– le **décret n° 2012-1551 du 28 décembre 2012** relatif aux cotisations et contributions de sécurité sociale des travailleurs indépendants non agricoles ;

– le **décret n° 2012-1550 du même jour** relatif à la simplification des procédures applicables aux cotisations et contributions sociales dues par les travailleurs indépendants.

Le premier relève les taux de cotisations et contributions sociales dues par les auto-entrepreneurs et révisé les conditions de la réduction de la cotisation minimale maladie du régime social des indépendants (RSI).

Les articles D. 131-6-1 et D. 131-6-2 du code de la sécurité sociale sont modifiés afin d'appliquer le principe selon lequel les cotisations et contributions sociales des auto-entrepreneurs sont calculées de manière à garantir un niveau équivalent entre le taux effectif des cotisations et contributions sociales versées et celui applicable aux revenus des travailleurs indépendants. **Les taux des cotisations et contributions sociales dont sont redevables les auto-entrepreneurs sont portés, à partir du 1^{er} janvier 2013 :**

– de 12 % à 14 % pour les commerçants ayant un chiffre d'affaires inférieur à 81 500 euros hors taxes ;

– de 18,3 % à 21,3 % pour les professionnels libéraux relevant de la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse (CIPAV) dont les recettes sont inférieures à 32 600 euros hors taxes ;

– de 21,3 % à 24,6 % pour les auto-entrepreneurs qui exercent des activités de services soumises soit aux bénéfices industriels et commerciaux (BIC) soit aux bénéfices non commerciaux (BNC) et dont le chiffre d'affaires ne dépasse pas 32 600 euros hors taxes.

L'article 11 a déplafonné la cotisation d'assurance maladie due par les non salariés non agricoles du RSI. L'article D. 612-4 du code de la sécurité sociale est modifié en conséquence, supprimant la limite de cinq fois le plafond de la sécurité sociale.

À l'article D. 612-5 du même code, **l'assiette minimale sur laquelle peut être calculée la cotisation maladie pendant les premières années d'activité des travailleurs indépendants** est fixée à :

- 19 % du plafond de la sécurité sociale la première année ;
- 27 % la deuxième année (au lieu de 29 % auparavant) ;
- 40 % au titre des années suivantes.

L'article D. 612-5 précise que cette possibilité ne s'applique pas aux personnes bénéficiant d'une pension de vieillesse, d'invalidité ou de réversion du RSI.

L'article 11 a créé une **réduction sur la cotisation forfaitaire minimale dont sont redevables les travailleurs indépendants** dont les revenus d'activité sont inférieurs à 40 % du plafond annuel de la sécurité sociale. Les modalités de cette réduction sont fixées par l'article D. 612-7 (nouveau) du code de la sécurité sociale. Lorsque le revenu est négatif ou nul, le montant de la réduction sera maximal et égal au produit du taux de cotisation (6,5 %) par 13 % de la valeur du plafond de la sécurité sociale. La réduction applicable est ensuite dégressive. Cette réduction ne s'applique, en vertu de l'article L. 612-5 du même code, qu'aux cotisants dont les cotisations sont au moins égales à la cotisation minimale et dont le chiffre d'affaires est inférieur ou égal à un montant fixé par décret : ce décret n'est pas encore publié, mais l'article 5 du décret n° 2012-1551 prévoit qu'à titre transitoire, pour 2013 et 2014, la condition de chiffre d'affaires minimal est réputée remplie par les indépendants qui remplissent les autres conditions.

3. Élargissement de l'assiette et renforcement de la progressivité de la taxe sur les salaires

L'**article 13** élargit l'assiette de la taxe sur les salaires (en l'alignant sur celle de la CSG) et renforce sa progressivité par l'introduction d'une nouvelle tranche supérieure de taxation. Le troisième taux majoré est fixé à 20 % pour les rémunérations individuelles annuelles excédant 150 000 euros.

Les articles 142 et 143 de l'annexe II au code général des impôts sont modifiés en conséquence par le **décret n° 2013-265 du 28 mars 2013** afin de **déterminer le montant de la majoration mensuelle applicable à chaque seuil de revenus soumis à la taxe sur les salaires**. Le taux normal de taxe sur les salaires reste fixé à 4,25 %. Ce taux est porté à 8,50 % (soit une majoration de 4,25 %) sur la fraction des rémunérations individuelles comprise entre 7 604 euros et 15 185 euros, à 13,60 % (soit une majoration de 9,35 points) pour la part comprise entre 15 185 euros et 150 000 euros et à 20 % (soit une majoration de 15,75 points) sur la part des rémunérations excédant 150 000 euros.

Ces dispositions sont entrées en vigueur le 31 mars 2013.

4. Suppression de l'assiette forfaitaire pour les salariés des particuliers employeurs

L'**article 14** a supprimé la possibilité de calcul des cotisations et contributions sociales dues sur la rémunération des employés de maison sur une assiette forfaitaire, ces dernières devant être désormais calculées sur la base du salaire réel.

À titre de compensation partielle pour les particuliers employeurs, l'article 14 prévoit une **déduction forfaitaire par heure travaillée sur la cotisation patronale d'assurance maladie**. Le **décret n° 2012-1565 du 31 décembre 2012** a fixé cette déduction forfaitaire à **0,75 euro** par heure de travail.

5. Harmonisation du taux de la cotisation au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles au titre du personnel mis à disposition par les associations intermédiaires

L'**article 15** permet au pouvoir réglementaire de ne fixer qu'un seul des taux de cotisation au titre des accidents du travail et maladies professionnelles pour les salariés des associations intermédiaires mis à disposition de particuliers ou de professionnels, quel que soit le nombre d'heures travaillées par an (actuellement, le taux est différent pour la part d'activité supérieure à 750 heures et pour la part inférieure).

Au cours des débats parlementaires, il a été précisé que ce taux unique devrait être fixé à 3,10 %. Toutefois, cette mesure ne devrait entrer en vigueur, pour des raisons techniques, qu'au 1^{er} janvier 2014. **Un arrêté du**

17 décembre 2012 a néanmoins abaissé le taux de la cotisation due sur la part de la rémunération inférieure ou égale à 750 heures, de 3,70 % à 3,10 %.

6. Élargissement de la couverture sociale des élus locaux

L'article 18 a mis fin aux différentes lacunes qui caractérisent l'affiliation, la couverture et, partant, la contribution des élus locaux aux régimes obligatoires de base de sécurité sociale. Il a rendu universels le champ des élus couverts et l'étendue de cette couverture, mais l'assujettissement n'intervient que lorsque le montant des indemnités de fonction dépasse une fraction de la valeur du plafond de la sécurité sociale.

Le décret n° 2013-362 du 26 avril 2013 fixe le plafond d'assujettissement aux cotisations sociales à 50 % du plafond mensuel de la sécurité sociale, soit 1 543 euros par mois en 2013. Pour les accidents du travail et maladies professionnelles, le taux de cotisation est celui qui s'applique aux agents non titulaires de la collectivité territoriale ou de l'établissement public de coopération intercommunale concerné. Ces dispositions sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2013, y compris aux mandats en cours.

7. Aligement des taux de cotisation au régime général d'assurance maladie des salariés de la Chambre de commerce de d'industrie de Paris

L'article 19 applique aux salariés de la Chambre de commerce et d'industrie de Paris (CCIP) affiliés au régime général d'assurance maladie le même régime de cotisations que celui des fonctionnaires.

Le décret n° 2012-1486 du 27 décembre 2012 fixe les taux de cotisation applicables en fonction d'une **montée en charge qui s'étend de 2013 à 2019** : 5,80 % en 2013, 6,50 % en 2014, 7,20 % en 2015, 7,90 % en 2016, 8,60 % en 2017, 9,30 % en 2018, 9,70 % en 2019. Il abroge parallèlement l'article 16 du décret du 28 juin 1991 qui fixait les taux des cotisations d'assurance maladie et vieillesse du régime spécial de sécurité sociale de la CCIP.

8. Augmentation de la contribution tarifaire d'acheminement

L'article 20 vise à relever le plafond du taux de la contribution tarifaire d'acheminement portant sur la distribution de gaz, afin de couvrir les besoins de financement du régime spécial de retraites des industries électriques et gazières (IEG), remplaçant l'actuelle fourchette des taux s'appliquant à la distribution de gaz (10 % à 20 %) par une nouvelle fourchette de 15 % à 25 %. La fourchette s'appliquant à la distribution d'électricité n'avait pas besoin d'être modifiée, mais il était prévu que les taux réglementaires augmentent aussi.

Un arrêté du 26 avril 2013 fixe les différents taux de la contribution à :

– 10,14 % en ce qui concerne les consommateurs raccordés au réseau public de transport d'électricité ou à un réseau public de distribution d'électricité de tension supérieure ou égale à 50 kilovolts (contre 8,2 % depuis 2006 pour toutes les prestations de transport d'électricité quelle que soit la tension du réseau) ;

– 27,04 % en ce qui concerne les autres consommateurs raccordés aux réseaux publics de distribution d'électricité (contre 21 % depuis 2006 pour toutes les prestations de distribution d'électricité) ;

– 4,71 % pour les prestations de transport de gaz naturel (en baisse par rapport au taux qui s'appliquait jusque-là : 5,3 %) ;

– 20,80 % pour les prestations de distribution de gaz naturel (contre 17,7 % auparavant).

9. Réforme des modalités de remboursement de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) aux organismes gestionnaires

L'**article 22** modifie les modalités de remboursement par le Fonds CMU du coût que représente la gestion des prestations au titre de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc).

Il est prévu que **les régimes d'assurance maladie et les organismes complémentaires seront remboursés sur la base des dépenses réelles**, dans la **limite d'un montant forfaitaire fixé annuellement par voie réglementaire**. Les remboursements aux organismes gestionnaires ne pourront aller au-delà de leurs dépenses réelles. Le remboursement effectué à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) sera en outre majoré.

En outre, le Fonds CMU est doté de moyens de contrôle renforcés des organismes gestionnaires de la CMUc.

À titre exceptionnel en 2013, la majoration du remboursement effectué à la CNAMTS tient compte des sommes engagées par la caisse au titre des exercices 2013 et 2012 dans la limite du résultat comptable du fonds en 2013.

Il est également prévu que le Fonds CMU transmette au Gouvernement, au plus tard le 1^{er} septembre de chaque année, « *l'état des sommes correspondant à la prise en charge pour l'ensemble des organismes gestionnaires* » des dépenses au titre de la CMUc.

Les modalités de remboursement des organismes gestionnaires de la CMUc doivent être précisées par un décret, qui n'est pas paru à ce jour. Le texte serait en cours d'examen par les caisses nationales.

L'impact le plus important de cet article concernera les organismes complémentaires. En effet, à la différence des caisses d'assurance maladie qui sont déjà remboursées par acompte et régularisation, les organismes complémentaires imputent trimestriellement les dépenses de CMUc sur le montant de la taxe CMU dont ils sont redevables. Dès lors, trois options sont possibles pour mettre en œuvre la mesure :

– un premier schéma où le remboursement des organismes serait effectué distinctement de leur déclaration trimestrielle dans le cadre d'une procédure spécifique ;

– un second schéma qui consisterait à maintenir la procédure déclarative habituelle, c'est-à-dire que le remboursement des organismes serait réalisé par imputation sur le montant de la taxe due en retenant une base forfaitaire ;

– un troisième schéma qui consisterait à maintenir le remboursement des organismes par imputation sur le montant de la taxe due mais en retenant le montant moyen des dépenses payées en trésorerie au cours de l'année n-1.

Quelle que soit la solution retenue, les dépenses réelles sont forcément connues avec un certain décalage ce qui impliquera de mettre en place une procédure de régularisation auprès de tous les organismes, ce qui n'existe pas aujourd'hui. Dans ce cadre, les organismes complémentaires seront dans l'obligation de transmettre un état de leurs dépenses de CMUc. Dès 2013, les nouvelles dispositions législatives induiront au-delà du travail de contrôle actuel, un contrôle sur les dépenses pour l'ensemble des organismes concernés. Il conviendra de définir avec précision les modalités de ce contrôle – notamment les pièces qui seront sollicitées pour justifier du niveau de leurs dépenses en matière de CMUc.

10. Simplification et sécurisation de la fiscalité relative aux produits de santé

L'**article 26** simplifie et sécurise les modalités déclaratives et de paiement des prélèvements spécifiques portant sur les produits de santé.

En premier lieu, l'assiette **de la taxe sur les premières ventes de médicaments et de produits de santé est précisée**. La rédaction issue de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 laissait penser que le redevable pouvait être le fabricant (façonnier ou sous-traitant) en lieu et place de l'exploitant de l'autorisation de mise sur le marché (AMM). Cette imperfection a été corrigée.

Par ailleurs, il instaure un droit d'enregistrement, comme pour les médicaments, sur les demandes de visa ou d'autorisation de publicité déposées à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), pour les dispositifs médicaux. Le montant de ce droit est fixé à 510 euros par **le décret n° 2013-103 du 29 janvier 2013** pris pour l'application de l'article 1 635 *bis* AE du code général des impôts.

Enfin, **les modalités déclaratives et de paiement des cinq contributions pharmaceutiques recouvrées par les Urssaf sont harmonisées et simplifiées**, afin d'alléger les contraintes administratives auxquelles sont soumises les entreprises pharmaceutiques. Un **décret d'application est en cours de finalisation** afin de tirer les conséquences de l'unification du calendrier de déclaration et de recouvrement de ces contributions.

11. Suppression de la taxe due à la Haute Autorité de santé pour la réalisation d'études médico-économiques

L'**article 27** supprime la taxe due à la Haute Autorité de santé (HAS) au titre de la réalisation d'études médico-économiques.

Cette taxe additionnelle avait été instaurée par l'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012. Celle-ci était exigible lors de toute demande d'inscription ou de renouvellement d'un produit de santé nécessitant une évaluation médico-économique de la part de la HAS. Le plafond de la taxe avait été fixé à 5 680 euros ce qui pouvait risquer de freiner le développement des évaluations médico-économiques, raison pour laquelle elle a été supprimée.

Un **décret en Conseil d'État**, visant à modifier les conditions dans lesquelles une étude médico-économique pourra être exigée (article R. 161-71-1 du code de la sécurité sociale) est **en cours de finalisation**.

12. Réforme du financement de la gestion administrative, de l'action sanitaire et sociale et du contrôle médical de la Mutualité sociale agricole

L'**article 37** apporte de nombreuses modifications au financement de la gestion administrative, de l'action sanitaire et sociale et du contrôle médical de la Mutualité sociale agricole (MSA) :

- il aligne les règles de gestion de la MSA sur celles en vigueur dans les autres régimes ;
- il prévoit la centralisation de la trésorerie du réseau ;
- il rationalise la compensation entre la branche des salariés agricoles et le régime général.

Si la réforme de la compensation s'applique dès le 31 décembre 2012, en revanche, **les dispositions relatives à l'alignement des règles de gestion et à la trésorerie n'entreront en vigueur qu'au 1^{er} janvier 2014**. Le Gouvernement a donc encore quelques mois pour élaborer le décret d'application prévu par l'article. Par ailleurs, **le transfert de la gestion des régimes sociaux agricoles de la MSA au régime général nécessite un décret en Conseil d'État** qui précisera les conditions dans lesquelles sont isolés et retracés les produits et les charges du régime des salariés agricoles au sein du régime général.

13. Versement des cotisations dues sur les indemnités de congés payés par les caisses de congés payés

L'**article 40** simplifie les modalités de versement des cotisations dues sur les indemnités de congés payés dans les professions pour lesquelles existent des caisses de congés payés (bâtiments et travaux publics, spectacles, manutention, transports et docks). Au lieu d'être versées aux Urssaf par les caisses de congés payés, les cotisations patronales et salariales dues sur les indemnités de congés payés seront directement acquittées par les entreprises, comme les cotisations sur les salaires. Cette réforme est prévue en deux étapes :

– en 2013, les employeurs doivent s'acquitter directement, auprès de l'Urssaf, des majorations pour indemnités de congés payés du versement transport et des cotisations au Fonds national d'aide au logement. Le taux de ces majorations est fixé par **le décret n° 2012-1552 du 28 décembre 2012** à 11,5 % ;

– **un rapport du Gouvernement devait être remis au Parlement avant le 1^{er} juillet 2013**, pour examiner les conditions d'extension de cette mesure à l'ensemble des cotisations et contributions sociales. D'après les informations de votre rapporteur, ce rapport devrait être transmis avant la fin du mois de juillet.

14. Prise en compte des exonérations dans le calcul des cotisations et contributions sociales des exploitants agricoles n'ayant pas rempli leurs obligations déclaratives

L'**article 41** étend aux exploitants agricoles et à l'emploi de salariés agricoles le mécanisme introduit par l'article 37 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 pour les seuls employeurs et travailleurs indépendants : la prise en compte des exonérations applicables s'opère au moment de la régularisation de la situation du cotisant, lorsque celui-ci a communiqué les éléments requis, et non plus lors du calcul provisoire.

Cet article prévoit un décret en Conseil d'État qui n'a pas encore été publié.

B. LE CONTROLE ET LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE

Deux articles dans ce domaine nécessitent des dispositions réglementaires d'application : les **articles 98 et 101**.

1. Élargissement et majoration des redressements de cotisations sociales en cas de fraude

L'**article 98** renforce la lutte contre la fraude aux cotisations sociales à travers trois mesures : l'élargissement des modalités d'exploitation des procès-verbaux de travail dissimulé, la majoration du redressement de cotisations dû par

l'employeur en cas de réitération d'une pratique non conforme à la législation et la majoration du redressement de cotisations en cas de constat d'un travail dissimulé.

Un décret en Conseil d'État doit prévoir les modalités d'application du présent article, notamment en ce qui concerne le respect du principe du contradictoire. Ce texte est **en cours d'élaboration**.

2. Annulation des exonérations de cotisations des entreprises en cas de manquement à leurs obligations, en tant que donneur d'ordre, en matière de prévention du travail dissimulé

L'**article 101** modifie les conditions requises pour l'annulation des exonérations de cotisations sociales des donneurs d'ordre en cas de travail dissimulé. La condition préalable d'établissement de la complicité entre le donneur d'ordre et son sous-traitant pour exiger le remboursement des exonérations est ainsi abandonnée. Désormais, si le donneur d'ordre a manqué à ses obligations de vigilance et de diligence alors que son sous-traitant a recouru au travail dissimulé, l'organisme de recouvrement pourra procéder à l'annulation des réductions ou exonérations des cotisations et contributions dont le donneur d'ordre a bénéficié au titre des rémunérations versées à ses salariés.

Les modalités d'application de cette annulation, notamment la manière dont est assuré le respect du principe du contradictoire, sont renvoyées à **un décret en Conseil d'État, encore en cours d'élaboration à ce jour**.

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

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 comporte 33 articles relatifs aux dépenses d'assurance maladie et d'accidents du travail, hors dispositions ayant trait au secteur médico-social.

Parmi ces 33 articles, 26 traitent de l'assurance maladie, et sept des accidents du travail et des maladies professionnelles. Deux des 26 articles relatifs à l'assurance maladie appartiennent à la deuxième partie de la loi relative à l'exercice 2012. 24 articles sont situés dans la section 1 « *Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie* » de la quatrième partie de la loi, qui comporte les dispositions relatives aux dépenses prévues pour l'année 2013. Les sept articles relatifs aux dépenses d'accidents du travail et de maladies professionnelles constituent la section 3 de cette même quatrième partie.

Quatre articles ont été déclarés non conformes à la Constitution

Dans le texte adopté par le Parlement, la section 1 de la quatrième partie de la loi comportait quatre autres articles que le Conseil constitutionnel, dans sa décision n° 2012-659 DC du 13 décembre 2012, a déclarés non conformes à la Constitution, considérant qu'ils constituaient des « cavaliers » sociaux n'ayant pas leur place en loi de financement de la sécurité sociale. Ont ainsi été censurés au motif qu'ils n'avaient pas d'effet ou un effet trop indirect sur les dépenses des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement :

– **l'article 54** visant à expérimenter le tiers-payant intégral pour les soins de ville dispensés aux étudiants ;

– **l'article 58** relatif à l'organisation de la visite médicale sous une forme collective dans les établissements de santé ;

– **l'article 61** visant à autoriser l'émission de billets de trésorerie par les centres hospitaliers régionaux.

