



N° 1157

(2^{ème} partie)

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DOUZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 22 octobre 2003.

RAPPORT

PRÉSENTÉ

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES, FAMILIALES ET SOCIALES SUR LE
PROJET DE LOI de **financement de la sécurité sociale pour 2004** (n° 1106),

TOME I

RECETTES ET ÉQUILIBRE GÉNÉRAL

PAR M. PIERRE MORANGE,

Député.

SOMMAIRE

Pages

1^{ère} partie

INTRODUCTION

I.- LES COMPTES SOCIAUX : UNE SITUATION TRES DIFFICILE RESULTANT D'UN LOURD HERITAGE

- A. DES COMPTES PLOMBES PAR UNE MAUVAISE CROISSANCE ECONOMIQUE
- B. LES CONSEQUENCES DESASTREUSES DE LA POLITIQUE DISPENDIEUSE DE LA GAUCHE

II.- LE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2004 : UNE REELLE CLARIFICATION POUR PREPARER L'AVENIR

- A. ÉVITER UNE PLUS GRANDE DETERIORATION DES COMPTES SOCIAUX
- B. LES MESURES DE RECETTES

III.- LA STABILISATION DU DEFICIT DE L'ASSURANCE MALADIE : UN PREALABLE INDISPENSABLE A LA REFORME

- A. METTRE EN ŒUVRE LA MAITRISE MEDICALISEE DES DEPENSES AMBULATOIRES
- B. METTRE EN PLACE LES INSTRUMENTS D'UNE NECESSAIRE MODERNISATION DES HOPITAUX

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I.- AUDITIONS

- A. AUDITION DU PREMIER PRÉSIDENT DE LA COUR DES COMPTES
- B. AUDITION DU MINISTRE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, DU MINISTRE DELEGUE À LA FAMILLE ET DE LA SECRETAIRE D'ETAT AUX PERSONNES HANDICAPEES

II.- EXAMEN DU RAPPORT

2^{ème} partie

III.- EXAMEN DES ARTICLES 9

TITRE I^{ER} 9

ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTE ET DE SECURITE SOCIALE 9

<i>Article 1^{er}</i>	9
<i>Approbation du rapport annexé</i>	9
TITRE II	10
DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES	10
<i>Article additionnel avant l'article 2</i>	10
<i>(article L. 14-1 du code de la sécurité sociale)</i>	10
<i>Création d'un Comité des finances sociales</i>	10
<i>Avant l'article 2</i>	11
<i>Article 2</i>	11
<i>(articles 2 et 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996)</i>	11
<i>Article 3</i>	14
<i>(articles L. 131-8 à L. 131-11, L. 135-1, L. 137-1 et L. 137-6 du code de la sécurité sociale)</i>	14
<i>Suppression du FOREC</i>	14
<i>Article 4</i>	17
<i>(article 575 A du code général des impôts)</i>	17
<i>Majoration du droit de consommation sur les tabacs</i>	17
<i>Article 5</i>	19
<i>(articles L. 376-1 et L. 454-1 du code de la sécurité sociale et article L. 211-11 du code des assurances)</i>	19
<i>Optimisation des recours contre tiers exercés par les caisses de sécurité sociale</i>	19
<i>Après l'article 5</i>	23
<i>Article 6</i>	26
<i>(articles L. 131-6, L. 136-3 et L. 136-4 du code de la sécurité sociale)</i>	26
<i>Non prise en compte de l'abattement de 20 % pour le calcul de l'assiette des cotisations et contributions sociales des dirigeants de sociétés</i>	26
<i>Article 7</i>	28
<i>Exonération de cotisations sociales pour les jeunes entreprises innovantes</i>	28
<i>Article additionnel après l'article 7</i>	29
<i>(article L. 651-3 du code de la sécurité sociale)</i>	29
<i>Plafonnement de la C3S pour les détaillants acheteurs fermes de carburant</i>	29
<i>Article 8</i>	29
<i>Exonération de cotisations et contributions sociales pour les contributions des employeurs versées aux institutions de retraite supplémentaire</i>	29
<i>Article 9</i>	31
<i>(articles L. 245-2 et L. 245-4 du code de la sécurité sociale)</i>	31
<i>Modification du barème de la contribution sur les dépenses de promotion des laboratoires pharmaceutiques</i>	31
<i>Article 10</i>	34
<i>(articles L. 138-20 et L. 245-5-1 à L. 245-5-6 du code de la sécurité sociale)</i>	34
<i>Création d'une contribution sur les dépenses de promotion des fabricants ou distributeurs de dispositifs médicaux</i>	34
<i>Après l'article 10</i>	37
<i>Article 11</i>	37
<i>(articles L. 137-7, L. 138-2, L. 138-4, L. 138-5 à L. 138-7, L. 138-13, L. 138-15, L. 138-17, L. 245-3 et L. 245-6 du code de la sécurité sociale)</i>	37
<i>Individualisation de la contribution sur les ventes en gros de médicaments</i>	37
<i>Article 12</i>	40

<i>Fixation du taux applicable en 2004 à la clause de sauvegarde sur la progression du chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques non conventionnés</i>	40
<i>Article 13</i>	42
<i>Fixation des prévisions de recettes pour 2004</i>	42
<i>Impositions affectées à la sécurité sociale</i>	43
<i>Article 14</i>	45
<i>Fixation des prévisions de recettes révisées pour 2003</i>	45
<i>Recettes par catégorie pour 2003</i>	46
TITRE III	47
DISPOSITIONS RELATIVES A L'ASSURANCE MALADIE	47
<i>Avant l'article 15</i>	47
<i>Article additionnel avant l'article 15</i>	49
<i>Rapport au Parlement sur les prestations indûment versées au titre de l'assurance maladie</i>	49
<i>Article 15</i>	51
<i>Simplification de la procédure d'inscription d'un médicament dans un groupe générique</i>	51
<i>Article 16</i>	51
<i>Validation des actes réglementaires portant baisse du taux de remboursement de certains médicaments</i>	51
<i>Article 17</i>	52
<i>Fixation d'un prix maximum de vente aux établissements de santé des médicaments rétrocédés disposant d'une autorisation de mise sur le marché</i>	52
<i>Avant l'article 18</i>	52
<i>Article 18</i>	53
<i>Extension de l'obligation de tiers payant à tous les établissements de santé</i>	53
<i>Article 19</i>	54
<i>Régime tarifaire spécifique des activités de soins de suite, de réadaptation et de psychiatrie exercées par des établissements de santé privés</i>	54
<i>Article 20</i>	54
<i>Mise en œuvre de la tarification à l'activité des établissements de santé</i>	54
<i>Article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale</i>	55
<i>Champ des activités et périmètre des établissements concernés par la tarification à l'activité</i>	55
<i>Article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale</i>	55
<i>Modalités particulières de prise en charge de certaines spécialités pharmaceutiques et prestations</i>	55
<i>Article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale</i>	55
<i>Création de l'objectif de dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie</i>	55
<i>Article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale</i>	56
<i>Paramètres définissant les conditions d'allocation des ressources aux établissements de santé publics et privés</i>	56
<i>Article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale</i>	57
<i>Dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation</i>	57
<i>Article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale</i>	57

<i>Compétence du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation en matière de fixation du montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation</i>	57
<i>Après l'article 20</i>	58
<i>Article 21</i>	58
<i>Dotation annuelle de financement pour les activités de psychiatrie, de soins de suite et de réadaptation</i>	58
<i>Article 22</i>	59
<i>Fixation du prix de vente des médicaments aux établissements de santé</i>	59
<i>Article 23</i>	59
<i>Réglementation de l'accès aux codes des prestations remboursables</i>	59
<i>Article 24</i>	60
<i>Réforme de la procédure budgétaire des établissements de santé</i>	60
<i>Article 25</i>	60
<i>Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et compétences des directeurs des agences régionales de l'hospitalisation</i>	60
<i>Article 26</i>	61
<i>Coordinations</i>	61
<i>Article 27</i>	61
<i>Extension des dispositions relatives à la tarification à l'activité aux établissements de santé privés participant au service public hospitalier</i>	61
<i>Article 28</i>	62
<i>Dispositions transitoires relatives à l'application de la tarification à l'activité</i>	62
<i>Article 29</i>	63
<i>Dispositions transitoires applicables en 2004 pour le financement des établissements de santé</i>	63
<i>Article 30</i>	63
<i>Harmonisation des modalités de rémunération des médecins exerçant au sein de groupements de coopération sanitaire</i>	63
<i>Article 31</i>	64
<i>Médicalisation des critères de prise en charge des affections de longue durée</i>	64
<i>Article 32</i>	65
<i>Caractère non remboursable des actes et prestations de soins effectués en dehors de toute justification médicale</i>	65
<i>Avant l'article 33</i>	66
<i>Article 33</i>	67
<i>Indication sur l'ordonnance du caractère non remboursable des actes et prestations effectués en dehors de toute justification médicale</i>	67
<i>Article additionnel après l'article 33</i>	67
<i>(article L. 161-31 du code de la sécurité sociale)</i>	67
<i>Information des assurés sociaux sur leurs dépenses en médicaments</i>	67
<i>Article 34</i>	68
<i>Mise en œuvre de la classification commune des actes médicaux</i>	68
<i>Article 35</i>	69
<i>Modernisation du régime juridique des accords de bon usage des soins et des contrats de bonne pratique</i>	69
<i>Article 36</i>	70
<i>Conventions entre les URCA et des groupements de médecins libéraux</i>	70
<i>Article 37</i>	71
<i>Modernisation du régime juridique des contrats de santé publique</i>	71

<i>Après l'article 37</i>	72
<i>Article 38</i>	72
<i>Extension des missions et dotation de financement du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville</i>	72
<i>Article 39</i>	73
<i>Article 40</i>	73
<i>Dotation de financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux</i>	73
<i>Après l'article 40</i>	74
<i>Article 41</i>	74
<i>Article 42</i>	74
<i>Article additionnel après l'article 42</i>	74
<i>(article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles)</i>	74
<i>Fixation du taux d'évolution de la masse salariale pour la négociation des conventions collectives du secteur médico-social</i>	74
<i>Article 43</i>	75
<i>Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie révisé pour 2003</i>	75
<i>Article 44</i>	75
<i>Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2004</i>	75
<i>Article 45</i>	76
<i>Fixation de l'objectif de dépenses de la branche maladie pour 2004</i>	76
TITRE IV	77
DISPOSITIONS RELATIVES AUX AUTRES POLITIQUES DE SECURITE SOCIALE	77
Section 1	77
Branche accidents du travail et maladies professionnelles	77
<i>Avant l'article 46</i>	77
<i>Article 46</i>	77
<i>Dotation de financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante</i>	77
<i>Après l'article 46</i>	77
<i>Article 47</i>	80
<i>Article 48</i>	81
<i>Montant du versement de la branche accidents du travail à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles</i>	81
<i>Article 49</i>	81
<i>Fixation de l'objectif de dépenses de la branche accidents du travail pour 2004</i>	81
Section 2	82
Branche famille	82
<i>Avant l'article 50</i>	82
<i>Article 50</i>	83
<i>(articles L. 511-1, L. 531-1 à L. 531-10, L. 532-1, L. 531-2 et L. 533-1 du code de la sécurité sociale)</i>	83
<i>Création de la prestation d'accueil du jeune enfant</i>	83
<i>Après l'article 50</i>	86
<i>Article 51</i>	86
<i>Modalités de financement en 2004 des majorations de pension pour enfant</i>	86
<i>Article 52</i>	87

<i>Fixation de l'objectif de dépenses de la branche famille pour 2004</i>	87
<i>Article additionnel après l'article 52</i>	87
<i>Rapport d'évaluation de la mise en place de la prestation d'accueil du jeune enfant</i> ...	87
Section 3	88
Branche vieillesse	88
<i>Avant l'article 53</i>	88
Article 53	88
TITRE V	89
OBJECTIFS DE DÉPENSES RÉVISÉS POUR 2003	89
<i>Article 54</i>	89
<i>Fixation des objectifs révisés de dépenses par branche pour 2003</i>	89
TITRE VI	90
MESURES DIVERSES ET DISPOSITIONS RELATIVES A LA TRESORERIE	90
<i>Article additionnel avant l'article 55</i>	90
<i>(articles L. 136-6 et L. 245-14 du code de la sécurité sociale et articles 1600-0 C et 1600-0 F du code général des impôts)</i>	90
<i>Anticipation de la date de versement à la sécurité sociale du produit de la CSG sur les revenus du patrimoine</i>	90
<i>Article 55</i>	91
<i>(articles L. 133-3 et L. 243-3 du code de la sécurité sociale)</i>	91
<i>Simplification de la procédure d'admission en non valeur</i>	91
<i>Article 56</i>	92
<i>(articles L. 243-5, L. 243-6, L. 244-2 et L. 244-3 du code de la sécurité sociale et article L. 725-7 du code rural)</i>	92
<i>Simplification des modalités de recouvrement des cotisations et contributions sociales</i>	92
<i>Article 57</i>	93
<i>(article L. 243-1-1 du code de la sécurité sociale et article L. 741-1-1 du code rural)</i>	93
<i>Simplification des obligations déclaratives des employeurs non établis en France</i>	93
<i>Article 58</i>	94
<i>Ratification du décret portant relèvement du plafond des avances de trésorerie au régime général de sécurité sociale pour 2003</i>	94
<i>Article 59</i>	98
<i>Fixation des plafonds d'avances de trésorerie pour 2004</i>	98
ANNEXE : AUDITIONS DU RAPPORTEUR	107

III.- EXAMEN DES ARTICLES

La commission a procédé à l'examen des articles du présent projet de loi au cours de ses séances du mercredi 22 octobre 2003.

TITRE I^{ER}

ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTE ET DE SECURITE SOCIALE

Article 1^{er}

Approbation du rapport annexé

En application du 1^o du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article permet au Parlement d'approuver les orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et les objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale. Ces orientations et ces objectifs sont définis dans le rapport qui est annexé au projet de loi de financement, en application de l'article L.O. 111-4 du même code.

Ce rapport aborde successivement : la politique de santé et d'assurance maladie, la branche accidents du travail, la politique de la famille, la politique d'assurance vieillesse et, pour terminer, le financement et l'équilibre de la sécurité sociale. Structuré comme le rapport annexé de l'année précédente, il énonce clairement et de manière concise les intentions du gouvernement, sans rappeler l'état de la situation présente ni lister différents indicateurs sanitaires ou démographiques. Il permet ainsi véritablement au Parlement d'exprimer par un vote son accord sur ces orientations.

Le Parlement est de ce fait amené à se prononcer explicitement sur l'exposé des motifs général du projet de loi de financement de la sécurité sociale. La discussion préalable en séance publique, le 9 octobre 2003, du rapport annexé au projet de loi relatif à la politique de santé publique a déjà permis de définir le cadre de référence, les principes généraux et les méthodes qui constituent les fondements de la politique nationale de santé publique.

Sur ces bases, le Parlement dispose des objectifs quantifiés et des plans stratégiques qui constitueront la politique de santé publique pour la période 2004-2008, ainsi que d'un ensemble d'indicateurs transversaux destinés à servir d'instrument de pilotage. La vision pluriannuelle des orientations du gouvernement, qui manquait traditionnellement dans le rapport annexé, est ainsi pour la première fois véritablement prise en compte.

*

La commission a *adopté* un amendement rédactionnel de M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, puis un amendement de précision du même auteur, visant à compléter le titre du rapport annexé.

La commission a *adopté*, après que **M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**, a donné un avis favorable, un amendement de M. Jean-Luc Préel au rapport annexé, précisant que les mammographies continueront à être prises en charge par l'assurance maladie.

La commission a *adopté* l'article 1^{er} et le rapport annexé ainsi modifiés.

TITRE II

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES

Article additionnel avant l'article 2

(article L. 14-1 du code de la sécurité sociale)

Création d'un Comité des finances sociales

La commission a examiné un amendement présenté par M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, instaurant un Comité des finances sociales chargé de suivre l'ensemble des finances sociales et les relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale.

M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a indiqué qu'il ne s'agit pas de créer un comité de plus car il se substitue à la Commission des comptes de la sécurité sociale qui est supprimée. La création du Comité des finances sociales accompagne la suppression du Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC). En effet, sa création avait déjà été votée l'an dernier par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, mais l'amendement avait été retiré à la demande du gouvernement en séance, dans l'attente de la suppression du fonds. C'est aujourd'hui chose faite, à l'article 3 du présent projet, et il faut donc se donner les moyens de suivre l'évolution des masses financières en jeu. Le retour à l'application pure et simple de la compensation par le budget de l'Etat des allègements généraux de cotisations patronales (pour 17,1 milliards d'euros en 2004) nécessite en effet un suivi tout particulier. La mission du comité est par ailleurs élargie, par rapport à la Commission des comptes, à l'ensemble de la protection sociale, afin d'avoir une vue plus exhaustive des flux financiers et de l'équilibre des différents régimes, fonds et organismes (y compris l'APA, la CMU et l'assurance chômage).

Le Comité des finances sociales se devra d'être aussi indépendant et reconnu que le Comité des finances locales. C'est pourquoi il sera présidé par un parlementaire élu en son sein. Il disposera d'un secrétaire général permanent, dépendant directement du président du comité. Le comité sera démocratique : en formation plénière, il comportera soixante-quatre membres, soit tous les membres actuels de la Commission des comptes et tous les représentants des régimes et organismes entrant dans son champ de compétences. Dans un souci d'efficacité et de démocratie sociale, il est constitué au

sein du comité un directoire, composé des huit parlementaires et des huit partenaires sociaux, chargé de suivre au jour le jour l'évolution des finances sociales. Il sera dès lors enfin possible de disposer de tableaux de bord actualisés en permanence pour l'ensemble des finances sociales.

Le président Jean-Michel Dubernard s'est inquiété du caractère pléthorique des effectifs de cette nouvelle instance mais a salué l'existence en son sein d'un directoire composé de huit parlementaires et de huit partenaires sociaux plus directement opérationnel.

M. Yves Bur s'est félicité de la création de cette instance appelée à remplacer l'actuelle Commission des comptes de la sécurité sociale et à assurer le suivi des comptes sociaux. Il a rappelé qu'un amendement similaire a été adopté par la commission à son initiative l'an dernier mais qu'il a été retiré en séance dans l'attente de la suppression du FOREC.

Après avoir souligné la volonté d'indépendance qui préside à la création de ce comité, en rupture avec l'actuelle Commission des comptes de la sécurité sociale qui dépend trop du ministère chargé de la sécurité sociale, **M. Jean-Luc Prél** a insisté sur le rôle fondamental dévolu au directoire dans le contrôle exercé par le Parlement et les partenaires sociaux.

Mme Muguette Jacquaint a déclaré adhérer à cette volonté de transparence, tout en souhaitant le pluralisme dans la désignation des parlementaires siégeant au comité.

La commission a *adopté* l'amendement à l'unanimité.

Avant l'article 2

La commission a *rejeté* quatre amendements de Mme Jacqueline Fraysse tendant à élargir l'assiette du financement de la sécurité sociale, en modulant le taux de cotisation des entreprises selon leur masse salariale pour les différentes branches et en instaurant une contribution sur les revenus financiers des entreprises, après que **M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**, a donné un avis défavorable en raison de l'instabilité des recettes proposées, de leur caractère non opérationnel et du risque de transfert de charges entre entreprises qu'elles ne manqueraient pas de provoquer, avec des conséquences défavorables pour l'emploi dans un contexte d'économie ouverte.

Article 2

(articles 2 et 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996)

Remboursement par la CADES de la seconde moitié de la dette 2000 du FOREC

Cet article détermine les modalités de remboursement, par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), de la seconde moitié de la dette de l'Etat liée à la non-compensation intégrale à la sécurité sociale, en 2000, des exonérations de cotisations, en raison de la non-constitution et du déficit du Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC) cette année-là.

En l'absence de mise en place du FOREC en 2000, et conformément aux dispositions transitoires prévues par l'article 5 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, les recettes du fonds ont été versées à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) qui les a enregistrées dans des comptes spécifiques. Afin de permettre une comptabilisation par les caisses de sécurité sociale sur l'exercice 2000 des opérations liées au FOREC, l'ACOSS a réparti les recettes qu'elle avait enregistrées entre les différentes branches du régime général de sécurité sociale et le régime des salariés agricoles.

Toutefois, les recettes ainsi affectées sur l'exercice 2000 au titre du FOREC n'ont pas permis de financer intégralement les exonérations de cotisations qui auraient dû être prises en charge par le fonds pour leur montant total, ou à défaut par le budget de l'Etat. En conséquence, les organismes de sécurité sociale présentaient au 31 décembre 2000 une créance sur l'Etat au titre de ces exonérations non prises en charge en 2000, pour un montant total de 2 454 millions d'euros.

Dans un souci de clarification des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale, et pour apurer définitivement le passé, le gouvernement a décidé de rembourser intégralement ladite créance et d'honorer ainsi les engagements non tenus par le gouvernement précédent. Il a mené cette opération lourde financièrement sur deux ans.

L'article 14 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 a ainsi permis le remboursement par la CADES, au 1^{er} avril 2003, de la première moitié de la de la créance du régime général sur l'Etat au titre du FOREC, soit 1,097 milliard d'euros, et l'intégralité des créances des autres régimes, soit :

- 171,5 millions d'euros au régime des salariés agricoles (MSA) ;
- 10,5 millions d'euros au régime d'assurance maladie des clercs et employés de notaire (CRPCEN) ;
- 2,1 millions d'euros au régime minier (CANSSM) ;
- 1,8 million d'euros au régime des marins (ENIM).

Le **2° du I** du présent article confie à la CADES, établissement public créé par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 pour apurer d'ici 2014 les dettes cumulées de la sécurité sociale de 1992 à 1998 grâce au produit de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), la mission de rembourser, à la date du 1^{er} avril 2004, la seconde moitié de la créance du régime général sur l'Etat au titre du FOREC, soit de nouveau 1,097 milliard d'euros.

Le **1° du I** est une simple disposition de coordination au sein de l'ordonnance du 24 janvier 1996, complétant les missions de la CADES par la mention du versement à intervenir au titre du remboursement de la dette du FOREC.

Le **II** précise le mode de répartition entre les trois caisses nationales du régime général (CNAM, CNAF et CNAV) de la somme de 1 097 millions d'euros versée par la CADES à l'ACOSS en application du I.

La somme étant versée par la CADES le 1^{er} avril 2004, elle est comptabilisée au titre de cet exercice, alors même qu'elle vient annuler des provisions concernant un

exercice antérieur. Cette somme est inscrite sur le compte de l'ACOSS correspondant aux exonérations de cotisations prises en charge par le FOREC : ristourne « Juppé », aides « Aubry I » et « Aubry II » et allègement « de Robien ». Elle peut ainsi venir en déduction directe des provisions constituées sur ces comptes en 2001.

La répartition de cette somme de 1 097 millions d'euros par l'ACOSS entre les trois caisses se fera au prorata des exonérations de cotisations supportées par chaque branche, soit :

- CNAM : 474 millions d'euros ;
- CNAM – AT/MP : 90 millions d'euros ;
- CNAV : 329 millions d'euros ;
- CNAF : 204 millions d'euros.

En 2004, ces sommes versées viendront donc à la fois augmenter le fonds de roulement des différentes branches du régime général et améliorer leur exercice comptable, par l'inscription d'une reprise sur provision. Il s'agit d'une des mesures permettant de stabiliser le déficit du régime général.

*

La commission a examiné deux amendements de Mme Jacqueline Fraysse et M. Claude Evin de suppression de l'article.

Mme Muguette Jacquaint a considéré que l'apurement de la dette du FOREC relève d'un souci de bonne gestion. Néanmoins, le groupe communiste a toujours été hostile à ce fonds et aux raisons de son existence. Il ne peut donc que refuser de faire rembourser par le contribuable l'endettement d'un fonds destiné à compenser des exonérations de cotisations patronales inefficaces sur l'emploi et désastreuses pour les comptes sociaux.

M. Claude Evin a observé que le gouvernement ne peut prétendre solder, avec cet article, les dettes de l'Etat puisqu'il les fait supporter par la CADES, qui est un organisme destiné à rembourser la dette de la sécurité sociale.

M. Yves Bur a considéré que cet article permettant l'apurement définitif de la dette du FOREC est très important pour que la sécurité sociale puisse à nouveau bénéficier des sommes dont le FOREC l'a privée.

Mme Elisabeth Guigou a rappelé que la CADES a été créée par le gouvernement Juppé, en 1996. Certes, le gouvernement Jospin ne l'a pas supprimée mais la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 a fortement accru sa charge financière en lui affectant la première moitié de la dette du FOREC, transfert qui est achevé cette année. Il serait donc souhaitable que l'Assemblée nationale soit informée des modalités de financement de la CADES et de sa capacité, dans les années qui viennent, à assumer la charge de la dette qui lui est imputée.

M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, s'est opposé à la suppression de l'article en rappelant que la majorité précédente a choisi de mettre cette dette à la charge de la sécurité sociale et a opéré des prélèvements sur les

recettes de la sécurité sociale au profit du FOREC. Il faut savoir que cette reprise de dette par la CADES ne remet pas en cause l'équilibre financier de la caisse, qui demeure assurée de remplir toute sa mission, comme prévu, à l'horizon 2014. En effet, lors de son audition, le président du conseil d'administration de la CADES a donné des assurances quant à la capacité de la caisse de financer ses charges à terme. On peut néanmoins rappeler que c'est bien le gouvernement précédent qui, par la réouverture de la CADES en 1998 et son prolongement jusqu'en 2014, a choisi d'accroître la charge de remboursement de la dette sociale.

La commission a *rejeté* les deux amendements.

Elle a ensuite *adopté* l'article 2 sans modification.

Article 3

(articles L. 131-8 à L. 131-11, L. 135-1, L. 137-1 et L. 137-6 du code de la sécurité sociale)

Suppression du FOREC

Cet article supprime le Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC), créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 pour prendre en charge, en lieu et place du budget de l'Etat, la compensation aux régimes de sécurité sociale des exonérations de cotisations liées aux mesures d'allègement de charges sociales sur les bas salaires et à la réduction du temps de travail.

La gestion de l'équilibre du FOREC a été marquée par une forte instabilité, liée notamment à la difficulté de prévoir efficacement et d'ajuster ses dépenses et ses recettes. Sa suppression a été constamment réclamée par l'opposition parlementaire à l'Assemblée nationale sous la précédente législature. Le gouvernement l'avait annoncée pour cette année lors des débats sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003. Il a tenu sa parole : il est donc aujourd'hui proposé au Parlement de décider la suppression hautement symbolique de ce fonds.

L'article 18 du projet de loi de finances 2004 remet donc à la charge du budget de l'Etat le financement des allègements de charges correspondants, selon une application stricte de la loi du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale qui prévoit que l'Etat compense intégralement à la sécurité sociale les exonérations de cotisation qu'il décide au titre de la politique de l'emploi. Cette mesure constitue une avancée majeure dans la simplification et de clarification des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale ; elle permet d'identifier précisément le niveau des allègements de charge et le coût que cette politique en faveur de l'emploi représente. En contrepartie, les recettes fiscales préalablement attribuées au FOREC sont affectées au budget de l'Etat par l'article 24 du projet de loi de finances.

Le I du présent article supprime les quatre articles du code de la sécurité sociale relatifs au FOREC, qui constituent le chapitre I^{er} *quater* du titre III (*Dispositions communes relatives au financement*) du livre I^{er} (*Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base*) de ce code. Il serait souhaitable que la disposition identique figurant au I de l'article 18 du projet de loi de finances soit supprimée dans le cadre de la navette parlementaire de ce projet, car il est préférable que le texte ayant créé une structure la supprime également et parce que la loi de financement de la

sécurité sociale sera publiée au *Journal officiel* avant la loi de finances. Cette disposition a tout à fait sa place en projet de loi de financement car elle a un impact sur les agrégats de recettes du présent projet, les impositions affectées étant remplacées par un versement de l'Etat. Le II de l'article 18 du projet de loi de finances transférant à l'Etat les biens, droits et obligations du FOREC, la compensation intégrale des dispositifs d'allègements généraux de cotisations patronales de sécurité sociale sera bien désormais à la charge du budget du ministère chargé de l'emploi, pour 17,1 milliards d'euros en 2004.

Le II du présent article supprime la disposition confiant au Fonds de solidarité vieillesse la gestion administrative et financière du FOREC, figurant à l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale.

Les III et IV suppriment l'affectation au FOREC du produit de la taxe sur les contributions au bénéfice des salariés pour le financement des prestations complémentaires de prévoyance et de la contribution assise sur les contrats d'assurance en matière de circulation de véhicules terrestres à moteur. Les mêmes dispositions figurent également à l'article 24 du projet de loi de finances pour 2004. Il serait souhaitable qu'en conséquence de ce transfert, le recouvrement de ces deux taxes, aujourd'hui assuré par l'ACOSS et par les URSSAF, soit rapidement réalisé par les services de l'Etat. Il s'agit d'un nouveau sujet à traiter dans le cadre du dossier toujours pendant des frais de gestion induits par les prestations croisées entre l'Etat et la sécurité sociale, hélas encore reporté à l'année prochaine malgré la remise du rapport prévu par l'article 8 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003.

Le V subordonne l'entrée en vigueur de cet article à celle de la loi de finances initiale pour 2004, afin qu'il y ait pas de solution de continuité entre la suppression du FOREC et la reprise de ses droits et obligations par l'Etat. Le rapporteur estime cependant nécessaire de compléter cet article pour prévoir des dispositions transitoires afin de « solder » définitivement le FOREC. Un service de liquidation relevant du Fonds de solidarité vieillesse (qui assure déjà la gestion du FOREC) devra ainsi être mis en place, avec une date butoir fixée au 30 juin 2004.