L'article 74 demandant un rapport au Gouvernement sur le pilotage du dossier médical personnel a quant à lui été déclaré inconstitutionnel car n'ayant pas pour objet d'améliorer l'information et le contrôle du Parlement sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

Onze articles 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 n'appellent donc pas de mesure réglementaire d'application. Sont ainsi d'application directe :

– **l’article 7** relatif à la déchéance des crédits alloués en 2012 au Fonds d’intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQSV) et au Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) ;

– **l’article 10** qui rectifie le montant de l’objectif national de dépenses d’assurance maladie (ONDAM) pour 2012 et sa ventilation en sous-objectifs ;

– **l’article 75** qui fixe les objectifs de dépenses par branche pour l’ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que pour le régime général pour 2013 ;

– **l’article 76** relatif à l’ONDAM et à ses sous-objectifs pour 2013 ;

– **l’article 88** qui détermine le montant du versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles ;

– **l’article 89** 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 91** relatif à l’objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour l’année 2013.

Par ailleurs, la loi compte quatre autres articles relatifs aux dépenses d’assurance maladie ou aux accidents du travail qui, sans être de nature financière, sont également d’application directe :

– **l’article 43** relatif à l’amélioration de la permanence des soins ;

– **l’article 59** sur l’arrêt du processus de convergence intersectorielle de la tarification à l’activité (T2A) ;

– **l’article 72** relatif à l’indemnisation des victimes d’hépatites transfusionnelles ;

– **l’article 87** sur l’égalité des conditions d’accès à la retraite pour l’ensemble des travailleurs de l’amiante.

Sur les vingt-deux articles restants, il convient tout d’abord de noter que le Gouvernement a souhaité ajourner ou reconsidérer la mise en œuvre de **trois** d’entre eux, pour des raisons techniques ou d’opportunité :

– **l’article 44** qui vise à conduire une expérimentation relative à la régulation des transports sanitaires. Le Gouvernement considère qu’il est préférable de revenir sur ce dispositif ;

– **l'article 57** relatif aux recommandations temporaires d'utilisation pour les médicaments pour lesquels il existe des alternatives thérapeutiques. Eu égard aux risques de contentieux, le Gouvernement propose de revoir ces dispositions ;

– **l'article 64** visant à clarifier les règles de prise en charge et de financement des soins délivrés aux détenus. Cet article soulevant de très grandes difficultés d'application, des travaux approfondis doivent être menés et sont donc susceptibles de retarder son entrée en vigueur.

Signalons ensuite que **trois** articles appellent la rédaction par le Gouvernement de **rapports** qui doivent être déposés sur le bureau des assemblées ⁽¹⁾ :

– **l'article 53** relatif à l'amélioration de l'accès à la contraception (date limite de remise prévue par la loi : 17 décembre 2013) ;

– **l'article 62** relatif aux partenariats public-privé mis en œuvre dans le cadre des plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012 (date limite de remise prévue par la loi : 30 septembre 2013) ;

– **l'article 90** relatif à la création d'une nouvelle voie d'accès individuelle au dispositif de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (date limite de remise prévue par la loi : 1^{er} juillet 2013). Une mission de l'Inspection générale des affaires sociales est en cours.

Enfin, un article, **l'article 45** relatif au développement des rémunérations forfaitaires dans le but de renforcer l'exercice interprofessionnel, renvoie pour son application à la tenue de **négociations conventionnelles**. D'après les informations fournies par le ministère chargé de la santé, ces négociations pourraient être engagées en fin d'année.

S'agissant des **quinze articles nécessitant la parution d'un texte d'application**, on notera que **seuls cinq décrets ont été publiés à ce jour. Neuf textes d'application** seraient néanmoins « prêts à aboutir » (saisine imminente ou examen en cours du Conseil d'État ou des caisses de sécurité sociale). Enfin, un texte d'application, relatif à l'article 71, dont le dispositif doit s'appliquer à compter du 1^{er} janvier 2014, serait en cours de finalisation.

A. LE SUIVI DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE

En application de l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale, le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie rend un avis à la mi-avril dans lequel « *il analyse les anticipations de réalisation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'année précédente en se fondant sur les données statistiques disponibles* » et « *en déduit les conséquences sur le respect de l'objectif de l'exercice en cours* ».

(1) Pour l'heure aucun de ces rapports n'a été transmis au Parlement.

Dans son avis n° 2013-1 publié le 16 avril 2013, le comité d'alerte a mis en lumière **une réalisation de l'ONDAM 2012 et une projection de réalisation de l'ONDAM 2013 inférieures aux prévisions** arrêtées dans le cadre des lois de financement.

Ainsi, les dépenses d'assurance maladie en 2012 sont désormais estimées à 170,2 milliards d'euros, soit environ 900 millions d'euros de moins que l'objectif fixé à 171,1 milliards d'euros dans la loi de financement pour 2012. D'après le comité, cet écart porte quasi-intégralement (à hauteur de 850 millions d'euros) sur les soins de ville dont la progression a ralenti en 2012 ⁽¹⁾. Les versements de l'assurance maladie aux établissements de santé ont quant à eux été inférieurs de 70 millions d'euros à l'objectif, malgré un dépassement significatif des dépenses tarifées à l'activité compensé par l'annulation de la totalité des crédits mis en réserve en début d'année.

Rappelons que les dépenses de 2012 avaient déjà été révisées à la baisse en septembre dernier dans le cadre de la préparation de la loi de financement pour 2013. L'estimation des dépenses 2012 incluse dans la construction de l'ONDAM pour 2013 était ainsi inférieure de 350 millions d'euros à l'objectif initial fixé dans la loi de financement pour 2012. S'y ajoute désormais une nouvelle diminution de 550 millions d'euros, concentrée sur les soins de ville.

Comme le souligne le comité, ce constat de dépenses 2012 sensiblement inférieures à celles retenues dans la construction de l'ONDAM pour 2013 crée un « effet de base » favorable pour la réalisation de celui-ci. Ainsi, en dépit de l'accélération des remboursements de soins de ville sur les deux premiers mois de 2013 ⁽²⁾, le comité estime que les dépenses d'assurance maladie devraient à nouveau pouvoir être réalisées en 2013 à un niveau inférieur à l'objectif fixé à 175,4 milliards d'euros par la loi de financement.

Ces tendances ont été confortées dans le second avis du comité d'alerte publié le 31 mai 2013. Les dépenses d'assurance maladie sont ainsi estimées à 170,3 milliards d'euros en 2012, soit 860 millions d'euros de moins que l'objectif initial fixé par la loi de financement et 510 millions d'euros de moins que l'estimation de ces dépenses retenue dans la construction de l'ONDAM pour 2013. L'augmentation des dépenses serait donc de 2,4 %, après 2,7 % en 2011, marquant un net ralentissement pour les soins de ville (+ 1,9 %, voire + 1,5 % en excluant les rémunérations sur objectifs de santé publique, après + 2,4 % en 2011).

Cet avis confirme également que l'écart constaté sur les dépenses de 2012 porte quasiment en totalité sur les soins de ville pour lesquels il est inférieur de 830 millions d'euros par rapport à l'objectif initial et de 480 millions d'euros par rapport à l'estimation 2012 retenue pour l'ONDAM pour 2013. L'« effet de base » attendu de cette révision laisse en conséquence penser que le respect des taux de

(1) 1,8 % après 2,5 % en 2011.

(2) Cette accélération est imputable en grande partie à l'épidémie de grippe.

croissance associés à l'ONDAM pour 2013 (+2,7 % pour l'ensemble, + 2,6 % pour les soins de ville) conduirait à un montant de dépenses inférieur d'environ 500 millions d'euros à l'objectif, sans compter qu'une modération plus importante que prévue des soins de ville n'est pas à exclure.

Le comité estime néanmoins que d'autres éléments doivent être pris en compte tels que :

– le surcroît de dépenses, estimé à un peu plus de 100 millions d'euros, occasionné sur les premiers mois de l'année par l'épidémie de grippe, qui s'est traduit par une accélération des remboursements de soins de ville ;

– le rendement net un peu plus faible que prévu des mesures intégrées dans l'ONDAM, lié notamment à des décalages de mise en œuvre ;

– le risque d'un nouveau dépassement sur les dépenses de soins à l'étranger.

Enfin, il souligne qu'aucun effet de base n'est retenu sur les établissements de santé, dont le dépassement éventuel des dépenses tarifées à l'activité pourrait être compensé par l'annulation des crédits mis en réserve en début d'année, comme cela a été le cas au cours des dernières années.

Au total, le comité conclut qu'une grande partie de l'effet de base hérité de 2012 doit pouvoir être conservée en 2013 et qu'une prévision prudente, prenant en compte tous les aléas négatifs, conduirait pour 2013 à un montant de dépenses inférieur de 200 millions d'euros à l'objectif.

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

Comme chaque année, la loi de financement de la sécurité sociale comprend plusieurs dispositions qui fixent le montant des contributions versées par les régimes obligatoires d'assurance maladie à divers fonds et établissements pour l'année n, et rectifie le montant de ces dotations pour l'exercice n – 1.

1. Les contributions versées par les régimes d'assurance maladie au titre de l'année 2012

L'article 7 organise la déchéance des crédits 2012 du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) et du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).

Il prévoit ainsi, d'une part, de diminuer de 30 millions d'euros le montant de la dotation pour l'année 2012 des régimes obligatoires d'assurance maladie au FIQCS, celle-ci passant de 250 millions d'euros à 230 millions d'euros. Cette diminution correspond au non dégel des crédits mis en réserve en 2012.

D'autre part, il diminue de 46,94 millions d'euros le montant de la dotation pour l'année 2012 des régimes obligatoires d'assurance maladie au Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), qui passe de 285,87 millions d'euros à 238,93 millions d'euros, et ce en application des règles de déchéances annuelles et triennales établies par l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001.

2. Les dotations versées par les caisses d'assurance maladie au titre de l'exercice 2013

L'article 73 fixe le montant pour 2013 des dotations allouées par les régimes obligatoires d'assurance maladie aux fonds et établissements publics suivants :

– 370,27 millions d'euros au Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP),

– 124 millions d'euros à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux et des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) ;

– 22,2 millions d'euros à l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS),

– 160 millions d'euros aux agences régionales de santé (ARS)

– 43 millions d'euros au Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS).

Cet article fixe également à 83,65 millions d'euros le montant de la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) au financement des agences régionales de santé au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées.

La répartition entre les régimes obligatoires d'assurance maladie de leur participation au financement de ces fonds et établissements publics n'a pas encore été fixée.

C. L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

• Les parcours de santé

L'article 48 a pour objectif de permettre d'expérimenter l'organisation de parcours de santé pour tous les malades âgés de plus de 75 ans impliquant l'ensemble des professionnels de santé, les établissements hospitaliers, les établissements médico-sociaux et les services sociaux départementaux. Pour ce faire, il autorise la mise en œuvre de **dérogations aux règles de facturation et de tarification** des soins et des séjours, ainsi qu'au périmètre habituel de prise en

charge de l'assurance maladie. Toutes ces dérogations permettront aux personnes âgées d'être accompagnées « *dans les meilleures conditions et dans toutes les dimensions nécessaires, en gommant tous les facteurs de rupture liés aux modes de financement et de tarification* »⁽¹⁾. L'article 48 organise également des dérogations au cadre juridique applicable pour favoriser le partage d'informations entre les professionnels du champ de la santé et du secteur social.

Mise en œuvre pendant un délai maximal de cinq ans, cette expérimentation doit faire l'objet de « projets pilotes » définis dans le cadre d'un **cahier des charges national arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale**, de même que le périmètre territorial de mise en œuvre de chaque projet. Si aucun arrêté n'a pour l'heure été officiellement publié, la ministre des affaires sociales et de la santé, qui a fixé à septembre 2013 le démarrage des projets pilotes, a adressé dès avril aux directeurs généraux des agences régionales de santé le projet de cahier des charges issu des travaux organisés dans le cadre du **comité de pilotage des parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie**⁽²⁾. Le résultat de la réflexion menée par le comité de pilotage a été exposé dans un rapport sur la mise en œuvre des projets pilotes publié en janvier 2013, rapport qui formule également un certain nombre de recommandations en vue de la généralisation de ces projets parmi lesquelles la création, à terme, au sein de l'ONDAM d'un sous-objectif relatif aux parcours de santé des personnes âgées. S'agissant plus précisément du cahier des charges national, le comité a préconisé une articulation en cinq axes :

– le développement de la coordination entre acteurs de ville des secteurs sanitaire, médico-social et social au plus près des personnes âgées (coordination clinique de proximité) et à un niveau territorial plus étendu (coordination territoriale d'appui) ;

– l'amélioration de la prise en charge et la fluidification des parcours des personnes âgées au sein des établissements de santé et entre la ville, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et l'hôpital ;

– l'utilisation d'un système d'information permettant de faciliter les échanges (répertoire des ressources, messagerie sécurisée, partage d'informations via le dossier médical personnel) et de piloter la mise en œuvre sur le territoire ;

– l'adaptation des pratiques professionnelles à la logique de parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie supposant, d'une part, la conception de documents synthétiques dans une logique de passage de témoins et, d'autre part, une formation spécifique dans le cadre du développement professionnel continu pluri-professionnel ;

(1) Extrait du « *Projet de cahier des charges des projets pilotes* », comité national sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, janvier 2013.

(2) Comité présidé par Dominique Libault installé en avril 2012 dans le but d'organiser une grande concertation sur les possibilités d'évolution et d'amélioration de l'offre de soins pour les personnes âgées.

– un dispositif d'évaluation, fondamental pour que la généralisation des projets pilotes soit fondée sur des bases solides.

Pour la mise en œuvre du troisième axe du projet de cahier des charges national, rappelons qu'afin de rendre possible, techniquement, le suivi de manière collective des personnes âgées impliquées dans le cadre de ces parcours de santé, l'article 48 de la loi de financement a prévu l'élaboration d'une procédure de **suivi sanitaire et social permettant aux professionnels de santé d'échanger des informations sur la prise en charge des patients**. Dans ce cadre, un **décret en Conseil d'État** doit intervenir pour déterminer la nature exacte des informations concernées ainsi que la liste des personnes susceptibles d'en être destinataires. D'après les informations transmises à votre rapporteur, la concertation avec les ordres des professionnels de santé ainsi qu'un certain nombre d'échanges techniques informels avec la Commission nationale informatique et libertés (CNIL) ont d'ores et déjà été menés à bien permettant de cadrer les dispositions de ce texte, qui devrait en outre servir de base légale pour la mise en place d'une messagerie sécurisée préparée spécialement par l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP Santé). Le décret devrait donc être publié prochainement.

Enfin, rappelons que le texte prévoit une **évaluation annuelle de l'expérimentation transmise au Parlement** en vue de la généralisation des parcours de santé. Ce rapport doit être transmis avant le 1^{er} octobre.

● **La régulation des transports sanitaires**

L'**article 44** propose de confier, dans le cadre d'une expérimentation d'une durée de trois ans, soit à une caisse primaire d'assurance maladie, soit à une agence régionale de santé, soit à un établissement de santé, **l'organisation territoriale de l'offre de transport** à des coûts réduits, dans le cadre d'une procédure **d'appel d'offres** obéissant au code des marchés publics.

L'**application de cet article a été ajournée** par le ministère des affaires sociales et de la santé, afin de prolonger la **concertation avec les professionnels** concernés.

● **Le renforcement de l'exercice interprofessionnel**

L'**article 45** met en place une rémunération forfaitaire visant à renforcer l'exercice collectif des professionnels de santé.

Il ajoute aux nouveaux modes de rémunération mis en place à partir de 2008 **une rémunération spécifique portant sur le travail de coordination** en équipe autour du malade. Cette rémunération aura vocation à financer des structures, mais aussi des équipes plus légères de professionnels, de la manière la plus souple et adaptée possible (rémunération variable en fonction d'objectifs de santé publique et de services rendus à la population, mais aussi financement de secrétaires administratifs, de formations).

La mise en œuvre de cette disposition est **renvoyée à des négociations conventionnelles**, auxquelles pourraient également participer les représentants des centres de santé et qui, selon le ministère de la santé, **devraient être engagées avant la fin de l'année**.

D. LES SOINS DE VILLE

1. La lutte contre les déserts médicaux

• **Le contrat de praticien territorial de médecine générale et le détachement de médecins salariés dans les déserts médicaux**

L'**article 46** comporte deux mesures importantes en matière de lutte contre les déserts médicaux.

Il instaure tout d'abord **le contrat de praticien territorial de médecine générale**.

Par ailleurs, dans un contexte où l'exercice libéral de la médecine n'est plus suffisamment attractif pour permettre la relève des générations, l'article 46 prévoit la **possibilité pour des praticiens hospitaliers ou des médecins salariés d'exercer en ambulatoire, en dehors de leurs établissements**, dans le cadre de conventions passées entre l'agence régionale de santé, l'employeur et le professionnel concerné, dans les zones dites sous-dotées.

Selon le ministère de la santé, **les textes d'application de ces deux mesures seraient en cours de finalisation**. Leur projet n'a cependant pas été communiqué à votre rapporteur.

Il est extrêmement regrettable que deux des mesures phares de la loi de financement pour 2013 n'aient pas fait l'objet d'une diligence particulière du ministère, tant le problème de l'accès aux soins s'aggrave dans nombre de territoires français.

• **Le contrat d'engagement de service public**

L'**article 47 réforme le contrat d'engagement de service public**, institué par la loi du 21 juillet 2009 dite « HPST », au moyen duquel les étudiants en médecine s'engagent, en contrepartie d'une allocation versée pendant leurs études, à exercer dans des zones où l'offre médicale est insuffisante.

Il est tout d'abord procédé à des ajustements concernant la mise en œuvre du contrat d'engagement de service public :

– il était originellement prévu que les étudiants concernés exercent dans des zones définies par le schéma régional d'organisation des soins (SROS). Or, la référence au SROS, dont les conditions d'adoption et de révision sont lourdes et le

découpage parfois controversé, ne permettait pas une gestion souple du contrat d'engagement de service public.

Il est donc proposé **que les lieux possibles d'exercice soient fixés par une liste établie au niveau national**, par le Centre national de gestion (CNG), sur proposition des agences régionales de santé. **Cette liste n'a pas été publiée à ce jour ;**

– l'article 47 renvoie à des dispositions réglementaires le soin de **préciser les conditions de mise en œuvre du contrat d'engagement de service public lorsque les étudiants concernés prolongent leurs études à la fin d'un troisième cycle**. Ces dispositions, qui supposent une modification du décret n° 2010-735 du 29 juin 2010, seraient **en cours de finalisation ;**

– les **conditions de dégage­ment de leur obligation d'exercice des étudiants** ayant signé le contrat d'engagement de service public sont modifiées. Alors que les étudiants étaient notamment redevables d'une « *fraction des frais d'études engagés* », **ils devront dorénavant acquitter une pénalité.**

Par ailleurs, l'article 47 **étend le contrat d'engagement de service public aux étudiants en odontologie. Un décret en Conseil d'État doit venir en préciser les contours. Il est en cours de finalisation.**

2. Les mesures relatives au médicament

• L'encadrement de la publicité pour les produits de santé

L'**article 55** prévoit diverses mesures relatives à la publicité pour les produits de santé.

Les paragraphes I à III et V ont été censurés par le Conseil constitutionnel au motif que leur incidence sur les comptes de la sécurité sociale était insuffisante.

Pour mémoire, ils visaient respectivement à interdire **la publicité auprès du grand public pour les médicaments non remboursables dont la dénomination rappelle celle d'une spécialité remboursable** et à **étendre l'interdiction de publicité pour les dispositifs médicaux**. Ces mesures devraient être reprises dans la future loi de santé publique.

Le paragraphe IV de l'article insère un nouvel article L. 165-8-1 dans le code de la sécurité sociale pour **autoriser des sanctions lors d'un retrait d'autorisation ou d'une interdiction de publicité pour un dispositif médical.**

Le **Comité économique des produits de santé (CEPS) pourra fixer une pénalité financière**, égale ou inférieure à 10 % du chiffre d'affaires au titre du produit incriminé lors des six mois précédents. Cette pénalité sera fixée en fonction de la gravité de l'infraction sanctionnée et des ventes du produit concerné. Son produit est affecté à l'assurance maladie et **un décret en Conseil**

d'État doit définir les règles et délais de procédure applicables. Il n'a pas encore été publié.

- **La fixation du prix de certains allergènes**

L'**article 56** précise les conditions de fixation du prix des allergènes préparés spécialement pour un seul individu (Apsi). N'étant pas assimilés à des produits de santé, ces allergènes ne faisaient l'objet ni d'une autorisation de mise sur le marché, ni d'une régulation des prix par le Comité économique des produits de santé (CEPS).