*

La commission a examiné un amendement de M. Claude Evin de suppression de l'article.

Mme Elisabeth Guigou a considéré que la suppression du FOREC revient à ce que les exonérations de cotisations patronales soient prises en charge directement par l'Etat, plus précisément par le budget du ministère du travail, ce qui permet notamment de masquer la baisse des crédits affectés à la politique active de l'emploi par le gouvernement. Il faut maintenir le FOREC car il s'agit d'un fonds géré en toute transparence, avec un conseil de surveillance pluraliste, et qui présente le grand avantage de permettre l'identification des dépenses liées aux allègements de cotisations sociales et, en parallèle, des recettes affectées à cette politique. Sa suppression correspond donc à une moindre transparence et, partant, à une régression démocratique importante. En 2002, les dépenses du FOREC se sont élevées à 15,55 milliards d'euros, dont 7,88 milliards d'euros au titre de la ristourne Juppé. Il est important de conserver une trace de ces opérations. Quand ils étaient dans l'opposition, les membres de la

majorité actuelle réclamaient la création du FOREC, pour plus de transparence. Aujourd'hui, ils décident de le supprimer : ce n'est pas très cohérent.

M. Yves Bur a observé que les députés de la majorité n'ont jamais soutenu le FOREC, pas plus d'ailleurs que les organisations syndicales et patronales qui ont fortement combattu toute idée de prélèvement sur la sécurité sociale pour financer les baisses de charges. Tout le monde sait que le FOREC avait vocation à masquer les prélèvements effectués sur les comptes sociaux pour financer les trente-cinq heures (pour 4,5 milliards d'euros au total). Aujourd'hui, le projet de loi de financement de la sécurité sociale rend à l'Etat ce qui relève de sa responsabilité et il faut s'en féliciter. S'agissant de la transparence démocratique, le Comité pour les finances sociales, dont la commission vient de voter la création, apportera toutes les garanties nécessaires.

Mme Elisabeth Guigou a précisé que l'opposition des partenaires sociaux portait sur le fait que le financement du FOREC provenait de prélèvements sur la sécurité sociale, ce dont le gouvernement précédent a tenu compte puisqu'il a progressivement substitué à ces prélèvements un financement par l'impôt. Par ailleurs, si des prélèvements sur la sécurité sociale avaient été effectués, c'est parce que les comptes sociaux étaient, à l'époque, en excédent.

M. Jean-Luc Prél s'est déclaré favorable à la suppression de ce qui a toujours été considéré comme une tuyauterie particulièrement complexe, de l'aveu même du rapporteur pour les recettes et l'équilibre général de la précédente majorité. Néanmoins, cette suppression devra être suivie d'une grande vigilance sur la compensation effective par l'Etat des exonérations de cotisations qu'il décide. Il serait d'ailleurs utile de rappeler le montant des exonérations de charges qui ne sont toujours pas compensées à l'heure actuelle. L'Assemblée nationale devra également veiller à ce que les taxes sur les alcools et les tabacs soient effectivement affectées à la sécurité sociale.

M. Jean-Marie Le Guen a constaté que tout le monde s'accorde sur la nécessité d'obtenir une plus grande transparence et lisibilité du financement de la sécurité sociale. Pour cela, plusieurs principes doivent être respectés. Il faut d'abord que l'Etat assume ses devoirs en matière de compensation mais, vu l'état actuel des finances publiques, il n'est pas certain que le gouvernement puisse respecter ses engagements. Il faut ensuite que les taxes sur les tabacs et les alcools soient effectivement affectées à l'assurance maladie et non pas utilisées à d'autres fins, comme c'est le cas depuis plusieurs années. Il faut enfin qu'il n'y ait plus de transfert entre les différents régimes et que lorsque qu'une branche est en excédent, celui-ci soit affecté au risque couvert par la branche. Ce dernier principe s'applique au versement de la Caisse nationale d'assurance vieillesse au Fonds de réserve pour les retraites.

M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a considéré que la suppression du FOREC est justifiée, tant sur la forme que sur le fond. Sur la forme, certains considèrent que le FOREC était une garantie de transparence mais, en pratique, son conseil de surveillance ne s'est réuni qu'une fois et son conseil d'administration est exclusivement composé de représentants de l'Etat. La volonté d'une plus grande transparence sera bien mieux satisfaite par la création du Comité des finances sociales votée à l'unanimité par la commission. Sur le fond, le FOREC est un véritable instrument de siphonage aux dépens de la sécurité sociale et de dissimulation délibérée de l'état des finances publiques. Il a permis de mettre à la charge de la sécurité sociale le financement des exonérations de cotisations patronales, alors que telle est la

mission du budget de l'Etat en vertu de la loi du 25 juillet 1994. Les choses vont enfin rentrer dans l'ordre.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Elle a ensuite *adopté* deux amendements de M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général : le premier donnant une base légale aux opérations de liquidation des droits et obligations du FOREC pour la période précédant leur transfert à l'Etat, sous la forme d'un service de liquidation géré par le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) jusqu'au 30 juin 2003 ; le second de coordination rédactionnelle, concernant le Fonds de solidarité vieillesse et le Fonds de réserve pour les retraites.

La commission a *adopté* l'article 3 ainsi modifié.

Article 4

(article 575 A du code général des impôts)

Majoration du droit de consommation sur les tabacs

Cet article augmente les taux proportionnels et minima de perception applicables pour le droit de consommation sur les tabacs prévu aux articles 575 et 575 A du code général des impôts, dans le cadre de la politique de santé publique menée par le gouvernement contre le tabagisme.

Les prix du tabac sont libres en France depuis 1994 : les fabricants les déterminent librement et les font homologuer par l'Etat (direction générale des douanes et des droits indirects) avant de les appliquer, l'homologation permettant seulement d'assurer l'unité des prix sur tout le territoire national. C'est également l'occasion, au moins une fois par an, d'une négociation entre les fabricants et l'Etat sur le niveau des prix, qui détermine le montant des rentrées fiscales escomptées.

L'augmentation des prix du tabac, souhaitée par le gouvernement dans le cadre de sa politique de santé publique, ne peut être obtenue qu'en incitant les fabricants, par une modification du régime fiscal, à augmenter leurs prix. Les prix ont ainsi augmenté de 5 % chaque année de 1999 à 2001, de 8 % en 2002 et 11 % en 2003.

Deux leviers fiscaux peuvent être actionnés.

1. L'augmentation du montant du droit de consommation proportionnel applicable au prix de vente public

Le montant du droit pour les cigarettes a été porté de 58,99 % à 62 % par l'article 9 de la loi n° 2003-715 du 31 juillet 2003 visant à restreindre la consommation de tabac chez les jeunes. Une hausse des prix des cigarettes de 19 % en moyenne en est attendue pour le 20 octobre 2003, portant le paquet de vingt cigarettes de la classe de prix la plus demandée (*Marlboro*) de 3,90 euros à 4,60 euros. Les fabricants devraient procéder à une nouvelle hausse des prix de 9 % en juillet 2004 pour tenter de retrouver leur niveau de marge unitaire, ce qui portera le paquet de *Marlboro* à 5 euros.

Le montant du droit de consommation pour les autres catégories de tabacs n'ayant pas été augmenté à due concurrence à cette occasion, il revient au présent projet de loi de financement de procéder à cette augmentation, qui ne concerne donc pas les cigarettes. Le déport de consommation des fumeurs de cigarettes vers d'autres produits moins chers tels que les tabacs à rouler ou à fumer sera ainsi évité. Tel est l'objet du I du présent article, qui augmente les taux selon le tableau suivant :

Taux normal par catégorie de produit	LFR 2000 ¹	PLFSS 2004
Cigarettes	58,99 % ²	62 %
Cigares	29,55 % ³	25 %
Tabacs à rouler	51,69 %	56 %
Autres tabacs à fumer	47,43 %	49,85 %
Tabacs à priser	40,89 %	43 %
Tabacs à mâcher	28,16 %	29,6 %

¹ Loi de finances rectificative.

² Ce taux a été porté à 62 % par l'article 9 de la loi n° 2003-715 du 31 juillet 2003.

³ Ce taux a été ramené à 25 % en loi de finances rectificative pour 2001 et à 20 % en loi de financement pour 2002.

2. L'augmentation du montant du minimum de perception pour les différentes catégories de tabacs

Le droit de consommation perçu par l'Etat ne peut pas être inférieur à un montant fixé par mille unités (cigarettes, cigares) ou par mille grammes. De ce fait, une hausse des minima de perception incite fortement les fabricants à augmenter leurs prix, car sinon ils devraient payer un droit de consommation supérieur au profit fait sur un paquet de cigarettes, et donc vendre à perte, ce qui est prohibé par le droit de la concurrence. Le minimum de perception joue donc un rôle (partiel) de verrou par rapport au bas de marché.

C'est pourquoi les II et III du présent article augmentent l'ensemble des minima de perception, ainsi que le récapitule le tableau suivant :

Minimum de perception par catégorie de produit	LFSS 2002	LFSS 2003	PLFSS 2004	Augmentation 2003/2004
Cigarettes blondes	90 €	106 € ¹	128 €	20,8 %
Cigarettes brunes	87 €			
Cigares	55 €	55 €	89 €	61,8 %
Tabacs à rouler	45 €	56 €	68 €	21,4 %
Autres tabacs à fumer	45 €	45 €	60 €	33,3 %

¹ Ce montant a été porté à 108 € par l'article 10 de la loi n° 2003-715 du 31 juillet 2003.

Le gouvernement propose d'augmenter les minima de perception d'un montant plus important que ce qui est nécessaire pour obtenir une hausse des prix du tabac de 19 % au 20 octobre, afin d'éviter un déport de consommation vers les produits les moins chers, de mauvaise qualité et donc encore plus nocifs pour la santé, notamment le tabac à rouler. De ce fait, le prix du paquet de vingt cigarettes pour le produit le moins cher devrait passer de 3,40 euros à 4,10 euros.

Il importe également de maintenir un écart de prix significatif entre la cigarette la plus chère et le cigare le moins cher. On rappellera à cet égard que les minima de perception sur les cigares et les autres tabacs à fumer n'ont pas été augmentés depuis 2000, alors que les prix ont fortement augmenté sur les autres produits du tabac, ce qui rend indispensable un effort de rattrapage important pour l'année prochaine.

Le **IV** précise que les nouvelles règles fiscales prévues au présent article s'appliquent à compter du 5 janvier 2004, jour qui correspond au premier lundi du mois, conformément au circuit normal de distribution par les débitants de tabacs.

*

La commission a *adopté* l'article 4 sans modification.

Article 5

(articles L. 376-1 et L. 454-1 du code de la sécurité sociale
et article L. 211-11 du code des assurances)

Optimisation des recours contre tiers exercés par les caisses de sécurité sociale

Cet article améliore la procédure du recours contre tiers afin d'en faciliter l'exercice par les organismes de sécurité sociale. Il s'agit en effet d'un moyen de responsabilisation des assurés sociaux lorsque ceux-ci, par les accidents dont ils sont responsables, occasionnent des dépenses à l'occasion des soins administrés à la victime.

Cette procédure est régie par l'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale en ce qui concerne les dépenses d'assurance maladie du régime général, et par un dispositif similaire pour les accidents du travail.

Lorsque la lésion d'un assuré social est imputable à un tiers, celui-ci peut demander à l'auteur de l'accident la réparation du préjudice causé, conformément aux règles du droit commun. Pour autant, les caisses de sécurité sociale sont tenues de servir à l'assuré, ou à ses ayants droit, les prestations auxquelles il a droit.

Si la responsabilité du tiers est entière ou partagée avec la victime, les caisses sont alors admises à poursuivre le remboursement des prestations mises à leur charge, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales et au préjudice esthétique et d'agrément.

En contrepartie des frais qu'elles engagent pour obtenir le remboursement des prestations qu'elles ont servies, les caisses de sécurité sociale recouvrent, au titre des frais de gestion, une indemnité forfaitaire à la charge du tiers responsable. Le montant

de cette indemnité forfaitaire est égal au tiers des sommes dont le remboursement a été obtenu, dans la limite d'un montant maximum de 760 euros et d'un montant minimum de 76 euros.

Pour faciliter l'exercice de ces recours, le **I** du présent article améliore les conditions d'information des caisses en renvoyant à un décret le soin de déterminer les conditions dans lesquelles les victimes, les établissements de santé et les assureurs des tiers responsables devront les informer de la survenue d'accidents causés par un tiers. La méconnaissance de cette obligation d'information des caisses par l'assureur du tiers responsable donne lieu à la majoration de 50 % de l'indemnité forfaitaire susmentionnée, dans les conditions déterminées par le même décret. Cette mesure devrait remédier au déficit d'information constaté : ainsi, en 2002, sur 8 696 dossiers ouverts au titre d'un recours contre tiers, 918 seulement (soit moins de 11 %) ont été détectés par transmission des assureurs.

Par ailleurs, le **II** permet aux caisses de sécurité sociale de présenter aux assureurs une créance provisionnelle lorsqu'elles versent des prestations après avis d'une commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) ou d'une commission départementale d'éducation spéciale (CDES), car ces instances n'ont pas la possibilité de se prononcer dans le délai de quatre mois consécutif à l'ouverture du dossier au cours duquel les caisses doivent présenter leurs créances selon les dispositions de l'article L. 211-11 du code des assurances. Cette disposition permettra d'éviter que le défaut de production des créances par les caisses dans ce délai de quatre mois n'entraîne la déchéance de leurs droits à remboursement à l'encontre de l'assureur et de l'auteur du dommage.

Pour ce qui concerne les accidents de la circulation, la procédure des recours contre tiers est aménagée dans le cadre d'un accord conventionnel du 24 mai 1983, conclu entre les organismes de sécurité sociale et les assureurs. Mais ce cadre conventionnel ancien comporte plusieurs limites : certaines de ses dispositions dérogent au droit commun (réduction de l'assiette du recours, règles d'évaluation des créances, impossibilité de faire appel au juge) et il est limité aux seuls accidents de la circulation. Son intérêt est toutefois démontré car il facilite la gestion rapide et amiable des recours. Aussi le rapporteur estime-t-il nécessaire, dans le cadre du présent article, de donner une base légale à la conclusion d'un nouvel accord conventionnel étendu.

Ces dispositions ne sont qu'une partie d'un plan d'action plus global du gouvernement pour augmenter le rendement des recours contre tiers. Certaines mesures sont réglementaires, d'autres impliquent une négociation entre les caisses d'assurance maladie et les assureurs ou des évolutions dans l'organisation des caisses.

Pour remédier à la sous-déclaration des accidents auprès des caisses, les actions principales qui seront mises en œuvre sont les suivantes :

- organisation de la transmission aux caisses des procès-verbaux de police ou de gendarmerie établis lors d'accidents corporels, à l'instar de la transmission faite aux assureurs ;

- amélioration de l'information faite par les établissements de santé aux caisses pour les admissions à l'hôpital qui font suite à un accident impliquant un tiers ;

– organisation par la CNAMTS d’une campagne de communication sur le recours contre tiers, ce qui permettra aux caisses primaires d’expliquer la portée du recours des caisses et l’intérêt des déclarations d’accidents par les assurés.

Des indicateurs de suivi doivent également être mis en place afin de situer l’action de chaque caisse primaire car il semble y avoir une grande amplitude entre les caisses, les sommes recouvrées pouvant varier de un euro à trente euros par bénéficiaire. Un objectif chiffré d’évolution du rendement de la procédure des recours contre tiers, décliné par CPAM, devra ainsi être intégré dans la nouvelle convention d’objectifs et de gestion (COG) signée entre l’Etat et la CNAMTS en 2004. Dans ce cadre, la réorganisation autour de pôles régionaux spécialisés est de nature à renforcer la compétence des intervenants dans les procédures de recours, qui supposent une bonne connaissance des principes de responsabilité civile et de réparation des dommages corporels.

Enfin, les barèmes relatifs à l’évaluation des créances des caisses sont anciens et ont tendance à minorer le montant des créances. C’est pourquoi ils doivent être revus.

Alors que le rendement de la procédure des recours contre tiers pour le régime général devrait être de 908 millions d’euros en 2003, le gouvernement envisage une recette supplémentaire de 100 millions d’euros en année pleine à ce titre, lorsque l’ensemble des mesures d’optimisation susmentionnées auront été mises en œuvre.

*

La commission a examiné un amendement de M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l’équilibre général, donnant une base légale à la conclusion d’un accord conventionnel entre les caisses de sécurité sociale et les assureurs relatif à la procédure des recours contre tiers en ce qui concerne les accidents de la circulation, tout en préservant la gestion amiable des recours.

M. Yves Bur a relevé l’importance de la clarification de la procédure des recours contre tiers. La réflexion pourrait être étendue à l’ensemble des accidents susceptibles d’être pris en charge au titre de la responsabilité individuelle, donc couverts par les compagnies d’assurances, comme par exemple les accidents de ski.

Mme Catherine Génisson a souligné que cette démarche constitue un point de divergence profond. Quelle serait par exemple la conséquence d’une telle évolution sur la couverture des accidents de ski dont seraient victimes des jeunes issus de milieux défavorisés envoyés en colonie de vacances par une collectivité locale ?

Mme Mugette Jacquaint a également estimé qu’il y a là une divergence de fond entre la majorité et l’opposition. Depuis des semaines, on ne cesse d’évoquer la nécessaire responsabilisation de ceux qui engagent des dépenses de santé. La responsabilisation tourne cependant en opération de culpabilisation. Le développement des assurances privées contribuerait à dénier aux plus pauvres l’accès aux soins et à la prévention.

M. Jean-Marie Geveaux s’est déclaré favorable au principe de l’amendement. Encore faut-il bien rappeler aux caisses la nécessité de faire diligence dans l’exercice

des recours. Par ailleurs, il faut porter une attention particulière au niveau de la prise en charge des coûts de transport et d'hospitalisation par les assureurs.

Mme Martine Billard a souligné que certaines pratiques sportives ne sont déjà pas très démocratiques : après la suppression du ski, faudra-t-il supprimer la possibilité pour tous d'accéder à l'équitation et au golf ? Et que dire des sports collectifs dangereux ? Faudra-t-il cesser de prendre en charge au titre de la solidarité nationale les piétons renversés en dehors des clous ? Au Chili, cette logique a fini par conduire à ne plus rembourser des actes tels que l'appendicite.

M. Jean-Marie Le Guen a estimé qu'il convient d'être prudent dans la recherche de nouvelles solutions de financement. Par exemple, en s'engageant dans la démarche évoquée d'assurance individuelle des activités sportives, on constatera rapidement des effets économiques et sociaux ayant des conséquences négatives sur les pratiques sportives, par un surenchérissement de leur coût. Il ne faut pas partir sur des chemins de traverse mais s'efforcer de résoudre la question du déficit de l'assurance maladie en s'attaquant au cœur du problème.

Le président Jean-Michel Dubernard a rappelé que la question débattue a trouvé des réponses dans d'autres pays, par exemple en Allemagne avec la réforme de l'assurance maladie qui vient d'être adoptée. Sur la question des pratiques sportives, est-il inconcevable que les individus s'assurent contre les risques touchant à leur personne alors qu'ils consentent bien des efforts pour assurer le matériel loué ? Il faut être conscient de la fréquence des accidents : 2,5 accidents pour 1 000 journées de ski, soit 130 000 accidents par an coûtant chacun en moyenne 300 euros, entraînent des dépenses estimées à 40 millions d'euros. Le colloque organisé par la commission sur les accidents de la route a montré la nécessité d'un débat éclairé : il a été impossible lors de ce colloque d'obtenir une estimation des conséquences financières de ces accidents, les estimations fournies postérieurement oscillant entre 800 millions d'euros, montant des recours exercés par l'assurance maladie, et 2 à 4,5 milliards d'euros pour la prise en compte de l'ensemble des dépenses.

M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a rappelé que le champ de l'amendement est bien circonscrit : il ne porte en effet que sur les recours contre tiers, dans le cas d'accidents corporels. Il faut renforcer l'obligation d'information par les assureurs puisque sur 8 696 dossiers ouverts à ce titre par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs indépendants en 2002, seuls 918 ont été transmis par les assureurs. S'agissant de la diligence des caisses pour mener ces actions, une optimisation est possible car il peut y avoir entre caisses primaires un écart de 1 à 30 euros par bénéficiaire au titre des recours contre tiers. Par ailleurs, une réflexion devra être menée sur les comportements induisant une prise de risque, dans le cadre de la réflexion générale sur l'avenir de l'assurance maladie.

La commission a *adopté* l'amendement, ainsi qu'un amendement de coordination rédactionnelle émanant également du rapporteur.

La commission a *adopté* l'article 5 ainsi modifié.

Après l'article 5

La commission a examiné un amendement de M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, visant à informer les Français sur le montant des cotisations et contributions sociales qu'ils payent et sur utilisation de l'ensemble de leurs cotisations et contributions sociales.

M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a rappelé que « *la santé n'a pas de prix mais elle a un coût.* » Mais qui sait réellement ce qu'il paye chaque année pour financer, au travers de ses cotisations et contributions sociales, ses droits à l'assurance maladie ? Pour responsabiliser l'ensemble des Français qui financent leur protection sociale, il convient de les informer en retour sur l'argent qu'ils consacrent sans vraiment le savoir à ce poste si important de dépenses. Il est proposé de leur envoyer régulièrement un relevé de l'ensemble de leurs cotisations et contributions sociales (CSG, CRDS, prélèvement de 2 % sur le capital) avec leur affectation : branche maladie, branche accidents du travail pour les cotisations employeurs, branche famille, branche vieillesse (assurance et solidarité) et dépendance. Il s'agit ainsi de se donner un outil comparable à l'envoi annuel de l'avis d'imposition sur le revenu, avec indication des dépenses correspondantes du budget de l'Etat.

M. Yves Bur s'est déclaré très réticent vis-à-vis de cet amendement. En effet, s'il est souhaitable d'informer les assurés sur leurs droits acquis, notamment en matière de retraite, les informer sur le montant de leurs cotisations risque de mettre à mal la solidarité nationale. Un individu en bonne santé cotise beaucoup et dépense peu. Cette personne, si elle tombe malade, ne sera pas responsabilisée en ce qui concerne les dépenses si elle a l'esprit le montant total des cotisations qu'elle a versé. Il faut informer l'ensemble des Français de la manière dont l'argent public est dépensé, mais il n'est pas opportun de fournir une information individuelle si précise.

Après avoir approuvé les propos tenus par M. Yves Bur, **Mme Martine Billard** a relevé que le mécanisme proposé risque de renforcer le ressentiment général contre les impôts. En outre, les personnes destinataires d'une fiche de paye peuvent déjà avoir connaissance des taux de cotisations et des montants correspondants. Le problème est que peu de salariés lisent ce document. Dans ce contexte, l'amendement propose un dispositif qui n'est que de la poudre aux yeux, qui risque de porter atteinte à la solidarité nationale et qui est aussi susceptible de créer encore plus de bureaucratie. Les salariés devraient plutôt être destinataires de deux types d'informations : ils souhaitent en effet, d'une part, savoir si les cotisations inscrites sur la fiche de paye ont été effectivement versées à la sécurité sociale et, d'autre part, connaître le montant des exonérations de cotisations dont bénéficie l'employeur.

M. Jean-Marie Le Guen a qualifié le dispositif proposé de fausse bonne idée car il comporte le risque d'une rupture profonde du contrat social.

Après avoir noté que l'amendement est intéressant dans son principe, **M. Jean-Luc Prél** a jugé nécessaire de responsabiliser chaque citoyen. Cependant, la mesure proposée pêche par une certaine naïveté s'agissant du comportement des assurés. En outre, elle peut avoir des effets pervers, l'assuré considérant que ses cotisations lui donnent une sorte de droit à dépenser, par exemple en matière d'arrêts de

travail. Il faudrait de plus connaître le coût de la constitution du groupement d'intérêt public évoqué par l'amendement. Il serait plus opportun que chacun connaisse les dépenses qu'il engage. Dans ces conditions, avec une information portant à la fois sur les ressources et sur les dépenses, le mécanisme proposé serait plus acceptable.

M. Claude Evin a jugé que l'amendement est de nature à mettre en danger la solidarité nationale. Cette fausse bonne idée, récurrente dans les débats parlementaires, aurait de nombreux effets pervers. En ce qui concerne la connaissance précise des dépenses, les relevés envoyés par les caisses de la sécurité sociale fournissent une information précise. Ce type de mesure n'est d'ailleurs pas de niveau législatif. Enfin, l'articulation du groupement d'intérêt public avec les organismes chargés du recouvrement des cotisations demande des précisions.

Mme Muguette Jacquaint a rappelé que les personnes ne sont pas égales devant la santé, notamment en raison de leur activité professionnelle. Le dispositif proposé, qui s'inscrit dans la logique du panier de soins, mettrait fin à la solidarité nationale en proportionnant le niveau des soins au montant des cotisations versées. L'impératif de la transparence ne doit pas seulement s'appliquer aux assurés mais à tous les acteurs de la santé.

M. Bernard Perrut a salué l'intention du rapporteur d'introduire plus de clarté s'agissant des cotisations sociales. Le risque est cependant que les assurés considèrent ces cotisations comme leur donnant un droit. On pourrait plutôt aborder ce problème du côté des dépenses. Chaque assuré, notamment lorsqu'il va chez le pharmacien, devrait pouvoir connaître le montant des dépenses qu'il occasionne pour les régimes d'assurance maladie. Cette information accrue ne constituerait en aucun cas une atteinte à la liberté de l'assuré.

Après avoir indiqué partager les propos tenus par M. Yves Bur, **M. Georges Colombier** a considéré que les remarques de M. Bernard Perrut relatives aux officines lui ont été confirmées par de nombreux pharmaciens. Sans revenir sur le système de tiers payant, il conviendrait sans doute de pallier les effets pervers induits par l'absence d'obligation d'avance de frais.

Mme Catherine Génisson a considéré que cet amendement constitue une atteinte à la solidarité nationale et qu'il serait en outre contre-productif quand on constate que les cadres sont à la fois ceux qui cotisent et qui consomment le plus.

M. Yves Bur a relevé que la notion de responsabilisation doit concerner tous les acteurs du monde de la santé, les professionnels, les politiques et les usagers. Le rapporteur a eu le souci louable d'améliorer l'information sur l'emploi des contributions sociales. En effet, le système est devenu illisible, alors même qu'il faut redonner du sens à l'impôt. Dans cette perspective, il conviendrait plutôt de créer une CSG santé regroupant toutes les cotisations sociales relatives à la santé, dont le niveau pourrait faire l'objet d'une large discussion.

M. Claude Evin a souhaité que soient évités les faux débats. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé oblige les professionnels à informer leurs patients sur leurs tarifs. Dès lors, avant de créer un nouveau dispositif, il faut d'abord appliquer la loi. La carte Vitale n'est pas un moyen de paiement mais un instrument d'identification des droits des assurés. Les relevés émis

par les caisses constituent une information suffisante, mais rien n'empêche le pharmacien de donner plus de précisions. En tout cas, la responsabilisation doit certes concerner les assurés mais également les prescripteurs.

Mme Elisabeth Guigou a jugé nécessaire de responsabiliser tous les acteurs. Le vieillissement conduit inéluctablement à accroître la part de la richesse nationale consacrée à la santé et la responsabilisation permettra d'éviter les gaspillages. S'il est nécessaire de mieux informer les contribuables de l'utilisation de leurs impôts, les assurés du montant de leurs dépenses, et plus généralement de faire en sorte que chacun soit bien informé de ses droits, il ne faut pas dresser les Français les uns contre les autres. Les progrès à accomplir dans la transparence ne doivent pas alimenter le populisme, stimuler la montée du Front national et aiguïser les conflits entre les générations.

M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a souhaité préciser la philosophie qui sous-tend son amendement. L'objectif est de fournir à chaque citoyen une information précise sur sa contribution sociale afin de renforcer le sentiment d'appartenance collective au système de sécurité sociale. La question qui se pose n'est pas tant celle de la nécessité d'informer le citoyen – sur ce point, les différentes interventions ont démontré un accord unanime de l'ensemble des groupes politiques – mais celle de la nature de cette information. Dans cette optique, l'amendement ne fait que s'inspirer d'une réalité existante. En effet, la déclaration de revenus pour le calcul de l'impôt est déjà accompagnée d'un document présentant la ventilation des dépenses de l'Etat.

En réponse à **M. Claude Evin** qui a indiqué que, dans le cas des dépenses de l'Etat, il s'agit de dépenses collectives et non de dépenses individuelles, et qui s'est inquiété de ce que le recouvrement des cotisations de sécurité sociale ne soit plus assuré par les organismes qui en ont actuellement la charge, **M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**, a précisé qu'une personne dont les biens ou la sécurité n'ont pas été menacés peut tout aussi bien estimé que les crédits consacrés au maintien de l'ordre public sont trop élevés et que la mission de recouvrement des organismes de sécurité sociale n'est aucunement remise en cause. Pour autant, la rédaction de l'amendement est perfectible et il en sera proposé une autre, tenant compte des observations des membres de la commission, dans le cadre de la réunion que la commission tiendra en application de l'article 88 du Règlement.

L'amendement a été *retiré*.

Puis la commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prétel prévoyant la restitution de la CSG, de la CRDS et du prélèvement social de 2 % précomptés sur les revenus de placement qui sont déjà exonérés d'impôt sur le revenu pour les titulaires de pension de réversion ayant un revenu imposable inférieur au minimum vieillesse.

M. Jean-Luc Prétel a insisté sur le fait qu'il s'agit d'une mesure de justice sociale.

Sans méconnaître le caractère généreux de cet amendement, **M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**, a émis un avis défavorable au motif qu'il n'est pas souhaitable de multiplier les niches fiscales.

La commission a *rejeté* cet amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prével exonérant de CSG les soins gratuits dont bénéficient les personnels hospitaliers.

M. Jean-Luc Prével a rappelé que la loi du 9 janvier 1986 portant statut de la fonction publique hospitalière prévoit que les fonctionnaires hospitaliers en activité bénéficient de la gratuité des frais d'hospitalisation, des soins médicaux et des produits pharmaceutiques qui leur sont dispensés dans l'établissement où ils exercent. Or, depuis plusieurs années, des organismes de recouvrement ont considéré ce droit comme un avantage en nature soumis à cotisations et contributions sociales. Cette situation a donné lieu à de nombreux contentieux. Cet amendement a pour but de clarifier la situation en faveur des personnels hospitaliers.

Après que **M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**, a émis un avis défavorable, la commission a *rejeté* cet amendement.

Article 6

(articles L. 131-6, L. 136-3 et L. 136-4 du code de la sécurité sociale)

Non prise en compte de l'abattement de 20 % pour le calcul de l'assiette des cotisations et contributions sociales des dirigeants de sociétés

Cet article corrige une erreur de coordination textuelle entre le code de la sécurité sociale et le code général des impôts, afin que les dirigeants de sociétés ne puissent pas se prévaloir de l'abattement de 20 % pour le calcul des cotisations et contributions sociales dont ils sont redevables en tant que travailleurs indépendants. Leur traitement sera de la sorte identique à celui des entrepreneurs individuels ou des dirigeants de sociétés affiliés en qualité de salariés.

En application de l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale, le revenu retenu pour calculer les cotisations des personnes affiliées en qualité de travailleurs indépendants est celui retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu. Toutefois, certains abattements, déductions ou exonérations accordées sur le plan fiscal ne sont pas applicables sur le plan social : c'est le cas, notamment, de l'abattement de 20 % accordé aux gérants et associés de sociétés dont le revenu est imposé dans la catégorie des traitements et salaires.

C'était du moins le cas textuellement jusqu'à ce que l'article 14 de la loi de finances pour 1997 supprime le sixième alinéa de l'article 62 du code général des impôts qui énonçait, par un renvoi au *a* du 5 de l'article 158 du code général des impôts, ladite règle de l'abattement de 20 %, et auquel se réfère pourtant toujours l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale.

Sur le fond, la règle de l'abattement de 20 % vaut toujours pour le calcul de l'impôt sur le revenu, car elle figure de manière implicite au cinquième alinéa de l'article 62 du code général des impôts et il n'a jamais été dans l'intention du législateur de la supprimer.

Le code de la sécurité sociale n'a cependant pas tiré les conséquences de cette modification rédactionnelle. Sur la base d'une application « littérale » des textes,

L'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocation familiales (URSSAF) de Paris a ainsi décidé d'appliquer l'abattement de 20 % pour le calcul des cotisations. Les demandes se sont ainsi multipliées depuis le printemps 2003 du fait des experts-comptables. En effet, le « gain » individuel en cotisations et contributions sociales peut être estimé à 1 147 euros pour l'ensemble des régimes de sécurité sociale des non salariés non agricoles.

Les associés et gérants de société (au nombre de 297 000 en 2002) représentant 16 % de la population des entrepreneurs et travailleurs indépendants, le manque à gagner potentiel pour l'ensemble des régimes concernés (CANAM, ORGANIC, CANCAVA et branche famille du régime général) pourrait s'élever à 340 millions d'euros en année pleine si toute la population concernée procédait à cette diminution d'assiette et si toutes les URSSAF appliquait cette interprétation.

C'est pourquoi il importe, dans un souci de justice fiscale, de faire en sorte que l'abattement de 20 % ne soit pas applicable aux dirigeants de sociétés pour la fixation de la base de calcul des cotisations dont ils sont redevables en tant que travailleurs indépendants. L'égalité de traitement sera ainsi respectée entre les dirigeants de sociétés, les entrepreneurs individuels et les dirigeants de sociétés affiliés en qualité de salariés.

Le **1° du I** supprime donc la référence périmée au sixième alinéa de l'article 62 du code général des impôts.

Le **3° du I** procède au renvoi explicite à la règle des 20 %, qui figure au quatrième alinéa du *a* du 5 de l'article 158 du code général des impôts.

Le **II** procède à la même coordination aux articles L. 136-3 et L. 136-4 du code de la sécurité sociale, relatifs à la contribution sociale généralisée sur les revenus professionnels des employeurs et travailleurs indépendants agricoles et non agricoles.

Parallèlement, le **2° du I** procède à une coordination rédactionnelle avec l'article 60 du projet de loi de finances pour 2004, qui détermine les mesures d'exonération fiscale pour l'abondement des plans d'épargne individuelle pour la retraite (PEIR) créés par l'article 108 de la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites. Il s'agit de mettre en concordance un renvoi du code de la sécurité sociale avec une nouvelle subdivision d'un article du code général des impôts.

Enfin, le **III** rend ces dispositions de coordination applicables aux cotisations et contributions sociales dues au titre des revenus perçus à compter de l'année 2003, la présente loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 étant également rectificative de celle pour 2003.

*

La commission a *adopté* l'article 6 sans modification.

Article 7

Exonération de cotisations sociales pour les jeunes entreprises innovantes

Cet article traduit la mise en œuvre de la politique gouvernementale en faveur de l'innovation et de la promotion de la recherche par les entreprises privées. Il s'inscrit dans le cadre d'un ensemble de mesures devant contribuer à créer un environnement social et fiscal favorable pour les jeunes entreprises qui font un effort particulier et durable en matière de recherche et de développement.

Un statut spécifique de jeunes entreprises innovantes est ainsi créé, par l'article 6 du projet de loi de finances pour 2004, pour les sociétés de moins de huit ans dont le capital est détenu directement ou indirectement à 75 % par des personnes physiques et qui réalisent d'importantes dépenses de recherche et développement, ces dépenses devant représenter plus de 15 % de leurs charges totales.

Le projet de loi de finances contient les articles du code général des impôts définissant ce statut et les mesures fiscales corrélatives : exonération totale d'impôt sur les sociétés pour les résultats des trois premiers exercices bénéficiaires, cette exonération étant réduite de moitié au titre des deux exercices bénéficiaires suivants ; exonération de l'imposition forfaitaire annuelle des sociétés ; exonération d'impôt sur le revenu des plus-values de cessions de parts ou actions de jeunes entreprises innovantes lorsque le souscripteur des titres a détenu ses titres au moins trois ans pendant la période dite innovante ; et, sur délibération des collectivités territoriales, exonération pendant sept ans de taxe foncière sur les propriétés bâties et de taxe professionnelle.

Le présent article institue une exonération totale de cotisations patronales de sécurité sociale sur les rémunérations versées aux personnels des jeunes entreprises innovantes, dès lors qu'ils participent activement aux projets de recherche et de développement de l'entreprise. Sont concernés les chercheurs, les techniciens, les gestionnaires de projets de recherche et de développement, les juristes chargés de la protection industrielle et des accords de technologie liés au projet et les personnels chargés des tests pré-concurrentiels. Cette exonération est également ouverte aux mandataires sociaux, relevant du régime général par détermination de la loi, à condition qu'ils participent à titre principal au projet de recherche et de développement de l'entreprise.

Cette exonération est applicable pendant au plus huit années, c'est-à-dire jusqu'au dernier jour de la septième année suivant celle de la création de l'entreprise. Si l'entreprise ne remplit plus les conditions au cours d'une année, elle perd définitivement le bénéfice de l'exonération.

Cette disposition fort opportune a cependant peu sa place au sein du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale. En effet, elle est partie intégrante du « plan Innovation » du gouvernement, qui figure dans le cadre du projet de loi de finances pour 2004. Comme les exonérations de cotisations correspondantes seront intégralement compensées par le budget de l'Etat, en application de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, il semble plus opportun que cette disposition soit reprise en deuxième partie du projet de loi de finances pour 2004.

Dans l'attente du retrait de cet article par le gouvernement, le rapporteur propose donc de l'adopter sans modification.

*

La commission a *adopté* l'article 7 sans modification.

Article additionnel après l'article 7

(article L. 651-3 du code de la sécurité sociale)

Plafonnement de la C3S pour les détaillants acheteurs fermes de carburant

La commission a examiné un amendement de M. Bernard Depierre visant à étendre aux détaillants acheteurs fermes de carburants le mécanisme de plafonnement en fonction de la marge déjà prévu pour les entreprises de négoce en gros de combustibles au titre de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S).

Après avoir indiqué que cet amendement a pour but de rétablir l'équité entre les petits pompistes et les grandes surfaces, **M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**, a émis un avis favorable sous réserve que l'amendement soit gagé.

La commission a *adopté* l'amendement gagé.

Article 8

Exonération de cotisations et contributions sociales pour les contributions des employeurs versées aux institutions de retraite supplémentaire

Cet article définit les modalités d'application de l'article 116 de la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites, en créant une exonération de cotisations et contributions sociales pour faciliter la constitution de provisions par les institutions de retraite supplémentaire (IRS), qui sont des organismes à caractère paritaire mettant en œuvre des régimes collectifs obligatoires de retraite supplémentaire dont les prestations s'ajoutent à celles servies par les régimes de base et les régimes complémentaires AGIRC-ARRCO.

L'article 116 de la loi du 21 août 2003 oblige ces institutions à respecter certaines règles contraignantes de sécurité financière avant le 31 décembre 2008 :

– soit demander un agrément en vue de leur transformation en institution de prévoyance (IP) ou de leur fusion avec une IP ;

– soit se transformer en institution de gestion de retraite supplémentaire (IGRS), c'est-à-dire ne portant aucun engagement mais assurant, pour le compte des entreprises, les opérations de gestion relatives à la liquidation et au service des prestations.

Le VII de l'article 116 de la loi du 21 août 2003 renvoie à la plus prochaine loi de financement de la sécurité sociale le soin de définir les conditions dans lesquelles les contributions des employeurs versées à ces institutions avant le 31 décembre 2008 sont

exclues de l'assiette des cotisations et contributions sociales, afin de les inciter à constituer les provisions nécessaires à la garantie des droits des bénéficiaires.

Ainsi le présent article prévoit-il, à titre exceptionnel et jusqu'à cette date, l'exonération de cotisations et contributions¹ sociales pour les contributions des employeurs versées à une IRS, avant sa transformation en IP ou en IGRS ou avant sa fusion avec une IP, sous les conditions suivantes :

– lesdites contributions doivent être exclusivement destinées à constituer des provisions pour couvrir les engagements de retraite déjà constitués au sein de l'institution ;

– le montant de ces contributions ne peut pas excéder, jusqu'au 31 décembre 2008, le niveau du complément strictement nécessaire pour atteindre le minimum de provisions requis pour l'agrément en qualité d'institution de prévoyance ;

– l'URSSAF compétente peut obtenir communication des éléments nécessaires au calcul de l'exonération auprès de la Commission de contrôle des assurances, des mutuelles et des institutions de prévoyance ;

– ladite commission doit avoir accusé réception de la note technique adressée, au plus tard le 30 juin 2004, par l'institution, décrivant ses engagements de retraite et exposant leur mode de calcul et les modalités de constitution des provisions nécessaires à la couverture de ces engagements.

Les contributions des employeurs destinées au financement d'un régime de retraite à prestations définies mentionné au I de l'article L. 137-11 du code de la sécurité sociale sont également exonérées du paiement de la contribution instituée par ce même article.

Environ 120 entreprises sont concernées, parmi lesquelles 17 banques (dont la Société Générale, Paribas, la BNP, le Crédit Lyonnais et le Crédit Agricole-Indosuez) et quelques grandes entreprises comme Saint-Gobain, Elf², ou les caisses d'épargne. En termes de volume financier, cela représente des prestations annuelles de l'ordre d'un milliard d'euros. Les engagements (valeur cumulée des prestations à venir) se montent à 20 milliards d'euros.

Les IRS sont généralement financées à 100 % par les employeurs, sans que cela soit systématique. En revanche, la constitution des provisions autorisée par le présent article reposera exclusivement sur les employeurs. Le chiffrage du coût de cette exonération n'est cependant pas possible pour l'instant car toutes les IRS n'ont pas de commissaire aux comptes, et *a fortiori* pas d'étude actuarielle à jour. L'article 116 de la loi du 21 août 2003 a imposé pour cela un renforcement des procédures d'information.

*

La commission a *adopté* deux amendements de M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, le premier de précision, le second habilitant les

¹ A savoir CSG, CRDS et contribution instituée par l'article 115 de la loi du 21 août 2003 sur les régimes de retraite conditionnant la constitution de droits à prestations à l'achèvement de la carrière du bénéficiaire dans l'entreprise, également assise sur les primes versées à une IRS.

² L'IRS de la société Elf est entièrement provisionnée sur les comptes de l'entreprise.

organismes de recouvrement à obtenir communication de la note technique adressée à la Commission de contrôle des assurances, des mutuelles et des institutions de prévoyance, afin de pouvoir déterminer de manière effective le montant des sommes à exclure de l'assiette des cotisations et contributions sociales.

La commission a *adopté* l'article 8 ainsi modifié.

Article 9

(articles L. 245-2 et L. 245-4 du code de la sécurité sociale)

Modification du barème de la contribution sur les dépenses de promotion des laboratoires pharmaceutiques

Cet article modifie le barème et les conditions d'exonération de la contribution due par les laboratoires pharmaceutiques au titre de leurs dépenses de promotion des médicaments remboursables auprès des praticiens. Cette contribution, instituée en 1983, est recouvrée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale qui en verse le produit à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et au Fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique. Elle doit rapporter 184 millions d'euros en 2003 et 304 millions d'euros en 2004, compte tenu des mesures nouvelles proposées par le présent article.

L'article 15 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 a clarifié les règles applicables à l'assiette de cette taxe pour éviter la multiplication des contentieux. Ces dispositions entreront en vigueur pour le paiement de la taxe au 1^{er} décembre 2003.

Le **I** du présent article aménage le régime prévu par la loi de financement l'année dernière s'agissant de l'abattement sur l'assiette de la taxe à hauteur de 30 % du chiffre d'affaires réalisé au titre des médicaments génériques, afin d'en exclure les médicaments sous tarif forfaitaire de responsabilité (TFR). Il ne s'agit pas en effet qu'une disposition permettant de favoriser les nouveaux médicaments génériques soit contournée par les laboratoires lorsque les pouvoirs publics souhaitent limiter les dépenses engagées pour les 71 groupes génériques aujourd'hui déjà inscrits en TFR.

Le **II** détermine un nouveau barème progressif de taxation, qui est plus en rapport avec l'objet de la taxation que le barème actuel (la réforme de l'an dernier n'avait pas modifié le mécanisme du barème mais seulement ses taux compte tenu d'une nouvelle définition de l'assiette de la contribution).

Le dispositif actuel de taxation est en effet établi pour chaque entreprise redevable à partir du rapport entre l'assiette de la contribution – les dépenses de promotion rappelées ci-dessous – et le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre des médicaments remboursables ou agréés aux collectivités et bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché (AMM). Ce dispositif est critiquable car il avantage les laboratoires les plus importants, qui sont en mesure de moduler leur politique promotionnelle sur un portefeuille important de médicaments. Les laboratoires plus petits, qui n'exploitent qu'un nombre limité de médicaments, sont en revanche contraints de maintenir constant un fort niveau de promotion sur l'ensemble des médicaments qu'ils exploitent, ce qui les pénalise excessivement au regard de la contribution sur les dépenses de promotion.

Afin de pallier ces disparités de traitement, le gouvernement propose de mettre en place un barème progressif de taxation par tranche de dépenses de promotion. Le mécanisme de taxation est donc plus simple puisqu'un taux s'appliquera à l'assiette même de la taxe, et non plus au rapport entre cette assiette et le chiffre d'affaires.

Comme le Parlement l'a décidé l'an dernier, cette taxation porte sur :

– les rémunérations de toutes natures, y compris l'épargne salariale et les charges sociales et fiscales, des visiteurs médicaux, salariés ou indépendants, qui font de l'information par démarchage ou de la prospection auprès des professionnels et des établissements de santé pour des médicaments remboursables ;

– les remboursements de frais de transport, de repas et d'hébergement des visiteurs médicaux ;

– les achats d'espaces publicitaires mentionnant un médicament remboursable, à l'exception de la presse médicale.

Les abattements sur cette assiette sont de deux types :

– un abattement général, comportant une part forfaitaire (500 000 euros), qui avantage les petits laboratoires, et une part proportionnelle (3 % des dépenses salariales exposées pour la promotion des médicaments), qui vise à prendre en compte l'activité de pharmacovigilance des visiteurs médicaux ;

– deux abattements spécifiques, en faveur des médicaments génériques et en faveur des médicaments orphelins.

Le taux de la contribution due par chaque entreprise demeure calculé selon un barème comprenant quatre tranches, mais ces tranches correspondent désormais à la part de l'assiette elle-même, comme le récapitule le tableau suivant :

Tableau comparatif du barème et des taux de la contribution

LFSS 2003		PLFSS 2004	
Rapport R entre l'assiette et le chiffre d'affaires	Taux de la contribution par tranche	Part P de l'assiette	Taux de la contribution par tranche
R < 10 %	13 %	P < 2,5 M€	17 %
10 % < R < 12 %	19 %	2,5 M€ < P < 6 M€	20 %
12 % < R < 14 %	27 %	6 M€ < P < 18 M€	24 %
R > 14 %	32 %	P > 18 M€	28 %

Le gouvernement souhaitant également obtenir, à l'occasion de cette réforme de la taxe sur la promotion, un rendement supérieur de l'ordre de 150 millions d'euros, il

propose de plus augmenter les taux inférieurs, qui correspondent à la part la plus importante de la matière taxable, et de diminuer les taux des tranches supérieures.

Le **III** de cet article précise les conditions d'exonération de la contribution.

Pour apprécier le seuil, maintenu constant par rapport à l'année dernière, de 15 millions d'euros en dessous duquel un laboratoire n'est pas redevable de la taxe, il n'est plus fait référence au chiffre d'affaires hors taxes toutes activités confondues réalisé au cours du dernier exercice clos, en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, mais au chiffre d'affaires hors taxes réalisé au titre des seuls médicaments disposant d'une AMM ou faisant l'objet d'un enregistrement (médicaments homéopathiques) et inscrits sur la liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux ou sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités.

Par parallélisme avec le nouveau barème de la taxe, la prise en compte de ce chiffre d'affaires « restreint » comme base d'exonération est plus conforme à l'assiette de la contribution elle-même, à savoir les dépenses engagées par les entreprises pour promouvoir les médicaments remboursables susmentionnés.

Les règles spécifiques s'appliquant aux filiales et aux maisons-mères, ainsi qu'aux laboratoires détenant au moins la moitié du capital d'un ou plusieurs autres laboratoires, sont simplement adaptées pour prendre en compte ce nouveau critère d'exonération. En revanche, il n'est plus prévu qu'un simple arrêté ministériel puisse augmenter ce seuil en fonction des conditions économiques, ce qui est plus conforme à la définition des compétences fiscales du Parlement résultant de l'article 34 de la Constitution.

Enfin, le **IV** précise que les nouvelles règles fiscales prévues au présent article s'appliquent au calcul de la contribution due au titre de l'année 2004, l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale disposant que la contribution due au titre d'une année est versée au plus tard le 1^{er} décembre de celle-ci.

*

La commission a *adopté* un amendement rédactionnel de M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général.

La commission a ensuite examiné un amendement de M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, visant à augmenter le rendement de la contribution de 50 millions d'euros par une modification des tranches et du premier taux du barème de taxation tout en allégeant le poids fiscal pesant sur les petits et moyens laboratoires pharmaceutiques par une augmentation du montant de l'abattement forfaitaire de 500 000 euros à 1,5 million d'euros.

M. Jean-Marie Le Guen a souhaité savoir si cet amendement respecte la philosophie du projet de loi, à savoir taxer plus les grands laboratoires pour exercer une pression fiscale moindre sur les plus petits d'entre eux et obtenir un certain rendement.

M. Yves Bur a souhaité que soit respecté l'accord-cadre signé au mois de juin 2003 entre l'Etat et l'industrie pharmaceutique. Il importe avant tout que le montant global de la ressource soit préservé et que son assiette et son taux soient fixés dans un souci d'équité.

M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a indiqué que les ressources supplémentaires que le gouvernement souhaite obtenir pour le financement de la sécurité sociale sont préservées avec cet amendement et celui instaurant une contribution exceptionnelle en 2004. Pour autant, la nécessaire stabilité des règles fiscales justifie de ne pas remettre en cause le mode de taxation voté par le Parlement l'année dernière au titre de la taxe sur la promotion. Le relèvement du montant de l'abattement forfaitaire de 500 000 euros à 1,5 million d'euros a pour but de favoriser les petits laboratoires, ainsi que le souhaite également fort justement le gouvernement.

La commission a *adopté* cet amendement.

Puis la commission a *adopté* un amendement de coordination et un amendement rédactionnel de M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général.

La commission a examiné un amendement de M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, instituant une contribution exceptionnelle égale à 0,5 % du chiffre d'affaires réalisé par les laboratoires pharmaceutiques en 2004.

M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a indiqué que cette nouvelle taxe exceptionnelle dont le rendement escompté est de 100 millions d'euros répond au principe de responsabilité de l'industrie pharmaceutique au regard de l'évolution des dépenses d'assurance maladie et permet de ne pas modifier le dispositif de taxation au titre de la contribution sur les dépenses de promotion des laboratoires pharmaceutiques. Un acompte représentant l'essentiel du montant de la taxe sera versé dès le 15 avril 2004.

La commission a *adopté* cet amendement, puis l'article 9 ainsi modifié.

Article 10

(articles L. 138-20 et L. 245-5-1 à L. 245-5-6 du code de la sécurité sociale)

Création d'une contribution sur les dépenses de promotion des fabricants ou distributeurs de dispositifs médicaux

Cet article crée une contribution à la charge des entreprises assurant la fabrication, l'importation ou la distribution, en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, de dispositifs médicaux à usage individuel, de tissus et cellules issus du corps humain et de leurs dérivés, de produits de santé autres que les médicaments et de prestations associées.

En effet, seules les dépenses engagées par les laboratoires pharmaceutiques pour promouvoir les médicaments remboursables ou agréés font l'objet d'une contribution, prévue à l'article L. 245-1 du code de la sécurité sociale et modifiée par l'article 9 du présent projet. Le gouvernement estime donc souhaitable de créer une contribution spécifique au titre des dépenses de promotion et de vente des produits, tissus, cellules, dispositifs et prestations ouvrant droit à remboursement par l'assurance maladie.

Cette contribution est calculée sur une assiette identique à celle retenue pour la contribution sur les dépenses de promotion des laboratoires pharmaceutiques, à savoir :

– les rémunérations de toutes natures, y compris l'épargne salariale et les charges sociales et fiscales, des personnes, salariés ou indépendants, qui font de l'information par démarchage ou de la prospection auprès des professionnels et des établissements de santé et des masseurs-kinésithérapeutes pour des produits et prestations remboursables ;

– les remboursements de frais de transport, de repas et d'hébergement de ces personnes ;

– les achats d'espaces publicitaires mentionnant un médicament remboursable, à l'exception de la presse médicale.

Il est procédé sur cette assiette à un abattement forfaitaire de 100 000 euros pour tenir compte de l'importance des dépenses de promotion et de vente du secteur. Le taux de la contribution due par chaque entreprise est fixé à 10 %, ce qui correspond au taux moyen de taxation des dépenses de promotion des laboratoires pharmaceutiques.

Enfin, les entreprises ou les groupes dont le chiffre d'affaires hors taxes est inférieur à 763 000 euros ne sont pas redevables de la contribution, en raison de leur taille et de leur moindre participation à la croissance des dépenses de santé remboursées. Pour apprécier ce seuil, il est fait référence au chiffre d'affaires hors taxes réalisé au titre des seuls produits et prestations remboursables par l'assurance maladie. Ce seuil d'exonération s'applique également aux filiales et aux maisons-mères, ainsi qu'aux entreprises détenant au moins la moitié du capital d'une ou plusieurs autres.

Les modalités de déclaration, recouvrement, versement et contrôle de cette contribution seront fixées par décret en Conseil d'Etat, dans le cadre des dispositions communes aux contributions recouvrées directement par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale¹. Selon les indications fournies par le gouvernement, la contribution fera ainsi l'objet d'une déclaration en double exemplaire et d'un paiement le 1^{er} décembre pour la contribution due au titre de l'exercice précédent.

D'après les estimations du gouvernement, le produit de cette nouvelle contribution, affecté tout naturellement à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, devrait être de 20 millions d'euros en 2004. Cependant, sur la base des chiffres figurant dans le rapport d'activité du Comité économique des produits de santé pour 2002 et compte tenu des taux de croissance enregistrés ces dernières années, le montant des remboursements des dispositifs médicaux pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie devrait dépasser 2,2 milliards d'euros en 2003. La part des dépenses liées aux activités de promotion dans le secteur des dispositifs médicaux représentant entre 20 % et 25 % du chiffre d'affaires des entreprises, l'assiette de la contribution devrait s'élever à 440 millions d'euros. C'est pourquoi le rapporteur estime qu'un taux de seulement 5 % permettra d'atteindre sans difficulté la ressource attendue.

*

¹ De ce fait, les mandataires des entreprises étrangères seront redevables de la contribution.

La commission a examiné deux amendements identiques de M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, et de M. Jacques Domergue visant à restreindre l'assiette de la contribution sur les dépenses de promotion des dispositifs médicaux au seul titre I^{er} de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a indiqué que la notion d'activités de promotion dans le secteur des dispositifs médicaux n'a pas le même sens que celui qui lui est donné dans le secteur de l'industrie pharmaceutique et qu'il convient d'en tenir compte. En effet, les produits relevant des titres II et III de la liste des dispositifs médicaux remboursables sont des appareillages ou produits indissociablement liés à une intervention chirurgicale ou à un handicap grave. En revanche, ceux relevant du titre I^{er}, notamment les pansements, ont un taux de croissance des dépenses supérieur à celui de l'ONDAM, justifiant une taxation spécifique.

M. Jean-Luc Prél a indiqué que la plupart des dispositifs médicaux faisant partie de l'assiette de la contribution sont soumis à des prix réglementés et sont destinés à des personnes très malades. De ce fait, il importe de ne pas les taxer trop fortement. **M. Jean-Marie Le Guen** a estimé que, tout comme les produits pharmaceutiques, les dispositifs médicaux donnent lieu à prescription médicale et sont soumis à des prix administrés. La notion de taxation est donc spécifique en la matière.

La commission a *adopté* les deux amendements identiques.

La commission a *adopté* deux amendements de M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, l'un de précision, l'autre de clarification rédactionnelle.

Puis la commission a examiné deux amendements identiques de M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, et de M. Jacques Domergue, réduisant de 10 % à 5 % le taux de la nouvelle contribution sur les dispositifs médicaux.

M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a indiqué que l'assiette de la contribution étant de fait plus importante que ce qui a été estimé par le gouvernement, un rendement identique peut être obtenu avec un taux divisé par deux, même avec une assiette réduite au seul titre I^{er}.

La commission a *adopté* les deux amendements identiques.

La commission a *adopté* un amendement de M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, portant le seuil d'exonération de la contribution instituée par cet article de 763 000 euros du chiffre d'affaires hors taxes à 1,5 million d'euros, pour permettre d'exonérer les plus petites entreprises.

La commission a également *adopté* deux amendements de M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, visant, d'une part, à fixer la date de versement de la contribution au 1^{er} décembre de chaque année et, d'autre part, à préciser que la contribution doit s'appliquer pour la première fois à l'assiette déterminée au titre de l'année 2003.

La commission a *adopté* l'article 10 ainsi modifié.

Après l'article 10

La commission a examiné un amendement de Mme Martine Billard visant à instituer une cotisation sur le sel contenu dans les produits alimentaires, en raison de son rôle important dans l'apparition de maladies cardio-vasculaires.

Après que **M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**, a émis un avis défavorable en soulignant que cette question relève plus de la politique de santé publique que d'une nouvelle taxation, la commission a *rejeté* cet amendement.

Article 11

(articles L. 137-7, L. 138-2, L. 138-4, L. 138-5 à L. 138-7, L. 138-13, L. 138-15, L. 138-17, L. 245-3 et L. 245-6 du code de la sécurité sociale)

Individualisation de la contribution sur les ventes en gros de médicaments

Cet article modifie l'assiette et le taux de la contribution due par les grossistes-répartiteurs et les laboratoires sur leurs ventes en gros aux officines pharmaceutiques. Cette contribution a été instituée en 1991 pour permettre à l'Etat de réguler financièrement la distribution des médicaments. Elle est assise sur le chiffre d'affaires des établissements de vente en gros de spécialités pharmaceutiques remboursables par l'assurance maladie. Son taux dépend de l'évolution trimestrielle de ce chiffre d'affaires.

La contribution est recouvrée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) au profit des régimes d'assurance maladie. Elle doit rapporter 339 millions d'euros en 2003 et 364 millions d'euros en 2004, payés pour 90 % par les grossistes-répartiteurs et pour les 10 % restant par les laboratoires pharmaceutiques et leurs dépositaires sur leurs ventes directes de médicaments génériques essentiellement.

Dans le droit en vigueur, le taux de la contribution dépend de la croissance globale du secteur de la distribution pharmaceutique. Il existe six taux dépendant de l'évolution du chiffre d'affaires entre le trimestre de taxation et le même trimestre de l'année précédente :

- 1,17 % si le chiffre d'affaires global diminue de 3 % ou plus ;
- 1,42 % si le chiffre d'affaires global diminue entre 0 % et 3 % ;
- 1,67 % si le chiffre d'affaires global augmente entre 0 % et 2 % ;
- 1,87 % si le chiffre d'affaires global augmente entre 2 % et 5 % ;
- 2,02 % si le chiffre d'affaires global augmente entre 5 % et 6 % ;
- 2,17 % si le chiffre d'affaires global augmente de 6 % ou plus.