Le **prix de vente au public** sera désormais établi **par convention** entre le laboratoire et le **CEPS** ou à défaut par décision du CEPS. La fixation du prix tiendra principalement compte des prix des produits comparables, des volumes de vente et des conditions prévisibles et réelles d'utilisation.

Un **décret en Conseil d'État** doit fixer les conditions d'application de cette mesure. Sa **publication serait imminente**.

- **La réforme du régime des recommandations temporaires d'utilisation**

L'**article 57** vise à modifier le régime des recommandations temporaires d'utilisation pour les produits de santé pour lesquels il existe une alternative thérapeutique.

Il prévoit la possibilité pour l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), d'élaborer, à titre exceptionnel, une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) pour une spécialité pharmaceutique à des cas où il existe une alternative thérapeutique dans cette indication.

Le décret d'application est en **cours de finalisation**.

3. L'amélioration de la prise en charge des soins

- **La suppression de l'option de coordination**

L'**article 49** abroge les dispositions relatives à **l'obligation faite aux contrats d'assurance maladie complémentaire** dits « contrats responsables » **de prendre en charge les dépassements d'honoraires** des médecins ayant adhéré à l'option de coordination prévue par la convention nationale des médecins conclue le 26 juillet 2011.

Cette option est devenue obsolète avec la signature, le 25 octobre 2012, de l'avenant n° 8 à la convention médicale, de même que l'obligation de prise en charge des dépassements d'honoraires par les organismes d'assurance complémentaire.

En conséquence, le **décret n° 2013-405 du 16 mai 2013** abroge le décret n° 2012-386 du 21 mars 2012, qui précisait les conditions de prise en charge des dépassements d'honoraires.

• **La gratuité de l'interruption volontaire de grossesse et de la contraception pour les mineures**

L'article 50 supprime toute participation financière de l'assurée en cas d'interruption volontaire de grossesse (IVG). L'assurance maladie prenait auparavant en charge 100 % des frais pour les assurées mineures et entre 70 % (en ville) et 80 % des frais (en établissement de santé) pour les assurées majeures.

L'article 52 instaure quant à lui la **gratuité de la contraception remboursable pour les mineures**.

L'article 1^{er} du **décret n° 2013-248 du 25 mars 2013** a inscrit ces deux dispositions dans la partie réglementaire du code de la sécurité sociale, en ajoutant deux alinéas à l'article R. 322-9 du code de la sécurité sociale, qui liste les cas d'exonération de participation des assurés.

Seront ainsi intégralement pris en charge :

– les frais de soins, de surveillance et d'hospitalisation liés à une interruption volontaire de grossesse par voie instrumentale ou médicamenteuse ;

– pour les mineures âgées d'au moins 15 ans, les frais d'acquisition des spécialités pharmaceutiques à visée contraceptive inscrites sur la liste des spécialités remboursables ainsi que des dispositifs médicaux à visée contraceptive inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables.

Cela signifie que **les pilules contraceptives de première et deuxième génération, les implants contraceptifs, les dispositifs intra-utérins (DIU) ou stérilets et les diaphragmes seront pris en charge à 100 %**. Les moyens de contraception actuellement non remboursés par la sécurité sociale, comme l'anneau vaginal, ne sont pas intégrés à cette mesure.

L'article 2 du décret précité fixe au **1^{er} mars 2013 l'entrée en vigueur** de ces deux dispositions.

Enfin, l'article 53 prévoit la remise d'un **rapport au Parlement sur l'amélioration de l'accès à la contraception**. Ce rapport n'a **toujours pas été publié**, ce que votre rapporteur regrette, compte tenu de l'importance de ce sujet en matière de santé publique. Il devra être remis par le Gouvernement au Parlement avant le 17 décembre 2013.

- **Le maintien des prestations sociales pour les demandeurs d'emploi reprenant une activité**

L'article 51 vise à **maintenir le droit aux prestations sociales pour les demandeurs d'emploi reprenant une activité.**

En effet, lorsqu'un demandeur d'emploi retrouve une activité professionnelle, il redevient assuré social. Or, **dans certains cas, cette nouvelle activité professionnelle ne lui permet pas d'acquérir des droits aux prestations en espèces**, notamment lorsque les conditions de durée d'activité ou de rémunération ne sont pas remplies.

L'article 51 prévoit donc que **les demandeurs d'emploi qui bénéficient du maintien de leurs droits continueront, pendant une période fixée par décret en Conseil d'État, d'en bénéficier lorsqu'elles reprennent une activité insuffisante** pour justifier des conditions d'ouverture du droit à ces prestations.

Selon le ministère de la santé, le **décret d'application de cet article serait en cours de finalisation.**

- **La prise en charge des personnes détenues**

L'article 64 vise à **clarifier les modalités de prise en charge des soins délivrés aux personnes détenues.**

Pour cela, outre les personnes soumises au régime du placement à l'extérieur et de la semi-liberté, les personnes placées sous le régime des permissions de sortir et des autorisations de sortie sous escorte, du placement sous surveillance électronique, et de la surveillance électronique de fin de peine seront **affiliés au régime général lorsqu'elles n'exercent pas d'activité professionnelle** dans les mêmes conditions que les travailleurs libres ou qu'elles ne remplissent pas les conditions leur permettant de bénéficier des prestations des assurances maladie et maternité du régime dont elles relèvent au titre de leur activité.

Par ailleurs, afin d'éviter la double facturation des actes, il est prévu que les soins dispensés aux personnes détenues, soit en milieu hospitalier, soit en milieu pénitentiaire, par un établissement de santé, seront financés selon les modalités de droit commun, par la T2A.

Le texte d'application de cet article est en cours de finalisation. D'après les informations fournies par le ministère de la santé, la mise en place du tiers payant pour les assurés pris en charge en ville poserait des problèmes techniques particulièrement aigus.

- **Les indemnités journalières pour les non-salariés agricoles**

L'**article 71** vise à créer un dispositif d'indemnités journalières pour les personnes relevant du régime d'assurance maladie-invalidité-maternité des non-salariés agricoles.

Le **choix a été fait d'instaurer une cotisation et des prestations forfaitaires, par parallélisme avec le régime actuellement applicable aux accidents du travail et maladies professionnelles**. Ce système permet également de couvrir tous les membres de l'exploitation pour une cotisation minimale. Il demandera peut-être à être amélioré, afin d'introduire d'avantage de mutualisation des risques entre les différentes exploitations agricoles.

Un **décret simple et un décret en Conseil d'État** doivent intervenir afin de fixer les conditions de bénéfice des prestations, ainsi que la durée d'indemnisation et l'application d'un délai de carence. Ils seraient en cours de finalisation, pour une **application de la mesure au 1^{er} janvier 2014**.

E. LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

1. Les dispositifs de régulation des dépenses

La plupart des dispositifs nouveaux de régulation des dépenses hospitalières prévus par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 n'ont finalement pas pu voir le jour, en raison soit de leur suppression en cours de navette, soit de leur censure par le Conseil constitutionnel.

Signalons tout d'abord la suppression, en première lecture, par un amendement présenté par la Commission des affaires sociales, à l'initiative de sa présidente, Catherine Lemorton, de **l'article 50 du projet de loi** relatif à l'externalisation des fonctions de stockage, de détention et d'approvisionnement des pharmacies à usage intérieur des établissements de santé et groupements de coopération sanitaire. À l'heure où la sécurisation de la chaîne du médicament est de plus en plus exigeante, l'introduction d'un prestataire extérieur avait fait craindre l'apparition d'un facteur de risque supplémentaire, potentiellement préjudiciable pour le patient. Une expertise plus approfondie avait été demandée par la commission avant de mettre éventuellement en œuvre cette mesure. Rappelons néanmoins que l'étude d'impact du projet de loi chiffrait le gain escompté pour les régimes de base d'assurance maladie à 86 millions d'euros en année pleine ; pour 2013, l'hypothèse retenue dans la construction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) tablait sur une économie de 64,5 millions d'euros, en raison du délai nécessaire à la mise en place du dispositif.

Le dispositif consistant à organiser sous une forme collective les activités de démarchage des laboratoires pharmaceutiques dans les hôpitaux (visites médicales) prévu à **l'article 58**, censuré par le Conseil constitutionnel ne devait en revanche entraîner qu'une économie moindre pour les finances sociales. Un gain direct de 10 millions d'euros annuels sur les dépenses remboursées était en effet

escompté par l'étude d'impact sur la base d'un infléchissement attendu de 0,5 % du nombre de boîtes de médicaments prescrites, toutes classes confondues.

Quant à l'**article 61**, lui aussi déclaré inconstitutionnel, et qui visait à modifier le code monétaire et financier afin d'autoriser certains centres hospitaliers régionaux à émettre des billets de trésorerie de manière à pouvoir diversifier le financement de leur trésorerie, il représentait lui aussi un gain limité pour l'assurance maladie. D'après l'étude d'impact du projet de loi, l'effet attendu de la mesure devait être une « *diminution de 200 points de base de l'accès au financement pour les établissements de santé concernés sur une base de 1 milliard d'euros d'emprunt [réduisant d'autant] le tendanciel de charges hospitalières à couvrir par l'ONDAM* ». Le coût évité pour l'assurance maladie était ainsi estimé à 20 millions d'euros en 2013.

2. La tarification et le suivi des dépenses des établissements de santé

• La tarification des établissements

Deux articles de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 concernent très directement la tarification à l'activité (T2A) mise en place dans les établissements de santé à partir de 2005 :

– l'**article 59**, qui marque l'**arrêt du processus de convergence intersectorielle** entre les tarifs pratiqués dans les établissements de santé publics et privés. Cet article, qui consiste à supprimer le VII de l'article 33 de la loi de financement pour 2004 au sein duquel était inscrit le principe de convergence tarifaire ainsi que les références aux dates fixées pour l'achèvement de ce processus, est d'application directe ;

– l'**article 63**, qui prévoit le **report d'un certain nombre de réformes liées à la mise en œuvre de la tarification à l'activité**, en l'occurrence : le passage à la facturation individuelle, la réforme du ticket modérateur et le passage des ex-hôpitaux locaux à la T2A.

S'agissant du **passage à la facturation individuelle**, l'article 63 a supprimé l'échéance du 1^{er} janvier 2013 qu'il a remplacée par un basculement progressif censé s'achever au plus tard le 1^{er} mars 2016. Le texte renvoie à un **décret** le soin de fixer les « *modalités calendaires* » de la réforme, ces modalités étant susceptibles de varier en fonction de la catégorie des établissements et des types d'actes ou de prestations. Ainsi, le calendrier retenu devrait, d'une part, tenir compte de la taille et de la catégorie des établissements et, d'autre part, distinguer les actes et consultations externes, dont il était prévu que la généralisation commence le 1^{er} janvier 2013, et les séjours, dont la généralisation devait intervenir à compter du 1^{er} janvier 2014 à l'issue de l'expérimentation en cours ⁽¹⁾.

(1) Une expérimentation de la facturation individuelle a été lancée en 2011 auprès d'établissements volontaires. Un premier déploiement au sein de 55 établissements était en cours lors de l'examen du projet

Rappelons que l'article 59 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 prévoit la transmission au Parlement d'un bilan annuel de cette expérimentation avant le 15 septembre. D'après les informations transmises à votre rapporteur, deux projets de décrets seraient pour l'heure en préparation pour l'application de ce dispositif :

– un **décret simple** fixant les échéances calendaires relatives à la généralisation des actes et consultations externes ;

– un **décret en Conseil d'État** régissant les relations entre le comptable public, la caisse gestionnaire, la caisse de paiement unique et les établissements publics de santé.

En ce qui concerne la **réforme du ticket modérateur**, le II de l'article 33 de la loi de financement pour 2004 prévoit que les conditions et modalités de la participation des patients aux tarifs des prestations dispensées dans les établissements de santé sont fixées par voie réglementaire. L'article 63 de la loi de financement pour 2013 ayant repoussé l'expiration du régime dérogatoire en vigueur actuellement du 31 décembre 2012 au 31 décembre 2015, aucun texte n'est pour l'heure en préparation.

Il en va de même pour le **passage à la T2A des ex-hôpitaux locaux**. En effet, si le VIII de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 prévoit qu'une date butoir doit être fixée par décret, l'échéance maximale pour le basculement ayant été repoussée par l'article 63 de la loi de financement pour 2013 au 1^{er} mars 2015, aucun autre texte n'est prévu à ce stade.

• Les mises en réserve prudentielles

L'**article 60**, issu d'un amendement présenté par le Gouvernement lors de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale, vise à modifier la pratique du gel annuel des dotations attribuées aux missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC), dite « doctrine Briet » (du nom du président du groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance-maladie ayant préconisé en 2010 le recours à ces mises en réserves prudentielles). Cette pratique consistait en effet à faire porter sur les seuls établissements publics de santé – ces derniers étant destinataires de l'écrasante majorité des crédits des missions d'intérêt général, l'effort d'ajustement budgétaire. Ainsi que l'a souligné votre rapporteur lors des débats, « *le gel des MIGAC en début d'année et leur dégel très partiel en cours d'année mettaient en grande difficulté nombre d'établissements hospitaliers, qui n'avaient connaissance que très tardivement, parfois en fin d'exercice, des moyens qui leur étaient réellement alloués. L'amendement du*

de loi de financement à l'automne, devant donner lieu à une évaluation « en termes de fiabilité, de qualité, de délais et d'exhaustivité de la facturation et des paiements » (article 59 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010).

Gouvernement permet de changer les règles dans ce domaine. C'est sur la masse tarifaire que, désormais, les gels seront effectués » ⁽¹⁾.

L'article 60 vise en effet à autoriser la pratique de **gel sur les enveloppes tarifaires par l'application de coefficients minorateurs** aux tarifs des prestations. Le nouvel article L. 162-22-9-1 du code de la sécurité sociale, inséré par l'article 60 de la loi de financement, précise à cet égard que la valeur des coefficients est susceptible d'être différenciée par catégorie d'établissements (publics, privés et privés d'intérêt collectif). Les **réserves de crédits** ainsi constituées ont vocation à être **reversées ensuite en fonction de l'état d'exécution de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie** (ONDAM), au regard de l'avis que le comité d'alerte rend chaque année avant le 15 octobre.

L'article 60 renvoie enfin à un décret en Conseil d'État le soin de préciser ses modalités d'application. Le **décret n° 2013-179 du 28 février 2013** insère trois nouveaux articles dans la partie réglementaire du code de la sécurité sociale :

– **l'article R. 162-42-1-1** renvoie à un arrêté annuel des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale le soin de déterminer la **valeur du coefficient** mentionné au I de l'article L. 162-22-9-1. Il indique que cette valeur doit être fixée en tenant compte de l'écart entre l'évolution constatée de l'activité des établissements de santé et les prévisions établies au début de chaque année ainsi que, le cas échéant, des événements susceptibles d'affecter l'activité des établissements ou l'évolution des dépenses d'assurance maladie au cours de l'année en cours. L'article R. 162-42-1-1 précise que cet arrêté doit intervenir dans un délai de quinze jours suivant la publication de l'arrêté fixant annuellement les tarifs nationaux des prestations hospitalières, « *sur recommandation du conseil de l'hospitalisation prise après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé* ». En application de cet article, un **arrêté** a été publié au *Journal Officiel* **du 3 mars 2013** fixant pour l'année 2013 la valeur du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-9-1 à **0,35 %**. On notera à cet égard qu'une seule valeur a été retenue pour 2013 même si l'article R. 162-42-1-1 autorise les ministres compétents à différencier la valeur de ce coefficient « *par catégorie d'établissements* » ;

– **l'article R. 162-42-1-2** dispose que si, après l'avis rendu par le comité d'alerte au plus tard le 15 octobre, un montant de crédits peut être versé aux établissements de santé, celui-ci est arrêté par les ministres compétents « *avant le 31 décembre de l'année en cours et après consultation de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée* ». Il apparaît donc à la lecture de ces dispositions que si le nouveau dispositif de mises en réserve prudentielles est plus juste dans son principe, il ne permettra pas aux établissements de disposer d'une meilleure visibilité sur les crédits susceptibles de leur être attribués *in fine*, ce qui est confirmé par l'article R. 162-42-1-3 (*cf. infra*). Le **montant à reverser**

(1) Extrait du compte-rendu de la deuxième séance du vendredi 26 octobre 2012.

peut être différencié par catégorie d'établissements. Enfin, il est précisé que la répartition entre les régions est effectuée au prorata de l'activité des établissements mesurée « *notamment* » à partir des données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) ;

– **l'article R. 162-42-1-3** enfin précise que les établissements seront informés du « *forfait* » qui leur est attribué en application du R. 162-42-1-2 dans un délai de quinze jours suivant la publication de l'arrêté prévu à cet article. Il revient en effet, dans ce délai, au directeur général de chaque agence régionale de santé d'arrêter, pour chaque établissement, le montant qui lui est alloué en application de l'article L. 162-22-9-1. Là aussi, la **répartition entre établissements** sera établie « *au prorata de l'activité* » de chacun mesurée « *notamment* » à partir des données du PMSI. Ce forfait est ensuite versé en une seule fois par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement.

3. La participation du Fonds de modernisation des établissements de santé au financement de l'Agence des systèmes d'information partagés de santé

Le Fonds pour la modernisation des établissements de santé public et privé (FMESPP), créé par l'article 26 de la loi de financement pour 2002, est chargé de contribuer au financement des actions d'accompagnement social et des opérations d'investissements nécessaires à la restructuration de l'offre de soins hospitaliers. Ses ressources sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. Le **I de l'article 73** pour 2013 fixe le montant de cette dotation à **370,27 millions d'euros pour 2013**, ce qui correspond à un doublement par rapport à la dotation de 2012 résultant de la priorité donnée par le Gouvernement à l'investissement hospitalier.

Rappelons que depuis la création du fonds, le périmètre du FMESPP a été amené à évoluer à deux reprises : lors de l'instauration, par l'article 88 de la loi de financement pour 2011, d'une fongibilité d'une partie de ses crédits régionalisés avec ceux du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) et lors de la création, par l'article 65 de la loi de financement pour 2012, du Fonds régional d'intervention (FIR), qui s'est vu transférer une partie des missions antérieurement dévolues au FMESPP. L'action du fonds est donc aujourd'hui recentrée sur le financement de mesures nationales, en particulier les investissements faisant l'objet d'un financement national et l'accompagnement des restructurations suivies au plan national dans le cadre du comité des risques financiers.

Le **VII** de l'article 73 de la loi de financement pour 2013 modifie une nouvelle fois le champ d'intervention du FMESPP en lui octroyant la possibilité de **financer** « *les missions d'ampleur nationale* » mises en œuvre par l'Agence

des systèmes d'information partagés de santé (ASIP Santé) au bénéfice des établissements de santé.

L'ASIP Santé, groupement d'intérêt public (GIP) créé en 2009, est chargée de favoriser le développement et renforcer la maîtrise d'ouvrage publique des systèmes d'information partagés dans le domaine de la santé et du secteur médico-social. Font à ce titre partie de ses missions : la réalisation et le déploiement du dossier médical personnel (DMP), la définition, la promotion et l'homologation de référentiels, standards, produits ou services contribuant à l'interopérabilité, la sécurité et l'usage des systèmes d'information de santé et de la télésanté, ainsi que la surveillance de leur bonne application, ou encore la certification, la production, la gestion et le déploiement des dispositifs permettant aux professionnels de santé de faire reconnaître leur identité par les systèmes d'information et d'échanges électroniques qu'ils utilisent.

Aujourd'hui, l'ASIP Santé est financée à hauteur de 97 % de son budget ⁽¹⁾ par l'assurance maladie. Le VII de l'article 73 propose d'élargir encore le financement de l'agence par l'assurance maladie, mais cette fois par l'intermédiaire du FMESPP. La participation de ce dernier est destinée à contribuer au financement de la **modernisation des systèmes d'information et de communication des SAMU** (services d'aide médicale urgente) - centres d'appel 15, projet piloté par l'ASIP Santé. Aux termes de l'étude d'impact du projet de loi de financement pour 2013, 13,9 millions d'euros seraient consacrés à la réalisation de ce projet en 2013 et 16 millions d'euros en 2014.

D'après les informations fournies à votre rapporteur, **un décret serait en cours de validation** pour la mise en œuvre de ces dispositions.

F. LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES

1. L'entrée en vigueur de la prestation complémentaire de recours à tierce personne

L'article 85 améliore l'indemnisation du salarié victime d'un sinistre professionnel lui ayant causé une incapacité d'au moins 80 % et qui l'oblige à avoir recours à une tierce personne. Il substitue au versement de l'ancienne majoration pour tierce personne une nouvelle prestation complémentaire de recours à une tierce personne qui tient mieux compte de la situation individuelle de la personne.

Le **décret en Conseil d'État n° 2013-276 du 2 avril 2013** prévoit que sont désormais pris en compte le nombre et la nature des actes de la vie ordinaire que la personne ne peut effectuer seule. Si la personne ne peut accomplir seule trois ou quatre actes de la vie ordinaire, le montant annuel de la prestation complémentaire ne peut être inférieur au tiers du montant du salaire minimum. Si

(1) 66,1 millions d'euros en 2012.

elle ne peut accomplir seule cinq ou six de ces actes, il ne peut être inférieur aux deux tiers du montant de ce salaire minimum. Enfin, le décret prévoit que si la personne ne peut accomplir seule au moins sept actes ou si son état présente un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de troubles neuropsychiques, le montant annuel de la prestation complémentaire ne peut être inférieur à 100 % ni supérieur à 133 % du montant du salaire minimum.

Le **décret n° 2013-278 du 2 avril 2013** précise les modalités d'évaluation des besoins d'assistance par une tierce personne pour l'ouverture du droit : le médecin-conseil doit se référer à la grille d'appréciation prévu au II de l'article D. 434-2 du code de la sécurité sociale qui définit le type d'actes de la vie quotidienne au regard desquels les conséquences du sinistre sont évaluées.

La prestation est entrée en vigueur le 1^{er} mars 2013.

2. L'amélioration de la retraite à 60 ans des travailleurs de l'amiante polypensionnés

L'**article 87** harmonise, pour les travailleurs de l'amiante qui perçoivent l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA), les règles relatives à la liquidation des pensions à 60 ans en cas de carrière complète. Il permet la liquidation de l'ensemble des pensions perçues par des travailleurs polypensionnés. Il prévoit également le non cumul entre la retraite liquidée avant l'âge légal et une pension d'invalidité.

L'ensemble des dispositions de cet article sont **d'application directe** mais leur mise en œuvre a été précisée par la **circulaire CNAV n° 2013-33 du 7 mai 2013** qui indique les branches d'activités et les entreprises relevant d'un régime spécial auxquelles s'appliquent les dérogations aux relèvements des bornes d'âge de départ à la retraite, ainsi que les caisses visées. Pour mettre en œuvre le principe de non cumul entre une retraite liquidée avant l'âge légal et une pension d'invalidité, les organismes débiteurs de ces dernières doivent être tenus informés de l'ouverture du droit et de la date d'effet de la retraite afin de procéder à la suspension du paiement de leur prestation. La circulaire précise également que la suspension de la pension d'invalidité ne fait toutefois pas perdre la qualité d'ancien invalide.

3. L'amélioration en cours des modalités de récupération des indemnités versées en cas de faute inexcusable de l'employeur

L'**article 86** lève les obstacles pratiques à la récupération, par les caisses de sécurité sociale, des indemnités supplémentaires qu'elles versent aux victimes lorsque l'accident du travail ou la maladie professionnelle est dû à une faute inexcusable de l'employeur.

Il prévoit que l'employeur, dans le cadre du contentieux qui l'oppose au salarié, ne peut s'exonérer vis-à-vis de la caisse des sommes dont il est redevable à

raison de sa faute inexcusable au motif que la caisse n'a pas respecté le principe du contradictoire dans le cadre d'une procédure administrative indépendante. Ceci fait l'objet d'une mention expresse à l'article L. 452-3-1 du code de la sécurité sociale et est donc d'**application directe**.

En outre, l'article vise à permettre de recouvrer les sommes représentatives de la majoration de rente ou de capital sous forme d'un capital plutôt que d'une surcotisation. Ces mesures nécessitent la modification de l'article R. 452-1 du code de la sécurité sociale, relatif au recouvrement des sommes représentatives de la majoration de rente et donc la prise d'un **décret en Conseil d'État**. Il convient également de définir par **décret simple** les modalités de détermination et de recouvrement des sommes représentatives de la majoration de rente. Il a été indiqué à votre rapporteur que **ces deux textes sont en cours d'examen par les caisses** dans le cadre des saisines obligatoires et sont donc prêts à aboutir.

III.- LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL

Cinq articles de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 concernent le champ médico-social (un sixième ayant été déclaré non-conforme à la Constitution par le Conseil constitutionnel), mais un seul nécessite des dispositions réglementaires d'application.

L'**article 70** prévoit une aide à la restructuration des services d'aide et d'accompagnement à domicile financée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), dans la limite de 50 millions d'euros.

Les agences régionales de santé sont chargées de la répartition des crédits, à travers la signature, avec les services d'aide et d'accompagnement en difficultés, de conventions de financement pluriannuelles organisant le retour à l'équilibre des comptes. Ces conventions sont également signées par le président du conseil général et, le cas échéant, par les directeurs des organismes de protection sociale finançant le service au titre de leur action sociale facultative.

Les **critères et modalités de répartition des crédits entre les services** ont été fixés par un **arrêté du 8 mars 2013, rectifié par un arrêté du 27 mars 2013**.

L'article 1^{er} de cet arrêté précise que les contrats pluriannuels de retour à l'équilibre sont des conventions de financement *ad hoc* ou, pour les services autorisés uniquement et à l'initiative du président du conseil général, des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens financés par un forfait global.

L'article 2 précise les critères cumulatifs que doivent présenter les services d'aide à domicile qui sollicitent une aide : le dossier doit avoir été envoyé à l'agence régionale de santé avant le 30 avril 2013 (les éléments constitutifs du dossier sont indiqués en annexe à l'arrêté), le service doit exister depuis au moins le 1^{er} janvier 2009, ne pas être en situation de liquidation judiciaire, être à jour de ses obligations déclaratives fiscales et sociales, les prestations auprès des personnes âgées et handicapées et des bénéficiaires de l'aide sociale à l'enfance doivent représenter au moins 70 % du volume d'heures réalisé par le service ; enfin, le résultat ou les fonds propres du service doivent être négatifs en 2010 et 2011. Les services ayant eu un résultat positif en 2010 et 2011 mais présentant une dégradation brutale de leur situation financière en 2012 pourront être éligibles au fonds à titre exceptionnel.

L'article 3 dispose que les 50 millions d'euros devaient être répartis au plus tard le 15 mars 2013 par la CNSA en enveloppes régionales indicatives, ces dernières étant constituées de la somme des enveloppes des départements composant la région. L'article 4 précise que les enveloppes départementales sont calculées pour chaque département selon les mêmes critères que le concours au

titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), en prenant comme référence les données disponibles au 31 décembre 2012.

L'article 5 prévoit que le directeur général de l'agence régionale de santé fixe le montant attribué à chaque service après réunion de la commission de coordination des politiques médico-sociales de l'agence et instruction individuelle des dossiers et plans de retour à l'équilibre par les services. Les plans de retour à l'équilibre devront être assortis d'indicateurs permettant de mesurer le respect des engagements pris.

La signature du contrat entraîne le versement de 50 % du montant total de l'aide attribuée (article 6). Les crédits restant sont versés après la production d'un bilan qui atteste la réalisation des objectifs, au plus tard avant la fin du premier semestre 2014.

IV.- L'ASSURANCE VIEILLESSE

Sur les huit articles relatifs à l'assurance vieillesse, seuls trois nécessitent des mesures réglementaires d'application. Les cinq articles d'application directe sont les suivants :

– l'**article 78** encadrant l'extinction du mécanisme d'incitation à la cessation anticipée des médecins ;

– l'**article 80** modifiant les modalités de répartition de la pension de réversion entre ayants droit au régime de sécurité sociale des marins ;

– l'**article 81** revalorisant les pensions à Mayotte ;

– l'**article 82** relatif au remboursement de rachats de trimestres d'études pour certains assurés ; cet article a néanmoins fait l'objet d'une **circulaire de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) du 2 avril 2013** ;

– l'**article 84**, relatif aux objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2013.

1. L'attribution de points de retraite proportionnelle aux exploitants agricoles ayant dû cesser leur activité pour cause de maladie

L'**article 77** prévoit que les périodes d'interruption forcée de l'activité pour raisons de santé (maladie, invalidité) fassent l'objet d'une validation au titre de la retraite proportionnelle des agriculteurs par l'attribution d'un nombre forfaitaire de points gratuits.

Deux décrets du 7 mars 2013 déterminent, pour la métropole d'une part (décret n° **2013-199**), et pour les départements d'outre-mer (sauf Mayotte), Saint-Barthélemy et Saint-Martin d'autre part (décret n° **2013-200**), les périodes d'interruption de l'activité professionnelle ouvrant droit, sans contrepartie de cotisation, à la validation de la durée considérée au titre de la retraite de base et de la retraite proportionnelle en application de l'article L. 732-21 du code rural et de la pêche maritime : par exemple, le trimestre civil au cours duquel se situe le soixantième jour d'hospitalisation de l'assuré, ou encore le trimestre civil comportant une échéance du paiement de la pension d'invalidité prévue à l'article L. 732-8. En tout état de cause, « *l'application des dispositions du présent article ne peut avoir pour effet de porter à un chiffre supérieur à quatre le nombre de trimestres d'assurance valable au titre d'une même année civile* ».

Ces décrets fixent aussi le nombre de points de retraite proportionnelle pouvant être forfaitairement attribué par année civile. « *Ce nombre de points est égal au quart du nombre minimal de points qui aurait pu être acquis annuellement par cotisations par l'assuré compte tenu de son statut et des dispositions alors*

applicables », étant précisé que cette mesure ne peut pas, au titre d'une même année civile, conduire à ajouter des points de retraite proportionnelle acquis sans contrepartie de cotisations à des points acquis par cotisations.

2. La possibilité d'une revalorisation spécifique du point pour les pensions de réversion de l'allocation supplémentaire vieillesse des professions médicales

L'**article 79** porte sur le régime de l'allocation supplémentaire vieillesse des professions médicales (ASV). Il vise à autoriser le pouvoir réglementaire à fixer une valeur de service du point plus favorable pour les pensions de réversion liquidées avant 2006 que pour les pensions de droits propres.

Ce décret a été prévu par précaution, pour le cas où l'État serait condamné dans le cadre d'une procédure en cours devant le Conseil d'État à l'initiative des chirurgiens-dentistes. En effet, un traitement particulier au bénéfice des pensions de réversion inférieures à la pension de réversion moyenne est déjà pratiqué, mais sans base légale solide. L'élaboration de ce décret est donc suspendue, dans l'attente de la décision du Conseil d'État.

3. L'harmonisation des modalités de transmission des justificatifs d'existence pour les retraités résidant à l'étranger

L'**article 83** vise à harmoniser la fréquence à laquelle les retraités établis hors de France doivent fournir un justificatif d'existence aux organismes auxquels ils sont affiliés, et à prévoir que le versement de la pension ne peut être suspendu qu'à l'expiration d'un délai minimum d'un mois à compter de la date fixée par la caisse de retraite pour la réception du justificatif.

La périodicité exigée pour la fourniture du justificatif dépend à la fois des caisses et de l'État de résidence : elle peut être annuelle, semestrielle ou trimestrielle. De ce fait, l'harmonisation entre les régimes est difficile à mettre en œuvre, d'autant que certains sont gérés de façon autonome par les partenaires sociaux. D'après les informations de votre rapporteur, des travaux sont en cours avec les différents organismes pour trouver une solution effective. **Le décret d'application devrait donc connaître un certain retard.**

V.- LA BRANCHE FAMILLE

Objet de l'**article 94**, introduit par amendement du Gouvernement en séance, la transformation du congé de paternité en un congé de paternité et d'accueil de l'enfant est d'**application directe**.

Aucun élément d'information n'a été fourni à votre rapporteure sur le coût de cette mesure d'extension du droit à congé à la personne qui n'est pas le père de l'enfant mais qui vit avec la mère à la naissance de celui-ci.

Un arrêté du 3 mai 2013 a fixé la liste des pièces justificatives que l'assuré doit adresser à l'organisme de sécurité sociale : il précise que si l'assuré n'est pas le père de l'enfant mais le conjoint de la mère ou la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle, il doit fournir, outre une pièce justificative attestant de la naissance de l'enfant, une pièce attestant de son lien avec la mère de l'enfant.

1. Un déficit aggravé, rançon de l'abandon de la trajectoire de redressement des comptes

L'**article 95**, d'**application directe**, a fixé un objectif de dépenses de la branche famille de 58,6 milliards d'euros en 2013. Au regard de l'objectif de recettes défini à l'article 31, le solde mentionné à l'article 32 constitue un déficit de 2,6 milliards d'euros.

Comme elle l'avait indiqué lors de l'examen du projet de loi, votre rapporteure tient à souligner que cet objectif de déficit a été sous-estimé au regard de l'objectif de dépenses figurant à l'article 95 : selon le rapport rendu public en juin 2013 par la Commission des comptes de la sécurité sociale, le déficit des comptes de la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) atteindra finalement 3,2 milliards d'euros en 2013, en dépassement de 600 millions d'euros par rapport à la prévision.

Votre rapporteure y voit les effets d'une insuffisance des mesures de recettes et d'une surestimation de la croissance de la masse salariale alors que les cotisations sociales représentent 62 % des produits de la branche. Alors que, pour la première fois en trois ans, la loi financement pour 2013 ne fournissait pas à la branche les recettes nouvelles susceptibles de lui permettre de réduire son déficit d'une année sur l'autre et se contentait de projeter une stabilité de ce dernier, l'ajustement nécessaire paraît désormais d'autant plus difficile à mettre en œuvre.

2. La seule mesure issue du projet de loi a été déclarée non-conforme à la constitution

Seule mesure relative à la branche famille figurant dans le projet de loi, l'**article 92** a été déclaré **non-conforme à la Constitution** par le Conseil constitutionnel.

Le considérant 89 de cette décision indique en effet que cette mesure qui autorise une expérimentation du tiers payant pour le versement, à certaines familles, du complément de mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant *« n'a pas d'effet ou un effet trop indirect sur les dépenses des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement et ne relève pas non plus des autres catégories mentionnées au paragraphe V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale ; que, par suite, elles ne trouvent pas (sa) place dans une loi de financement de la sécurité sociale »*.

Votre rapporteure avait rappelé ce risque de censure pour ce motif, à la fois dans son rapport, lors de ses interventions en commission et en séance et au moyen d'amendements auxquels le Gouvernement avait opposé un avis défavorable. Elle regrette que ses avertissements n'aient pas été entendus.

3. Une mesure technique en matière d'aides au logement n'est toujours pas mise en œuvre

Issu d'un amendement du Gouvernement, l'**article 93** vise à prévenir les expulsions de logement dans les cas où les impayés de loyer entraînent la suspension des allocations de logement familiale et sociale.

L'article prévoit le rétablissement des allocations de logement familiale et sociale et leur versement au bailleur. Cette mesure est subordonnée à la recevabilité du dossier présenté devant la commission de surendettement des particuliers définie à l'article L. 331-3 du code de la consommation, qui examine notamment la bonne foi du demandeur.

Alors qu'il s'agit d'une mesure d'ordre technique, votre rapporteure est au regret de constater que les textes d'application ne sont toujours pas entrés en vigueur. Il a cependant été indiqué à votre rapporteure que le Gouvernement serait sur le point de soumettre au Conseil d'État un **décret en Conseil d'État** comportant les mesures d'application des dispositions relatives à l'allocation de logement sociale, figurant à l'article L. 831-8 du code de la sécurité sociale, qui font l'objet d'une consultation obligatoire du Conseil d'État, ainsi que des dispositions relatives à l'allocation de logement familiale figurant à l'article L. 542-7-1 du code de la sécurité sociale, pour lesquelles sa consultation n'est pas obligatoire. L'entrée en vigueur sera donc tardive : aux modifications éventuelles apportées par le Conseil d'État s'ajouteront les consultations de la CNAF et de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) ainsi que celle des collectivités d'outre-mer.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

La Commission entend Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé, et M. Bernard Cazeneuve, ministre délégué chargé du budget, sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 (MM. Gérard Bapt, Christian Paul, Mme Martine Pinville, M. Michel Issindou, Mme Geneviève Levy, rapporteurs), au cours de la séance du mardi 9 juillet 2013 à 17 heures.

Mme Catherine Lemorton, présidente de la Commission. Nous allons entendre aujourd'hui Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé, et M. Bernard Cazeneuve, ministre délégué chargé du budget sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013. La commission des affaires sociales n'a pas été en mesure de présenter un tel rapport sur la loi de financement pour 2012 en raison du changement de législature. Les comparaisons sur les taux d'application sont donc établies entre l'année 2013 et les années 2011 et 2010. J'insiste sur le fait que cette audition porte exclusivement sur l'application réglementaire de la loi et non sur sa mise en œuvre concrète ou sur son exécution budgétaire. Cet exercice est néanmoins utile au législateur comme à l'exécutif puisqu'il oblige ce dernier à faire le point sur l'état d'avancement des textes que vote le Parlement.

M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Conformément au Règlement de l'Assemblée nationale, le rapport que nous vous présentons fait état, à l'issue d'un délai de six mois, des textes réglementaires publiés pour la mise en œuvre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, ainsi que des dispositions qui n'auraient pas fait l'objet des textes d'application nécessaires.

Cet exercice peut paraître très formel mais il est particulièrement justifié pour les lois de financement de la sécurité sociale, pour deux raisons : d'une part, ces lois contiennent par définition uniquement des dispositions qui ont un impact sur les comptes de la sécurité sociale – il faut donc qu'elles soient applicables pour l'année prévue – ; d'autre part, le recours systématique à la procédure législative accélérée justifie en retour que le législateur demande des comptes sur l'application effective et rapide de la loi.

S'agissant de l'application financière de la loi, je vous renvoie, d'une part aux rapports de la Commission des comptes de la sécurité sociale publiés en juin et à celui qui sera publié en septembre, d'autre part au rapport d'information préalable au débat d'orientation des finances publiques que j'ai présenté il y a quinze jours.

L'an dernier, le calendrier parlementaire perturbé par les élections législatives n'a pas permis de présenter de rapport d'application de la loi de financement pour 2012. Au mois de septembre prochain, sera rendu public le

rapport annuel de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

Sur les 93 articles restant dans la loi de financement à l'issue de la décision du Conseil constitutionnel, 49 sont d'application directe. Par ailleurs, trois articles demandent uniquement la rédaction par le Gouvernement de rapports qui doivent être déposés sur le bureau des assemblées dans les mois à venir. Enfin, le Gouvernement a souhaité ajourner ou reconsidérer la mise en œuvre de trois articles relatifs à l'assurance maladie, pour des raisons techniques ou d'opportunité.

Restent donc 37 articles qui nécessitent la publication d'un texte réglementaire ou bien la signature d'un accord conventionnel. Au 4 juillet 2013, sur ces 37 articles, 21 n'ont fait l'objet d'aucun des textes d'application qu'ils prévoient et 16 ont fait l'objet d'une application complète.

Au total, le rapport entre le nombre de textes publiés et le nombre attendu est de 38 %, résultat que l'on peut qualifier de moyen par rapport aux années précédentes : meilleur qu'en 2010, moins bon qu'en 2009.

Nous sommes toutefois conscients de l'ampleur de la tâche à accomplir pour l'administration et de certains délais incompressibles, quand les décrets doivent être soumis préalablement aux caisses de sécurité sociale, au Conseil d'État, ou encore quand ils nécessitent la signature de plusieurs ministres.

La partie de la loi de financement consacrée aux recettes, à la trésorerie, à la gestion du risque et à la lutte contre les fraudes, dont je suis le rapporteur, comporte une vingtaine d'articles nécessitant des mesures réglementaires d'application. En matière de cotisations et de fiscalité, beaucoup de dispositions sont, en effet, d'application directe.

Environ la moitié des textes nécessaires ont été publiés. Je souhaite, madame, monsieur les ministres, vous poser quelques questions sur des points particuliers.

L'article 22 modifie les modalités de remboursement par le Fonds CMU du coût que représente la gestion des prestations au titre de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc). Il prévoit que les régimes d'assurance maladie et les organismes complémentaires seront désormais remboursés sur la base des dépenses réelles, dans une certaine limite fixée par voie réglementaire, et non plus de manière forfaitaire.