Le taux s'applique donc de manière uniforme à l'ensemble des entreprises assujetties, quelle que soit l'évolution individuelle de leur chiffre d'affaires. Ce système de taxation collective pénalise les entreprises dont la croissance est la plus faible et

privilégie celles dont la croissance est la plus forte, ce qui est exactement contraire à l'objectif de la taxation. Le taux moyen de taxation a été de 1,9 % environ en 2002.

Le **I** de cet article lui substitue une nouvelle contribution assise sur la croissance annuelle du chiffre d'affaires de chaque entreprise. Ce nouveau dispositif permet donc d'éviter de faire peser une contribution trop élevée sur les entreprises à faible croissance.

L'assiette de la contribution est toujours constituée du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par les entreprises de vente en gros de spécialités pharmaceutiques et par les entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques, auprès des pharmacies d'officine, des pharmacies mutualistes et des pharmacies de sociétés de secours minières, au titre des médicaments remboursables aux assurés sociaux, à l'exception des médicaments orphelins.

Il est proposé d'instaurer deux parts pour taxer cette assiette :

- une première part égale à 1,7 % du chiffre d'affaires de chaque redevable ;
- une seconde part égale à 5,5 % de la variation annuelle de ce chiffre d'affaires, laquelle s'impute sur la première part si elle est négative (diminution du chiffre d'affaires).

Ce nouveau mode de calcul permet une plus grande stabilité de la taxation puisque la contribution sera désormais annuelle et non plus trimestrielle en ce qui concerne son mode de calcul. Un autre gage de stabilité provient de l'existence d'un plancher et d'un plafond de taxation, évitant de pénaliser les évolutions « erratiques » du chiffre d'affaires des entreprises : le montant de la contribution ne pourra pas excéder 4 % ni être inférieur à 1,4 % du chiffre d'affaires de l'exercice de référence.

Les entreprises soumises pour la première fois à la contribution sont, en raison même de son mode de calcul, exonérées de la seconde part de la contribution lors du premier exercice. Cette disposition profitera exclusivement aux entreprises nouvellement créées, entrant sur le marché considéré ou intervenant pour la première fois sur le marché français. Lors de la seconde année d'acquiescement de la contribution, le chiffre d'affaire de l'exercice précédent est calculé au prorata de la durée d'activité de l'entreprise afin de calculer le montant dû à partir d'un chiffre d'affaire annuel.

Les modalités de déclaration et de versement de la contribution sont renvoyées à un décret en Conseil d'Etat.

Le **II** renvoie la définition des règles de recouvrement et de contrôle de la contribution aux dispositions communes du code de la sécurité sociale relatives aux contributions recouvrées directement par l'ACOSS. Les majorations, pénalités, taxations provisionnelles et forfaitaires seront également précisées par décret en Conseil d'Etat.

Selon les indications fournies par le gouvernement dans l'exposé des motifs du projet de loi, la contribution serait versée de manière provisionnelle le 1^{er} septembre de chaque année, pour un montant correspondant à 80 % de la contribution due au titre de l'année civile précédente. Une régularisation annuelle interviendrait au 31 mars de l'année suivante, sur la base du chiffre d'affaire réalisé pendant l'année civile et déclaré

le 15 février de l'année suivante. Ces règles seraient précisées par décret en Conseil d'Etat, sans aucune habilitation législative particulière.

Le **III** précise que les nouvelles modalités de taxation sont applicables à compter du chiffre d'affaires réalisé en 2004. La contribution perçue au titre de l'année 2003 reste donc calculée selon l'ancien barème.

Enfin, le **IV** abroge plusieurs articles du code de la sécurité sociale concernant les contributions recouvrées directement par l'ACOSS (contribution assise sur les contrats d'assurance en matière de circulation de véhicules terrestres à moteur, contribution sur la vente en gros de spécialités pharmaceutiques, contribution à la charge des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques et non conventionnées avec le Comité économique des produits de santé, contribution due par les laboratoires pharmaceutiques sur leurs dépenses de promotion).

Ces abrogations de règles concernant les dates de versement de ces impositions, ainsi que les obligations déclaratives des entreprises assujetties et les sanctions en cas de non-déclaration, sont justifiées par le fait que l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 a créé des « Dispositions communes aux contributions recouvrées directement par l'ACOSS » dont peuvent relever ces règles. Un décret en Conseil d'Etat doit en effet déterminer les modalités d'application de ces dispositions.

Le rapporteur regrette toutefois que le décret en Conseil d'Etat qui aurait dû être pris sur cette base ne l'ait toujours pas été, un an après avoir été voté par le Parlement. Il s'oppose par ailleurs au déclassement ainsi opéré des dates de versement d'impositions de toute nature, matière relevant pourtant manifestement du domaine de la loi au sens de l'article 34 de la Constitution (selon lequel la loi fixe les règles concernant les modalités de recouvrement des impôts). En effet, il est important que le législateur indique lui-même quand tel assujetti est redevable de tel impôt.

*

La commission a examiné un amendement de M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, visant à prendre en compte le poids des médicaments particulièrement coûteux dans le calcul de la contribution sur la vente en gros.

M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a proposé de ne retenir dans l'assiette de la taxe que la part relative à la vente à un prix inférieur à 150 euros. En effet, le prélèvement opéré sur les spécialités coûteuses apparaît aujourd'hui trop important compte tenu de la marge réglementée imposée aux établissements de vente en gros.

M. Yves Bur s'est félicité de cet amendement important pour les grossistes-répartiteurs. Ces derniers ont accepté de limiter leur marge pour les médicaments coûteux à 2 %. Il faut garantir la distribution et le référencement de ces derniers et pour cela ne pas imposer une taxation supérieure à la marge des grossistes-répartiteurs.

La commission a *adopté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, réduisant de 5,5 % à 2,25 % le taux de taxation applicable à la seconde part de la contribution sur les ventes en gros de médicaments qui concerne la croissance du chiffre d'affaires, et majorant de 1,7 % à 1,9 % le taux de taxation applicable à la première part de la contribution.

M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a indiqué qu'il s'agit de ne pas entraver la liberté d'établissement de nouveaux grossistes ou distributeurs et de soutenir ainsi la politique du générique.

M. Yves Bur s'est déclaré favorable à cet amendement car le nouveau barème proposé par le projet de loi risque de perturber le secteur de la distribution dans la mesure où les ventes directes, dont la taxation spécifique a été supprimée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003, seraient proportionnellement plus taxées que la vente en gros. Ainsi la mise en place d'un taux de 5,5 % sur la croissance du chiffre d'affaires aurait-elle pénalisé les génériqueurs dont le chiffre d'affaires tend à progresser rapidement.

M. Jean-Luc Prél s'est également déclaré favorable à cet amendement, rappelant qu'effectivement ce sont les génériques qui contribuent pour une bonne part à l'augmentation du chiffre d'affaires des industriels. En conséquence, il a *retiré* un amendement excluant les génériques de l'assiette de la taxe.

La commission a *adopté* l'amendement du rapporteur. En conséquence, un amendement de M. Jean-Luc Prél majorant de 1,7 % à 1,78 % le taux de taxation applicable à la première part de la contribution est *devenu sans objet*.

La commission a *adopté* un amendement de M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, précisant que la contribution ne sera plus versée trimestriellement mais un fois par an, au 1^{er} septembre avec une régularisation au 31 mars de l'année suivante.

La commission a *adopté* un amendement de M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, fixant dans la loi la date de versement de diverses contributions recouvrées directement par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

La commission a *adopté* l'article 11 ainsi modifié.

Article 12

Fixation du taux applicable en 2004 à la clause de sauvegarde sur la progression du chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques non conventionnés

Cet article procède à l'ajustement annuel du mode de calcul de la clause de sauvegarde définie par l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, qui est une contribution applicable à la progression du chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques.

Les laboratoires n'ayant pas passé de convention avec le Comité économique des produits de santé sont en effet assujettis à une contribution lorsque le taux de progression de leur chiffre d'affaires hors taxe réalisé en France sur les médicaments remboursables excède celui de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), dénommé taux K pour le calcul de la contribution.

L'article L. 138-10 établit en effet un lien entre l'évolution du montant de l'ONDAM voté par le Parlement, d'une année sur l'autre, et celle du chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques non conventionnés pour la même période de référence : si le taux de croissance de leur chiffre d'affaires est supérieur à celui de l'ONDAM, les entreprises sont alors redevables d'une contribution globale, progressive en fonction du dépassement de l'ONDAM :

- si le dépassement est de moins de 0,5 %, la contribution due est égale à 50 % du dépassement ;
- s'il est compris entre 0,5 % et 1 %, elle est de 60 % du dépassement ;
- s'il est supérieur à 1 %, elle est de 70 %.

Cette contribution a un faible rendement car la quasi-totalité des laboratoires pharmaceutiques sont conventionnés (il n'y a eu que 14 entreprises redevables en 2002). Pour autant, la détermination du taux K est très importante car elle fixe le cadre de la négociation des remises conventionnelles entre le Comité économique des produits de santé et l'industrie pharmaceutique. Une variation d'un point du taux K correspond ainsi à environ 100 millions d'euros de remises conventionnelles en plus ou en moins.

Afin d'encadrer plus spécifiquement l'évolution des dépenses de médicament en ville, un taux de progression de l'ONDAM spécifique pour le calcul de la contribution est fixé chaque année.

Pour 2003, un taux K de 4 % a été fixé par l'article 17 de la loi de financement l'année dernière. Compte tenu d'une diminution des chiffres d'affaires des entreprises redevables, aucune contribution ne sera perçue cette année. Pour autant, les laboratoires conventionnés verseront 200 millions d'euros de remises au 1^{er} avril 2004, compte tenu de la fixation du taux K pour 2003.

Pour 2004, un taux K de 3 % a été retenu par le gouvernement, alors qu'une application mécanique de la clause de sauvegarde aurait été faite sur la base d'un taux K de 4 %, ce taux de 4 % étant obtenu par rapprochement entre le montant de l'ONDAM révisé pour 2003 et celui proposé pour 2004.

La fixation d'un taux K à 3 % est liée au dépassement constant du poste médicaments au sein de l'enveloppe soins de ville de l'ONDAM (taux de croissance de + 9,1 % en 2001, + 8,3 % en 2002 et au moins + 6 % en 2003), que la politique partenariale du gouvernement en ce domaine permet progressivement de contenir.

*

La commission a *adopté* l'article 12 sans modification.

Article 13

Fixation des prévisions de recettes pour 2004

En application du 2° du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article prévoit, par catégorie, les recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement (Fonds de solidarité vieillesse et Fonds de réserve pour les retraites).

La nomenclature de présentation des produits, qui n'est pas fixée par la loi organique, reprend à un niveau agrégé la classification retenue par la Commission des comptes de la sécurité sociale. Elle consiste à distinguer la partie contributive, elle-même dissociée en cotisations effectives et cotisations fictives, des autres ressources, lesquelles évoluent moins directement en fonction de l'activité économique.

- **Les cotisations effectives (187,3 milliards d'euros)** comprennent les cotisations effectivement prélevées sur les salaires, les revenus de remplacement et les revenus des entrepreneurs individuels.

Ce chiffre est très dépendant de la croissance de la masse salariale du secteur privé. Pour 2004, l'hypothèse retenue à ce titre par la Commission des comptes est de 3,1 %. On constatera le relatif optimisme de cette prévision en rappelant que la masse salariale devrait n'avoir évolué que de 2,3 % en 2003, dans un contexte économique plutôt récessif en fin d'année.

- **Les cotisations fictives (31,4 milliards d'euros)** correspondent, conformément aux conventions de la comptabilité nationale, aux cas où l'employeur fournit directement des prestations sociales. Elles recouvrent pour l'essentiel des prestations vieillesse servies par certains régimes spéciaux (pensions civiles et militaires, SNCF, RATP, Banque de France) et des prestations maladie, invalidité et accidents du travail servies également directement, sans contrepartie en termes de cotisations par les salariés.

- **Les cotisations prises en charge par l'Etat (19,5 milliards d'euros)** sont une nouvelle catégorie, créée à l'initiative de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003. Elle permet de retracer la mise en œuvre effective du principe de compensation par l'Etat à la sécurité sociale du coût des exonérations de cotisations liées à la politique de l'emploi, pour alléger les charges des entreprises et permettre l'embauche de certaines catégories de chômeurs. Ces cotisations ne sont pas considérées comme une contribution de l'Etat au financement des organismes de sécurité sociale, à qui ces cotisations sont dues. A partir de 2004, leur montant augmente fortement (+ 17 milliards d'euros) car les cotisations qui étaient prises en charge par le Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC) jusqu'en 2003 sont transférées au budget de l'Etat.

- **Les autres contributions publiques (12 milliards d'euros)** sont des participations du budget général de l'Etat à certains régimes de sécurité sociale pour garantir leur équilibre financier. Elles regroupent deux éléments principaux : des

remboursements de prestations (6 milliards d'euros) dus par l'Etat ou des organismes publics (pour l'allocation aux adultes handicapés ou l'allocation de parent isolé) et des subventions d'équilibre (5 milliards d'euros) versées par l'Etat à certains régimes spéciaux, dont le BAPSA pour la dernière année de son existence.

• **Les impôts et taxes affectés (80,7 milliards d'euros)** regroupent l'ensemble des ressources de nature fiscale affectées aux régimes de base et aux fonds de financement (FSV et Fonds de réserve, mais plus au FOREC dont les recettes fiscales sont réaffectées au budget de l'Etat par l'article 24 du projet de loi de finances pour 2004). Le tableau ci-dessous détaille les différentes taxes et impositions concernées, en incluant à titre d'information la CRDS qui n'entre pas dans le champ du présent article car elle est affectée à la CADES, ainsi que la part de la CSG affectée au financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) qui ne figure pas plus en loi de financement.

Impositions affectées à la sécurité sociale

(en millions d'euros)

	2002	2003	2004
CSG maladie	43 674	44 769	46 163
CSG CNAF	9 483	9 733	10 019
CSG FSV	9 078	9 263	9 530
CSG APA	799	889	915
Total contribution sociale généralisée (CSG)	63 035	64 654	66 628
Prélèvement social de 2 % sur le capital	1 724	1 779	1 899
Contribution remboursement de la dette sociale (CRDS)	4 645	4 700	4 863
Contribution sociale de solidarité sur les sociétés (C3S)	3 221	3 269	3 357
Droit de consommation sur les tabacs	8 591	8 800	2 168
Taxes sur les alcools	3 013	2 925	370
Taxes pharmaceutiques	548	523	668
Contribution sociale sur les bénéfiques (CSB)	803	740	0
Taxe générale sur les activités polluantes (TGAP)	641	500	0
Taxe sur les primes d'assurance-automobile	947	965	0
Taxe sur les véhicules des sociétés	754	770	0
Taxe sur les conventions d'assurances	1 466	2 260	0
Taxe sur les contributions de prévoyance	579	490	0

• **Les transferts reçus (100 millions d'euros)** sont constitués par la prise en charge de cotisations opérées par un régime au profit de ses bénéficiaires. Les transferts internes aux régimes de base, qui figurent en dépenses selon leur origine, ne figurent pas dans cet agrégat. De même, les transferts entre les régimes de base et les fonds de financement (prise en charge de cotisations par le FSV par exemple) ont été consolidés.

• **Les revenus des capitaux (1 milliard d'euros)** constituent une recette de trésorerie sur les placements réalisés. Cette ressource évolue en fonction inverse des besoins de trésorerie, lesquels sont d'autant plus grands que le déficit augmente. Par conséquent, le creusement du déficit de la sécurité sociale réduit fortement la possibilité

de bénéficier de gains sur des placements de trésorerie. En revanche, les produits financiers du Fonds de réserve pour les retraites permettent d'augmenter le montant figurant sur cette ligne. En raison d'une erreur matérielle dans le projet de loi, il faut lire en fait un montant d'un milliard d'euros.

• **Les autres ressources (4,1 milliards d'euros)** incorporent les recours contre tiers, les recettes des départements d'outre-mer – pour des motifs tenant à la fiabilité des outils statistiques – et les recettes diverses qui ne figurent pas dans l'une des autres rubriques.

Pour éviter les doubles comptes, la présentation consolidée opérée par le présent article ne tient pas compte des transferts internes aux régimes de base ou entre régimes et fonds de financement, ni des cotisations ou des prestations prises en charge par les régimes de sécurité sociale.

Le total des recettes s'élève à **335,1 milliards d'euros**, en augmentation de 3,7 % par rapport à 2003.

L'impact des mesures nouvelles du présent projet sur l'agrégat de recettes pour 2004, après opérations de consolidation, est rappelé dans le tableau suivant.

***Impact du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004
sur les agrégats de recettes***

(en millions d'euros)

	Total des recettes
Versement de la CADES <i>(art. 2 plfss)</i>	1 097
Modifications des droits sur les tabacs <i>(art. 4 plfss et art. 24 plf)</i>	800
Efficacité accrue des recours contre tiers <i>(art. 5 plfss)</i>	100
Modification de la taxe sur la promotion <i>(art. 9 plfss)</i>	150
Création de la taxe sur les dispositifs médicaux <i>(art. 10 plfss)</i>	20
Mise en œuvre de la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites ¹	100
Total	2 267

Le tableau ci-après présente une répartition plus détaillée des différentes catégories de ressources pour l'ensemble des régimes de base et leurs fonds de financement.

¹ Recettes correspondant au rachat des années d'études (pour 30 millions d'euros), au passage à 152 trimestres de cotisations (pour 10 millions d'euros) et à la modification du régime de décôte (5 %) et de surcôte (3 %) combinée avec le plafonnement (pour 60 millions d'euros).

Ensemble des régimes de base et fonds de financement – produits par catégorie

(en millions d'euros)

PRODUITS	2003	2004	Variation
Cotisations sociales effectives	182 451	187 338	2,7 %
- cotisations des actifs.....	181 181	186 038	2,7 %
- cotisations des inactifs.....	636	654	2,8 %
- autres cotisations.....	674	702	4,2 %
- majorations et pénalités.....	630	643	2,1 %
- reprises nettes de provisions.....	1 065	1 034	- 2,9 %
- pertes sur créances irrécouvrables.....	- 1 735	- 1 733	- 0,1 %
Cotisations fictives d'employeur	29 911	31 393	5,0 %
Cotisations prises en charge par l'Etat	2 515	19 485	674,8 %
Autres contributions publiques	11 651	12 007	3,1 %
- Remboursements de prestations.....	5 749	6 000	4,4 %
- Subventions d'équilibre.....	5 037	5 076	0,8 %
- Autres contributions publiques.....	864	931	7,7 %
Impôts et taxes affectés à la sécurité sociale	90 879	80 677	- 11,2 %
- CSG.....	63 764	65 714	3,1 %
- Taxes et droits sur les alcools.....	2 944	434	- 85,2 %
- Droits sur les tabacs.....	8 845	2 229	- 74,8 %
- Taxe auto.....	986	18	- 98,1 %
- Taxe prévoyance.....	490	0	- 100 %
- Contributions pharmaceutiques.....	523	788	50,8 %
- C3S.....	2 660	4 841	82,0 %
- Prélèvement social de 2 % sur le capital.....	1 779	1 899	6,7 %
- Autres impôts et taxes affectés.....	8 888	4 754	- 46,5 %
Transferts reçus	230	109	- 52,5 %
Revenus des capitaux	946	997	5,4 %
Autres ressources	4 345	4 063	- 6,5 %
- Recours contre tiers.....	1 001	1 148	14,7 %
- Produits de gestion courante.....	1 186	1 304	10 %
- Divers produits techniques.....	1 359	1 374	1,1 %
- Contributions diverses.....	799	237	- 70,3 %
TOTAL DES PRODUITS	322 927	336 070	4,1 %

*

La commission a *adopté* un amendement de M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, corrigeant une erreur matérielle sur le montant des revenus de capitaux.

La commission a *adopté* l'article 13 ainsi modifié.

Article 14

Fixation des prévisions de recettes révisées pour 2003

En vertu du dernier alinéa du II de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, seules des lois de financement peuvent modifier les dispositions qui font partie de leur domaine obligatoire. Il en est ainsi des prévisions de recettes par catégorie de

l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement.

Cet article permet de faire apparaître les évolutions constatées depuis le vote de la dernière loi de financement en matière de recettes. En revanche, en l'absence de transferts financiers en cours d'année, il ne valide aucune mesure nouvelle rectificative de recettes pour 2003.

Le tableau ci-dessous compare les chiffres votés à l'article 21 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 et les montants révisés dont l'adoption est proposée par le présent article.

Recettes par catégorie pour 2003

(en milliards d'euros)

	LFSS 2003	PLFSS 2004
Cotisations effectives	181,87	182,5
Cotisations fictives	32,48	29,9
Cotisations prises en charge par l'Etat	2,33	2,5
Autres contributions publiques	11,40	11,7
Impôts et taxes affectés	94,11	90,9
Transferts reçus	0,21	0,2
Revenus des capitaux	1,04	1
Autres ressources	4,07	4,3
Total des recettes	327,51	323

Les principaux écarts entre les prévisions votées en loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 et les prévisions soumises aujourd'hui au vote du Parlement sont les suivants :

• **Cotisations effectives : + 600 millions d'euros**

L'agrégat des cotisations sociales effectives augmente par rapport à la prévision initiale pour 2003. Cette évolution peut paraître pour le moins paradoxale compte tenu de la révision à la baisse de la prévision de croissance de la masse salariale du secteur privé, envisagée à 4,1 % lors du vote de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 et à seulement 2,3 % par la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2003 qui a servi à préparer la présente loi de financement. En effet, une opération comptable a été menée en 2003, consistant à requalifier les cotisations payées par EDF en cotisations effectives et non plus en cotisations fictives, pour un montant de 2,6 milliards d'euros.

- **Cotisations fictives : - 2,6 milliards d'euros**

La baisse de cet agrégat s'explique par l'opération comptable susmentionnée.

- **Cotisations prises en charge par l'Etat : + 200 millions d'euros**

La révision de cet agrégat est justifiée par le coût des mesures figurant dans la loi du 21 juillet 2003 de programme pour l'outre-mer et par les exonérations supplémentaires liées à l'ouverture de nouvelles zones franches urbaines.

- **Contributions publiques : + 200 millions d'euros**

L'augmentation de cet agrégat provient essentiellement de la révision à la hausse de la contribution d'équilibre versée au régime des exploitants agricoles dans le cadre du budget annexe des prestations sociales agricoles (BAPSA).

- **Impôts et taxes affectés : - 3,2 milliards d'euros**

Les causes de la révision à la baisse de cet agrégat sont multiples : baisse du rendement de la CSG sur les revenus d'activité à la suite du ralentissement de la croissance de la masse salariale (- 700 millions d'euros) et de la CSG sur les revenus du patrimoine et de placement en raison de la dégradation de la situation sur les marchés financiers (- 700 millions d'euros également) ; moindres recettes supplémentaires liées à l'augmentation des prix du tabac en raison d'une baisse de la consommation (- 800 millions d'euros) ; baisse du rendement de la C3S (- 400 millions d'euros), du prélèvement de 2 % sur les revenus du capital (- 200 millions d'euros) et des taxes pharmaceutiques (- 140 millions d'euros).

- **Autres ressources : + 300 millions d'euros**

L'augmentation de cet agrégat est causée par l'évolution des produits de gestion courante de la CNAF (pour l'essentiel, prestations indues à récupérer).

*

La commission a *adopté* l'article 14 sans modification.

TITRE III

DISPOSITIONS RELATIVES A L'ASSURANCE MALADIE

Avant l'article 15

La commission a examiné un amendement de M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, créant, à l'instar du Conseil d'orientation des retraites, un Conseil d'orientation pour la santé, organe stratégique permanent qui prendra le relais du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

M. Jean-Marie Le Guen s'est interrogé sur la création d'un tel organe qui remet en cause le Haut conseil créé par décret pour trois ans. En outre, le fait que ce

conseil d'orientation pour la santé ait pour mission de déterminer les éléments devant constituer le panier de soins remboursables par les régimes d'assurance maladie limitera le nombre de participants. En effet, le panier de soins a de nombreux détracteurs.

Le président Jean-Michel Dubernard a rappelé que le Haut conseil a pour mission essentielle le diagnostic et la concertation en amont de la réforme de l'assurance maladie et qu'il est mis en place pour trois ans. Cependant, il peut arriver que de tels organismes disparaissent, comme par exemple le Haut conseil de la réforme hospitalière.

M. Jean-Marie Le Guen a rappelé que le diagnostic sur l'assurance maladie sera rendu avant la fin de l'année mais, pour ce qui est de la réforme proprement dite, on ne connaît pas le rôle exact du Haut conseil.

M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a indiqué avoir souhaité perpétuer, à travers cet amendement, l'existence d'un organe de réflexion stratégique au-delà de la durée de vie du Haut conseil. Cet amendement ayant plutôt vocation à être examiné dans le cadre de la réforme de la gouvernance de l'assurance maladie, il l'a *retiré*.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Marie Le Guen supprimant le tarif forfaitaire de responsabilité pour les groupes génériques institué par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003.

La commission a examiné un amendement de Mme Paulette Guinchard-Kunstler rétablissant l'ouverture des droits à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à compter de la date d'enregistrement du dossier complet, comme cela était prévu dans la loi du 20 juillet 2001.

M. Jean-Marie Le Guen a expliqué qu'il s'agit de revenir sur une disposition de la loi du 31 mars 2003 qui a modifié de façon injuste et injustifiée la date d'ouverture des droits à l'APA, afin de gagner un peu de temps – et d'argent – aux dépens des personnes âgées dépendantes.

Après que **M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, a donné un avis défavorable en rappelant que l'APA ne relève pas du champ des lois de financement de la sécurité sociale, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prél demandant que le gouvernement dépose sur le bureau de chacune des assemblées, à compter de 2004, un rapport sur les modalités de prise en charge de l'agénésie dentaire.

M. Jean-Luc Prél a expliqué que l'agénésie dentaire est une pathologie rare qu'il peut être intéressant de traiter, notamment chez les jeunes patients, par des implants dentaires. Or, les implants et les prothèses sur ces implants ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale. Les familles se trouvent donc dans l'obligation de supporter des coûts très élevés. C'est pourquoi il serait souhaitable que la loi prévoit la possibilité d'une prise en charge des implants sous certaines conditions thérapeutiques.

M. Yves Bur a signalé que le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale contient déjà une disposition permettant la prise en charge de certains actes médicaux spécifiques pour le traitement des maladies rares.

M. Jean-Marie Le Guen a estimé que l'agénésie dentaire est une pathologie suffisamment rare pour pouvoir être prise en charge, si nécessaire, par le fonds d'action sociale de l'assurance maladie. Par ailleurs, une telle disposition ne relève pas de la loi mais du règlement. Il n'est pas raisonnable de vouloir préciser dans la loi les actes et prestations pris en charge pour le traitement de ces affections.

Le président Jean-Michel Dubernard a souhaité connaître le nombre de cas recensés d'agénésie dentaire.

M. Jean-Luc Préel l'a estimé à une trentaine de cas en France et a indiqué que le problème lui a été signalé par des responsables de la CNAMTS.

Mme Catherine Génisson a témoigné de la difficulté rencontrée par les assurés pour obtenir la prise en charge de pathologies rares ou de maladies orphelines.

M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, s'est opposé à l'amendement en soulignant son caractère réglementaire et en rappelant que l'article 34 du projet de loi de financement prévoit déjà des modalités de prise en charge de certains actes médicaux en fonction de l'état du patient, ce qui permettra de prendre en charge ces maladies orphelines.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Préel demandant que le gouvernement dépose sur le bureau de chacune des assemblées, à compter de 2004, un rapport sur les modalités de prise en charge de la psychomotricité, **M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, ayant donné un avis défavorable en soulignant que la psychomotricité s'inscrit dans le cadre d'une prestation globale de soins et n'a donc pas vocation à être prise en charge individuellement.

Article additionnel avant l'article 15

Rapport au Parlement sur les prestations indûment versées au titre de l'assurance maladie

La commission a examiné un amendement de M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, demandant au gouvernement de présenter au Parlement, avant le 1^{er} septembre 2004, un rapport sur les prestations indûment versées au titre de l'assurance maladie.

M. Jean-Marie Le Guen s'est interrogé sur la signification exacte des termes « prestations indûment versées » utilisés par l'amendement.

Mme Martine Billard a estimé que s'il s'agit de prestations versées en raison de fraudes, la sécurité sociale doit pouvoir les récupérer.

M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a expliqué qu'il s'agit d'une notion effectivement assez générale mais qui est très souvent

évoquée, notamment pour les indemnités journalières. Il serait donc souhaitable de disposer d'une étude de la CNAMTS sur ce sujet afin de pouvoir évaluer, au sein des prestations versées, les dépenses qui relèvent effectivement de la solidarité nationale au titre de l'assurance maladie et celles qui n'en relèvent pas. Il s'agit simplement de disposer du plus grand nombre d'informations possible.

M. Jean-Marie Le Guen a souhaité savoir si le rapporteur dispose d'informations spécifiques justifiant son amendement.

Mme Martine Billard a regretté que l'amendement laisse planer une suspicion d'abus sans aller jusqu'à dévoiler précisément les situations visées.

M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a exprimé la crainte que son intention ne soit mal comprise. Il n'est pas du tout question de créer une quelconque suspicion par cet amendement, bien au contraire. C'est en effet l'allusion et le doute qui sont dangereux. Il est donc nécessaire d'obtenir des informations claires de la CNAMTS afin de connaître les dépenses qui pourraient ne pas relever de l'assurance maladie.

M. Yves Bur a considéré que la rédaction de l'amendement est peut-être trop imprécise mais a convenu que le besoin d'information est réel. Certes, la CNAMTS a rendu un rapport sur les indemnités journalières qui conclut que seulement 6 % des versements sont non justifiés mais tout le monde sait qu'il existe des problèmes en matière d'indemnités journalières ou d'affections de longue durée. Il ne s'agit pas de stigmatiser quiconque, car l'ensemble des acteurs est concerné, qu'il s'agisse des assurés ou des prescripteurs, mais on ne peut plus s'abstenir de vérifier si l'argent de la sécurité sociale est bien utilisé.

M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a souligné que tout le monde s'accorde sur la nécessité d'examiner les dérives en matière d'affections de longue durée et d'indemnités journalières, car leur hausse témoigne d'une absence de régulation médicalisée des dépenses d'assurance maladie. Il ne s'agit pas pour autant de diaboliser telle ou telle catégorie et c'est bien pour cela que la rédaction de l'amendement ne doit pas être trop précise.

M. Jean-Marie Le Guen a observé que cet amendement démontre une nouvelle fois l'urgence d'une véritable réforme de l'assurance maladie, que ne sauraient retarder indéfiniment de petites mesures à la marge. Si on comprend bien les intentions de l'auteur de l'amendement, il reste que celui-ci risque d'entretenir l'idée que, si l'assurance maladie va mal, c'est à cause de ces abus.

Mme Martine Billard s'est demandée s'il est bien nécessaire de faire figurer une telle disposition dans la loi.

Après que **M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, s'en est remis à la sagesse de la commission, celle-ci a *adopté* l'amendement.

Article 15

(articles L. 5121-10 et L. 5121-20 du code de la santé publique)

Simplification de la procédure d'inscription d'un médicament dans un groupe générique

Cet article propose de simplifier la procédure d'inscription d'un médicament dans un groupe générique, en dispensant l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) de l'obligation de vérification du respect des droits de propriété intellectuelle attachés à la spécialité princeps.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Bruno Gilles sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a examiné un amendement de M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, tendant à prévoir, qu'à l'occasion de la création d'un groupe générique, le laboratoire fabricant du princeps soit informé par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) de la délivrance des autorisations de mise sur le marché des génériques afin qu'un minimum de temps lui soit donné pour organiser la défense de ses droits de propriété.

M. Jean-Luc Prél a défendu un amendement similaire en prévoyant également la transmission à l'AFSSAPS, par le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché, des titres de propriété intellectuelle attachés à la spécialité de référence ainsi que leur date d'échéance. **M. Yves Bur** a indiqué qu'il convient de lutter contre les mesures tendant à ralentir le développement du générique.

La commission a *adopté* l'amendement de M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. En conséquence, deux amendements, de portée similaire de MM. Jean-Luc Prél et Yves Bur sont *devenus sans objet*.

La commission a *adopté* l'article 15 ainsi modifié.

Article 16

Validation des actes réglementaires portant baisse du taux de remboursement de certains médicaments

Afin d'éviter d'éventuelles annulations contentieuses, cet article propose de valider législativement les actes réglementaires portant baisse du taux de remboursement de certains médicaments, en tant que leur régularité serait contestée pour un motif tiré de l'irrégularité des avis rendus par la Commission de la transparence.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Bruno Gilles sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *adopté* l'article 16 sans modification.

Article 17

(articles L. 162-16-5 et L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale)

Fixation d'un prix maximum de vente aux établissements de santé des médicaments rétrocedés disposant d'une autorisation de mise sur le marché

Cet article prévoit la fixation d'un prix maximum de vente aux établissements de santé, par les laboratoires, des médicaments rétrocedés – c'est-à-dire vendus aux patients ambulatoires par des pharmacies hospitalières – qui disposent d'une autorisation de mise sur le marché.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Bruno Gilles sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *adopté* l'article 17 sans modification.

Avant l'article 18

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Jacqueline Fraysse tendant à garantir le financement de l'APA par la création d'un cinquième risque, après que **M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, a rappelé que l'APA ne relève pas du champ des lois de financement de la sécurité sociale.

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Jacqueline Fraysse tendant à faire bénéficier toute personne d'une visite médicale annuelle gratuite et des soins rendus nécessaires à l'issue de celle-ci, **M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, ayant estimé la mesure trop coûteuse par rapport aux bénéfices attendus et indiqué que la prévention est renforcée dans le projet de loi relatif à la politique de santé publique.

La commission a ensuite examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse tendant à élargir le bénéfice de la couverture médicale universelle (CMU) aux bénéficiaires du minimum vieillesse, de l'allocation adulte handicapé et de l'allocation parent isolé.

M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a estimé que cet amendement est irrecevable au regard de l'article 40 de la Constitution.

M. Yves Bur a jugé que l'accès de tous à une assurance médicale complémentaire est un sujet central. A cet égard le dispositif de la CMU, qui laisse de côté certaines parties de la population, est porteur de grandes injustices auxquelles il faudra remédier.

Le président Jean-Michel Dubernard a rappelé que 8 % de la population française n'a pas accès à une couverture complémentaire. Il s'agit des classes moyennes basses, dont les revenus se situent juste au-dessus des seuils d'accès au dispositif de la CMU. Le projet de chèque d'aide personnalisée à la santé (APS), dont le coût est estimé à 2,4 milliards d'euros, est à cet égard une solution très intéressante.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *rejeté* deux amendements de Mme Jacqueline Fraysse tendant respectivement à supprimer le forfait hospitalier et à rétablir les élections à la sécurité sociale.

Article 18

(articles L. 162-21 et L. 162-21-1 du code de la sécurité sociale)

Extension de l'obligation de tiers payant à tous les établissements de santé

Le présent article vise à prendre en compte la généralisation du financement à l'activité en ce qui concerne l'obligation de tiers payant applicable aux hôpitaux.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Bruno Gilles sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse de suppression de cet article.

Mme Jacqueline Fraysse a estimé que cet article propose la mise en œuvre de la tarification à l'activité des établissements de soins alors même que les résultats de l'expérimentation, annoncés pour la fin de l'année 2003, ne sont toujours pas disponibles. En outre, il y a lieu de s'interroger sur l'opportunité de la présentation de cette réforme à portée structurelle dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale, avant la réforme de l'assurance maladie annoncée pour l'été : quelles seront les conséquences pour les assurés ?

M. Yves Bur a indiqué qu'il s'agit là d'un des éléments les plus importants du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004. Le plan « hôpital 2007 » n'aurait, en effet, pas de sens sans une modernisation du fonctionnement des hôpitaux.

M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a indiqué que le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) est appliqué depuis vingt ans et que, par ailleurs, la tarification à l'activité s'appliquera sans impact sur les assurés. L'expérience a prouvé que la dotation globale est un système archaïque, inégalitaire et coûteux.

M. Jean-Marie Le Guen a noté que les partisans de la tarification à l'activité sont nombreux. Au-delà de cet accord de principe, la question est cependant de savoir à quel rythme et comment la réforme sera réalisée. Or, la mise en œuvre de cette réforme dans l'hôpital public sur une période de dix ans constitue un délai trop long. Par ailleurs, l'objectif poursuivi par le gouvernement est vicié par l'intention de soumettre aux mêmes mécanismes le secteur public et le secteur privé. Enfin, les modes de régulation proposés conduisent au rétablissement des lettres-clefs flottantes, système contre lequel la majorité actuelle a mené un long combat lorsqu'elle était dans l'opposition.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *adopté* l'article 18 sans modification.

Article 19

(articles L. 162-22-1 à L. 162-22-5 du code de la sécurité sociale)

Régime tarifaire spécifique des activités de soins de suite, de réadaptation et de psychiatrie exercées par des établissements de santé privés

Cet article vise à mettre en place une nouvelle tarification relative aux frais d'hospitalisation des activités de soins de suite ou de réadaptation (SSR) et de psychiatrie de certains établissements de santé privés.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Bruno Gilles sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

Après avoir *rejeté* un amendement de Mme Jacqueline Fraysse de suppression de l'article, la commission a *adopté* un amendement rédactionnel de M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prével, ayant pour objet d'introduire des données d'ordre médical et épidémiologique dans la détermination de l'objectif national de dépenses relatif aux activités de psychiatrie et de soins de suite exercées par les établissements privés.

M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a émis un avis défavorable en soulignant la nécessité de laisser une marge de manœuvre au ministre de la santé et en précisant que la fixation des objectifs prévus par le projet de loi tiendra compte des éléments cités. La commission a *rejeté* cet amendement.

La commission a ensuite examiné un amendement de M. Jean-Luc Prével proposant de préciser que les créations et les conversions d'activités sont prises en compte dans la détermination de l'objectif national de dépenses relatif aux activités de psychiatrie et de soins de suite exercées par les établissements privés.

M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a proposé de limiter la portée de l'amendement aux conversions d'activités, ce que **M. Jean-Luc Prével** a accepté.

La commission a *adopté* l'amendement ainsi modifié.

Puis elle a *adopté* l'article 19 ainsi modifié.

Article 20

(articles L. 162-22-6 à L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale)

Mise en œuvre de la tarification à l'activité des établissements de santé

Cet article institue la tarification à l'activité des établissements, qui conduit à asseoir l'allocation des ressources aux hôpitaux sur la nature et le volume de leur activité.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Bruno Gilles sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *rejeté* un amendement de suppression de l'article de Mme Jacqueline Fraysse.

Article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale

Champ des activités et périmètre des établissements concernés par la tarification à l'activité

La commission a adopté un amendement portant correction d'une erreur matérielle de M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail.

Article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale

Modalités particulières de prise en charge de certaines spécialités pharmaceutiques et prestations

La commission a *adopté* un amendement de M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, prévoyant que le remboursement des produits et prestations (principalement les dispositifs médicaux implantables) pouvant faire l'objet d'une facturation en sus des prestations d'hospitalisation, s'effectue sur la base d'une facture.

La commission a ensuite *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Prével proposant de supprimer le système de régulation par les prix, prévu par cet article, après que **M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail** a souligné que cet amendement va à l'encontre des objectifs du projet de loi concernant le renforcement du bon usage des médicaments et la mise en œuvre de la régulation médicalisée des dépenses de santé.

Suivant l'avis défavorable de **M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, la commission a également *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Prével visant à ce que le bon usage du médicament soit fixé par l'AFSSAPS et si possible de manière contractuelle.

Article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale

Création de l'objectif de dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prével visant à prévoir que la régulation de l'objectif de dépenses commun aux établissements de santé publics et privés fait l'objet d'une évaluation en 2006, évaluation à partir de laquelle le gouvernement décide du maintien définitif ou de la suppression de l'objectif commun.

M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a émis un avis défavorable en soulignant que les réajustements budgétaires mentionnés par cet amendement sont d'ores et déjà au cœur du dispositif de la tarification à l'activité.

M. Yves Bur a souligné qu'il est nécessaire d'être prudent en matière de révision des tarifs en cours d'année. Ces modulations concerneront essentiellement les hôpitaux privés.

La commission a *rejeté* cet amendement.

Elle a également *rejeté* un amendement de M. Claude Evin poursuivant le même objectif.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Préel visant à introduire des données d'ordre médical et épidémiologie dans la détermination de l'objectif national d'assurances maladie des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologique commun aux deux secteurs d'hospitalisation. **M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, a indiqué que la compétence de l'Etat dans ce domaine ne doit pas être contrainte et qu'il est préférable d'éviter de définir une liste exhaustive des facteurs susceptibles d'être pris en compte.

La commission a ensuite *rejeté* cet amendement.

La commission a examiné un amendement présenté par M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, visant à préciser que les évolutions des services et des activités pris en compte afin de déterminer l'objectif de dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologique commun aux deux secteurs d'hospitalisation comprennent les conversions d'activité. Sur la proposition du **M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, M. Jean-Luc Préel a *retiré* au bénéfice de l'amendement du rapporteur un amendement poursuivant le même objectif mais en y incluant également les créations de services. La commission a *adopté* l'amendement du rapporteur cosigné par M. Jean-Luc Préel.

Article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale

Paramètres définissant les conditions d'allocation des ressources aux établissements de santé publics et privés

La commission a examiné deux amendements de M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, et de M. Jean-Luc Préel, prévoyant que les organisations les plus représentatives des établissements de santé sont consultées avant la fixation des tarifs nationaux et des forfaits annuels. **M. Yves Bur** a proposé de modifier l'amendement du rapporteur afin de préciser que ces dispositions sont applicables aux établissements de santé publics et privés, ce que le Rapporteur a accepté. La commission a *adopté* l'amendement de M. Bruno Gilles ainsi modifié et cosigné par M. Yves Bur et M. Jean-Luc Préel, ce dernier ayant accepté de retirer ses amendements.

La commission a ensuite examiné en discussion commune deux amendements de M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, et de M. Jean-Luc Préel, visant à prévoir que la caisse nationale d'assurance maladie identifie au sein de l'objectif des dépenses de médecine les dépenses relatives à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile. M. Jean-Luc Préel ayant accepté de retirer son amendement, la commission a *adopté* l'amendement du Rapporteur.

La commission a examiné en discussion commune un amendement de M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, et un amendement de M. Jean-Luc Prével, visant à ce que des facteurs d'ordre médical soient pris en compte pour la modulation des tarifs. M. Jean-Luc Prével ayant accepté de retirer son amendement, la commission a *adopté* l'amendement du Rapporteur.

La commission a examiné en discussion commune un amendement de M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, et un amendement de M. Jean-Luc Prével visant à ce que le gouvernement recueille l'avis des organisations les plus représentatives des établissements de santé publics et privés avant de modifier les tarifs et les forfaits annuels. **M. Yves Bur** a proposé de modifier l'amendement du rapporteur afin de préciser que ces dispositions sont applicables aux établissements de santé publics et privés, ce que le Rapporteur a accepté. La commission a *adopté* l'amendement de M. Bruno Gilles ainsi modifié et cosigné par M. Yves Bur et M. Jean-Luc Prével, ce dernier ayant accepté de retirer son amendement.

La commission a *adopté* un amendement de M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail proposant, par cohérence avec les dispositions visées par l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, que la différence entre le tarif de responsabilité et le prix de vente des médicaments et produits facturés en sus des prestations ne soit pas facturée aux patients.

Article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale

Dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

La commission a examiné en discussion commune un amendement de M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, et un amendement de M. Jean-Luc Prével prévoyant de consulter les organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé avant de fixer les dotations régionales finançant les missions d'intérêt général et les aides à la contractualisation. M. Jean-Luc Prével ayant accepté de retirer son amendement, la commission a *adopté* l'amendement du rapporteur modifié à l'initiative de M. Yves Bur afin de préciser que ses dispositions s'appliquent aux établissements publics et privés.

La commission a ensuite *adopté* deux amendements de M. Jean-Luc Prével, permettant, d'une part, de distinguer les aides à la contractualisation des missions d'intérêt général et, d'autre part, de prévoir qu'un rapport annuel de suivi des sommes allouées aux établissements à ce titre est transmis au Parlement. En conséquence, un amendement de M. Jean-Luc Prével visant à préciser que ce rapport est transmis au président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales est *devenu sans objet*.

Article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale

Compétence du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation en matière de fixation du montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

La commission a *adopté* un amendement de M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, visant à clarifier les compétences respectives du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et de la commission

exécutive en matière d'attribution aux établissements de santé des dotations de financement de mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.

Elle a ensuite *adopté* un amendement de M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, proposant de préciser le mode de fixation du plafond des sanctions prévues en cas de manquement aux règles de facturation. **M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail** a précisé qu'une disposition du texte conduisait à fixer ce plafond à un niveau insuffisamment dissuasif.

La commission a *adopté* l'article 20 ainsi modifié.

Après l'article 20

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prével autorisant, compte tenu de l'impossibilité pour les établissements de produire dans le nouveau système des factures dans les délais actuels, les caisses primaires d'assurance maladie à verser des avances aux établissements en 2004 en 2005.

M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, ayant indiqué que le gouvernement compte mettre en place un dispositif comparable à travers le Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés et qu'il lui semble impossible que les CPAM jouent ce rôle, la commission a *rejeté* l'amendement.

Article 21

(articles L. 174-1, L. 174-1-1, L. 174-2 et L. 174-3 du code de la sécurité sociale)

Dotation annuelle de financement pour les activités de psychiatrie, de soins de suite et de réadaptation

S'agissant du financement des activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation (SSR) exercées par les établissements de santé, cet article vise à substituer à la dotation globale de financement une dotation annuelle de financement.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Bruno Gilles sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Jacqueline Fraysse de suppression de l'article.

Puis elle a *adopté* deux amendements de coordination de M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail.

Elle a enfin *adopté* trois amendements de coordination de M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, visant respectivement à prendre en compte les spécificités des soins destinés aux détenus et des soins dispensés sur les territoires de Mayotte et de Saint-Pierre-et-Miquelon.

La commission a *adopté* l'article 21 ainsi modifié.

Article 22

(articles L. 162-16-6, L. 162-17-4 et L. 165-7 du code de la sécurité sociale)

Fixation du prix de vente des médicaments aux établissements de santé

Cet article détermine les modalités de fixation du prix de vente des médicaments aux établissements de santé.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Bruno Gilles sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Prével associant les organisations représentatives des établissements de santé à la fixation du prix de vente maximum, **M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, ayant relevé qu'elle fait déjà l'objet d'une négociation entre les entreprises du médicament et le Comité économique des produits de santé.

La commission a *adopté* un amendement de précision de M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail.

Puis elle a *adopté* l'article 22 ainsi modifié.

Article 23

(article L. 161-29-1 du code de la sécurité sociale)

Réglementation de l'accès aux codes des prestations remboursables

La réforme portant application de la tarification à l'activité a pour conséquence de faire figurer sur les bordereaux de facturation des établissements les codes des prestations issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Cet article vise donc à donner aux personnels des services de facturation des établissements et aux personnels des services de liquidation des caisses l'accès aux codes des prestations du PMSI.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Bruno Gilles sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *adopté* l'article 23 sans modification.

Article 24

(articles L. 6143-1, L. 6143-3, L. 6143-4, L. 6144-1, L. 6144-3, L. 6145-1 et L. 6145-4 du code de la santé publique)

Réforme de la procédure budgétaire des établissements de santé

Cet article propose de tirer les conséquences de la réforme portant financement des établissements de santé par la tarification à l'activité s'agissant de la procédure budgétaire des établissements.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Bruno Gilles sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Jacqueline Fraysse de suppression de l'article.

La commission a *adopté* deux amendements de M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, l'un de précision, l'autre de portée rédactionnelle.

La commission a *adopté* l'article 24 ainsi modifié.

Article 25

(articles L. 6114-1, L. 6114-2, L. 6114-4, L. 6115-3 et L. 6115-4 du code de la santé publique)

Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et compétences des directeurs des agences régionales de l'hospitalisation

Cet article propose de tirer les conséquences de la réforme portant financement des établissements de santé par tarification à l'activité et d'adapter les dispositions du code de la santé publique relatives, d'une part, au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des établissements de santé (CPOM) et, d'autre part, aux compétences du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Bruno Gilles sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Jacqueline Fraysse de suppression de l'article.

La commission a *adopté* deux amendements de M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail : le premier supprimant la fixation par avenant au contrat d'objectifs et de moyens des établissements des montants des forfaits annuels et de la dotation MIGAC, les articles L. 162-22-12 et L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale – dans la rédaction proposée par le projet de loi de financement de la sécurité sociale – prévoyant leur fixation par l'Etat ; le second

précisant les compétences respectives du directeur et de la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation.

La commission a *adopté* l'article 25 ainsi modifié.

Article 26

(articles L. 162-43, L. 174-12, L. 174-14 à L. 174-17 et L. 315-1 du code de la sécurité sociale)

Coordinations

Dans un souci de cohérence, cet article procède à un ensemble de modifications d'articles du code de la sécurité sociale afin de tenir compte des modifications apportées par les articles du présent projet de loi relatifs à la tarification à l'activité.

*

La commission a *adopté* deux amendements de M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le premier rédactionnel, le second de précision.

Elle a ensuite *adopté* l'article 26 ainsi modifié.

Article 27

(articles L. 6133-2, L. 6161-4, L. 6161-7 et L. 6161-8 du code de la santé publique)

Extension des dispositions relatives à la tarification à l'activité aux établissements de santé privés participant au service public hospitalier

Cet article vise à procéder aux modifications nécessaires du code de la santé publique afin de les rendre conformes aux modifications apportées par les articles du présent projet de loi relatives à la tarification à l'activité.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Bruno Gilles sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *adopté* un amendement de cohérence rédactionnelle de M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail.

Puis elle a *adopté* l'article 27 ainsi modifié.

Article 28

Dispositions transitoires relatives à l'application de la tarification à l'activité

S'agissant des établissements publics et privés auparavant financés par la dotation globale de financement, la réforme portant application du financement par la tarification à l'activité modifiera sensiblement les modalités de détermination des ressources, les procédures budgétaires et comptables ainsi que les circuits d'information et de traitement des données.

Afin de limiter l'ampleur du « choc » que constituera pour les établissements la fin de la dotation globale et le passage à un système où les recettes seront directement déterminées par l'activité, le gouvernement, en accord avec les organisations représentatives des établissements publics et privés, a souhaité que l'ensemble de la réforme ne soit pas réalisé sur le seul exercice 2004. Il propose donc une phase de transition qui fait l'objet du présent article.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Bruno Gilles sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Jacqueline Fraysse de suppression de l'article.

Elle a ensuite *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Prével rappelant que le mécanisme de régulation fondé sur une enveloppe unique et totalement fongible entre les deux secteurs d'hospitalisation ne pourra être définitivement adopté qu'après une évaluation de ce mécanisme en 2006, **M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, ayant objecté que l'on ne peut, comme l'amendement le propose, instituer une réserve à l'application de la loi.

La commission a *adopté* trois amendements de M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail : le premier proposant de reporter la date de l'application de la réforme portant tarification à l'activité dans l'hospitalisation privée du 1^{er} mai au 1^{er} octobre 2004 ; le deuxième prévoyant que la transmission à l'agence régionale de l'hospitalisation d'informations relatives à la consommation de spécialités pharmaceutiques et de produits facturés en sus s'effectue simultanément à la transmission régulière des données relatives à l'activité des établissements ; le troisième de portée rédactionnelle.

La commission a ensuite *rejeté* un amendement de M. Jean-Marie Le Guen proposant que le mécanisme de régulation fondé sur une enveloppe unique et totalement fongible entre les deux secteurs d'hospitalisation ne puisse être définitivement adopté qu'après une évaluation de ce mécanisme en 2006.

Puis la commission a *adopté* l'article 28 ainsi modifié.

Article 29

(articles L. 162-22-2 à L. 162-22-5 et L. 162-22-7 du code de la santé publique)

Dispositions transitoires applicables en 2004 pour le financement des établissements de santé

Cet article fixe le régime budgétaire, comptable et financier des établissements de santé pour 2004. A cet effet, il précise la date et les conditions d'application de certaines dispositions du présent projet de loi relatives à la tarification à l'activité.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Bruno Gilles sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

Après que la commission a *rejeté* un amendement de M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, étendant à l'AP-HP les dispositions transitoires pour l'année 2004 relatives au calendrier de la procédure budgétaire, la commission a *adopté* quatre amendements du même auteur : trois amendements de nature rédactionnelle et un amendement complétant le dispositif transitoire s'agissant des médicaments et de certains dispositifs médicaux facturés en sus par les établissements de santé privés.

La commission a *adopté* l'article 29 ainsi modifié.

Article 30

(article L. 6133-5 du code de la santé publique)

Harmonisation des modalités de rémunération des médecins exerçant au sein de groupements de coopération sanitaire

Cet article vise à expérimenter des conditions homogènes de rémunération entre les praticiens publics et privés lorsqu'ils assurent au sein d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) une activité identique.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Bruno Gilles sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Prével de suppression de l'article, **M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, ayant rappelé que le dispositif constitue une expérimentation bienvenue qui encourage la coopération entre la médecine de ville et l'hôpital.

La commission a ensuite *adopté* un amendement rédactionnel de M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail.

Puis elle a *adopté* l'article 30 ainsi modifié.

Article 31

(articles L. 324-1 et L. 322-3 du code de la sécurité sociale)

Médicalisation des critères de prise en charge des affections de longue durée

Cet article vise à appliquer la limitation ou l'exonération du ticket modérateur pour les patients atteints d'une affection de longue durée (ALD) aux actes et prestations définis au préalable dans un protocole de diagnostic et de soins.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Bruno Gilles sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse de suppression de l'article, son auteur ayant jugé que la restriction du dispositif des affections de longue durée (ALD) repose sur le seul souci de réaliser des économies budgétaires.

M. Yves Bur a objecté que le présent article ne constitue en rien un dispositif de limitation comptable mais s'inscrit au contraire dans une démarche de justification médicale des dépenses prises en charge au titre des ALD.

M. Jean-Marie Le Guen a estimé légitime d'examiner la situation compte tenu de l'augmentation du nombre, de la durée et du coût des ALD. Toutefois l'article proposé constitue la plus mauvaise manière de résoudre le problème. Il vise en effet à mettre en place une maîtrise comptable par la création d'une bureaucratie administrative, alors qu'il faudrait développer une maîtrise médicalisée garantissant la qualité des soins et comportant un engagement du patient.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Martine Billard incluant la prévention des complications liées aux ALD dans la liste des actes ouvrant droit à exonération du ticket modérateur.

La commission a examiné un amendement de M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, substituant à l'examen conjoint du patient par le médecin traitant et le médecin conseil, difficilement réalisable dans les faits, un examen réalisé par le seul médecin traitant et donnant lieu à l'établissement d'un protocole conjoint de diagnostic et de soins par ces médecins.

M. Yves Bur s'est interrogé sur l'implication du médecin conseil dans ce dispositif.

M. Jean-Marie Le Guen a estimé que l'on substituerait ainsi à une solution juridiquement régulière mais techniquement inapplicable, une solution techniquement réalisable mais juridiquement irrégulière, voire inconstitutionnelle, puisqu'elle porterait atteinte à la liberté de choix du patient ainsi qu'à la liberté de prescription. On ne peut qu'être extrêmement critique sur le dispositif proposé tant par l'amendement que par l'article lui-même.

M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a retiré l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prével prévoyant la communication au patient du protocole de diagnostic et de soins et la présentation de celui-ci lors de chaque visite ou consultation.

Tout en partageant pleinement l'objectif de l'amendement, **M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, a proposé une rédaction alternative.

La commission a *adopté* l'amendement ainsi modifié.

La commission a *adopté* deux amendements de M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail : le premier permettant de préciser par voie réglementaire les critères médicaux utilisés pour la définition des ALD ; le second repoussant l'application des dispositions prévues par cet article du 1^{er} janvier 2004 à la date d'entrée en vigueur des décrets d'application.

Après que **le président Jean-Michel Dubernard** a relevé les imperfections de la rédaction de l'article 31, relayant ainsi les critiques exprimées par l'ensemble des commissaires, la commission a *rejeté* cet article.

Article 32

(article L. 321-1 du code de la sécurité sociale)

Caractère non remboursable des actes et prestations de soins effectués en dehors de toute justification médicale

Cet article a pour objet de préciser le périmètre du panier de soins remboursés par l'assurance maladie, afin d'exclure les actes et prestations effectués en dehors de toute justification médicale.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Bruno Gilles sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a examiné deux amendements de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Jean-Marie Le Guen de suppression de l'article.

M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a rappelé que l'assurance maladie a pour objet de rembourser les dépenses des assurés sociaux nécessitées par leur état de santé. Certains actes médicaux ont pour seul objet de répondre à des exigences législatives ou réglementaires, en dehors de toute justification médicale. Ils n'ont donc pas à être solvabilisés par la solidarité nationale. Il convient de préciser que l'exclusion de la couverture d'assurance maladie ne s'applique aucunement aux actes effectués dans le cadre de soins. Il faut par ailleurs être conscient de l'impact de la mesure proposée, qui permettrait une économie d'une vingtaine de millions d'euros s'agissant des certificats médicaux et de 12,6 millions d'euros pour les visites médicales préalables à l'examen du permis de conduire.

M. Henri Nayrou a jugé regrettable que les sportifs, notamment les plus jeunes, fassent les frais d'une telle mesure. On aurait pu trouver des sources de financement plus opportunes. Il y a deux ou trois ans, ce n'est pas le déremboursement de ces actes qui avait été évoqué en commission mais au contraire l'opportunité de mieux les rembourser. Il y a assurément une contradiction entre l'exaltation affichée de la grandeur du sport et l'adoption de ce dispositif.

Le président Jean-Michel Dubernard a estimé qu'il existe peut être d'autres moyens de financer ces visites médicales en vue de la pratique d'un sport.

La commission a *rejeté* les deux amendements.

La commission a *adopté* un amendement de M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, mettant en place un dispositif organisant dans un cadre contractuel la prescription et la délivrance des traitements de substitution à destination des toxicomanes.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Préel permettant le remboursement des constatations de coups et blessures ou de sévices, **M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, ayant précisé que le projet de loi permet déjà la prise en charge de ces dépenses par l'assurance maladie, dès lors que l'état du patient le justifie.

La commission a également *rejeté* un amendement de M. Jean-Marie Le Guen excluant les jeunes de moins de dix-huit ans du champ d'application du présent article.

La commission a *adopté* l'article 32 ainsi modifié.

Avant l'article 33

La commission a examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse contraignant l'entreprise dont le médicament a obtenu l'autorisation de mise sur le marché à en demander l'inscription sur la liste des médicaments remboursables.