Les modalités de remboursement des organismes gestionnaires de la CMUc doivent être précisées par un décret, qui n'est pas paru à ce jour. Les organismes complémentaires sont les premiers concernés. Quelle que soit la solution retenue, les dépenses réelles seront forcément connues avec un certain décalage ce qui impliquera de mettre en place une procédure de régularisation

auprès de tous les organismes concernés. Quelles modalités de remboursement et de contrôle avez-vous prévues ?

Si cette prise en compte du coût réel de la gestion des prestations au titre de la CMUc constitue un progrès pour l'assurance maladie, elle va aussi entraîner une charge de travail supplémentaire pour le Fonds CMU et pour les complémentaires, dont il faut que le décret tienne compte : il serait préférable que ce dernier réduise, autant que faire se peut, la charge administrative supplémentaire...

Ensuite, l'article 23 prévoit une hausse des droits sur les tabacs. Si cet article est d'application directe, l'efficacité de la mesure sur la consommation de tabac dépend surtout des prix qui sont fixés par les fabricants de tabac. Il faut éviter les hausses progressives qui sont moins efficaces que les hausses fortes en une fois. La hausse relativement modérée prévue au 15 juillet sera-t-elle suivie d'une autre hausse assez rapidement pour respecter l'esprit du législateur de la loi de financement pour 2013 ?

Ne serait-il pas opportun d'envisager, parallèlement à l'augmentation des taxes sur les tabacs, une taxe sur le chiffre d'affaires des industriels afin d'éviter que ceux-ci n'absorbent la hausse des droits sur leurs marges au lieu de la répercuter sur les prix de vente, amortissant ainsi l'effet de santé publique recherché par la hausse des prix.

Enfin, je rappelle que la loi de financement pour 2013 a créé une contribution de solidarité sur les pensions de retraite, dite CASA, qui doit financer la prise en charge de la perte d'autonomie. La CASA est affectée au Fonds de solidarité vieillesse (FSV) en 2013 à titre exceptionnel, mais il est prévu qu'elle soit affectée à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) en 2014, en vue du financement d'une réforme de la dépendance. Pouvez-vous me confirmer ce point ? Le Gouvernement a-t-il décidé d'un calendrier législatif pour cette réforme et de la nature du financement complémentaire à apporter ?

M. Christian Paul, rapporteur pour l'assurance maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles. L'application de la loi de financement pour 2013 confirme que celle-ci est un texte non pas simplement de transition, mais de stabilisation des comptes et de préfiguration des changements dans le système de santé que nous appelons de nos vœux.

Je salue la progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) en 2013 et sa maîtrise. Je veux dire à nos collègues de l'opposition, qui s'étaient inquiétés dans le débat d'une dérive inéluctable des dépenses et d'une intervention du comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie dès le premier semestre, que celui-ci ne s'est pas, à ce stade, manifesté. L'année 2013 est une année importante de stabilisation des dépenses. Vous avez certainement, mes chers collègues, été saisis de vertige au vu des déficits que vous ne connaissiez que trop bien...

S'agissant de la lutte contre les déserts médicaux, l'article 46 instaure le contrat de praticien territorial de médecine générale. Il prévoit aussi la possibilité pour les médecins salariés d'être détachés dans des territoires dans lesquels la démographie médicale est déficitaire. Pouvez-vous, madame, monsieur les ministres, faire le point sur la mise en œuvre de ces mesures importantes ?

L'instauration d'une rémunération spécifique pour le travail en équipe, qui préfigure, nous l'espérons, la future stratégie nationale de santé, relève d'une négociation conventionnelle qui semble difficile. Comment le Gouvernement entend-il hâter cette négociation et aboutir à un accord avant la fin de l'année 2013 ?

Un amendement a permis d'élargir l'assiette de la contribution sur les dépenses de promotion des laboratoires pharmaceutiques, apportant ainsi 15 millions d'euros de recettes supplémentaires à la Caisse nationale d'assurance maladie de travailleurs salariés (CNAMTS) et la Haute Autorité de santé sur lesquelles 5 millions étaient destinés à financer la démocratie sanitaire et les associations qui y contribuent au plan local et national. Quelles règles ont été fixées pour la répartition de cette somme ?

Comment est appliqué le contrat d'accès aux soins créé par la loi de financement afin de lutter contre les dépassements d'honoraires ? Comment peut-on en accélérer la mise en œuvre ?

S'agissant des établissements de santé et de la réforme de la tarification à l'activité (T2A), la loi de financement a modifié les règles applicables pour les mises en réserve prudentielles. Le gel porte non plus sur les dotations attribuées au titre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), assumées presque exclusivement par les établissements publics, mais sur les enveloppes tarifaires de tous les établissements. Un arrêté a fixé un coefficient minorateur unique appliqué aux tarifs des prestations : pouvez-vous justifier ce choix ? Plus généralement, comment est appliquée la refonte tarifaire cette année, puisqu'elle est un élément nouveau et important de la loi de financement ?

Enfin, l'article 90 prévoit la remise d'un rapport du Gouvernement sur une nouvelle voie d'accès individuelle au dispositif de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante. Christian Hutin, qui s'est beaucoup investi sur cette question, y reviendra. Pensez-vous que nous pourrions disposer du rapport avant l'examen du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 ?

Mme Martine Pinville, rapporteure pour le secteur médico-social. Cinq articles de la loi de financement pour 2013 concernent le champ médico-social, mais un seul nécessite des dispositions réglementaires d'application. Il s'agit de l'article 70 qui prévoit une aide de 50 millions d'euros pour la restructuration des services d'aide et d'accompagnement à domicile. Les agences

régionales de santé sont chargées de la répartition des crédits entre services au niveau régional.

Les critères et modalités de répartition de ces crédits entre les services devaient être fixés par un arrêté, qui a été signé le 8 mars. Je ne reviens pas sur l'ensemble de ces critères et procédures, dont vous trouverez le détail dans le rapport. Je souhaite en revanche interroger Mme la ministre sur l'avancement de la mise en œuvre du plan d'urgence pour les services à domicile.

Comme Gérard Bapt, je voudrais aussi être assurée de l'affectation de la contribution de solidarité sur les pensions de retraite à la CNSA pour 2014 et les années suivantes, en vue du financement de la réforme de l'accompagnement de la perte d'autonomie.

Nous étudions aujourd'hui la mise en œuvre de la loi de financement pour 2013, mais parfois l'application des lois antérieures reste inachevée. La réforme de la tarification des établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), prévue dans la loi de financement pour 2009, n'a jamais été mise en œuvre. Si les modalités de cette réforme étaient mal définies, notamment le calcul du forfait global, on ne peut en rester là. Où en sont les travaux du ministère des affaires sociales sur l'évolution de la tarification ? Des expérimentations ont-elles été décidées ?

Enfin, alors que la progression de l'ONDAM médico-social est de + 4,6 % pour 2013, j'espère qu'il restera dynamique pour 2014.

M. Michel Issindou, rapporteur pour l'assurance vieillesse. Sur les huit articles de la loi de financement consacrés à l'assurance vieillesse, seulement trois nécessitaient des mesures réglementaires d'application.

Afin d'améliorer le montant des petites retraites agricoles en cas d'interruption forcée de l'activité, le Parlement a adopté une disposition permettant d'attribuer aux exploitants agricoles ayant dû cesser leur activité pour cause de maladie ou d'invalidité un nombre forfaitaire de points de retraite gratuits. Deux décrets – l'un pour la métropole, l'autre pour l'outre-mer – fixent ce nombre à un quart du nombre minimal de points qui auraient pu être acquis annuellement par cotisations par l'assuré. Je me réjouis que cette belle mesure ait été mise en œuvre et apporte un complément précieux à ces retraites dont le montant est aujourd'hui très modeste.

Un décret est attendu sur la revalorisation des pensions de réversion de l'allocation supplémentaire vieillesse des professions médicales. Cette mesure est déjà appliquée, mais dépourvue de base légale solide. Ce décret a donc été prévu par précaution, pour le cas où l'État serait condamné dans le cadre d'une procédure pendante devant le Conseil d'État à l'initiative des chirurgiens-dentistes.

Enfin, la transmission des justificatifs d'existence pour les retraités résidant à l'étranger avait donné lieu, lors de l'examen du projet de loi de financement, à un important débat qui avait souligné la nécessité d'une harmonisation. Les nombreuses personnes vivant hors de France mais éligibles à des retraites françaises, relèvent de régimes très disparates. La périodicité exigée pour la fourniture des justificatifs est très variable – elle peut être mensuelle, trimestrielle ou annuelle – et peut être très contraignante dans le cas des poly-pensionnés, d'autant que l'absence de réponse dans un délai d'un mois interrompt le versement de la pension. Le Gouvernement a accepté de mettre de l'ordre dans le maquis des justificatifs. Le décret, qui doit être pris à cet effet, connaît un certain retard, car il nécessite des discussions avec les différentes caisses et les États de résidence. Pouvez-vous évaluer ce retard ? Plus généralement, qu'en est-il de l'harmonisation des régimes qui est un souci majeur, y compris dans la perspective de la réforme des retraites ?

Mme Geneviève Levy, rapporteure pour la famille. Mes questions porteront sur le financement de la branche famille et sur la politique d'accueil du jeune enfant.

La dégradation des comptes de la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) en 2013 sera supérieure à celle que vous annonciez dans le cadre du dernier projet de loi de financement : 3,2 milliards d'euros contre 2,5 milliards initialement prévus, soit 700 millions d'écart. En outre, pour la première fois en trois ans, la loi de financement ne fixait aucun objectif d'amélioration du solde de la branche et visait seulement à une stabilisation. Par défaut d'ambition, l'objectif initial n'est donc pas même atteint. Allez-vous envisager des mesures de résorption du déficit de la branche dès cette année ?

Concernant vos projets visant à ramener la branche à l'équilibre, je me félicite de la combativité des associations familiales et des membres du Haut Conseil à la famille. Ils vous ont fait renoncer à moduler les allocations familiales en fonction des revenus. En rompant avec le principe d'universalité des prestations familiales, vous auriez fragilisé une politique qui a jusqu'ici donné d'excellents résultats, ce dont témoignent le taux de natalité de la population française et le taux d'activité féminine. En outre, vous auriez fait peser sur les caisses d'allocations familiales des contraintes très lourdes. Enfin, vous auriez placé de nombreuses familles dans des situations difficiles, selon le niveau de leurs revenus au regard des seuils que vous auriez fixés.

Vous prévoyez de réduire l'avantage procuré par le quotient familial, comme vous l'avez déjà fait l'an passé. Cela limitera encore l'effet redistributif du quotient familial qui est un mécanisme indispensable pour, à revenu égal, faire contribuer davantage les foyers sans enfants que les foyers avec enfants.

Pouvez-vous préciser les modalités de réaffectation à la branche famille du surcroît de recettes pour l'État ? La mesure prise l'an passé a apporté au budget de

l'État une recette supplémentaire de 500 millions d'euros qui n'a pas été utilisée pour redresser les comptes de la branche.

Je m'interroge enfin sur la lisibilité de la réforme pour le Parlement : certaines mesures figureront dans le projet de loi pour l'égalité entre les femmes et les hommes, d'autres en loi de finances. Pourtant leur examen global dans la loi de financement de la sécurité sociale représente une garantie de cohérence et doit permettre à la représentation nationale de mieux définir les conditions de l'équilibre de la branche.

Cet éparpillement est regrettable, car il sera plus difficile à l'ensemble des parlementaires, de la majorité comme de l'opposition, de modifier l'équilibre général de la réforme : à chaque fois, nous nous verrons opposer soit une irrecevabilité, soit l'argument selon lequel il s'agit d'un cavalier, soit le renvoi à un autre débat.

Pourtant, des mesures comme la réforme du congé parental ou de l'allocation de soutien familial sont loin d'être dépourvues d'incidence financière et trouveraient leur place en loi de financement. Vous semblez passer d'un extrême à l'autre après avoir, l'année dernière, présenté dans le projet de loi de financement une mesure d'expérimentation concernant le versement du complément de mode de garde totalement dénuée de conséquence financière. Je vous avais, à plusieurs reprises, alerté sur la probable censure du Conseil constitutionnel, qui n'a pas manqué d'advenir.

Concernant l'accueil du jeune enfant, vous annoncez une forte augmentation des crédits du Fonds national d'action sociale (FNAS) de la CNAF qui finance notamment les places d'accueil de jeunes enfants. Mais l'objectif que vous fixez de 100 000 places d'accueil collectif supplémentaires sur cinq ans est identique à celui qui avait été atteint les années précédentes, grâce à des mesures d'efficacité et d'augmentation de la fréquentation des places.

Vous parliez beaucoup, l'an passé, de l'abrogation du « décret dit Morano » qui a pourtant permis d'améliorer la souplesse de l'accueil dans les établissements. C'était opposer inutilement l'efficacité à la qualité. À nouveau, je vous alerte sur le fait que les communes ne pourront pas s'engager rapidement dans de nouveaux projets si vous fixez des contraintes réglementaires qui augmentent inutilement leurs coûts, ce qui au demeurant annulerait les effets de l'accroissement des crédits du FNAS. En outre, pour les communes, s'ajoute la réforme des rythmes scolaires. Je sais les maires très inquiets du coût que ces mesures vont engendrer. Pouvez-vous donc, madame la ministre, nous indiquer les mesures que vous envisagez en matière d'efficacité de l'accueil du jeune enfant ?

Enfin tout cela est tributaire de la nouvelle convention d'objectifs et de gestion liant la CNAF à l'État. La convention 2009-2012 a pris fin en décembre. Sa signature devait intervenir aujourd'hui. Je sais que cette situation est très mal vécue dans les caisses qui s'interrogent sur leurs budgets et leurs effectifs. Ce

retard, totalement inhabituel, ne traduit-il pas le fait, madame la ministre, qu'il convient aujourd'hui de changer de méthode ?

Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé. Dans ma présentation de l'application de la loi de financement pour 2013, je laisserai de côté les mesures qui trouveront un prolongement dans le projet de loi de financement pour 2014. À la différence des mesures présentes dans la partie recettes dont la très grande majorité ne nécessitait pas de texte d'application, celles portées par mon ministère ont exigé des décrets ou des arrêtés : 35 articles demandaient 40 décrets d'application. Sur ces 40 décrets, 14 ont été publiés ; trois ont une date d'application différée et deux ont été suspendus. À ce jour, il reste donc 21 textes à prendre, dont 12 font actuellement l'objet d'une consultation au Conseil d'État et 9 font l'objet d'échanges avant leur publication.

Comme M. Christian Paul l'a dit, cette loi n'est pas seulement une succession d'articles. Elle a permis d'engager de nombreuses actions dont je veux faire ici un premier bilan.

Sur le plan financier, le déficit a été stabilisé et les dépenses ont été maîtrisées. Cette stabilisation du déficit, au lieu de la diminution attendue, en raison de recettes inférieures aux prévisions, a suscité un débat au sein de la Commission des comptes de la sécurité sociale. Je n'y reviens pas.

Nous avons atteint et même amélioré nos objectifs d'économies sans avoir pour autant sollicité des contributions nouvelles ou complémentaires de nos concitoyens. Notre volonté était, dès cette loi, de renforcer la protection en matière de santé et d'accompagnement social des Français.

Protéger les Français, c'est d'abord rendre pleinement effectif l'accès aux droits. Deux mesures illustrent cet objectif.

La première, c'est la gratuité de la contraception remboursable pour les mineures. La loi permet ainsi d'améliorer l'accès et le recours aux contraceptifs remboursables des mineures de plus de 15 ans, en levant la barrière financière que représentait le reste à charge. Depuis le 31 mars 2013, ces contraceptifs sont remboursés à 100 %, contre 65 % auparavant. Plus de 1,1 million de jeunes femmes sont potentiellement concernées par cette mesure.

Seconde mesure emblématique : la prise en charge à 100 % des interruptions volontaires de grossesse (IVG). Le taux de remboursement par l'assurance maladie était de 80 % pour l'IVG chirurgicale à l'hôpital public. Pour les IVG médicamenteuses, ce taux était de 70 %. La loi a permis de supprimer la participation de l'assurée pour les actes liés à l'IVG, qu'elle soit médicamenteuse ou chirurgicale. Le décret est entré en vigueur le 31 mars 2013. Là encore, cette loi marque un progrès important.

Protéger les Français, c'est également permettre à chacun de se soigner. La deuxième série de mesures de la loi de financement vise ainsi à favoriser l'accès de tous à des soins de qualité.

En premier lieu, la loi votée par le Parlement a posé les premiers jalons d'une réhabilitation du service public hospitalier, indispensable à notre système de santé.

Il a ainsi supprimé la convergence tarifaire. Le gouvernement précédent avait initié un processus de convergence des tarifs des secteurs public et privé, orienté vers les tarifs les plus bas. Mais les principes sur lesquels il reposait n'étaient que partiellement équitables. D'abord, le rapprochement des tarifs était arbitraire. Ensuite, la convergence ne permettait pas de reconnaître l'existence d'obligations différentes qui pèsent sur les établissements de santé selon leur statut. Enfin, l'application concrète de la convergence tarifaire a inutilement provoqué des crispations au sein du monde hospitalier.

La suppression de la convergence tarifaire constitue donc la première étape d'une réhabilitation du service public hospitalier qui trouvera son prolongement dans la loi de santé publique dont l'objet est bien plus large qu'une loi de financement.

La loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST), en privilégiant une approche matérielle du service public hospitalier, a considérablement réduit celui-ci. À l'inverse, dans la loi de financement, nous avons reconnu la spécificité du service public hospitalier en le dotant d'un mécanisme de financement particulier. Je me suis engagée à aller plus loin dans le cadre de la future loi de santé publique qui portera également sur la mise en place d'un service public territorial de santé permettant d'inscrire, dans chaque territoire, la coopération nécessaire entre les différents acteurs du système de santé et la notion de service public.

En second lieu, la loi de financement pour 2013 constitue une première étape dans la réorientation de notre système de soins à travers trois dispositions.

La première concerne les déserts médicaux. L'article 46 a permis de créer les praticiens territoriaux de médecine générale. L'objectif de cette mesure, inscrite dans le « pacte territoire santé », est de faciliter l'installation de jeunes médecins dans les territoires en voie de démedicalisation. Elle leur apporte une garantie de revenu pendant deux ans maximum.

Cette mesure, directement issue d'une concertation avec les jeunes professionnels, traduit la volonté des pouvoirs publics d'accompagner les jeunes qui prennent le risque de s'installer dans un territoire qu'ils ne connaissent pas et dans lequel ils ont besoin de temps pour constituer une patientèle.

Les principes suivants ont été retenus pour la mise en œuvre de cette mesure : d'abord, le praticien territorial disposera d'une garantie de rémunération, par l'intermédiaire d'un contrat d'une année, renouvelable une fois ; ensuite, le

niveau de rémunération garanti a été fixé à 3 640 euros nets, en concertation avec les organisations de jeunes médecins. Cela correspond à la rémunération d'un praticien hospitalier à temps plein de premier échelon. Un plancher a aussi été déterminé : un minimum de 38 actes par semaine doit être réalisé pour bénéficier de ce complément ;

Les 200 postes de praticien territorial seront pré-répartis par région en fonction d'un indicateur de densité médicale. Cet indicateur prend en compte non seulement le temps réel disponible des médecins, mais aussi les besoins de la population. Néanmoins, la répartition restera souple : si, sur certains territoires, des agences régionales de santé avancent plus vite que d'autres en matière de recrutement ou si des besoins aigus se font sentir, nous ne bloquerons évidemment pas ces avancées.

Le décret qui permettra la concrétisation de cette mesure est actuellement devant le Conseil d'État. Il sera complété dans les prochaines semaines par les mesures concernant la médecine salariée dont le décret est en cours de rédaction. Ce décret, qui sera pris durant le second semestre, permettra de préciser les conditions dans lesquelles un médecin salarié pourra participer à la lutte contre les déserts médicaux. Il précisera notamment les modalités d'indemnisation de sa structure de rattachement.

La deuxième disposition en faveur de l'accès aux soins, prévue par l'article 45, concerne la généralisation d'une rémunération pour les équipes de soins de proximité. C'est en transformant l'exercice médical et en créant les conditions de travail en équipe que nous inciterons les jeunes à s'installer. C'est le socle du « pacte territoire santé » que j'ai présenté après le vote de la loi de financement. Le décret prolongeant les expérimentations en cours sera pris dans les prochaines semaines.