M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a objecté que l'amendement conduirait à donner à l'AFSSAPS le pouvoir d'inscrire un médicament au remboursement, le ministre de la santé ne disposant en effet que d'une compétence liée dans ce dispositif.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse réformant la procédure accélérée d'inscription sur la liste des médicaments remboursables en revenant sur la liberté de fixation du prix du médicament par l'entreprise.

M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a rappelé que le dispositif que l'amendement propose de remettre en cause est issu de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 et a été mis en œuvre par l'accord-cadre conclu en juin 2003 entre le Comité économique des produits de santé et les entreprises du médicament. Il n'apparaît donc pas opportun de revenir sur ces dispositions.

La commission a également *rejeté* deux amendements de Mme Jacqueline Fraysse : le premier introduisant l'obligation pour l'entreprise de procéder à la demande de remboursement de son médicament ; le second proposant de retirer l'autorisation de mise sur le marché des médicaments présentant un service médical rendu insuffisant ou nul, **M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, ayant souligné la nécessité de distinguer l'autorisation de mise sur le marché (AMM), qui s'inscrit dans le cadre de la police sanitaire, et la décision d'inscrire au remboursement un médicament.

Article 33

(articles L. 162-4, L. 162-8 et L. 162-13-3 du code de la sécurité sociale)

Indication sur l'ordonnance du caractère non remboursable des actes et prestations effectués en dehors de toute justification médicale

Cet article vise à étendre le champ de l'obligation d'inscrire sur l'ordonnance le caractère non remboursable des actes et prestations réalisés par les médecins à d'autres actes médicaux, effectués en dehors de toute justification médicale ou en dehors des indications prévues pour ces actes, et à d'autres professionnels de santé.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Bruno Gilles sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Jacqueline Fraysse de suppression de l'article.

La commission a ensuite *adopté* trois amendements de M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail : le premier étendant l'obligation d'inscrire sur l'ordonnance le caractère « non remboursable » des actes ou prestations prescrits ne remplissant pas les conditions de prise en charge prévues par les différentes nomenclatures, par cohérence avec l'article 34 du projet de loi ; le deuxième supprimant la référence à l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale susceptible de créer une ambiguïté sur la portée de l'obligation des professionnels de santé de ne pas établir de feuilles de soins lorsque les actes effectués ne sont pas remboursables ; le dernier rédactionnel.

La commission a *adopté* l'article 33 ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 33

(article L. 161-31 du code de la sécurité sociale)

Information des assurés sociaux sur leurs dépenses en médicaments

La commission a examiné un amendement de M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, créant l'obligation pour les pharmaciens d'informer l'assuré social porteur de la carte Vitale du coût des dépenses de médicaments dont il bénéficie pour l'assurance maladie.

M. Bernard Perrut a précisé que cet amendement cosigné avec le rapporteur vise à remplir une mission pédagogique, essentielle dans l'optique de la préparation de la réforme de l'assurance maladie, qui pourrait ensuite être étendue aux autres professionnels de santé.

Mme Cécile Gallez a observé que le pharmacien ne délivre plus de double des dépenses engagées depuis la mise en place de la carte Vitale. Il ne semble ni opportun ni possible de confier une telle tâche aux pharmaciens ; elle doit en effet incomber aux organismes de sécurité sociale.

M. René Couanau s'est déclaré totalement favorable à l'amendement – sous réserve de le modifier pour préciser que le relevé doit être établi par écrit – qui constitue l'un des moyens de responsabiliser les acteurs du système de santé. En effet, force est de reconnaître que l'aspect financier n'est plus guère évoqué dans les officines.

La commission a *adopté* l'amendement ainsi modifié.

Article 34

(article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale)

Mise en œuvre de la classification commune des actes médicaux

Cet article vise, d'une part, à préciser que l'inscription sur la liste des actes ou prestations remboursables peut être subordonnée au respect d'indications thérapeutiques ou diagnostiques, à l'état du patient ou à des conditions particulières de prescription ou de réalisation de ceux-ci. Il permet, d'autre part, de faciliter la mise en œuvre de la classification commune des actes médicaux (CCAM).

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Bruno Gilles sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *adopté* deux amendements de M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail :

– le premier prévoyant que les dispositions relatives à la nomenclature générale des actes professionnels et à la classification commune des actes médicaux (CCAM) prévues par le présent article visent également les professionnels salariés de centres de santé ou intervenant dans les établissements ou services médico-sociaux ;

– le second de clarification rédactionnelle.

La commission a *adopté* l'article 34 ainsi modifié.

Article 35

(articles L. 162-5-11, L. 162-12-17 à L. 162-12-19, L. 162-14, L. 645-2 et L. 722-4 du code de la sécurité sociale)

Modernisation du régime juridique des accords de bon usage des soins et des contrats de bonne pratique

Cet article propose d'aménager le régime juridique des accords de bon usage des soins (AcBUS) et des contrats de bonne pratique (CPP), afin de renforcer leur légitimité médicale, simplifier leurs modalités de mise en œuvre et prévoir la possibilité de conclure des CPP à l'échelon régional.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Bruno Gilles sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse de suppression de l'article.

Mme Jacqueline Fraysse a précisé qu'elle n'est pas hostile à la conclusion d'accords de bon usage des soins et de contrats de bonne pratique mais le dispositif proposé introduit une déviation de l'objectif initial de qualité en objectif de maîtrise des dépenses.

M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a objecté que les dispositions prévues par cet article permettent de faciliter la mise en œuvre de ces accords et contrats qui constituent des instruments efficaces de maîtrise médicalisée des dépenses.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *adopté* un amendement de M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, visant à alléger la procédure de mise en œuvre des accords de bon usage des soins (AcBUS), en prévoyant un avis simple de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), afin de ne pas contraindre excessivement l'exercice de la liberté contractuelle des signataires.

M. Jean-Marie Le Guen a indiqué que son groupe déposera ultérieurement un amendement tendant à exclure la notion d'efficience du champ des AcBUS. Il convient en effet de distinguer les dispositifs concernant l'amélioration de la qualité et ceux relatifs à l'efficience des pratiques professionnelles.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prével tendant à supprimer la faculté ouverte au ministre chargé de la santé ou, pour les accords régionaux, au préfet de région de suspendre l'application des AcBUS.

Considérant qu'il est nécessaire de faciliter la mise en œuvre des AcBUS, **M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail** a émis un avis défavorable.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, puis examiné un amendement du même auteur tendant à préciser les conditions de transmission des AcBUS au ministre chargé de la santé ou au préfet de région. Après que **M. Jean Marie Le Guen** s'est interrogé sur la forme d'étatisation résultant de ces dispositions, la commission a *adopté* cet amendement.

La commission a *adopté* un amendement de M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, tendant à aménager les conditions dans lesquelles des contreparties financières sont accordées aux professionnels, en contrepartie de leur adhésion à des contrats de bonne pratique, pour laisser le soin aux parties de négocier soit un complément forfaitaire de rémunération, soit une majoration de la prise en charge des cotisations sociales par les caisses de cotisations sociales, soit ces deux avantages à la fois.

La commission a examiné sept amendements de M. Jean-Luc Prél tendant à supprimer plusieurs alinéas de l'article 35, **M. Jean-Luc Prél** rappelant l'opposition, sous le précédent gouvernement, des groupes de l'actuelle majorité au « troisième étage conventionnel ». Il convient par ailleurs de ne pas hypothéquer, dans ce projet de loi, la future réforme de l'assurance maladie.

Après que **M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, a émis un avis défavorable, la commission a *rejeté* ces amendements.

La commission a *adopté* trois amendements de M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail : le premier prévoyant un avis simple de l'ANAES sur les contrats de bonne pratique, le deuxième rédactionnel et le dernier visant à préciser les conditions de transmission des AcBUS au ministre chargé de la santé ou au préfet de région, pour les accords régionaux.

Puis elle a *adopté* l'article 35 ainsi modifié.

Article 36

(article L. 183-1-1 du code de la sécurité sociale)

Conventions entre les URCAM et des groupements de médecins libéraux

Cet article vise à permettre aux unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) de déléguer certaines de leur compétence en matière de gestion de risque à des groupements de médecins libéraux, afin de favoriser le développement de l'évaluation et de l'encadrement collectif de leurs pratiques professionnelles.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Bruno Gilles sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prél de suppression de l'article, **M. Jean-Luc Prél** expliquant que cet article donne tout pouvoir aux unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) de passer des conventions directement avec les professionnels de santé, court-circuitant ainsi les conventions nationales.

M. Jean-Pierre Door, partageant l'inquiétude de M. Jean-Luc Prél, s'est interrogé sur la notion de « groupements organisés de professionnels de santé » et sur le rôle des unions régionales de médecins libéraux (URML). **M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, a indiqué que cette mesure n'a vocation à être opérationnelle qu'en l'absence de contrats de pratique professionnelle et qu'un amendement serait proposé afin de prévoir la consultation des URML sur ces contrats.

La commission a *rejeté* cet amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, tendant à remplacer le terme de convention par celui de contrat, pour éviter toute ambiguïté, et à introduire la notion de réseaux de professionnels de santé, qui semble plus adaptée à l'objet de la mesure.

M. Jean-Marie Le Guen s'est interrogé sur la portée juridique du terme « réseau », qui pourrait renvoyer aux réseaux de santé déjà prévus par la loi.

La commission a *adopté* cet amendement.

La commission a ensuite *adopté* un amendement de M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, prévoyant de soumettre à l'avis des URML les contrats institués par l'article 36.

La commission a *adopté* l'article 36 ainsi modifié.

Article 37

(article L. 162-12-20 du code de la sécurité sociale)

Modernisation du régime juridique des contrats de santé publique

Afin de promouvoir le développement des contrats de santé publique, cet article ouvre la possibilité de les conclure à l'échelon régional, renforce leur légitimité médicale et simplifie leurs modalités de mise en œuvre.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Bruno Gilles sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse de suppression de l'article, **Mme Jacqueline Fraysse** expliquant que cette disposition vise à transformer les objectifs de qualité en objectifs de résultats en matière de réduction des dépenses de santé.

Après que **M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, a expliqué que cet article a pour objet d'encourager le développement des contrats de santé publique, qui permettent de renforcer les mesures de prévention, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *adopté* deux amendements de M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, tendant à rendre facultative la rémunération forfaitaire versée aux professionnels en contrepartie de leur adhésion à des contrats de santé publique et à préciser la rédaction de cet article.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prével prévoyant que les contrats régionaux de santé publique ne sont pas approuvés par le seul directeur de la CNAMTS mais par les parties à la ou les conventions.

Le président Jean-Michel Dubernard a proposé de modifier l'amendement pour faire référence aux caisses signataires de la ou les conventions.

La commission a *adopté* cet amendement ainsi modifié.

La commission a *adopté* un amendement de M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, visant à préciser que les contrats de santé publique sont transmis dès leur entrée en vigueur au ministre chargé de la santé, pour les contrats nationaux, ou au préfet de région, pour les contrats régionaux, afin qu'ils puissent exercer leur pouvoir de suspension.

La commission a *adopté* l'article 37 ainsi modifié.

Après l'article 37

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Prével visant à étendre le champ de l'obligation de formation médicale continue à l'ensemble des professionnels de santé, après que **M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, a indiqué que cet amendement est dépourvu de lien avec le projet de loi et que cette question avait déjà été abordée dans le cadre de l'examen du projet de loi relatif à la politique de santé publique.

Article 38

(article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999)

Extension des missions et dotation de financement du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville

Cet article élargit les missions du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) au financement d'expérimentations en matière d'hébergement de données médicales informatisées et fixe à 15 millions d'euros le montant de sa dotation de financement en 2004.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Bruno Gilles sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *adopté* un amendement de M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, limitant à quelques sites pilotes le financement direct par le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) des prestataires de services en matière d'hébergement des données de santé.

La commission a *adopté* l'article 38 ainsi modifié.

Article 39

(article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001)

Extension des missions et dotation de financement du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés

Cet article étend les missions du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) au financement d'aides aux groupements de coopération sanitaire (GCS) et aux établissements de santé participant à l'expérimentation de l'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de la procédure d'accréditation de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Pour la réalisation de ces objectifs, il prévoit une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds de 470 millions d'euros pour 2004.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Bruno Gilles sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *adopté* un amendement de M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, faisant bénéficier l'établissement de santé de Saint-Pierre-et-Miquelon du plan « Hôpital 2007 » et des crédits y afférents.

La commission a *adopté* l'article 39 ainsi modifié.

Article 40

Dotation de financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux

Cet article fixe à 70 millions d'euros la dotation globale affectée en 2004 à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affectations iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM).

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Bruno Gilles sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *adopté* l'article 40 sans modification.

Après l'article 40

La commission a *rejeté* cinq amendements de M. Jean-Luc Préel tendant à créer un ordre autonome des pédicures-podologues, après que **M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, a indiqué que ces amendements sont dépourvus de tout lien avec le financement de la sécurité sociale.

Article 41

(article L. 6416-1 du code de la santé publique)

Mise en œuvre de la décentralisation sanitaire à Mayotte

Cet article prend acte des effets de la décentralisation sur la collectivité départementale de Mayotte et rattache la gestion des dispensaires, qui dépendent actuellement de cette collectivité, à l'établissement public de santé mahorais. Il fixe en outre le montant de la dotation financière de l'Etat.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Bruno Gilles sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *adopté* l'article 41 sans modification.

Article 42

Participation de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés au financement du plan Biotox en 2003

Cet article fixe à 155,5 millions d'euros pour l'année 2003 la participation de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés à certaines des actions liées à la mise en œuvre du plan Biotox.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Bruno Gilles sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *adopté* l'article 42 sans modification.

Article additionnel après l'article 42

(article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles)

Fixation du taux d'évolution de la masse salariale pour la négociation des conventions collectives du secteur médico-social

La commission a examiné un amendement de M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, relatif aux modalités de fixation du taux d'évolution de la masse salariale autorisée pour les établissements sociaux et médico-sociaux.

M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a indiqué que les établissements et services sociaux et médico-sociaux, en partie financés par l'assurance maladie, emploient des personnels régis par des conventions collectives négociées ente partenaires sociaux qui s'imposent aux autorités compétentes en matière de tarification. Pour pouvoir entrer en vigueur, ces accords doivent être agréés par l'autorité ministérielle compétente. Mais les accords sont presque systématiquement rejetés en raison de leurs implications financières, car les représentants des employeurs et des salariés ne connaissent pas précisément, lors de la négociation, l'enveloppe financière qui sera autorisée par les financeurs. Pour mettre fin à cette situation et mieux maîtriser les dépenses publiques tout en responsabilisant les partenaires sociaux, il faut que les autorités de tutelle fassent connaître en début d'année le taux d'évolution de la masse salariale qui sera autorisé. Les négociations pourront alors se dérouler dans le cadre de l'enveloppe allouée et les agréments pourront être plus facilement accordés.

La commission a *adopté* l'amendement.

Article 43

Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie révisé pour 2003

En application du 4° du I et du II de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article fixe à titre rectificatif l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale à 129,7 milliards d'euros pour 2003. Cela correspond à un dépassement de 6,2 milliards d'euros par rapport à la loi de financement de la sécurité sociale initiale pour 2003.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Bruno Gilles sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *adopté* l'article 43 sans modification.

Article 44

Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2004

En application du 4° du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article fixe à 124,7 milliards d'euros l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale pour 2004.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Bruno Gilles sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *adopté* l'article 44 sans modification.

Article 45

Fixation de l'objectif de dépenses de la branche maladie pour 2004

En application du 3° du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article fixe à 143,6 milliards d'euros en 2004 l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale comptant plus de vingt mille cotisants, actifs ou retraités titulaires de droits propres.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Bruno Gilles sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a examiné un amendement de M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, tendant à réduire de 100 millions d'euros supplémentaires en 2004 les frais de gestion de la branche maladie.

M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a précisé que dans son plan d'économies pour la branche maladie, le gouvernement envisage de demander à la CNAMTS de réaliser des économies de gestion à hauteur de 60 millions d'euros, dans le cadre de la convention d'objectif et de gestion qui sera signée en 2004. Cela est peu par rapport aux 6,5 milliards d'euros de charges de gestion de la branche maladie. Il y a en effet des gains de productivité à réaliser dans les caisses primaires, depuis la généralisation de la télétransmission des feuilles de soins. Par ailleurs, la régionalisation de la santé implique de rationaliser le réseau beaucoup trop dense des caisses primaires. C'est pourquoi, en bon « aiguillon » du gouvernement, cet amendement propose de réduire de 100 millions d'euros supplémentaires en 2004 les frais de gestion de la branche maladie.

M. Jean-Marie Le Guen a souhaité savoir si cette économie est réalisée uniquement sur les coûts de gestion de l'assurance maladie ou si elle touche également les fonds sociaux de la CNAMTS. **M. Yves Bur** a rappelé que cette initiative s'inscrit dans la démarche d'optimisation de la gestion des caisses qui est tout à fait nécessaire. On peut en effet s'interroger sur l'affectation des personnels chargés de la liquidation des feuilles de soins depuis l'instauration de la carte Vitale. Plutôt que de maintenir tant de caisses primaires, on devrait aussi favoriser leur mise en réseau. **M. Jean-Marie Le Guen** a souligné l'imprécision de cet amendement qui semble viser l'ONDAM et non pas les frais de gestion.

M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a indiqué que l'article 45 ne fait pas référence à l'ONDAM, de sorte qu'aucune confusion n'est possible.

M. Jean-Pierre Door a souligné l'excellence de cet amendement et **M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, a émis un avis favorable à son adoption.

La commission a *adopté* l'amendement, puis l'article 45 ainsi modifié.

TITRE IV

DISPOSITIONS RELATIVES AUX AUTRES POLITIQUES DE SECURITE SOCIALE

Section 1

Branche accidents du travail et maladies professionnelles

Avant l'article 46

La commission a *rejeté* six amendements de M. Claude Evin visant respectivement à relever le montant de l'indemnité journalière, modifier le calcul de la rente, supprimer l'exigence d'une durée de vie commune de deux ans avant le décès pour les ayants droit d'une victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, améliorer la situation des ayant droit en cas de décès de la victime, étendre aux fonctionnaires le dispositif de cessation anticipée d'activité et à abroger les dispositions limitant au tarif de responsabilité des caisses la prise en charge en matière de prestations en nature, après que **M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, a indiqué qu'ils sont irrecevables au titre de l'article 40 de la constitution.

Article 46

Dotation de financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante

Cet article fixe à 500 millions d'euros pour 2004 le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA).

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Bruno Gilles sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *adopté* l'article 46 sans modification.

Après l'article 46

La commission a examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse prévoyant la participation des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) à la prévention des maladies professionnelles et des accidents du travail ou, le cas échéant, d'un délégué du personnel ou d'un salarié élu spécialement.

Mme Jacqueline Fraysse a rappelé que cet amendement, ainsi que les suivants, ont déjà été présentés lors de l'examen du projet de loi de santé publique et ont été rejetés par le gouvernement au prétexte qu'ils n'avaient pas leur place dans ce texte. Peut être seront-ils plus opportuns dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale.

M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a émis un avis défavorable en considérant que cette proposition alourdit le dispositif général de prévention.

M. Maxime Gremetz a rappelé que la prévention est présentée comme une priorité du gouvernement. Or, le nombre de maladies professionnelles et d'accidents du travail ne cesse de croître, comme l'a souligné le rapport de la Cour des comptes sur les finances sociales. Il faut donc faire le nécessaire pour la mettre en pratique, notamment en donnant plus de pouvoirs aux CHSCT lorsqu'ils existent et, en leur absence, à un salarié spécialement élu pour cela, ce qui ne coûte rien à la sécurité sociale. Les arguments développés par le rapporteur pour s'opposer à l'amendement ne sont donc pas recevables.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse réaffirmant le principe d'une gratuité totale des frais générés par un accident du travail ou une maladie professionnelle.

M. Maxime Gremetz a fait valoir que ce principe de gratuité, pourtant affirmé par l'article L. 431-1 du code de la sécurité sociale, est mis à mal par l'application du tarif de responsabilité des caisses. Des frais importants sont donc laissés à la charge des victimes du travail (soins, appareillage...) qui, dans les faits, supportent un coût de plus en plus important des conséquences de l'accident du travail. Cet amendement vise à réparer cette injustice.

M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a donné un avis défavorable en considérant que le problème soulevé par l'amendement, s'il est bien réel, est d'une portée plus large que les seuls accidents du travail.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse disposant que l'indemnité journalière perçue par la victime d'un accident du travail est égale à son salaire net.

M. Maxime Gremetz a rappelé qu'en l'état actuel des textes la victime relevant du régime général ne perçoit qu'un pourcentage limité à 60 % du gain journalier de base durant les 28 premiers jours et à 80 % ensuite. Le niveau de son indemnité est encore réduit du fait d'une double application de la CSG, sur le salaire de base d'une part et sur la prestation d'autre part. L'amendement tend donc à ce que, durant la période d'arrêt de travail, la victime perçoive des indemnités journalières d'un niveau équivalent à son salaire dès le premier jour d'arrêt de travail.

Mme Catherine Génisson a observé qu'un amendement poursuivant le même objectif, déposé par les députés socialistes avant l'article 46, a d'ores et déjà été repoussé.

Après que **M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, a donné un avis défavorable en considérant que l'amendement est

irrecevable au titre de l'article 40 de la Constitution, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse prévoyant que le calcul de la rente versée au titre d'un accident du travail est déterminé sur la base du taux d'incapacité permanente de la victime.

M. Maxime Gremetz a expliqué qu'aujourd'hui la rente versée aux victimes d'un accident du travail est calculée à partir d'un pourcentage correspondant au taux d'incapacité permanente réduit de moitié pour la partie inférieure à 50 % et augmenté de moitié pour la partie supérieure. Seules les victimes atteinte d'un taux de 100 % perçoivent donc une rente correspondant à l'intégralité de leur incapacité permanente. C'est l'un des aspects les plus injuste de la réparation « forfaitaire ». L'amendement vise à supprimer cette amputation de l'indemnisation du préjudice d'incapacité permanente, d'autant plus injuste que les victimes n'ont pas de réparation de leurs préjudices extrapatrimoniaux. Cette réforme est souhaitée par l'ensemble des associations. Lors de l'examen du projet de loi de santé publique, M. Jean-François Mattei s'est opposé à l'adoption d'un amendement comparable en arguant de son caractère financier. Il est donc tout à fait à sa place dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale.

M. Yves Bur a souligné que cette demande des associations n'est pas récente et qu'elle n'a jamais été satisfaite.

Après que **M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, a donné un avis défavorable en considérant que l'amendement est irrecevable au titre de l'article 40 de la Constitution, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse indexant les rentes versés au titre des accidents du travail sur l'évolution des salaires.

M. Maxime Gremetz a rappelé qu'à l'heure actuelle l'indexation porte sur l'indice des prix.

Après que **M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, a donné un avis défavorable en considérant que l'amendement est irrecevable au titre de l'article 40 de la Constitution, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse qui prévoit que l'indemnisation des ayants droit d'une victime d'accident du travail s'élève à 30 % du salaire annuel de la victime pour chacun des deux premiers enfants, 20 % par enfant au delà de deux enfants et 40 % si l'enfant est orphelin de père et de mère lors du décès de la victime ou postérieurement.

M. Maxime Gremetz a demandé si le rapporteur, qui a l'air relativement insensible aux problèmes évoqués par les amendements précédents, se laissera toucher par cette proposition et abandonnera ses arguments strictement financiers.

M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, tout en reconnaissant que l'amendement est très généreux, a persisté dans son avis défavorable en invoquant l'article 40 de la Constitution.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse étendant le droit de cessation anticipée d'activité prévu pour les victimes de l'amiante par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 à l'ensemble des victimes d'accidents du travail.

M. Maxime Gremetz a rappelé que le dispositif adopté en 1998 permet aux personnes ayant été exposées à l'amiante pendant trois ans sur leur lieu de travail de bénéficier d'une année de retraite anticipée, le coût étant pris en charge par un fonds d'indemnisation. Un amendement sera d'ailleurs proposé afin d'élargir les critères de sélection des sites éligibles à l'indemnisation.

Après que **M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, a donné un avis défavorable en considérant que l'amendement est irrecevable au titre de l'article 40 de la Constitution, la commission a *rejeté* l'amendement.

Article 47

Dotation de financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Cet article fixe pour 2004 la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) à 100 millions d'euros.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Bruno Gilles sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a examiné un amendement de M. Jean Le Garrec portant à 190 millions d'euros la dotation de financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante.

M. Jean-Marie Le Guen a expliqué que l'amendement permet de maintenir la dotation à son niveau de 2003.

M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a précisé que le fonds étant désormais entré dans un rythme de croisière, la dotation prévue par l'article est suffisante pour répondre aux besoins d'indemnisation constatés.

Mme Catherine Génisson s'est étonnée de cette réponse et a souhaité avoir des informations précises sur le nombre de dossiers actuellement traités par le fonds. Sur quels documents se fonde le rapporteur pour estimer que les moyens prévus par l'article, fortement réduits par rapport à 2003, seront suffisants ?

M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a précisé qu'il s'appuie sur le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale.

M. Maxime Gremetz a contesté la suffisance des dotations en estimant, au vu de ce qui se passe dans sa circonscription, que bien des demandes d'indemnisation sont aujourd'hui en attente d'une prise en compte.

La commission a *rejeté* l'amendement, puis *adopté* l'article 47 sans modification.

Article 48

Montant du versement de la branche accidents du travail à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles

Cet article fixe à 330 millions d'euros le versement, pour l'exercice 2004, de la branche accidents du travail à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles, en application des dispositions de l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Bruno Gilles sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *adopté* l'article 48 sans modification.

Article 49

Fixation de l'objectif de dépenses de la branche accidents du travail pour 2004

En application du 3° du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article fixe à 9,7 milliards d'euros pour 2004 l'objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille salariés.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Bruno Gilles sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *adopté* l'article 49 sans modification.

Section 2

Branche famille

Avant l'article 50

La commission a examiné un amendement de Mme Muguette Jacquaint visant à allonger la durée du congé de paternité.

Mme Jacqueline Fraysse a rappelé que ce congé, qui existe depuis le 1^{er} janvier 2002, connaît un grand succès. Selon une étude de la direction des études et des statistiques du ministère des affaires sociales, près de 250 000 pères ont demandé à bénéficier de ce dispositif tandis que le nombre des naissances avoisinait les 800 000. Cette proportion est même proche de 50 % parmi ceux relevant du régime général de la sécurité sociale. Il convient donc d'encourager ce dispositif en allongeant la durée du congé.

M. Claude Gaillard, rapporteur pour la famille, a reconnu le caractère louable de cet amendement mais il a estimé que le complément de libre choix institué par le projet de loi constitue une réponse toute aussi satisfaisante à cette préoccupation puisqu'il permettra au père ou à la mère de rester auprès de son enfant jusqu'à ses trois ans.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Puis la commission a examiné un amendement de Mme Muguette Jacquaint visant à allonger la durée du congé de maternité.

Mme Jacqueline Fraysse a précisé que près de 280 000 femmes prennent un congé de maternité supérieur à la durée légale. Aussi, conviendrait-il d'allonger le congé postnatal de quatre semaines afin de permettre aux femmes de se remettre correctement de leur grossesse, et de leur accouchement, et de reprendre leur activité professionnelle dans les meilleures conditions possibles.

Pour les mêmes raisons que celles évoquées lors de l'examen de l'amendement précédent, **M. Claude Gaillard, rapporteur pour la famille**, a émis un avis défavorable.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Article 50

(articles L. 511-1, L. 531-1 à L. 531-10, L. 532-1, L. 531-2 et L. 533-1
du code de la sécurité sociale)

Création de la prestation d'accueil du jeune enfant

Cet article institue une prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) qui regroupe les cinq prestations existant actuellement en faveur de la petite enfance : allocation pour jeune enfant, allocation d'adoption, allocation parentale d'éducation, aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée et allocation de garde d'enfant à domicile.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome III du présent rapport (rapport de M. Claude Gaillard sur la famille).

*

La commission a examiné un amendement de Mme Muguette Jacquaint supprimant l'instauration d'un complément de libre choix pour le parent choisissant de ne plus exercer d'activité professionnelle ou de travailler à temps partiel pour s'occuper de son enfant.

Mme Jacqueline Fraysse a fait valoir que ce dispositif risque d'aboutir à ce que les parents disposant de revenus modestes quittent leur activité professionnelle. En effet, le montant du complément sera tel qu'il sera plus avantageux, pour certaines personnes, de demeurer inactives. L'actuel gouvernement favorise la garde personnelle ce qui lui permet, de façon détournée, de régler le problème du nombre insuffisant des places disponibles dans les crèches. En outre, dans un contexte économique peu favorable, ce dispositif précarise un peu plus les familles qui ne disposeront plus que d'un seul revenu du travail et seront ainsi beaucoup plus vulnérables en cas de licenciements.

Après avoir soutenu les propos tenus par Mme Jacqueline Fraysse, **Mme Catherine Génisson** a rappelé que l'extension du bénéfice de l'allocation parentale d'éducation dès la naissance du deuxième enfant avait conduit à ce que 40 % des femmes entrant dans le dispositif abandonnent le marché du travail.

M. Claude Gaillard, rapporteur pour la famille, a déclaré partager le même objectif. La maternité ne doit en aucun cas constituer un handicap vis-à-vis du monde du travail. Le problème qui se pose est de concilier la possibilité offerte à la mère de rester auprès de son enfant sans toutefois lui fournir une aide trop importante qui pourrait la dissuader de poursuivre son activité professionnelle. L'équilibre est certes difficile à trouver. Néanmoins le congé pour la naissance du premier enfant financé par le complément de libre choix est suffisamment court – six mois – pour que la réintégration dans le monde du travail puisse se faire dans les meilleures conditions possibles. De plus, le crédit d'impôt famille prévu dans le projet de loi de finances pourra favoriser le financement de formations pour les femmes de retour dans le monde du travail. Le complément de libre choix d'activité constitue donc un pari du gouvernement sur la capacité de l'ensemble de la société à œuvrer pour une meilleure

conciliation de la vie professionnelle et de la vie familiale. Il s'agit avant tout d'un mécanisme mettant en avant la liberté de l'individu et en aucun cas d'un mécanisme visant à précariser la situation des ménages modestes.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de Mme Marie-Françoise Clergeau visant à supprimer la condition de ressources pour l'attribution de la prime à la naissance ou à l'adoption.

M. Claude Gaillard, rapporteur pour la famille, a émis un avis défavorable, estimant que cette disposition va certes dans le bon sens mais a un coût trop élevé, incompatible avec l'état actuel des finances de la branche famille. Il s'agit cependant d'une piste de réflexion intéressante et un moyen de renforcer l'universalité de la politique familiale.

La commission a examiné un amendement de Mme Muguette Jacquaint de suppression de l'article L. 531-4 du code de la sécurité sociale.

Mme Jacqueline Fraysse a indiqué que cet amendement a un objet identique à celui présenté par Mme Muguette Jacquaint supprimant l'instauration d'un complément de libre choix.

Pour les mêmes raisons, **M. Claude Gaillard, rapporteur pour la famille**, a émis un avis défavorable.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de Mme Muguette Jacquaint visant à supprimer le seuil minimum d'heures pour que l'aide soit versée aux familles ayant recours à une association ou à une entreprise pour la garde de leurs enfants.

Mme Jacqueline Fraysse a déclaré qu'elle est par principe opposée à l'existence d'un seuil minimum. En outre, elle a fait valoir qu'en l'état actuel de la rédaction ce seuil n'est pas connu de la représentation nationale puisque sa fixation est renvoyée à un décret.

M. Claude Gaillard, rapporteur pour la famille, a indiqué qu'il est favorable à l'existence d'un seuil dans la mesure où celui-ci constitue le seul garant contre toute dérive du système. En effet, il ne serait pas opportun qu'une famille puisse disposer de la prestation au motif qu'elle a mis en garde son enfant une heure dans le mois.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Claude Gaillard, rapporteur pour la famille, visant à maintenir, en cas de décès de l'enfant, le versement de la prestation d'accueil pour une durée de trois mois suivant la date de ce décès.

M. Claude Gaillard, rapporteur pour la famille, a souligné qu'à la douleur morale ne doit pas s'ajouter une perte financière pour la famille éprouvée par la perte d'un enfant. Or les organismes sociaux ont l'habitude de faire des rappels pour trop-perçus auprès de ces familles dans les mois qui suivent le décès de l'enfant.

Mme Catherine Génisson et **M. Maxime Gremetz** ont salué cette mesure généreuse mais se sont inquiétés de son sort au regard de l'article 40 de la Constitution.

M. Maxime Gremetz a ajouté que cette durée de trois mois pourrait être étendue.

La commission a *adopté* l'amendement.

La commission a examiné deux amendements de Mme Muguette Jacquaint visant à favoriser le recours au congé de paternité en permettant le cumul de ce congé avec le complément de libre choix d'activité.

Après que **M. Claude Gaillard, rapporteur pour la famille**, a émis un avis défavorable, la commission a *rejeté* les amendements.

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Muguette Jacquaint visant à supprimer l'instauration d'un complément de libre choix d'activité.

La commission a examiné un amendement de Mme Muguette Jacquaint prévoyant le versement de la PAJE à tous les enfants concernés dès le 1^{er} janvier 2004.

Mme Jacqueline Fraysse a indiqué que le calendrier d'application pose problème puisqu'il place les familles dans des situations très différentes en matière de montant de prestations.

M. Maxime Gremetz a ajouté que la non-rétroactivité du dispositif pose problème.

M. Claude Gaillard, rapporteur pour la famille, a répondu que le dispositif prévoit notamment d'intégrer toute la fratrie au dispositif si un enfant naît après le 1^{er} janvier 2004. En tout état de cause, l'excédent de la branche famille n'est pas suffisant puisque faire basculer tous les enfants de moins de trois ans dès 2004 aurait un coût de 850 milliards d'euros pour l'année prochaine.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a ensuite *adopté* un amendement de M. Claude Gaillard, rapporteur pour la famille, visant à permettre aux personnes ayant perçu moins de trois mensualités d'APJE avant le 1^{er} janvier 2004 de percevoir la prime à la naissance en janvier 2004 et d'éviter ainsi une interruption dans le versement de l'allocation.

Puis la commission a *adopté* l'article 50 ainsi modifié.

Après l'article 50

Suivant l'avis défavorable de **M. Claude Gaillard, rapporteur pour la famille**, qui a indiqué que cette mesure coûterait 1,5 milliard d'euros, la commission a *rejeté* un amendement de Mme Jacqueline Fraysse visant à verser les allocations familiales dès le premier enfant.

La commission a ensuite examiné un amendement de Mme Marie-Françoise Clergeau visant à poursuivre la réforme de l'allocation de rentrée scolaire. **Mme Catherine Génisson** a précisé que l'amendement module le montant de l'allocation avec l'âge des enfants afin de l'adapter au niveau des frais de scolarité.

M. Claude Gaillard, rapporteur pour la famille, après avoir exprimé son accord sur le fond, a estimé nécessaire que la proposition fasse l'objet d'études plus poussées dans le cadre de la conférence de la famille de 2004, qui traitera de l'adolescence.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Jacqueline Fraysse visant à indexer les prestations familiales sur les salaires.

Article 51

Modalités de financement en 2004 des majorations de pension pour enfant

Cet article fixe à 60 % en 2004 la part du financement par la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) des majorations de pension pour enfant, prises en charge par le Fonds de solidarité vieillesse (FSV).

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome III du présent rapport (rapport de M. Claude Gaillard sur la famille).

*

La commission a examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse de suppression de l'article.

M. Maxime Gremetz a estimé scandaleux de prélever des ressources sur la branche famille pour financer le fonds de solidarité de vieillesse. Le drame de la canicule a souligné les besoins en matière de prise en charge du vieillissement de la population mais ce prélèvement est proprement incroyable. Un tel transfert de financement est la conséquence de l'attitude du gouvernement qui ne veut pas dégager de recettes nouvelles pour la sécurité sociale mais augmente les exonérations patronales et ne touche pas aux revenus financiers.

M. Claude Gaillard, rapporteur pour la famille, a jugé la démonstration de M. Maxime Gremetz excessive, s'agissant d'un prélèvement créé sous la législation précédente. En outre, la prise en charge par la branche famille des majorations de pension pour enfants répond à une certaine logique car il s'agit d'un avantage familial différé. Cependant, il serait souhaitable que le taux de 60 % actuel de prise en charge

des dépenses totales au titre des majorations ne soit pas augmenté chaque année compte tenu des comptes de la branche famille.

La commission a *rejeté* l'amendement, puis elle a *adopté* l'article 51 sans modification.

Article 52

Fixation de l'objectif de dépenses de la branche famille pour 2004

En application du 3° du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article fixe le montant des dépenses de la branche famille pour 2004 à 45,5 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale comptant plus de vingt mille cotisants, actifs ou retraités titulaires de droits propres.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome III du présent rapport (rapport de M. Claude Gaillard sur la famille).

*

La commission a examiné un amendement de Mme Marie-Françoise Clergeau visant à majorer l'objectif de dépenses de la branche famille pour 2004 de 228 millions d'euros.

Mme Catherine Génisson a précisé que cette majoration a pour objet de financer une dotation d'investissement du Fonds national d'action sociale consacré au développement des structures d'accueil de la petite enfance. **M. Claude Gaillard, rapporteur pour la famille**, a répondu que 50 millions d'euros sont prévus dans l'objectif de dépenses pour la création de places de crèches en 2004. Sur quatre ans, 200 millions d'euros seront consacrés à la création de 20 000 places de crèches.

La commission a *rejeté* l'amendement puis elle a *adopté* l'article 52 sans modification.

Article additionnel après l'article 52

Rapport d'évaluation de la mise en place de la prestation d'accueil du jeune enfant

La commission a examiné un amendement de M. Claude Gaillard, rapporteur pour la famille, demandant au gouvernement de présenter au Parlement un rapport, au plus tard le 1^{er} septembre 2004, sur la mise en place de la prestation d'accueil du jeune enfant.

Le président Jean-Michel Dubernard s'est déclaré favorable à l'amendement, qui permet de revaloriser la fonction de contrôle exercée par le Parlement.

La commission a *adopté* l'amendement.

Section 3

Branche vieillesse

Le président Jean-Michel Dubernard a remercié M. Jean-Marie Le Guen d'avoir bien voulu remplacer Mme Paulette Guinchard-Kunstler, rapporteure pour l'assurance vieillesse, empêchée.

Avant l'article 53

La commission a examiné un amendement de Mme Paulette Guinchard-Kunstler proposant une augmentation de 2 % à 6 % du taux de la contribution sociale sur les revenus du patrimoine, dont le produit est réparti entre le Fonds de solidarité vieillesse (FSV), le Fonds de réserve des retraites (FRR) et la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), et opérant une affectation du surplus au bénéfice du fonds de réserve des retraites et du Fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

M. Jean-Marie Le Guen, suppléant Mme Paulette Guinchard-Kunstler, rapporteure pour l'assurance vieillesse, a précisé qu'il s'agit d'augmenter le taux de contribution pour les retraites afin d'abonder le Fonds de réserve, seul moyen de pérenniser notre système de retraite par répartition.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Article 53

Fixation de l'objectif de dépenses de la branche vieillesse pour 2004

En application du 3° du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article fixe à 146,6 milliards d'euros l'objectif de dépenses de la branche vieillesse (qui inclut les dépenses d'invalidité au-delà de soixante ans) pour l'année 2004 et cela pour l'ensemble des régimes de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de leurs droits propres.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome IV du présent rapport (rapport de Mme Paulette Guinchard-Kunstler sur l'assurance-vieillesse).

*

La commission a examiné un amendement de Mme Paulette Guinchard-Kunstler visant à diminuer l'objectif de dépenses de la branche vieillesse du régime général afin de suspendre la mise en œuvre de la décision du gouvernement modifiant les paramètres du calcul de la compensation démographique généralisée, déjà appliquée en 2003 et reconduite pour 2004.

M. Jean-Marie Le Guen, suppléant Mme Paulette Guinchard-Kunstler, rapporteure pour l'assurance vieillesse, a précisé qu'il s'agit de faire valoir un principe de solidarité interrégimes.

M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a considéré que le dispositif mis en œuvre par le gouvernement permet d'assurer plus de transparence dans le calcul des mécanismes de compensation.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Elle a *adopté* l'article 53 sans modification.

TITRE V

OBJECTIFS DE DÉPENSES RÉVISÉS POUR 2003

Article 54

Fixation des objectifs révisés de dépenses par branche pour 2003

En vertu du dernier alinéa du II de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, seules des lois de financement de la sécurité sociale peuvent modifier les dispositions qui font partie de leur domaine obligatoire. Il en est ainsi des objectifs de dépenses par branche de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale comptant plus de 20 000 cotisants, actifs ou retraités titulaires de droits propres.

Cet article permet de faire apparaître les évolutions constatées depuis le vote de la dernière loi de financement en matière de dépenses. De plus, il permet au Parlement de valider les mesures nouvelles de dépenses proposées à titre rectificatif par le présent projet de loi pour 2003.

Le tableau ci-dessous compare les chiffres votés en loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 et les montants révisés dont l'adoption est proposée par le présent article.

Objectifs de dépenses par branche en 2003

(en milliards d'euros)

	LFSS 2003	PLFSS 2004
Maladie – Maternité – Invalidité	136,4	138,1
Vieillesse – Veuvage	140,4	140,7
Accidents du travail	9,4	9,5
Famille	43,6	44
Total des dépenses	329,7	332,3

Les principaux écarts entre les prévisions votées en loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 et les prévisions soumises aujourd'hui au vote du Parlement sont les suivants.

- **Branche maladie : + 1,7 milliard d'euros**

L'écart est dû, pour 1,2 milliard d'euros au dépassement de l'ONDAM, dont il a déjà été tenu compte à l'article 43 du présent projet, ainsi qu'à une augmentation des prestations extralégales, des charges financières et des charges de gestion courante.

Par ailleurs, l'article 42 du présent projet majore de 155,4 millions d'euros l'objectif de dépenses de la branche en 2003, compte tenu du versement du Fonds national d'assurance maladie de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés au fonds de concours créé par l'Etat dans le cadre du plan Biotox.

- **Branche vieillesse : + 300 millions d'euros**

- **Branche accidents du travail : + 100 millions d'euros**

La hausse de ces deux agrégats provient d'une augmentation des dépenses de prestations plus élevées que prévue initialement.

- **Branche famille : + 400 millions d'euros**

Cet écart s'explique par une hausse des charges de gestion courante et des charges exceptionnelles résultant de modifications dans les opérations de consolidation interne au sein des comptes de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF).

*

La commission a *adopté* l'article 54 sans modification.

TITRE VI

MESURES DIVERSES ET DISPOSITIONS RELATIVES A LA TRESORERIE

Article additionnel avant l'article 55

(articles L. 136-6 et L. 245-14 du code de la sécurité sociale et articles 1600-0 C et 1600-0 F du code général des impôts)

Anticipation de la date de versement à la sécurité sociale du produit de la CSG sur les revenus du patrimoine

La commission a examiné un amendement de M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, avançant de trois semaines la date du reversement à la sécurité sociale du produit de la CSG et du prélèvement de 2 % sur les revenus du patrimoine.

M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a indiqué que la CSG et le prélèvement de 2 % sur les revenus du patrimoine sont liquidés et recouvrés par les services fiscaux sur la base de rôles émis à l'automne de chaque année. Les recettes correspondantes sont reversées aux organismes de sécurité sociale vers le 15 décembre. Or, le paiement de ces sommes par les contribuables intervient le 15 novembre. Il est donc possible d'avancer la date de reversement de ces recettes par

rapport à la pratique actuelle. Cet amendement prévoit ainsi de les transférer aux organismes concernés le 25 novembre au plus tard, ce qui permettra d'alléger les difficultés de trésorerie que connaît traditionnellement le régime général au début du mois de décembre. Une disposition similaire concernant la CSG sur les revenus de placement financier a été adoptée à l'initiative de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales dans les lois de financement de la sécurité sociale pour 2001 et 2002.

M. Jean-Marie Le Guen a estimé qu'il s'agit vraiment de « racler les fonds de tiroir ».

La commission a *adopté* l'amendement.

Article 55

(articles L. 133-3 et L. 243-3 du code de la sécurité sociale)

Simplification de la procédure d'admission en non valeur

Cet article permet aux organismes de sécurité sociale de faire sortir plus facilement de leur bilan des créances devenues irrécouvrables, qui sont alors admises en non valeur. Il s'agit d'une opération de clarification comptable et de responsabilisation des conseils d'administration des caisses.

Dès lors que le recouvrement sur le cotisant de tout ou partie de la créance des organismes apparaît incertain, cette créance doit, selon les règles du plan comptable applicable aux organismes de sécurité sociale, être considérée comme douteuse. Une provision pour dépréciation est alors constituée. Le montant de la provision, qui grève d'une charge le résultat de l'exercice considéré, est calculé, soit à partir de l'examen de chaque créance, soit à partir d'une estimation forfaitaire.

Une créance devenue irrécouvrable est présentée en non valeur dès lors que les conditions fixées par la législation en vigueur sont remplies. La provision qui avait été constituée est alors reprise dans le résultat comptable, sous la forme d'un produit l'améliorant. Cette opération de clarification a donc un impact positif sur les comptes annuels.

Dans le droit en vigueur, la procédure d'admission en non valeur des créances, des cotisations sociales et des majorations et pénalités prévues en cas de renvoi tardif de la déclaration de revenus et en cas de non-acquittement des cotisations à l'échéance impose un avis conforme conjoint du directeur régional des affaires sanitaires et sociales et du trésorier-payeur général, sur la demande présentée par l'organisme de sécurité sociale concerné, préalablement à la décision du conseil d'administration de cet organisme.

Cette procédure est lourde dans la mesure où elle prévoit un contrôle *a priori* exercé par deux tutelles. C'est pourquoi il est proposé de mettre fin à ce contrôle *a priori* des décisions des conseils d'administration des organismes de sécurité sociale, qui prendront désormais seuls la décision d'admission en non valeur. Le contrôle des admissions en non valeur s'effectuera *a posteriori*, dans le cadre des contrôles des comptes exercés par les comités régionaux d'examen des comptes.

Par ailleurs, cet article étend la procédure d'admission en non valeur, dans les mêmes conditions, aux créances recouvrées par les organismes de sécurité sociale pour le compte de tiers, en cas de non-acquittement des cotisations à l'échéance. Une telle possibilité n'était en effet pas prévue par le droit en vigueur.

Le gouvernement estime qu'il est possible d'augmenter de 5 % l'admission en non valeur des créances grâce aux nouvelles procédures ainsi mises en place. Le gain comptable associé serait de 40 millions d'euros pour les régimes de sécurité sociale.

*

La commission a *adopté* un amendement de simplification rédactionnelle de M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général.

Elle a ensuite *adopté* l'article 55 ainsi modifié.

Article 56

(articles L. 243-5, L. 243-6, L. 244-2 et L. 244-3 du code de la sécurité sociale et article L. 725-7 du code rural)

Simplification des modalités de recouvrement des cotisations et contributions sociales

Cet article propose quatre mesures techniques de simplification du recouvrement des cotisations et contributions sociales.

Le **I** aligne les délais de prescription des créances de cotisations et contributions sociales. Les organismes de recouvrement disposent, en vertu de l'article L. 244-3 du code de la sécurité sociale, d'un délai de reprise d'une durée de trois ans. Les cotisants ne disposent, en vertu de l'article L. 243-6, que d'un délai d'une durée de deux ans pour demander le remboursement des indus sur cotisations et contributions sociales. Par souci d'égalité dans le cadre des procédures de recouvrement, il est justement proposé de porter ce délai de prescription des demandes de remboursement également à trois ans.

Le **II** précise, par analogie avec la réglementation fiscale et pour accroître la sécurité juridique du dispositif, le point de départ de la prescription du délai susmentionné de reprise des cotisations et contributions sociales. La période de reprise possible ne sera plus une période de trois ans jour pour jour mais une période égale à trois années civiles plus l'année en cours. Il est par ailleurs institué une prescription de cinq ans dès lors que les éléments constitutifs d'une infraction de travail dissimulé ont été constatés.

Le **III** prolonge de trois à six mois le délai pendant lequel les organismes de sécurité sociale sont tenus d'inscrire à un registre public tenu au greffe du tribunal de commerce ou du tribunal de grande instance leurs créances de cotisations et contributions sociales supérieures à 12 000 euros, pour leur conserver leur caractère privilégié. L'allongement de ce délai est en fait favorable aux cotisants car il donne plus de temps pour aboutir à un règlement amiable des dossiers débiteurs.

Le **IV** supprime une disposition de nature réglementaire tombée en désuétude, laquelle prévoit que l'organisme de sécurité sociale souhaitant poursuivre devant le

tribunal de police un employeur ou un travailleur indépendant qui ne s'est pas conformé aux prescriptions de la législation de sécurité sociale doit envoyer une copie de sa lettre de mise en demeure préalable au directeur régional des affaires sanitaires et sociales.

*

La commission a examiné l'amendement n° 1 du gouvernement, fixant une limite au remboursement de l'indû lorsqu'est intervenue une décision juridictionnelle qui révèle la non-conformité à une règle de droit supérieure de la règle de droit dont il a été fait application pour recouvrer des cotisations sociales.

M. Jean-Marie Le Guen ayant demandé de quelle procédure il est question, **M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**, a précisé qu'il s'agit des demandes de remboursement par les cotisants du trop-perçu par les organismes de recouvrement des cotisations sociales, le projet de loi portant la période de réclamation de deux ans à trois ans en faveur des cotisants.

La commission a *adopté* un sous-amendement de M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, de coordination avec le code rural, puis l'amendement n° 1 ainsi modifié.

Elle a ensuite *adopté* un amendement de précision de M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, puis l'article 56 ainsi modifié.

Article 57

(article L. 243-1-1 du code de la sécurité sociale et article L. 741-1-1 du code rural)

Simplification des obligations déclaratives des employeurs non établis en France

Cet article simplifie les modalités de déclaration et de versement des cotisations et contributions sociales dues par des employeurs qui ne sont pas établis en France pour leurs salariés exerçant leur activité sur le territoire français.

Selon les indications fournies par le gouvernement, dans le contexte actuel de forte mobilité internationale du personnel salarié, près de 10 000 personnes exercent en France une activité salariée au sein d'une entreprise étrangère et pour lesquels il n'y a pas de déclaration, principalement dans le domaine des prestations de service. Les entreprises étrangères qui interviennent ainsi en France dans le cadre de la prestation de services internationale s'engagent à respecter les dispositions du code du travail et du code de la sécurité sociale, mais l'article R. 243-4 du code de la sécurité sociale fait peser sur le salarié la responsabilité de l'exécution des obligations incombant à son employeur, notamment le versement des cotisations patronales correspondant à son emploi, ce qui est très rarement appliqué en pratique.

Or, en vertu du principe de territorialité, tout travail exercé en France implique l'assujettissement du salarié à un régime français de sécurité sociale, quels que soient la nationalité et le lieu de résidence de l'employeur et du travailleur. Le principe d'unicité de législation implique par ailleurs qu'une personne qui travaille sur le territoire de deux ou plusieurs Etats relève de la législation d'un seul d'entre eux, en principe celui de sa résidence, même si l'activité dans cet Etat n'est pas la plus importante.

Pour faciliter l'exercice de ces activités, il est donc proposé que les employeurs non établis en France puissent remplir leurs obligations relatives aux déclarations et versements des cotisations et contributions sociales auxquels ils sont tenus au titre de l'emploi de personnel salarié exerçant son activité sur le territoire français auprès d'un organisme de recouvrement unique (une URSSAF désignée par type d'activité), soit directement, soit par l'intermédiaire d'un représentant résidant en France, spécialement désigné à cet effet et personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues.

Les modalités d'application du présent article, qui concerne les salariés relevant soit du régime général, soit du régime agricole, seront déterminées par un décret en Conseil d'Etat qui précisera notamment quel organisme unique de recouvrement pourra recevoir les cotisations soit de l'employeur étranger lui-même, soit de son mandataire, lorsque le rattachement obligatoire au régime français résultera, pour une activité hors du territoire français, des dispositions des accords internationaux auxquels la France est partie.

La mise en œuvre effective de la déclaration et du versement des cotisations et contributions sociales par les employeurs sans établissement en France devrait procurer aux régimes de sécurité sociale un gain financier de 50 millions d'euros en année pleine.

*

La commission a *adopté* trois amendements de M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, le premier étendant la compétence du guichet unique au recouvrement des cotisations et contributions sociales d'origine conventionnelle pour les employeurs dont l'entreprise ne comporte pas d'établissement en France, le second renvoyant à un arrêté le soin de désigner l'organisme de recouvrement habilité et le troisième de portée rédactionnelle.

La commission a *adopté* l'article 57 ainsi modifié.

Article 58

Ratification du décret portant relèvement du plafond des avances de trésorerie au régime général de sécurité sociale pour 2003

Le présent article tend à ratifier, conformément à l'article L.O. 111-5 du code de la sécurité sociale, le relèvement de 12,5 milliards d'euros à 15 milliards d'euros du plafond des avances de trésorerie du régime général, relèvement intervenu par décret en Conseil d'Etat et en Conseil des ministres (n° 2003-921) du 26 septembre 2003.

Cet article répond à une obligation juridique et le relèvement qu'il ratifie à une nécessité financière.

1. Eléments de procédure

Parmi les dispositions obligatoires que chaque loi de financement comporte, en vertu de la loi organique du 22 juillet 1996, figure la fixation du plafond dans la limite duquel les besoins de trésorerie des régimes de sécurité sociale peuvent être couverts par des ressources non permanentes. Le dépassement de ces limites – qui revêtent un caractère impératif et constituent une autorisation de financement des régimes concernés

par des ressources non permanentes – doit donner lieu à une autorisation par décret, en cas d'urgence. L'article L.O. 111-5 du code de la sécurité sociale précise que la ratification de ce décret doit être demandée au Parlement dans le plus prochain projet de loi de financement.

Une telle procédure est déjà intervenue à trois reprises depuis la création des lois de financement de la sécurité sociale. Le montant inscrit en loi de financement pour permettre à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) d'emprunter auprès de la Caisse des dépôts et des consignations a en effet été dépassé en cours d'année :

– En 1997 : les besoins de trésorerie du régime général avaient été fixés à 10 milliards d'euros par la loi de financement, montant porté par décret du 8 octobre 1997 à 12,2 milliards d'euros.

– En 1998 : alors que la loi de financement de la sécurité sociale avait retenu un montant de 3 milliards d'euros pour le découvert du régime général, un décret du 26 août 1998 a porté cette autorisation d'emprunt à 4,7 milliards d'euros.

– En 1999, le plafond d'avances de trésorerie du régime général, initialement fixé à 3,7 milliards d'euros, a été porté à 4,4 milliards d'euros par un décret du 7 octobre 1999.

L'article 68 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 a prévu un découvert autorisé de 12,5 milliards d'euros pour le régime général en 2003. Il se trouve que ce montant risque d'être dépassé dans le courant du mois d'octobre 2003, justifiant le relèvement de ce plafond à 15 milliards d'euros.

2. Eléments financiers

En application de l'article 8 de la loi de financement pour 1997, codifié par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 à l'article L. 111-10 du code de la sécurité sociale, « lorsqu'il prend le décret visé à l'article L.O. 111-5, le Gouvernement dépose devant le Parlement, dans un délai de quinze jours, un rapport présentant les raisons du dépassement des limites prévues au 5° du I de l'article L.O. 111-3 et justifiant l'urgence qui exige ce recours à la voie réglementaire ». Un rapport a ainsi été transmis au président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale le 8 octobre 2003. Ce rapport présente d'abord les raisons du dépassement du plafond d'avances, puis motive l'urgence du décret :

« 1. Le relèvement du plafond d'avances de trésorerie du régime général est dû à des évolutions moins favorables que prévu des encaissements et des tirages

« Selon les prévisions les plus récentes, le solde du compte unique de disponibilités courantes de l'ACOSS atteindrait en fin d'année un point bas compris entre – 13 et – 14 milliards d'euros. A partir de début octobre, on dénombre actuellement près de vingt jours pour lesquels le besoin de trésorerie serait supérieur à 12,5 milliards d'euros. Cette situation s'explique principalement par le fort effet de ciseau observé sur l'évolution des encaissements et des tirages.

« Les écarts les plus importants par rapport aux prévisions initiales concernent les encaissements. Ils s'expliquent essentiellement par des évolutions plus faibles

qu'attendues de la masse salariale du secteur privé et du rendement de certaines recettes fiscales.

« En effet, les données disponibles depuis le début de l'année ont amené à revoir à la baisse de façon significative l'hypothèse de progression de l'assiette salariale, qui détermine l'évolution des encaissements de cotisations. Elle est ainsi passée de 4,1 % – lors de l'élaboration du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 – à 2,7 % dans le rapport de mai 2003 de la Commission des comptes de la sécurité sociale – puis à 2,3 % – dans le rapport de septembre de cette même commission.

« Par ailleurs, le rendement de la CSG assise sur les revenus du patrimoine et des taxes sur le tabac et les alcools devrait être plus faible que prévu lors de l'élaboration du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003. Ainsi, concernant les droits sur les tabacs, la politique de hausse des prix commence à porter ses fruits : la consommation a fortement baissé en 2003, réduisant de façon significative le montant de ces droits.

« Pour leur part, les tirages continueraient de connaître une dynamique soutenue. Cela concerne essentiellement les branches maladie et accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP):

« Les dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM devraient ainsi croître de 6,4 % à champ constant, au lieu des 5,3 % fixés par la loi de financement, tandis que les dépenses de la branche AT-MP augmenteraient de 7,7 %, au lieu des 5,4 % prévus lors de l'élaboration du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003. De leur côté, certaines prestations gérées pour le compte de l'Etat souffriront de remboursements insuffisants de la part de celui-ci, les crédits ouverts en loi de finances pour 2003 s'avérant nettement inférieurs aux dépenses effectivement constatées : ainsi, les acomptes versés par l'Etat au régime général au titre du RMI devraient être inférieurs de 400 à 500 millions d'euros aux dépenses comptabilisées par la branche famille.

« Face à ces évolutions, le gouvernement a pris des mesures techniques de lissage de la trésorerie du régime général. La principale de ces mesures consiste en une anticipation du 15 décembre au 25 novembre du reversement par l'Etat du produit des prélèvements sur les revenus du patrimoine affectés à la sécurité sociale, à savoir la CSG patrimoine et le prélèvement social de 2 %. Cela représente un apport de près de 3 milliards d'euros au début du mois de décembre, période où le point bas aurait pu dépasser 15 milliards d'euros.

« Toutefois, il est apparu que ces mesures permettraient de limiter l'ampleur du dépassement du plafond fixé initialement dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003, mais n'éviteraient pas son relèvement.

« Compte tenu de ces éléments et des aléas pesant sur la prévision, le gouvernement a donc décidé de porter le plafond d'avances du régime général à 15 milliards d'euros.