La troisième disposition, inscrite dans l'article 48, concerne l'expérimentation de parcours de soins pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

Un appel à projet a été lancé auprès des agences régionales de santé. Huit terrains d'expérimentation ont été retenus : en Île-de-France, dans le Nord-Pas-de-Calais, en Lorraine, en Aquitaine, en région Centre, dans le Limousin, dans les Pays de la Loire et en Midi-Pyrénées.

Leur mise en œuvre débutera, comme prévu, au second semestre. Ces expérimentations viseront par exemple à éviter les passages inutiles aux urgences pour les personnes âgées, en travaillant très en amont au sein des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD).

D'autres territoires se sont mobilisés en faveur de ces expérimentations, je m'en réjouis car ces dernières préfigurent l'organisation du système de soins que nous souhaitons mettre en place. C'est pourquoi je lancerai une seconde vague d'expérimentations dès le début de l'année 2014.

La discussion du projet de loi de financement a fait apparaître d'autres sujets mettant en question l'accès aux soins. La priorité donnée par le Gouvernement à ce sujet s'est traduite par une politique volontariste en matière de dépassements d'honoraires. Un accord a été signé le 25 octobre dernier. L'avenant 8 est paru au *Journal officiel* le 7 décembre 2012. Sa mise en œuvre a d'ores et déjà permis à 5 millions de personnes supplémentaires – bénéficiaires de la CMUC ou éligibles à l'aide pour une complémentaire santé – d'être soignées au tarif opposable, y compris lorsqu'elles consultent des médecins en secteur 2.

Le dispositif relatif aux pratiques tarifaires excessives a été déployé. Nous menons actuellement une importante campagne d'information et d'avertissement dont les premiers résultats sont encourageants. Certains médecins révisent d'eux-mêmes à la baisse les tarifs qu'ils pratiquent, conformément à l'objectif recherché. Il s'agit en effet non pas de sanctionner par principe, mais de faire en sorte que les tarifs appliqués soient plus accessibles, la sanction intervenant dans un deuxième temps.

Enfin, le nombre de contrats d'accès aux soins signés, par lesquels les médecins s'engagent dans une voie vertueuse en matière d'honoraires, est conforme à nos attentes : au 4 juillet, nous avons passé le cap des 6 000 signatures. Pour que le contrat d'accès aux soins soit mis en œuvre, un tiers des médecins éligibles doit y souscrire – cela représente 8 000 signatures. Cet objectif devrait être atteint au début de l'automne.

Monsieur Bapt, vous m'avez interrogée sur la CMUC – l'accès aux soins signifie aussi l'accès à une complémentaire santé de qualité, nous aurons l'occasion d'en débattre dans le futur. Le décret relatif aux modalités de remboursement des organismes gestionnaires devrait être examiné par le Conseil d'État dans les jours qui viennent. La déclaration trimestrielle des complémentaires santé gérant les prestations au titre de la CMUC sera remplacée par une déclaration annuelle. Les acomptes resteront versés par trimestre avec une régularisation annuelle. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACCOSS) et le Fonds CMUC ont confirmé être en mesure de réaliser les contrôles nécessaires sans que cela augmente considérablement leur charge de travail. Nous avons toute confiance dans la mise en place de ces mesures dès la parution du décret.

Monsieur Paul, un article a été voté permettant de consacrer à la démocratie sanitaire 5 millions d'euros qui ont été répartis de manière strictement égalitaire entre les agences régionales de santé par un arrêté en date du 3 mars dernier. Les dotations représenteront 192 000 euros supplémentaires par région. J'ai adressé une circulaire aux directeurs généraux des agences régionales pour leur rappeler qu'il s'agit de financements supplémentaires qui doivent faciliter l'exercice de la démocratie sanitaire – et non porter sur des projets de santé publique existants – en particulier en contribuant à la mise en place d'un recueil des attentes et des besoins de tous les acteurs de soins et à des actions de formation des représentants des usagers. Le choix a été fait d'une gestion

déconcentrée de ces financements. Les structures nationales pourront y prétendre par le biais de leurs structures locales, car il en existe beaucoup.

La loi de financement porte aussi sur le secteur médico-social.

Dans un contexte financier contraint, la loi réalise des avancées très significatives. Elle prévoit ainsi que 18,2 milliards d'euros seront consacrés aux établissements et aux services médico-sociaux pour personnes âgées et en situation de handicap, soit 650 millions d'euros de mesures nouvelles. Je veux mettre l'accent sur le plan d'aide à l'investissement qui a été maintenu à hauteur de 120 millions d'euros pour contribuer à la modernisation des EHPAD.

Notre action a essentiellement porté sur l'accompagnement des personnes âgées et la création de places dans le secteur du handicap.

L'accompagnement des personnes âgées a bénéficié de 360 millions d'euros supplémentaires. Les crédits destinés aux personnes âgées ont augmenté de 4,6 %, ce qui représente un effort considérable. Ils atteindront ainsi 8,4 milliards d'euros cette année.

Sur les 360 millions d'euros de mesures nouvelles, 147 sont consacrés à la poursuite de la médicalisation des établissements d'hébergement, ce qui permettra une augmentation du taux d'encadrement ; 900 établissements pourront ainsi renouveler leur convention – cela représente la création de quelque 7 000 emplois.

Des moyens supplémentaires permettront de mener à leur terme les plans « Alzheimer » et « Solidarité grand âge ». Au total, 3 200 places nouvelles d'hébergement pour les personnes âgées seront créées.

Cette loi marque aussi un effort financier accru en faveur des personnes en situation de handicap.

Près de 9 milliards d'euros seront alloués aux établissements et aux services médico-sociaux pour personnes handicapées, soit 286 millions d'euros de plus qu'en 2012.

Plus de 3 000 places pourront ainsi être créées cette année afin de répondre aux besoins dans des domaines essentiels tels que le handicap psychique, le poly-handicap, le vieillissement des personnes handicapées et l'autisme, pour lequel un troisième plan a été annoncé le 2 mai dernier.

Vous m'avez interpellée, madame Pinville, sur les graves difficultés que traverse aujourd'hui le secteur de l'aide à domicile. J'ai conscience du fait que, outre son rôle social, ce secteur représente aussi un enjeu en termes d'emploi. Le Gouvernement a donc décidé de créer un fonds de 50 millions d'euros pour aider ces services à se restructurer. Il s'agit non seulement de pallier les situations d'urgence, mais aussi d'anticiper. Le versement de l'aide est en effet conditionné à des engagements de modernisation et d'optimisation.

Vous m'avez interrogée également sur la mise en œuvre de la loi de financement pour 2009 en ce qui concerne le tarif global dans les EHPAD. Le décret n'est pas encore publié. J'ai chargé l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) d'une mission pour évaluer les besoins des établissements. Le projet de loi sur le vieillissement devrait traiter cette question en l'articulant avec la priorité fixée par le Président de la République d'une réduction du reste à charge pour les résidents en établissement.

Protéger les Français, c'est aussi donner la priorité à la famille. Dès l'année dernière, madame Lévy, 1 milliard d'euros supplémentaire a été affecté à la branche famille, preuve que le Gouvernement s'en préoccupe. En 2013, le solde de la branche devrait être détérioré de 700 millions d'euros, sous l'effet de la dégradation de la conjoncture économique. Je ne reviens pas sur les mesures annoncées par le Premier ministre, le 3 juin dernier, pour redresser la branche famille : elles seront inscrites dans le projet de loi de financement pour 2014.

Notre politique familiale ne repose pas uniquement sur des prestations. Elle doit également prendre en compte les évolutions récentes de la famille. La loi de financement pour 2013 a ainsi transformé le congé de paternité en congé de paternité et d'accueil de l'enfant. Désormais, le congé est ouvert non seulement au père de l'enfant, mais également au conjoint de la mère, à la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité (PACS) ou vivant maritalement avec elle. Un arrêté a été publié le 3 mai dernier pour actualiser la liste des pièces justificatives à fournir afin de bénéficier de l'indemnisation du congé.

Vous m'avez également interpellée, madame la rapporteure, sur le « décret Morano ». Comme la ministre déléguée à la famille l'a annoncé, ce décret sera abrogé après la signature de la convention d'objectif et de gestion de la branche famille et un nouveau décret sera pris.

Protéger les Français, c'est aussi les assurer contre les risques liés au travail. Le Parlement a adopté une disposition qui permet aux victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle, ayant besoin de l'aide d'une tierce personne, de recevoir cette aide. Les deux décrets sont publiés. Le rapport prévu par la loi devrait être prêt pour l'examen du prochain projet de loi de financement : les travaux ont débuté et un membre de l'IGAS a été nommé.

S'agissant de la branche vieillesse, des recettes supplémentaires à hauteur de 7 milliards d'euros ont été votées afin de limiter le déficit de la CNAV et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), traduisant notre esprit de responsabilité avant la réforme à venir.

Un amendement avait été adopté afin de rendre possible la mutualisation des certificats d'existence pour les Français de l'étranger. Ces documents sont périodiquement demandés par les caisses de retraite aux pensionnés qui ne résident pas en France. Le décret s'y rapportant devrait être publié dans le courant du mois de juillet.

S'agissant des retraités agricoles, monsieur Issindou, 1 360 personnes par génération devraient pouvoir bénéficier de la mesure prise. Son coût s'élève à 600 000 euros en 2013 et sera ensuite de 1,2 million d'euros en année pleine.

Dans un contexte économique et financier difficile, largement hérité de la majorité précédente, le Gouvernement suit donc le chemin du redressement avec la volonté de prendre des mesures d'équité et de justice.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Depuis le 1^{er} juillet, grâce au relèvement du plafond de 8,3 %, 400 000 de nos concitoyens vont pouvoir bénéficier de la CMUc. Il était important de rappeler cette mesure qui participe de la volonté du Gouvernement d'élargir l'accès aux soins de nos concitoyens.

M. Bernard Cazeneuve, ministre délégué chargé du budget. S'agissant des dispositions relatives aux recettes et à la lutte contre la fraude, le Gouvernement a pris l'essentiel des textes d'application.

Les dispositions des trois premières parties de la loi de financement pour 2013 ainsi que celles de la quatrième partie relatives à la lutte contre la fraude sont en grande majorité des dispositions d'application directe ; 26 articles sont dans ce cas. Les textes réglementaires nécessaires à l'application de onze autres articles ont été pris, avant la fin de l'année 2012 lorsque c'était nécessaire, sinon dans les premiers mois de l'année 2013.

Sept textes d'application restent à prendre : quatre d'entre eux sont prêts et ont été soumis pour avis aux caisses de sécurité sociale avant leur examen par le Conseil d'État. Les trois autres sont en cours d'élaboration par l'administration : ces textes, dont l'un n'entre en vigueur qu'en 2014, sont très techniques, leur non-publication à ce jour n'emporte pas de conséquence préjudiciable ni pour les comptes sociaux, ni pour les cotisants.

Les mesures favorables aux cotisants prévues par la dernière loi de financement sont donc entrées en vigueur dès le 1^{er} janvier 2013. Je pense aux salariés à domicile, qui valident désormais tous les droits sociaux sur la base de leur salaire réel, ou aux travailleurs indépendants à bas revenus, qui bénéficient d'une réduction de leurs cotisations minimales maladie.

La Commission des comptes de la sécurité sociale a communiqué sa prévision 2013 en juin dernier : stabilité des déficits du régime général et du FSV.

L'évolution des recettes en 2013 subit des aléas importants tenant au contexte économique. Toutefois, s'agissant du rendement financier des mesures de recettes adoptées en loi de financement, pour autant qu'on puisse en juger à mi-année, nous ne devrions pas avoir de mauvaises surprises. Le rendement de certaines mesures pourra être revu à la baisse, celui d'autres à la hausse, mais à ce stade il n'y a pas de raison de penser qu'on s'écartera du rendement global attendu.

S'agissant du solde des comptes sociaux, c'est la prévision d'exécution 2013 qui illustre le mieux l'application de la loi de financement. La Commission des comptes de la sécurité sociale l'a rendu public le 6 juin dernier. Le déficit du régime général et du FSV devrait s'établir en 2013 à un niveau très proche de celui de 2012, soit environ 17,3 milliards. Cette nouvelle prévision est moins bonne, il faut le reconnaître, à hauteur de 3,4 milliards d'euros, que l'objectif fixé dans la loi de financement, en raison d'un contexte économique moins bon qu'attendu et de rentrées de cotisations moindres du fait de la situation de l'emploi.

Ces chiffres ne font que souligner combien les mesures de redressement prises en loi de financement pour 2013 et en loi de finances rectificative pour 2012 étaient indispensables. Sans elles, le déficit prévisible s'établirait à 26 milliards d'euros, soit un niveau très proche du funeste record de 2010 de 28 milliards d'euros. Je rappelle qu'en 2010, alors que la France connaissait une croissance de 1,6 %, le déficit du régime général et du FSV dérapait de 4,5 milliards. Avec une croissance prévue de 0,1 %, nous stabilisons le déficit en 2013.

Face aux vents contraires de la conjoncture, stabiliser le niveau de déficit constitue déjà un résultat notable qui démontre notre attachement à la préservation de notre modèle social et notre capacité à contenir la dépense.

Je souhaite également souligner que si la conjoncture pèse sur les recettes, la maîtrise des dépenses, elle, est bien au rendez-vous. La Commission des comptes de la sécurité sociale prévoit même une exécution de l'ONDAM inférieure de 200 millions au montant voté en loi de financement.

Ainsi, les efforts décidés en loi de financement n'ont pas été vains ; ils ont permis d'endiguer une dérive qui aurait menacé notre système de protection sociale. Ce gouvernement est déterminé à poursuivre son action de redressement en sollicitant des efforts dans la justice et en modernisant notre système de protection sociale.

Monsieur Bapt, la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) est déjà affectée à la CNSA. Son produit est dirigé, *via* une clé de répartition de la CSG, vers le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) dont les besoins de financement sont importants et qui est fortement sollicité pour assurer le financement des droits à la retraite des chômeurs. La contribution restera affectée à la CNSA en 2014. Dans le cadre du prochain projet de loi de financement, nous examinerons la question de la clé de répartition de la CSG et donc de l'affectation du produit. Celle-ci sera décidée au regard des besoins de financement du régime général et du FSV ainsi que du calendrier de la réforme de la dépendance.

Madame Levy, vous critiquez la dégradation des comptes de la branche famille. Je vous rappelle que le déficit était de 2,5 milliards à notre arrivée. La dégradation n'est donc pas le fait du Gouvernement, qui travaille au contraire au

redressement de la branche ; c'est le résultat des choix du gouvernement précédent. Vous avez en effet décidé de retirer à la branche famille des recettes pérennes et parfois dynamiques, comme la fraction de CSG, pour les remplacer par des ressources en voie d'extinction – une *exit tax*, la taxe exceptionnelle sur les réserves de capitalisation des assureurs appelée à disparaître en 2013, ou le prélèvement, non plus en sortie de contrat mais au fil de l'eau, sur les produits d'assurance-vie, qui diminue également. Vous avez ainsi rendu difficile l'équilibre de cette branche que nous nous employons à rétablir à l'horizon 2016 par des mesures d'économies, à hauteur de 800 millions d'euros, et une réduction du quotient familial. Vous nous reprochez de ne pas faire ce qu'il faut alors que nous nous employons à redresser une branche qui a été dégradée. Cela n'est pas juste, d'autant que vous refusez les efforts de redressement auxquels nous procédons.

Au-delà du rétablissement des comptes, à hauteur de plus de 1 milliard d'euros en 2014 et de 1,7 milliard en 2016, la réforme de la politique familiale que le Gouvernement entend mener repose sur trois axes : la solidarité avec les familles modestes et les familles monoparentales qui sont souvent les plus en difficulté – par le biais d'une enveloppe de solidarité de 500 millions d'euros dans le cadre du plan pauvreté –, et le renforcement des services aux familles, grâce à la création de 275 000 solutions nouvelles d'accueil pour les jeunes enfants à l'horizon 2017.

M. Gérard Sebaoun. Il faut se féliciter que les articles 50, 52 et 59 portant sur des matières aussi importantes que le remboursement à 100 % de l'IVG, la gratuité de la contraception et la convergence intrasectorielle soient déjà mis en œuvre.

Je veux également souligner la sagesse du Gouvernement sur les expérimentations en matière d'organisation et de financement de transports des patients – article 44 de la loi – et souhaiter que le dialogue instauré dans le cadre plus large du futur plan de santé publique puisse régler le problème pointé sur ce sujet par la Cour des comptes

Les articles 23 et 24 sur le régime fiscal applicable au tabac et à la bière permettent de procurer des recettes, mais leurs dispositions poursuivent également un objectif de santé publique. Une récente étude du Haut Conseil pour le financement de la protection sociale a montré que la pression sur les prix entraînait une baisse de la consommation du tabac, de l'alcool, des boissons sucrées et des produits gras ; on aurait souhaité que cette action s'étende aux boissons énergisantes, mais le Conseil constitutionnel ne l'a pas permis.

S'agissant de l'article 57, nous avons voulu créer un régime d'autorisation temporaire pour un médicament onéreux pour lequel il existe un équivalent moins cher. Le texte d'application étant en cours d'élaboration, pourriez-vous nous indiquer, madame la ministre, où nous en sommes ?

M. Jean-Pierre Door. La loi de financement votée l'année dernière avait été adoptée après de nombreuses difficultés, puisque le Sénat l'avait rejetée. Aujourd'hui, 38 articles ne sont pas encore appliqués, soit près de 38 %, taux que l'on constate habituellement chaque année.

Le déficit prévu s'établissait à 11,7 milliards d'euros et la Commission des comptes de la sécurité sociale l'estime à un niveau supérieur de 2,6 milliards d'euros ; le processus de réduction des déficits, amorcé en 2010 et 2011, se trouve donc arrêté en 2013. Cette interruption résulte du double ralentissement de la masse salariale et de la croissance de l'économie. Nous avons alerté votre prédécesseur sur cette double atonie, monsieur le ministre, mais celui-ci n'en avait pas tenu compte.

Au printemps 2012, la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) a repris 6,6 milliards d'euros au titre des déficits de la branche vieillesse, mais les déficits des autres branches continuaient de dégrader leur trésorerie. Que comptez-vous faire ? Procéderez-vous à une nouvelle reprise de la dette, qui apparaît aujourd'hui nécessaire ? Un report de l'échéance de la CADES sera-t-il décidé ? La contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) sera-t-elle augmentée ?

Outre l'avalanche de nouvelles taxes, il a été procédé à la suppression de la déclaration au forfait, ce qui fait peser un risque sur l'emploi à domicile.

Les textes complémentaires sur la lutte contre les fraudes sont-ils ou seront-ils pris ? De 2008 à 2011, la sécurité sociale a calculé que le montant des fraudes atteignait 1,7 milliard d'euros : qu'en était-il en 2012 ?

Le déficit de la branche maladie devrait être supérieur de 2 milliards d'euros au montant inscrit dans la loi du fait de la baisse des recettes. La progression de l'ONDAM n'a pas dépassé la cible de 2,7 % – grâce à la modération des professionnels de santé dans leurs prescriptions et leurs activités –, mais cet objectif avait été surévalué par rapport à la recommandation de l'IGAS ; d'ailleurs, il semble que vous reveniez à 2,4 % ou 2,5 % pour l'année prochaine, comme le suggère l'assurance-maladie. Pour ma part, je pense que ce taux de progression devrait être fixé à 2,3 % ou 2,4 %.

S'agissant de la fin de la convergence tarifaire ou du report de la mise en place de la T2A – mesures illogiques et irresponsables –, comment allez-vous procéder, madame la ministre ?

Quelle nouvelle baisse de tarifs des médicaments allez-vous décider ? Le Bureau d'information et de prévention économique (BIPE) chiffre la contribution du secteur des entreprises du médicament à plus d'1,5 milliard d'euros en 2012 et 2013 dans un contexte de croissance nulle de l'industrie pharmaceutique.

Vous avez indiqué que le décret portant sur les 200 praticiens territoriaux venait de paraître : ils percevront un revenu garanti de 3 640 euros par mois, ce

qui représente huit actes par jour. Nous verrons ce que donnera ce dispositif, mais il aurait fallu, comme nous le proposons, dans le même temps faciliter le cumul entre l'emploi et la retraite pour les 15 000 médecins retraités qui sont prêts à retravailler.

Quelle est la situation de l'hospitalisation privée dont certains représentants ont fait montre d'une certaine agressivité ces derniers temps ? Celle-ci résulte-t-elle de la suppression de la convergence tarifaire entre le privé et le public ou des réductions des tarifs ?

M. Francis Vercamer. L'année 2013 semble perdue. Comme vient de le souligner Jean-Pierre Door, les comptes cessent de s'améliorer et les déficits se creusent à nouveau, notamment dans la branche maladie. Nous avons alerté le Gouvernement au moment du vote de la loi sur le caractère irréaliste des prévisions de croissance et les faits nous donnent raison, y compris sur l'évolution de la masse salariale.

Nous avons également dénoncé l'absence de cap dans la politique du Gouvernement. Vous avez lancé, madame, monsieur les ministres, de nouveaux projets – pacte de confiance pour l'hôpital, pacte territoire santé pour lutter contre les déserts médicaux, stratégie nationale de santé et définition d'un véritable parcours de soins – dont nous soutenons les principes, mais nous sommes inquiets de constater que seuls les textes d'application concernant les recettes ont été pris et non ceux sur les dépenses ; cela nourrit l'impression d'une politique de santé se résumant à une maîtrise comptable.

Certains hôpitaux se plaignent d'un mouvement de recentralisation qui remettrait en cause l'autonomie de gestion des établissements. Quel est votre avis sur ce sujet ?

Vous avez adopté des dispositions pour lutter contre les déserts médicaux, mais ces mesures semblent insuffisantes pour corriger l'inégalité territoriale d'accès aux soins. Quelles décisions complémentaires comptez-vous prendre pour rendre la médecine libérale plus attractive ? Il manque également des enseignants de médecine générale – le ratio étant d'un enseignant pour 110 étudiants –, certains d'entre eux rencontrant en outre des difficultés à trouver des maîtres de stage. Comment pensez-vous corriger cette situation sachant qu'un des moyens actuellement utilisés consiste à recruter des médecins étrangers dont certains ne parlent pas français ?

J'avais souligné, à l'époque du vote de la loi, l'incohérence de la fiscalité comportementale, qui ne prend pas en compte les véritables addictions alors que vous avez augmenté les taxes pesant sur la bière de 160 %. Où en est-on de la rédaction du rapport que j'avais demandé sur ce sujet ? En disposerons-nous avant l'examen du projet de loi de financement pour 2014, ce qui nous permettrait de faire évoluer la fiscalité ?

Mme Dominique Orliac. L'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 permet de constater des améliorations notables ; la sécurité sociale se trouvant au cœur de notre pacte républicain, elle incarne la solidarité entre nos concitoyens, elle constitue un gage de sécurité pour tous et elle contribue à la justice sociale. Nous devons donc veiller à ce qu'elle ne vive pas à crédit, situation qui la fragilise. De 2002 à 2012, le cumul des déficits – régime général et Fonds de solidarité vieillesse – a atteint plus de 160 milliards d'euros ; un tel résultat met à mal la pérennité de notre système de protection sociale. Les efforts du Gouvernement pour améliorer les comptes sociaux sont notables et s'inscrivent dans sa stratégie globale d'assainissement des finances publiques. La loi de finances rectificative votée l'été dernier a permis d'amorcer le redressement des comptes publics – notamment par l'apport de 1,5 milliard d'euros de recettes nouvelles à la sécurité sociale – tout en assurant le financement de plusieurs mesures de justice correspondant à des engagements pris par le Président de la République.

Toutefois, même si l'ONDAM a ménagé un équilibre entre soins hospitaliers et soins de ville, les réformes structurelles jugées depuis longtemps indispensables restent encore insuffisantes.

Vous souhaitez conduire une politique d'économies sur le médicament : quelles en seraient les conséquences pour le tissu des officines en France – le maillage du territoire étant encore de qualité – et pour l'industrie pharmaceutique ? Celle-ci ne doit pas être mise en péril, car la perte de brevets nationaux nous rendrait dépendants de pays étrangers et entraînerait des pertes d'emplois. Il faut développer notre politique exportatrice dans ce domaine puisque, hormis le crédit d'impôt recherche qu'il conviendrait de renforcer, peu a été fait par rapport à d'autres pays.

La création d'un droit de consommation de 5 centimes sur les bières a rapporté 500 millions euros à la sécurité sociale ; une telle mesure peut se comprendre dans le cadre de la politique publique de santé et dans celui du redressement des comptes publics, mais elle peut également mettre en difficulté une filière économique composée de PME et de très petites entreprises – souvent récentes et indispensables au développement des territoires dont elles émanent –, d'agriculteurs, de houblonniers, de malteurs et de distributeurs.

Lors des débats sur le projet de loi de financement pour 2013, les radicaux de gauche avaient soutenu le Gouvernement et attendaient la grande réforme de santé publique que vous aviez annoncée pour cette année. Nous sommes impatients de connaître vos propositions permettant de générer de nouvelles recettes et de maintenir l'accès de tous nos concitoyens à des soins de qualité et de proximité. Nous saluons d'ores et déjà les mesures que vous avez annoncées pour lutter contre la désertification médicale. Le redressement significatif que la loi de financement a engagé devra se poursuivre.

M. le ministre délégué. Monsieur Vercamer, vous nous reprochez de nous contenter d'une stabilisation du déficit, alors que la croissance n'est que de 0,1 % ; en 2010, la croissance s'élevait à 1,6 % et les comptes s'étaient dégradés de 4,5 milliards d'euros. Parvenir à ne pas creuser le déficit dans un contexte de croissance atone – grâce aux mesures que nous avons prises, notamment de maîtrise de la dépense – permet de mesurer l'intensité de l'effort consenti.

Monsieur Door, vous avez affirmé que la progression de l'ONDAM devrait être fixée à + 2,4 % ; or, au cours des six dernières années, il a crû de plus de 3 % en moyenne avec un pic à 4,5 %. L'ONDAM que nous arrêtons – inscrit dans une trajectoire de 2,4 % – correspond à ce que vous préconisez, mais que vous n'avez pas mis en œuvre.

En 2010, la précédente majorité avait souhaité faire reprendre une partie par la dette de la CADES, mais sans apporter à celle-ci les recettes nécessaires pour ne pas allonger son horizon d'amortissement. Une loi organique fut votée : dérogeant à celle de 2005, elle a transféré aux générations futures le remboursement d'une partie de la dette. Cette question se pose, mais nous y répondrons à l'occasion de l'élaboration et de la discussion du projet de loi de financement pour 2014.

Parmi les quatre articles de la loi traitant des fraudes, deux sont d'application directe et les deux autres sont soumis aux caisses pour avis ; le montant des redressements réalisés par les URSSAF s'est élevé à 1,4 milliard d'euros en 2012, en progression de 200 millions d'euros par rapport à l'année précédente.

Les brasseurs de France viennent d'indiquer que la production nationale à destination du marché domestique – qui représente environ les trois quarts de la production française – et la consommation de bière au cours du premier semestre de cette année avaient subi le contrecoup des comportements d'anticipation – le nombre de commandes a fortement augmenté avant la hausse de la fiscalité – et d'une météorologie défavorable. Les dispositions fiscales concernant la bière et le tabac visent à augmenter le prix de ces produits pour que la consommation diminue. Mme Touraine et moi-même sommes attentifs à la régularité de la répercussion de ces hausses, car là se mesure le résultat.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Je rappelle que la bière c'est de l'alcool, et non simplement du houblon dans de l'eau, et que cela n'est pas non plus un don de Dieu, contrairement à ce que l'on a pu entendre dans l'hémicycle !

Mme Bérengère Poletti. Le dispositif sur la contraception anonyme et gratuite voté pour cette année est insuffisant : on ne peut pas parler de prise en charge anonyme et gratuite de la contraception pour les mineurs si l'on ne prend pas en charge la consultation du prescripteur ou les examens complémentaires qui doivent l'accompagner.

L'article 41 de la loi de financement pour 2013 propose de mener des expérimentations conformes aux recommandations du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) et de l'IGAS sur le parcours de santé et la prise en charge des personnes âgées, politique se situant dans la continuité de l'année précédente. Combien d'expérimentations ont-elles débuté cette année ?

Quel est le montant des crédits consommés pour la « pathossification » des établissements ? À combien s'élèvent les crédits non consommés de l'objectif global de dépense (OGD) de la CNSA pour les secteurs des personnes handicapées et des personnes âgées, sachant que chaque année une sous-consommation des crédits est à déplorer.

Un fonds de 50 millions d'euros avait été créé pour aider, entre 2011 et 2013, la restructuration des services à domicile. Il aurait été intéressant d'en dresser le bilan afin d'éclairer les choix budgétaires et de préparer la réforme de la tarification sans laquelle ces services ne sortiront jamais de la difficulté.

Enfin, le rapport de la Cour des comptes et de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) – dont j'étais la rapporteure et qui fut approuvé à l'unanimité – soulève le problème du dynamisme des dépenses liées aux indemnités journalières et avance plusieurs propositions pour le résoudre : que compte faire le Gouvernement pour réduire ces dépenses ?

Mme Joëlle Huillier. Le décret assouplissant les conditions de départ anticipé à la retraite au titre des carrières longues a un impact financier sur la branche vieillesse de la sécurité sociale ; lors de l'entrée en vigueur de ce texte, le 1^{er} novembre 2012, le Gouvernement évaluait à 110 000 le nombre des bénéficiaires potentiels en 2013, pour un coût de 1,1 milliard d'euros. Dans un rapport remis le mois dernier, la Commission des comptes de la sécurité sociale a chiffré à 16 000 le nombre de départs à la retraite liés à ce mécanisme lors des deux derniers mois de 2012 et estime qu'ils seront 60 000 cette année, pour un coût de 410 millions d'euros, bien inférieur aux prévisions. Madame la ministre, disposez-vous d'éléments pouvant expliquer cette situation ? Celle-ci résulte-t-elle d'un manque d'informations des bénéficiaires potentiels sur leurs droits ou s'agit-il d'une simple erreur de prévision ?

Mme Isabelle Le Callennec. Madame la ministre, vous nous avez indiqué que plusieurs dizaines de décrets n'avaient toujours pas été pris, notamment ceux concernant la lutte contre les déserts médicaux ; or il y a urgence, car ces mesures sont très attendues dans certaines régions.

Vous n'avez pas évoqué l'aide médicale de l'État (AME) : pourrions-nous connaître les conséquences financières de la suppression de la franchise et de l'autorisation préalable de la caisse primaire d'assurance maladie pour des opérations de plus de 15 000 euros ?

Quelle est la nature du soutien apporté aux hôpitaux de proximité, qui ont réalisé d'importants efforts pour améliorer leur gestion ? Quelles mesures comptez-vous prendre pour lutter contre l'intérim médical qui constitue un poids financier très lourd pour le budget de ces hôpitaux ?

La loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites avait instauré un fonds pénibilité, doté de 20 millions d'euros ; il devait être consommé d'ici à la fin de l'année 2013. Où en est-on du niveau de consommation des crédits de ce fonds et quelles actions a-t-il financé ?

La lutte contre la fraude donne des résultats, mais le travail dissimulé augmente du fait de la refiscalisation des heures supplémentaires, de la suppression du forfait pour les particuliers employeurs et de la hausse de la TVA. Quelle est l'ampleur de la croissance du travail dissimulé et quel manque à gagner induit-elle pour les recettes sociales ?

Mme Ségolène Neuville. Un rapport de la MECSS du Sénat, datant de l'année dernière et portant sur le financement des établissements de santé, mettait en garde contre les effets pervers du système de tarification à l'activité (T2A), au nombre desquels figure l'inflation du nombre des actes, alors qu'un bon médecin n'est pas forcément celui qui effectue le plus d'actes dans une journée. Le rapport pointait également l'absence d'adaptation de la T2A à la prise en charge des pathologies chroniques. Lors des débats sur le projet de loi de financement pour 2013, ce rapport fut évoqué à plusieurs reprises et la première mesure de la loi fut de mettre un terme à la convergence tarifaire. Madame la ministre, vous avez manifesté votre volonté de modifier le mécanisme de tarification des établissements de santé et le passage à la T2A pour les anciens hôpitaux locaux a d'ailleurs été reporté. Votre ministère réfléchit actuellement à cette réforme de la tarification : pourriez-vous nous indiquer où vous en êtes de ce travail ? Quel impact ont eu la fin de la convergence tarifaire et l'arrêt du gel des dotations au titre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) ?

Les établissements sanitaires privés à but lucratif bénéficient désormais du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE), à la différence des établissements publics et des établissements privés à but non lucratif. Comme nous ne voulons pas favoriser les uns par rapport aux autres, est-il envisageable de rétablir plus de justice ?

Mme Véronique Louwagie. L'article 11 de la loi concerne les travailleurs indépendants et non salariés et modifie la prise en compte de leurs frais professionnels et des dividendes qu'ils perçoivent, change l'assiette minimale de la cotisation maladie et réduit la cotisation forfaitaire minimale. De forts dysfonctionnements perturbent le Régime social des indépendants (RSI) : un quart des cotisants disent souffrir de ces problèmes cette année et beaucoup de commerçants, d'artisans et de professions libérales reçoivent des appels de charges erronés, rencontrent des difficultés à faire valoir leurs droits à la retraite et peuvent attendre deux ans sans recevoir d'appel de cotisations. Les mesures

contenues dans la loi ont retardé l'amélioration du fonctionnement du RSI. Quand celui-ci connaîtra-t-il une situation normale ?

Les travailleurs indépendants demandent une modification du calendrier des appels de cotisation et l'instauration d'un régime d'indemnité journalière pour les conjoints collaborateurs : y êtes-vous favorable ?

Envisagez-vous de reconduire le dispositif instauré en 2012 qui permet aux commerçants, aux artisans et aux travailleurs indépendants nés avant le 1^{er} janvier 1960 de racheter un trimestre pour leur retraite ?

M. Christian Hutin. Madame la ministre, je vous remercie d'avoir soutenu mon amendement visant à demander au Gouvernement un rapport sur l'éventuelle ouverture d'une deuxième voie pour les victimes de l'amiante, car les intérimaires, les sous-traitants et les artisans exposés à l'amiante n'entrent pas dans le champ actuel de la couverture réglementaire. Le rapport devait être remis le 1^{er} juillet : où en est sa rédaction ?

(Présidence de M. Christian Hutin, vice-président de la Commission)

M. Bernard Perrut. La loi prévoit l'expérimentation d'un nouveau mode de financement pour le transport sanitaire, piloté par les agences régionales de santé, mais cet article n'est toujours pas entré en vigueur sept mois après le vote de la loi. Pourquoi ? La concertation a-t-elle au moins été lancée ?

Madame la ministre, vous avez souhaité que l'ensemble des élus locaux soient assujettis aux cotisations sociales, mais il a fallu attendre le 26 avril 2013 pour que le décret soit publié ; ce texte s'applique de manière rétroactive au 1^{er} janvier 2013 et vous pouvez imaginer les conséquences financières pour les élus locaux soumis à cette nouvelle contribution. Quelle recette est attendue de cette mesure ?

Quelles sont les conséquences financières et sur l'emploi de la suppression de l'assiette forfaitaire pour les salariés des particuliers employeurs ?

M. Hervé Pellois. La technologie permet désormais d'analyser en temps réel et de manière anonyme la consommation médicamenteuse des Français, grâce à l'infrastructure Sesam-Vitale. Or, malgré l'agrément de la Commission nationale Informatique et libertés (CNIL) obtenu il y a deux ans, ce système ne peut être mis en place, car le groupement d'intérêt économique (GIE) Sesam-Vitale en bloque l'accès à nos entreprises certifiées en responsabilité sociale. Dans un contexte de mésusage du médicament, il est urgent que les agences sanitaires disposent de cette information. Le 27 juin, l'entreprise Celtipharm a déposé auprès de l'Autorité de la concurrence une plainte contre la CNAMTS et contre le GIE Sesam-Vitale pour abus de position dominante. Conscient de votre volonté de protéger les Français, quelles sont vos intentions dans ce dossier, madame la ministre ?

M. Rémi Delatte. Neuf Français sur dix estiment que les soins palliatifs sont essentiels pour améliorer la fin de vie ; le programme de développement des soins palliatifs pour la période 2008-2012 s'est achevé : son bilan est très positif, puisqu'il a mobilisé 230 millions d'euros et qu'il a permis la création de 20 nouvelles unités de soins palliatifs, le déploiement de 362 équipes mobiles et l'ouverture de 6 000 lits, soit 50 % de plus qu'avant la mise en œuvre du plan. Néanmoins, beaucoup reste à faire et aucun nouveau programme n'a été élaboré. Comment comptez-vous, madame la ministre, poursuivre le développement des soins palliatifs ?

M. Arnaud Robinet. Madame la ministre, il semblerait que vous réfléchissiez à une nouvelle taxation de l'industrie pharmaceutique, couplée à une baisse des tarifs. Quelles en seraient les conséquences pour le secteur, alors qu'une étude du BIPE a estimé la contribution de celui-ci à 1,5 milliard d'euros pour les années 2012 et 2013 ?

Où en est la mise en œuvre de l'accord sur les dépassements d'honoraires que vous avez présenté comme la solution à tous les maux, mais qui a été dénoncé par certains signataires et peine à s'appliquer ?

Quel est l'impact financier pour la branche vieillesse du décret du 2 juillet 2012 autorisant certaines catégories de la population à prendre leur retraite à 60 ans ? D'après la CNAV, la réforme de 2010 devait permettre d'atteindre l'équilibre en 2017 voire en 2020, mais ce décret de 2012 explique le déficit annoncé par le Conseil d'orientation des retraites (COR) pour 2020.

Mme la ministre. Monsieur Sebaoun, la loi de financement avait en effet prévu l'expérimentation de nouveaux modes d'appel à projet pour les transports sanitaires ; la concertation a eu lieu et nous devons maintenant définir les modalités à mettre en place pour réguler ce système de manière équitable dans l'ensemble du pays, car le recours à ces transports diffère selon les territoires.

Notre politique fiscale en matière de bière et de tabac poursuit un objectif de santé publique. Monsieur Vercamer, le rapport sur ce sujet ne sera pas remis, car l'article le prévoyant a été censuré par le Conseil constitutionnel. Les plans de santé publique ne se limitent pas à des mesures fiscales, mais celles-ci peuvent en faire partie.

L'article 57 de la loi avait pour objet de mettre en place une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) dite économique, à la suite de l'affaire des médicaments *Lucentis* et *Avastin*. Le décret n'est effectivement pas encore publié, car le travail juridique est complexe, mais il permettra le déploiement d'une recommandation différente de la RTU classique puisque reposant sur des motifs économiques. Nous devons définir précisément l'ensemble des critères de cette nouvelle recommandation. S'agissant du débat spécifique sur la molécule utilisable pour le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), plusieurs études sont actuellement menées dans différents pays

pour comparer l'efficacité et la tolérance du *Lucentis* et de l'*Avastin*. Les enjeux du décret sont en tout cas découplés du cas particulier du traitement de la DMLA.

Monsieur Door, je vous remercie d'avoir souligné que le délai de publication des décrets d'application de la loi se situait dans la norme. Il existe très peu de décrets d'application pour les mesures en recettes, alors qu'une quarantaine concernent les dépenses dont neuf sont en cours d'élaboration.

En revanche, monsieur Door, la progression de l'ONDAM – établie à 2,7 % cette année – était bien plus élevée les années passées, à tel point que le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie a dû lancer un avertissement au Gouvernement en 2007, année où la croissance était pourtant forte et où il n'y avait donc aucune raison que les dépenses dérapent. Nous tenons le cap du contrôle des dépenses et la CNAMTS n'a pas émis de recommandation pour le taux de progression de l'ONDAM en 2014, mais elle a simplement identifié des sources d'économies. Ce taux de progression a parfois nettement dépassé 3 % au cours des dernières années et la précédente majorité ne l'a ramené à 2,5 % que pour 2012 ; compte tenu de l'état des hôpitaux, nous avons décidé de consentir un effort supplémentaire, rendu nécessaire par les meurtrissures infligées à l'hôpital public par la « loi HPST ».

Pour les praticiens territoriaux de médecine générale, il s'agit non pas de fixer un seuil de rémunération, mais d'assurer une garantie aux jeunes médecins pour qu'ils prennent des risques et s'installent. Nous savons que le revenu moyen d'un médecin exerçant dans une zone rurale est supérieur à 3 640 euros, mais nous souhaitons qu'un filet de sécurité soit assuré à un nouveau médecin s'installant dans ces territoires pendant deux ans.

Les cliniques privées ont adopté une démarche choquante dans laquelle l'ensemble des adhérents de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) ne se sont pas reconnus. Comme je l'ai déjà indiqué, je souhaite travailler en pleine coopération et harmonie avec tout le secteur de la santé, qu'il s'agisse de l'hospitalisation publique, de l'hospitalisation privée à but non lucratif ou de l'hospitalisation privée.

Monsieur Vercamer, nous ne souhaitons pas procéder à une recentralisation de la gestion hospitalière – en dehors de quelques cas particuliers où les agences régionales de santé ont traité de questions relevant non pas de leurs compétences, mais de celles de la direction de l'hôpital – et les agences régionales en restent à leur rôle de pilotage territorial et de suivi des établissements de santé qui rencontrent des difficultés financières.

Madame Orliac, la Commission scientifique indépendante (CSI) de la pharmacie s'est tenue le 5 juillet ainsi qu'une réunion du comité stratégique de filière ; j'ai également annoncé des mesures devant favoriser la recherche clinique par la réduction des délais, l'établissement d'une convention unique entre le porteur d'un essai et l'ensemble des établissements de santé où les tests sont

réalisés – alors qu’actuellement une convention par établissement est nécessaire. Les représentants de l’industrie pharmaceutique se sont réjouis de ces dispositions. Nous voulons développer l’innovation dans ce secteur d’avenir – notamment la recherche de nouveaux brevets comme la perspective d’un vaccin contre la dengue –, mais cela ne signifie pas qu’il ne doive pas y avoir une régulation des dépenses de médicaments ; la France s’est longtemps classée en tête des pays européens en termes de consommation de médicaments, mais, pour la première fois depuis dix ans, nous avons assisté à une baisse des ventes en valeur grâce à un programme actif de promotion des médicaments génériques, ceux-ci devant bénéficier de la confiance de l’ensemble des Français.

Mme Poletti ne se satisfait pas des dispositions votées pour la contraception anonyme et gratuite alors que le Gouvernement qu’elle a soutenu ne s’est jamais engagé dans cette voie : son exigence, compréhensible, est bien tardive. J’ai indiqué tout à l’heure la liste des territoires dans lesquels des expérimentations pour les personnes âgées en risque de perte d’autonomie seront lancées dans les semaines qui viennent.

Nous examinerons la question de la tarification des établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) à l’occasion d’un texte de loi général sur le vieillissement.

En 2012 et lors du premier semestre 2013, on a constaté une baisse des indemnités journalières de courte durée et un maintien de celles de longue durée : en 2012, 500 millions d’euros de moins ont été versés par rapport aux prévisions et la tendance se poursuit en 2013. Cette diminution résulte, entre autres, de celle du nombre de salariés liée à l’augmentation du chômage. Le discours sur la fraude n’est pas confirmé par les chiffres, même si nous restons vigilants face à ce phénomène.

Nous avons estimé le nombre de personnes pouvant prétendre au dispositif assouplissant les conditions d’accès à la retraite au titre des carrières longues, et cette évaluation peut différer des résultats qui recensent les individus ayant demandé à en bénéficier.

Madame Le Callennec, les hôpitaux de proximité constituent un enjeu majeur de la politique de santé publique ; cette question sera abordée dans le cadre de la réflexion évoquée par Mme Neuville sur une nouvelle tarification. La tarification à l’activité a produit des résultats positifs à ses débuts, puis plus discutables dans la durée ; aujourd’hui, les effets pervers sont sensibles, si bien qu’un nouvel âge de la tarification devrait voir le jour afin de moduler – et non supprimer – la tarification à l’activité pour tenir compte non seulement de la nature et de la localisation des structures, mais également de la qualité des parcours de soins pour les personnes âgées comme pour celles souffrant d’une maladie de longue durée.

Madame Neuville, il n'y a pas eu de réserve prudentielle réalisée sur les MIGAC – une des deux sources de financement des hôpitaux –, mais un gel prudentiel a été opéré sur les tarifs, qui constituent la seconde source de financement de ceux-ci. Cette démarche a sans doute compliqué la définition des tarifs pour les établissements hospitaliers cette année, et nous tenterons de simplifier le processus l'année prochaine. En tout état de cause, la disposition législative garantissant le versement intégral des crédits dévolus aux missions liées au service public a bien été respectée.

Madame Le Callennec, les commissions paritaires médicales vont se pencher, sous la responsabilité des agences régionales de santé, sur la question de la démographie médicale dans les établissements de proximité. Elles ne se cantonneront pas à l'installation des professionnels libéraux et aborderont aussi celle des professionnels hospitaliers.

Quant à l'aide médicale de l'État elle dépend non pas de la loi de financement de la sécurité sociale, mais du projet de loi de finances.

Madame Louwagie, 8 % des affiliés au RSI – et non 25 % – ont été confrontés à des difficultés, mais le service est aujourd'hui revenu à la normale et le RSI a mis en place un suivi individualisé des réclamations. J'ai demandé un audit des systèmes d'information pour consolider durablement le service qui, à l'évidence, avait connu des dysfonctionnements.

Monsieur Hutin, le rapport sur l'amiante, coordonné par un inspecteur de l'IGAS, sera remis au moment de l'examen du projet de loi de financement pour 2014.

Monsieur Delatte, les soins palliatifs trouveront leur place dans une loi générale sur la fin de vie ; nous devons porter notre attention sur l'accès aux soins palliatifs à domicile pour lesquels la demande est forte.

M. Robinet est bien le seul à penser que sans le décret sur le départ anticipé à la retraite, la branche vieillesse serait à l'équilibre, puisque nous avons financé les dispositions de ce décret et que tout le monde s'accorde à reconnaître que la loi de 2010 ne permet pas de financer la branche vieillesse de la sécurité sociale de façon durable ; c'est la raison pour laquelle nous attelons à élaborer une réforme permettant de pérenniser nos régimes de retraite.

Monsieur Pellois, un rapport de l'IGAS sur l'accès aux données de santé sera remis dans les prochaines semaines et nous examinerons alors les conditions de l'élargissement de cet accès. Les données de santé sont spécifiques, car elles touchent à l'intimité ; nous devons donc veiller à ce que toutes les garanties de sécurité – notamment en termes d'anonymat – soient assurées. Certains organismes ont émis des propositions qui n'apportent pas de tels gages, d'où le rejet par la CNIL d'un projet comme celui de Celtipharm. En revanche, nous réfléchissons aux moyens de faire connaître les données de santé qui possèdent un intérêt collectif évident.

Monsieur Perrut, beaucoup de réunions de concertation ont eu lieu dans le cadre de l'élaboration du décret du 26 avril 2013, et c'est aux parlementaires et aux associations d'élus de relayer l'instauration d'une telle disposition ; certains l'ont fait d'ailleurs puisque j'ai reçu des courriers d'élus faisant part de leurs interrogations. Cette mesure rapportera 140 millions d'euros de recettes complémentaires par an et participe ainsi à la démarche de rééquilibrage général des régimes de retraite. En outre, le décret ne crée pas de rétroactivité puisque la loi fut votée avant la fin de l'année 2012 et qu'elle indiquait que la disposition devait entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2013.

M. Jean-Pierre Door. Les élus ont reçu en juin un rappel de cotisations pour les six premiers mois de l'année !

Mme la ministre. Certes, mais c'est une situation commune dans laquelle se trouvent, par exemple, les fonctionnaires qui, changeant d'affectation et ne subissant aucun prélèvement de cotisations retraite pendant quelque temps, reçoivent un rappel plusieurs mois après.

M. Christian Hutin, président. Je tiens à remercier Mme la ministre d'avoir répondu avec beaucoup de disponibilité et de compétence à nos questions, ainsi que les membres de notre Commission qui l'ont interpellée avec pertinence.

La commission autorise la publication du rapport d'information sur la mise en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

ANNEXE

TABLEAU DE SUIVI DE LA MISE EN APPLICATION DE LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2013

Textes d'application (situation au 19/6/2013)

Article	Objet du dispositif	Textes d'application
	Première partie : Dispositions relatives à l'exercice 2011	
1 ^{er}	Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2011	Article d'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 2011	Article d'application directe
	Deuxième partie : Dispositions relatives à l'année 2012	
	<i>Section 1 : Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale</i>	
3	Rationalisation et simplification de l'affectation des impositions de toute nature	Article d'application directe
4	Prélèvement exceptionnel au profit de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales	Article d'application directe
5	Rectification des prévisions de recettes et des tableaux d'équilibre pour 2012	Article d'application directe
6	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	Article d'application directe
	<i>Section 2 : Dispositions relatives aux dépenses</i>	
7	Déchéance des crédits du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins et du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés	Article d'application directe
8	Rationalisation des modalités de prise en charge par l'État, au titre de la gestion des prestations servies pour son compte, des pertes sur créances d'indus enregistrées par les organismes de sécurité sociale	Arrêté du 22/2/2013
9	Prévisions rectifiées des objectifs de dépenses par branche	Article d'application directe
10	Rectification du montant et de la ventilation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour l'année 2012	Article d'application directe
	Troisième partie : Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour 2013	
	<i>Section 1 : Dispositions relatives aux recettes des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement</i>	
11	Alignement des prélèvements sociaux à la charge des travailleurs non salariés non agricoles	Décret n° 2012-1551 du 28/12/2012

Article	Objet du dispositif	Textes d'application
12	Modernisation et simplification de l'assiette de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés dans le secteur des assurances	Article d'application directe
13	Élargissement de l'assiette et renforcement de la progressivité de la taxe sur les salaires	Décret n° 2013-265 du 28/3/2013
14	Suppression de l'assiette forfaitaire pour les salariés des particuliers employeurs	Décret n° 2012-1565 du 31/12/2012
15	Harmonisation du taux de la cotisation AT-MP au titre du personnel mis à disposition de particuliers ou de professionnels par les associations intermédiaires	Arrêté du 17/12/2012
16	Prorogation du régime social dérogatoire destiné aux personnes exerçant une activité réduite à fin d'insertion	Article d'application directe
17	Contribution additionnelle sur les pensions de retraite et d'invalidité au profit de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	Article d'application directe
18	Élargissement de la couverture sociale des élus locaux	Décret n° 2013-362 du 26/4/2013
19	Alignement des taux de cotisations au régime général d'assurance maladie des salariés de la Chambre de commerce et d'industrie de Paris	Décret n° 2012-1486 du 27/12/2012
20	Augmentation de la contribution tarifaire d'acheminement	Arrêté du 26/4/2013
21	Régime social de l'indemnité spécifique versée à l'occasion de la rupture conventionnelle du contrat de travail	Article d'application directe
22	Réforme des modalités de remboursement de la couverture maladie universelle complémentaire aux organismes gestionnaires	Texte prêt à aboutir (examen en cours par les caisses dans le cadre des saisines obligatoires)
23	Mesures relatives à la fiscalité des tabacs	Article d'application directe
24	Hausse de la fiscalité sur les bières	Article d'application directe
25	<i>Dispositions déclarées non-conformes à la Constitution</i>	Sans objet
26	Simplification et sécurisation de la fiscalité relative aux produits de santé	Texte prêt à aboutir (saisine imminente des caisses)
27	Suppression de la taxe due à la Haute Autorité de Santé pour la réalisation d'études médico-économiques	Texte prêt à aboutir (saisine imminente des caisses)
28	Extension de l'assiette de la contribution sur les dépenses de promotion des médicaments et des dispositifs médicaux	Article d'application directe
29	Modification du seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde – « taux K »	Article d'application directe
30	Approbation du montant de la compensation des exonérations de cotisations sociales	Article d'application directe
<i>Section 2 : Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre</i>		
31	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	Article d'application directe

Article	Objet du dispositif	Textes d'application
32	Approbation du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes de base	Article d'application directe
33	Approbation du tableau d'équilibre du régime général	Article d'application directe
34	Approbation du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base	Article d'application directe
35	Objectif d'amortissement de la dette sociale et affectation de recettes au fonds de réserve pour les retraites	Article d'application directe
36	Approbation du rapport fixant un cadrage quadriennuel (annexe B)	Article d'application directe
<i>Section 3 : Dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité</i>		
37	Réforme du financement de la gestion administrative, de l'action sanitaire et sociale et du contrôle médical de la Mutualité sociale agricole	Article applicable au 1/1/2014. Préparation du texte largement avancée.
38	Avance consentie par l'ACOSS à la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines et suppression de l'obligation de « vidage » des comptes des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et des allocations familiales et des caisses générales de sécurité sociale	Article d'application directe
39	<i>Dispositions déclarées non-conformes à la Constitution</i>	Sans objet
40	Versement des cotisations dues sur les indemnités de congés payés par les caisses de congés payés	Décret n° 1552 du 28/12/2012
41	Prise en compte des exonérations dans le calcul des cotisations et contributions sociales des exploitants agricoles n'ayant pas rempli leurs obligations déclaratives	Texte prêt à aboutir (saisine imminente des caisses)
42	Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt	Article d'application directe
Quatrième partie : Dispositions relatives aux dépenses pour 2013		
<i>Section 1 : Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie</i>		
43	Amélioration de la permanence des soins	Article d'application directe
44	Expérimentation relative à la régulation des transports sanitaires	Le Gouvernement a considéré qu'il était préférable de revenir sur ce dispositif.
45	Rémunération forfaitaire pour renforcer l'exercice interprofessionnel	Cet article renvoie à des négociations conventionnelles qui pourraient être engagées en fin d'année.
46	Création du contrat de praticien territorial de médecine générale	Texte prêt à aboutir (saisine imminente des caisses)
47	Contrat d'engagement de service public	Texte prêt à aboutir (saisine imminente du conseil d'État)
48	Expérimentation des parcours de santé des personnes âgées	Texte prêt à aboutir (saisine imminente des caisses)
49	Abrogation de l'option de coordination	Décret n° 2013-405 du 25/3/2013
50	Suppression de la participation de l'assurée pour les actes liés à l'interruption volontaire de grossesse	Décret n° 2013-248 du 27/3/2013

Article	Objet du dispositif	Textes d'application
51	Maintien du droit aux prestations sociales pour les demandeurs d'emploi reprenant une activité	Texte prêt à aboutir (saisine imminente des caisses)
52	Gratuité de la contraception remboursable pour les mineures	Décret n° 2013-248 du 27/3/2013
53	Rapport au Parlement sur l'amélioration à l'accès à la contraception	À remettre avant le 17/12/2013
54	<i>Dispositions déclarées non-conformes à la Constitution</i>	Sans objet
55	Mesures relatives à la publicité pour les produits de santé	Texte prêt à aboutir (saisine imminente des caisses)
56	Fixation du prix de certains allergènes	Texte prêt à aboutir (saisine imminente des caisses)
57	Recommandations temporaires d'utilisation et prise en charge de médicaments pour lesquels il existe des alternatives thérapeutiques	Texte en cours d'élaboration
58	<i>Dispositions déclarées non-conformes à la Constitution</i>	Sans objet
59	Arrêt du processus de convergence intersectorielle	Article d'application directe
60	Mises en réserve prudentielles	Décret n° 2013-179 du 28/2/2013
61	<i>Dispositions déclarées non-conformes à la Constitution</i>	Sans objet
62	Rapport au Parlement sur les partenariats public-privé mis en œuvre dans le cadre des plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012	À remettre avant le 30/09/2013
63	Report de plusieurs réformes liées à l'instauration de la tarification à l'activité	Texte prêt à aboutir (saisine imminente des caisses)
64	Clarifier les règles de prise en charge et de financement des soins délivrés aux personnes détenues	Ce sujet pose de très grandes difficultés d'application qui font l'objet de travaux approfondis.
65	Pérennisation des lits d'accueil médicalisés	Article d'application directe
66	<i>Dispositions déclarées non-conformes à la Constitution</i>	Sans objet
67	Fin de l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans la dotation aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	Article d'application directe
68	Possibilité pour les organismes de sécurité sociale de mutualiser des services, des équipements et des biens et possibilité pour la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie de recourir à l'Union des caisses nationales de sécurité sociale	Article d'application directe
69	Plan d'aide à l'investissement 2013 dans le secteur médico-social	Article d'application directe
70	Aide à la restructuration des services d'aide et d'accompagnement à domicile	Arrêté du 27/3/2013
71	Création d'un dispositif d'indemnités journalières pour les personnes relevant du régime d'assurance maladie-invalidité-maternité des non-salariés agricoles	Texte en cours de finalisation (décret en CE actuellement au Conseil d'État, décret simple en cours de finalisation ; dispositif applicable au 1 ^{er} janvier 2014).
72	Indemnisation des victimes d'hépatites transfusionnelles	Article d'application directe

Article	Objet du dispositif	Textes d'application
73	Dotations annuelles des régimes obligatoires d'assurance maladie à divers établissements publics	Texte prêt à aboutir (examen en cours par les caisses dans le cadre des saisines obligatoires)
74	<i>Dispositions déclarées non-conformes à la Constitution</i>	Sans objet
75	Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès	Article d'application directe
76	Fixation du montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie et de ses sous-objectifs	Article d'application directe
<i>Section 2 : Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse</i>		
77	Attribution de points gratuits de retraite proportionnelle aux exploitants agricoles ayant dû cesser leur activité pour cause de maladie ou infirmité	Décrets n° 2013-199 et 2013-200 du 7/3/2013
78	Gestion de l'extinction du mécanisme d'incitation à la cessation anticipée d'activité des médecins	Article d'application directe
79	Possibilité d'une revalorisation spécifique du point pour les pensions de réversion de l'allocation supplémentaire vieillesse des professions médicales	Le décret cité dans cet article l'a été par « sécurité », en attente de la décision du conseil d'État sur le contentieux relatif à l'ASV des chirurgiens dentistes
80	Modification des modalités de répartition de la pension de réversion entre ayants droit au régime de sécurité sociale des marins	Article d'application directe
81	Revalorisation des pensions à Mayotte	Article d'application directe
82	Remboursement de rachats de trimestres d'études	Article d'application directe
83	Harmonisation des modalités de transmission des justificatifs d'existence pour les retraités résidant à l'étranger	Dispositif d'application délicate. Des travaux sont en cours avec les organismes pour trouver une solution effective. Dans le contexte par ailleurs de la préparation de la réforme des retraites, il faut envisager que le décret d'application soit un peu tardif.
84	Objectif de dépenses de la branche vieillesse pour 2013	Article d'application directe
<i>Section 3 : Dispositions relatives aux dépenses d'accidents du travail et de maladies professionnelles</i>		
85	Création d'une prestation d'aide à l'emploi d'une tierce personne	Décrets n° 2013-279 et 2013-278 du 4/4/2013
86	Amélioration de la récupération des indemnités versées en cas de faute inexcusable de l'employeur	Texte prêt à aboutir (examen en cours par les caisses dans le cadre des saisines obligatoires)
87	Égalité des conditions d'accès à la retraite pour l'ensemble des travailleurs de l'amiante	Article d'application directe
88	Versement au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles	Article d'application directe
89	Contribution de la branche AT-MP au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante et du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante	Article d'application directe
90	Demande de rapport du Gouvernement sur une nouvelle voie d'accès individuelle au dispositif de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante	Une mission IGAS est en cours.

Article	Objet du dispositif	Textes d'application
91	Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles	Article d'application directe
<i>Section 4 : Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille</i>		
92	<i>Dispositions déclarées non-conformes à la Constitution</i>	Sans objet
93	Rétablissement et versement au bailleur des allocations logement familiale et sociale en cas de recevabilité d'un dossier de surendettement	Texte prêt à aboutir (examen en cours par le conseil d'État)
94	Transformation du congé de paternité en un congé de paternité et d'accueil de l'enfant	Article d'application directe
95	Fixation des objectifs de dépenses de la branche famille pour 2013	Article d'application directe
<i>Section 5 : Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires</i>		
96	Transfert au fonds de solidarité vieillesse du financement d'une fraction du minimum contributif versé par le régime général, la caisse centrale de la mutualité sociale agricole et le régime social des indépendants	Article d'application directe
97	Fixation des prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale	Article d'application directe
<i>Section 6 : Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude</i>		
98	Élargissement et majoration des redressements de cotisations sociales en cas de fraude	Texte prêt à aboutir (examen en cours par les caisses dans le cadre des saisines obligatoires)
99	Amélioration des échanges d'informations entre les services de l'État et certains régimes de sécurité sociale	Article d'application directe
100	Simplification des conditions d'intervention des agents des impôts et des douanes en matière de lutte contre le travail illégal	Article d'application directe
101	Annulation des exonérations des entreprises en cas de manquement à leurs obligations, en tant que donneur d'ordre, en matière de prévention du travail dissimulé	Texte prêt à aboutir (examen en cours par les caisses dans le cadre des saisines obligatoires)