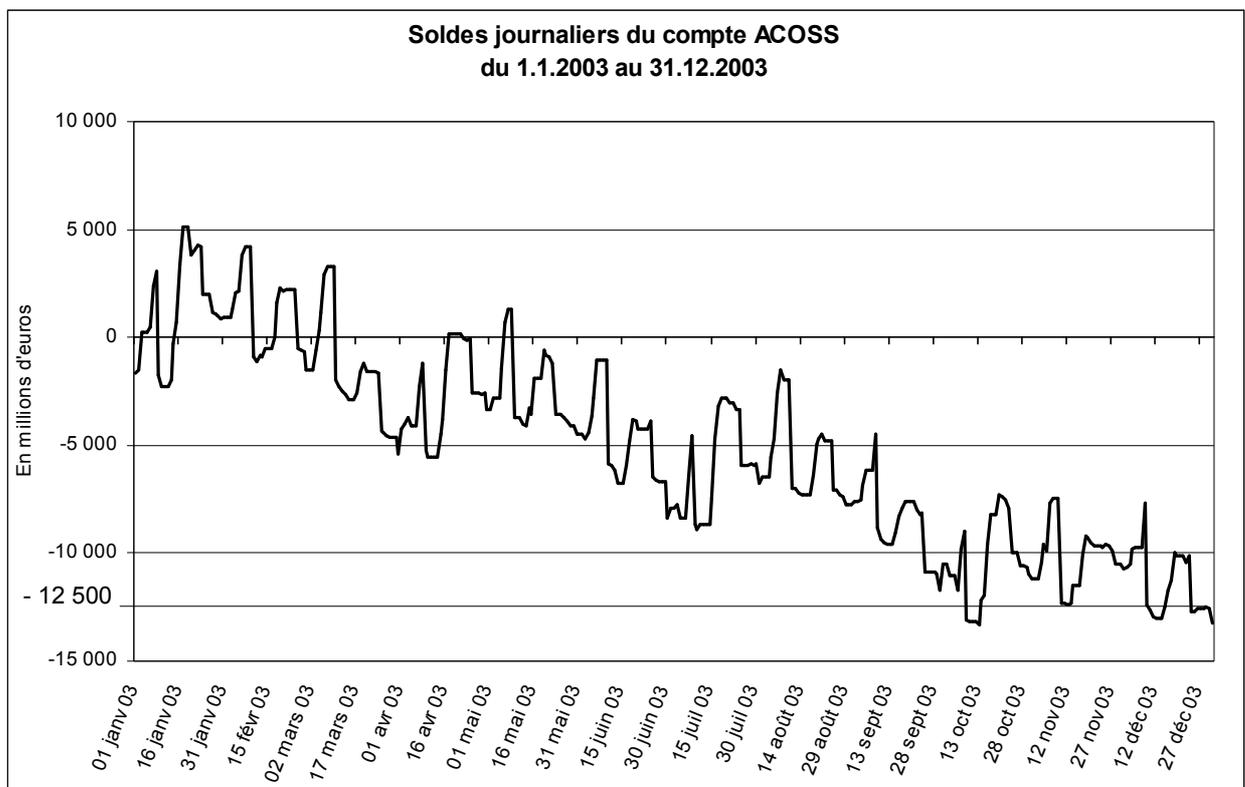
« 2. Les prévisions de trésorerie ne permettaient pas de recourir à une loi de financement rectificative

« Il est apparu en juillet que le plafond des avances serait dépassé malgré les diverses mesures de lissage de la trésorerie que le régime général et l'Etat pourraient prendre.

« Or le premier dépassement pouvait intervenir dès les premiers jours d'octobre. Il n'était donc pas possible pour le gouvernement d'attendre la reprise des travaux parlementaires et de recourir à la partie rectificative du projet de loi de financement pour 2004 pour relever le plafond d'avances de trésorerie.

« Ces éléments ont conduit le gouvernement à remédier à cette situation par décret pris en Conseil des ministres dès la fin de l'été. »

Ces éléments sont confirmés par les données figurant dans l'annexe c du présent projet de loi de financement, indiquant notamment que la trésorerie du régime général devrait connaître sur l'exercice 2003 une variation négative de – 11,6 milliards d'euros, atteignant en fin d'année un solde de – 13,2 milliards d'euros (contre – 1,6 milliard d'euros au 31 décembre 2002).



Le profil de trésorerie de l'exercice 2003 présente une situation dégradée par rapport à celui de 2002. Il se caractérise notamment par une augmentation sensible du nombre de jours négatifs : 311 jours contre 114 en 2002. La trésorerie du régime général

n'a connu des soldes positifs significatifs qu'au cours du premier trimestre. Depuis lors, le solde se dégrade continûment. Le point le plus bas de la trésorerie pour cette année a été atteint le 13 octobre avec – 13,3 milliards d'euros. Ce point bas se situe 2,7 milliards d'euros en dessous de celui qui avait été estimé lors de la préparation du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003.

Ce point bas correspondant à un besoin de trésorerie supérieur au montant du plafond d'emprunt du régime général fixé à 12,5 milliards d'euros par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003, et compte tenu des aléas macroéconomiques et financiers qui pèsent sur la prévision de trésorerie, le plafond pour 2003 doit ainsi être porté de 12,5 milliards d'euros à 15 milliards d'euros.

Le rapporteur ne peut que constater la nécessité du relèvement de plafond ratifié par cet article, étant donné que le dépassement a déjà eu lieu matériellement. L'autorisation parlementaire d'emprunter, votée l'an dernier, était fondée sur des comptes 2003 moins dégradés que prévus, notamment avec des rentrées de cotisations et de taxes plus importantes : le compte associé à la loi de financement indiquait 3,9 milliards d'euros de déficit. Or le déficit prévisionnel devrait atteindre 8,9 milliards d'euros en 2003, soit 5 milliards d'euros de plus que prévu, ce qui implique tout à fait mécaniquement un ajustement de la trésorerie vers le bas.

Cette situation était prévisible depuis assez longtemps, le conseil d'administration de l'ACOSS ayant déjà alerté M. Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, sur le risque de dépassement du plafond d'avances au second semestre dès la fin du mois d'avril 2003. Le rapporteur se félicite cependant que le décret soumis à ratification ait été pris sans anticipation excessive sur le calendrier, afin d'apprécier au mieux l'évolution effective de la trésorerie du régime général et de répondre au caractère d'urgence qui doit le motiver en vertu de la loi organique.

*

La commission a *adopté* l'article 58 sans modification.

Article 59

Fixation des plafonds d'avances de trésorerie pour 2004

Cet article détermine pour l'année 2004 les montants du plafonnement des ressources non permanentes dont disposeront les régimes qui sont, de ce fait, légalement autorisés à emprunter dans la limite de ces plafonds, conformément au 5° du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

Il convient de rappeler que les plafonds ainsi fixés ne correspondent pas à un « déficit » autorisé des régimes en cause, mais au point le plus bas de leur trésorerie, lequel connaît des variations assez fortes en cours d'année compte tenu du rythme variable et non synchronisé des encaissements et des décaissements. Ils sont donc nécessairement supérieurs au déficit prévisionnel des régimes concernés.

L'évolution des plafonds d'avances votés par le Parlement pour les derniers exercices est la suivante :

Plafonds d'avances de trésorerie

(en millions d'euros)

	LFSS 2002	LFSS 2003	PLFSS 2004
Régime général	4 420	12 500	33 000
Régime des exploitants agricoles	2 210	2 210	4 100
CNRACL	500	500	500
Régime minier (CANSSM)	350	350	200
Fonds spécial des pensions des ouvriers de l'Etat	80	80	80

Le profil prévisionnel de trésorerie des cinq régimes concernés pour 2004 est présenté dans l'annexe *c* du projet de loi de financement.

Il faut préciser que le vote du Parlement vaut autorisation d'emprunter, au plus, la somme indiquée. Tous les autres régimes obligatoires de base disposant d'une trésorerie autonome ne sont pas, *a contrario*, autorisés à recourir à l'emprunt, ainsi que le précise le dernier alinéa de cet article.

1. Le régime général : 33 milliards d'euros

Cet article fixe à 33 milliards d'euros la limite d'appel à des ressources non permanentes pour le régime général en 2004. Il s'agit du seuil le plus important jamais fixé en loi de financement, preuve de la situation financière très difficile de la sécurité sociale pour l'année à venir : ainsi le décret du 8 octobre 1997, ratifié en loi de financement de la sécurité sociale pour 1998, n'avait-il pas porté ce montant à plus de 12,2 milliards d'euros, alors que le déficit du régime général avait été cette année là de 5,2 milliards d'euros.

Ce montant de 33 milliards d'euros dépasse le résultat déficitaire cumulé du régime général depuis 2002, égal à 23,6 milliards d'euros en tenant compte pour 2004 des mesures d'équilibre du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale. En effet, plusieurs facteurs expliquent le surcroît de dégradation de la trésorerie par rapport aux comptes, certaines opérations impactant la trésorerie mais pas le résultat comptable : les versements au Fonds de réserve pour les retraites des excédents de la CNAV, l'augmentation des dettes de l'Etat vis-à-vis de la sécurité sociale (pour un montant cumulé sur la période 2002-2004 de 1,5 milliard d'euros) et la variation, également positive pour 800 millions d'euros, des dettes du Fonds de solidarité vieillesse.

La trésorerie de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) recouvre en effet non seulement les opérations d'encaissements et de décaissements et les opérations de dépenses des différentes branches du régime général (avec un suivi individualisé par branche depuis la loi du 25 juillet 1994), mais aussi un certain nombre d'opérations pour compte de tiers dont le volume a fortement crû ces dernières années (notamment le versement de la CSG et de la CRDS au FSV, au Fonds de financement de l'APA et à la CADES).

La gestion commune de la trésorerie s'opère par l'intermédiaire du compte unique de disponibilités courantes de l'ACOSS auprès de la Caisse des dépôts et consignations (CDC), laquelle consent à l'ACOSS des avances destinées à couvrir ses besoins de trésorerie. Ces deux établissements sont liés depuis le 1^{er} octobre 2001 par une nouvelle convention, remplaçant celle du 18 juin 1980. Le taux de rémunération de ces avances, ainsi que celui des produits financiers engendrés par les liquidités du compte courant, sont fixés par référence au taux effectif moyen pondéré du marché monétaire au jour le jour en euro calculé par la Banque centrale européenne (EONIA = Euro Overnight Index Average).

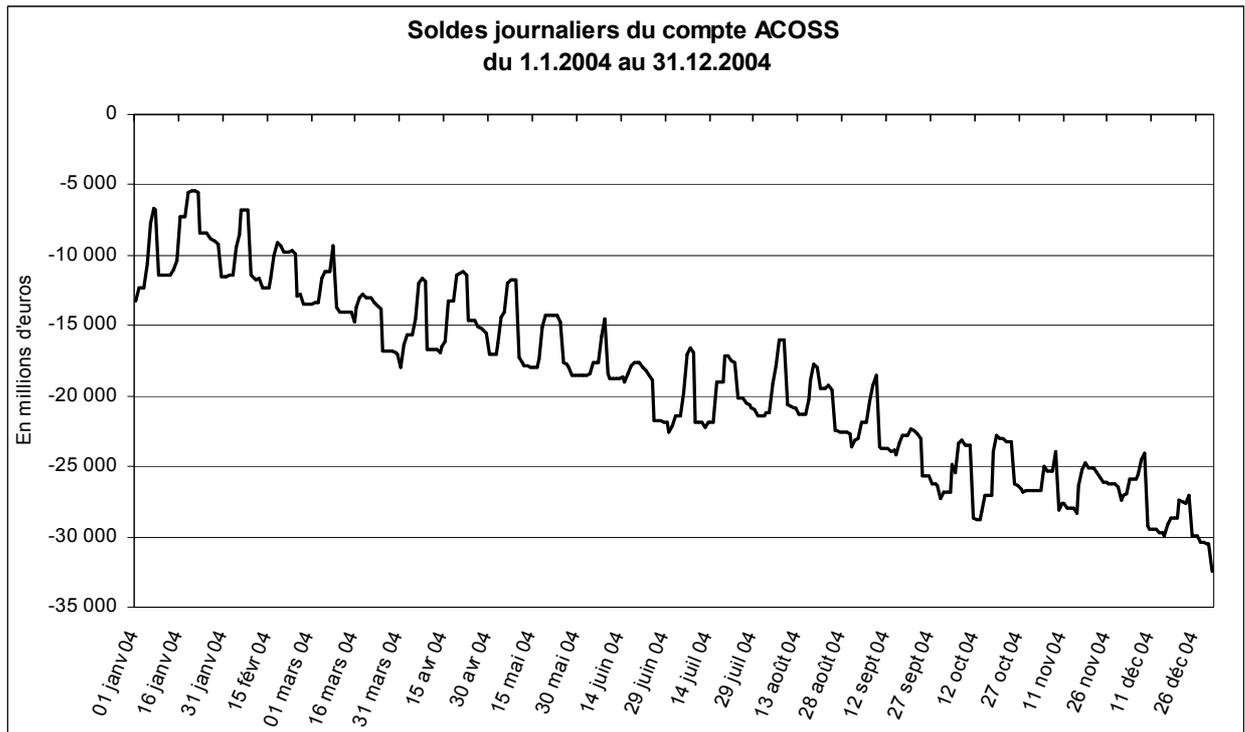
L'ACOSS informe chaque mois la Caisse des dépôts du montant prévisionnel des avances qu'elle entend solliciter pour le mois en cours et le mois suivant. Le coût de ces avances est de EONIA + 0,20 lorsque leur montant est inférieur à 3 milliards d'euros et de EONIA + 0,25 au-delà.

Toutefois, si les besoins de l'ACOSS sont supérieurs de 500 millions d'euros au montant de l'avance sollicitée à titre prévisionnel, le coût s'élève alors à EONIA + 0,7 pour la part de dépassement supérieure à 500 millions d'euros. Depuis le mois de juin 2003, l'ACOSS a aussi recours, en plus des avances définies dans le cadre de la convention d'octobre 2001, à des avances prédéterminées, également consenties par la CDC.

Ces avances consistent en des contrats à terme : l'ACOSS peut emprunter un mois à l'avance, pour une période future qu'elle définit précisément, un certain montant (minimum 500 millions d'euros). Le taux de référence reste l'EONIA, mais la marge est plus faible (de 7 à 10 points de base au lieu de 20 ou 25 points pour les avances conventionnelles) du fait de la réduction de l'incertitude pour le prêteur.

En 2004, la variation de trésorerie du régime général est évaluée à - 19,3 milliards d'euros (solde au 1^{er} janvier 2004 : - 13,2 milliards d'euros ; solde au 31 décembre 2004 : - 32,5 milliards d'euros). Le solde moyen sur cet exercice est estimé à - 19 milliards d'euros. Le point le plus bas ne devrait être atteint qu'à la fin du mois de décembre, à seulement 500 millions d'euros en dessous du plafond proposé au vote du Parlement, ce qui paraît être une marge de sécurité assez faible compte tenu du risque de dégradation de la situation comptable du régime général en 2004.

Le rapporteur estime cependant opportun de ne fixer aujourd'hui le montant du découvert autorisé qu'à la stricte limite de la prévision, et pas au-delà, en dépit des incertitudes pesant traditionnellement sur les hypothèses macroéconomiques et financières. En effet, un risque de dépassement n'apparaît que pour la fin de l'année 2004, au moment où sera discuté le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 et où le Parlement sera en mesure de se prononcer en toute connaissance de cause sur un éventuel ajustement du plafond, comme cette année avec l'article 68 du présent projet.



2. Le régime des exploitants agricoles : 4,1 milliards d'euros

Exploitants agricoles – comptes toutes branches confondues

(en millions d'euros)

	2002	2003	2004
CHARGES	15 269	15 540	15 647
Prestations légales	14 125	14 399	14 487
Prestations extra-légales	66	72	72
Autres prestations	208	218	232
Transferts entre organismes de sécurité sociale	128	123	123
Dotations aux provisions	58	40	41
Diverses charges techniques	61	43	43
Charges financières	55	60	60
Charges de gestion courante	568	585	590
PRODUITS	15 208	15 385	15 574
Cotisations sociales	1 933	1 965	1 914
Impôts et taxes affectés	5 931	6 204	6 612
Contributions publiques	706	846	702
Divers produits techniques	370	70	69
Produits de gestion courante	100	79	94
RÉSULTAT NET	- 61	- 155	- 74

Le régime des exploitants agricoles, dont l'essentiel des dépenses consiste dans le paiement des pensions de retraite et la couverture de l'assurance maladie et qui comporte depuis 2002 une nouvelle branche accidents du travail, est confronté à un déséquilibre démographique important. Pour la branche maladie, les cotisants devraient être au nombre de 1,6 million pour 2 millions de bénéficiaires ; au titre de la vieillesse,

on devrait dénombrer seulement 628 083 cotisants pour 1,9 million de bénéficiaires. De ce fait, le régime est équilibré par la solidarité nationale, au travers du budget annexe des prestations sociales agricoles (BAPSA) retracé en loi de finances.

Le régime des exploitants agricoles a recours à des avances temporaires de trésorerie car les recettes du BAPSA ne correspondent pas toujours avec les dates de versement des prestations. La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) dispose à cet effet d'une ouverture de crédit à court terme auprès d'un syndicat bancaire ; 55 millions d'euros sont budgétés à ce titre au BAPSA pour le paiement des intérêts financiers afférents en 2004.

Le découvert autorisé en loi de financement de la sécurité sociale est porté de 2,2 milliards d'euros en 2003 à 4,1 milliards d'euros en 2004, soit presque deux fois plus. Cette majoration du plafond d'emprunt est justifiée par la permanence du solde déficitaire du régime, les réformes intervenant dans le financement des prestations sociales agricoles et l'impact de la mensualisation des retraites agricoles (aujourd'hui versées trimestriellement). De ce fait, le besoin prévisionnel de trésorerie maximal atteindrait 4 milliards d'euros au cours de la première quinzaine de mars 2004.

En effet, l'« aide » de l'Etat au financement du régime des exploitants agricoles ne prendra plus la forme d'une subvention d'équilibre du budget général et la de la rétrocession d'une part de TVA, mais de l'affectation de 50,16 % en 2004 du produit du droit de consommation sur les tabacs, lesquels seront versés par douzième par l'Etat, ce qui se traduit en trésorerie en début d'année par une diminution des ressources du régime.

Par ailleurs, la mensualisation des pensions de retraite, décidée par l'article 105 de la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites à effet du 1^{er} janvier 2004, a un coût estimé à 1,4 milliard d'euros, car elle induit la première année le paiement de quatorze mois de pensions au lieu de douze (paiement en janvier 2004 du dernier trimestre 2003, puis paiement de onze échéances mensuelles entre février et décembre). Les besoins de trésorerie correspondants seront financés par un emprunt spécifique dont les intérêts (30 millions d'euros environ) seront pris en charge par le Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles, nouvel établissement public créé par l'article 23 du projet de loi de finances pour 2004 qui se substituera définitivement au BAPSA en 2005.

C'est pourquoi l'avant-dernier alinéa du présent article précise que ledit Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles assure le remboursement à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole des intérêts de l'emprunt qu'elle contracte en 2004 pour le financement de la mensualisation du paiement des pensions des exploitants agricoles. Cette disposition figurant cependant dans les mêmes termes au e du III de l'article 23 du projet de loi de finances pour 2004, qui crée ce nouveau fonds, il ne semble ni utile ni opportun de la conserver en loi de financement, car cela reviendrait à avoir deux fois la même dispositions dans la législation en vigueur.

Il suffit de constater que la limite de découvert fixée par le présent article à 4,1 milliards d'euros pour le régime des exploitants agricoles intègre un besoin de trésorerie lié à la mensualisation des retraites agricoles équivalant à 1,4 milliard d'euros. Sous cette réserve d'interprétation, le rapporteur propose donc la suppression de l'avant-dernier alinéa du présent article.

3. La Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) : 500 millions d'euros

CNRACL – comptes toutes branches confondues

(en millions d'euros)

	2002	2003	2004
CHARGES	11 262	11 535	11 985
Prestations légales	8 112	8 543	9 089
Prestations extra-légales	86	80	83
Transferts entre organismes de sécurité sociale	2 981	2 832	2 732
Diverses charges techniques	7	0	0
Charges financières	2	3	3
Charges de gestion courante	73	77	77
PRODUITS	11 201	11 801	12 384
Cotisations sociales	10 924	11 501	12 096
Contributions publiques	1	1	1
Divers produits techniques	31	31	26
RÉSULTAT NET	- 61	266	399

La CNRACL, instituée par un décret du 19 septembre 1947, est un établissement public géré par la Caisse des dépôts et consignations dont l'objet est le service des pensions de retraite et d'invalidité aux agents titulaires des collectivités locales et des hôpitaux.

La CNRACL recouvre également les cotisations pour le compte du Fonds d'allocation temporaire d'invalidité aux agents des collectivités locales (FATIACL) et pour le Fonds de compensation des cessations progressives d'activité des agents des collectivités locales (FCCPA). Le nombre de bénéficiaires des prestations vieillesse devrait s'élever à 581 807 pour 1,8 million de cotisants en 2004.

Après un déficit de 61 millions d'euros en 2002, le régime devrait voir sa situation financière fortement redressée en 2003 et encore consolidée en 2004, grâce à la réforme du mode de calcul des compensations généralisée et spécifique (prise en compte des chômeurs dans les cotisants de la CNAV et baisse progressive du taux d'application de la surcompensation) et à une augmentation du taux de la contribution employeur de 0,4 % chaque année sur la période 2003-2005. En revanche, la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites n'a aucun impact sur les comptes de la CNRACL en 2004.

Compte tenu du décalage entre le rythme des encaissements et des décaissements pour la caisse, il convient de lui maintenir une autorisation de découvert de trésorerie à hauteur de 500 millions d'euros, les points les plus bas (à 450 millions d'euros) devant être atteints fin janvier et fin décembre 2004.

4. La Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM) : 200 millions d'euros

Régime minier – comptes toutes branches confondues

(en millions d'euros)

	2002	2003	2004
CHARGES	4 114	4 135	4 069
Prestations légales	3 566	3 559	3 506
Prestations extra-légales	25	26	26
Autres prestations	17	17	18
Transferts entre organismes de sécurité sociale	4	18	1
Dotations aux provisions	- 38	- 1	- 2
Diverses charges techniques	143	141	139
Charges financières	2	2	2
Charges de gestion courante	341	373	379
PRODUITS	4 191	4 118	4 047
Cotisations sociales	185	179	177
Impôts et taxes affectés	156	167	175
Transferts entre organismes de sécurité sociale	2	2	0
Contributions publiques	453	580	648
Divers produits techniques	10	10	10
Produits de gestion courante	291	268	272
RÉSULTAT NET	76	- 17	- 22

Le régime minier gère les assurances maladie, vieillesse et accidents du travail des mineurs. Compte tenu de la situation démographique du secteur, le rapport cotisants/bénéficiaires est très dégradé : on doit dénombrer en 2004, pour la branche vieillesse de ce régime, 17 752 cotisants pour 372 652 bénéficiaires, soit un cotisant pour 21 pensionnés.

Le nombre de bénéficiaires de ce régime diminue d'environ 5 % chaque année. Structurellement déficitaire, il est équilibré pour 84 % du total de ses ressources par des transferts entre organismes de sécurité sociale (mécanismes de compensation) et une forte augmentation de la subvention de l'Etat, alors que les cotisations et contributions sociales ne représentent que 4 % de ses produits.

En raison d'une situation financière toujours fragile, il est proposé de permettre à la CANSSM de recourir à l'emprunt pour financer ses besoins de trésorerie, à hauteur de 200 millions d'euros, comme en 2003. Ce plafond s'inscrit dans un contexte de trésorerie assez tendu. En effet, on assiste depuis quelques années à une baisse des ressources en provenance des compensations, notamment de la compensation spécifique vieillesse. Cette perte de ressources est compensée par une augmentation de la subvention de l'Etat. Ni le montant définitif versé, ni le calendrier de versement ne sont connus à l'avance. En conséquence, la CANSSM est obligée de faire de plus en plus fréquemment appel à des avances de trésorerie. La diminution programmée de la compensation spécifique, en vue de sa disparition prévue en 2012, ne fait que renforcer

cette tendance. Le régime minier doit absolument être en mesure de pouvoir payer au moins ses échéances de pension tous les 8 du mois, ainsi que d'alimenter en trésorerie les organismes de base qui servent les rentes d'accidents du travail et les prestations maladie. Sachant qu'une échéance correspond à un montant moyen d'environ 155 millions d'euros, il est impossible d'envisager un plafond d'avances de trésorerie inférieur à 200 millions d'euros.

5. Le Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat (FSPOEIE) : 80 millions d'euros

FSPOEIE – comptes toutes branches confondues

(en millions d'euros)

	2002	2003	2004
CHARGES	1 566	1 618	1 649
Prestations légales	1 556	1 607	1 556
Transferts entre organismes de sécurité sociale	2	2	2
Charges de gestion courante	8	8	8
PRODUITS	1 543	1 606	1 647
Cotisations sociales	438	438	434
Contributions publiques	921	987	1 035
Divers produits techniques	182	179	175
RÉSULTAT NET	- 23	- 12	- 2

Le Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat (FSPOEIE) est un établissement public industriel et commercial, géré par la Caisse des dépôts et consignations. Il verse les prestations vieillesse et invalidité des ouvriers d'Etat retraités de l'armement, pour 89 016 bénéficiaires en 2004. Il connaît un déséquilibre démographique assez net puisqu'il ne comptera l'année prochaine que 57 507 cotisants. La baisse régulière du nombre de cotisants limite les recettes et la subvention d'équilibre versée par l'Etat représente plus de 60 % des produits du régime.

En raison d'une situation financière toujours fragile, il est proposé de permettre au fonds de recourir à l'emprunt pour financer ses besoins de trésorerie, à hauteur de 80 millions d'euros, comme en 2003. Le point le plus bas est estimé à 5 millions d'euros en avril 2004.

*

La commission a examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse de suppression de l'article.

M. Maxime Gremetz a estimé que cet article ne constitue qu'une manipulation de trésorerie de plus aggravant le déficit et contribuant à réduire les droits des assurés sociaux.

M. Jean-Marie Le Guen a considéré que l'on risque d'atteindre, à la fin de l'année 2004, un besoin de financement pour la sécurité sociale de l'ordre de 33 milliards d'euros. Cette somme colossale ne pourra pas être financée par la Caisse des dépôts et consignations ou la CADES car les marchés financiers ne pourront pas suivre. L'Etat devra donc se porter caution. Rien n'étant fait dans le présent projet pour réduire les dépenses ou augmenter les recettes, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 portera sur un déficit tendanciel de 18 milliards d'euros, qui s'ajouteront au stock de 33 milliards. Cet article ne fait que révéler l'immensité du problème non résolu.

M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a précisé qu'une avance de trésorerie n'est pas un emprunt. Si l'on prévoit un besoin de trésorerie de 33 milliards d'euros à la fin de l'année 2004, c'est le résultat de l'absence de réformes structurelles de la sécurité sociale au cours des années antérieures.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Elle a ensuite *adopté* deux amendements de M. Pierre Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, le premier réduisant à 50 millions d'euros le montant du découvert autorisé du régime spécial des ouvriers d'Etat, le second visant à supprimer une disposition redondante avec le projet de loi de finances pour 2004 concernant le régime des exploitants agricoles.

La commission a *adopté* l'article 59 ainsi modifié.

*

La commission a **adopté** l'ensemble du projet de loi ainsi modifié.

*

* *

En conséquence, et sous réserve des amendements qu'elle propose, la commission des affaires culturelles, familiales et sociales demande à l'Assemblée nationale d'adopter le projet de loi n° 1106.

ANNEXE : AUDITIONS DU RAPPORTEUR

ACOSS	M. Burban, président du conseil d'administration, et M. Van Roekeghem, directeur
CADES	M. Ract-Madoux, président du conseil d'administration
COUR DES COMPTES	M. Cieutat, président de la sixième chambre, M. Braunstein, M. Babusiaux, Mme Ruellan et M. Gauron, conseillers-maîtres
CFDT	M. Vérollet, secrétaire confédéral chargé de la protection sociale, et M. Bonnand, secrétaire national
CFE-CGC	M. Salengro, délégué national au pôle protection sociale, et Mme Le Voyer, conseillère technique
CFTC	M. Deroussen, secrétaire général-adjoint chargé de la protection sociale
CGPME	M. Veysset, vice-président chargé des affaires sociales, et M. Tissé, directeur des affaires sociales
CGT	M. Chanut et Mme Dubéros
CNAMTS	M. Spaeth, président du conseil d'administration, et M. Lenoir, directeur
CSMF	M. Chassang, président
DSS	M. Libault, directeur M. Briet, ancien directeur Mme Ruellan, ancienne directrice
FFSA	M. de la Martinière, président, M. Renaudin, délégué général, et M. Laborde, conseiller parlementaire
FHF	M. Vincent, délégué général, et Mme Nguyen
FHP	M. Geffroy, délégué général
FNMF	M. Caniard, administrateur délégué chargé de la santé et de la sécurité sociale, et M. Figureau
FO	M. Mallet, secrétaire confédéral chargé de la protection sociale
GROUPAMA	M. Baligand, président, M. Azéma, directeur général, et M. Guédon
IGA	M. Prétot, inspecteur général

IGAS	M. Chadelat, inspecteur général
JTI	M. Vovos, président
LEEM	M. Cassan, président, M. Lemoine, vice-président délégué, M. Baugé, directeur des affaires économiques et européennes et Mme Aline Bessis-Marais, conseillère parlementaire
MEDEF	M. Caron, directeur de la protection sociale
MG-France	M. Costes, président
PHILIP MORRIS	M. Dilley, <i>Managing Director</i>
SNAPEI	M. Truffier
UNIFED	M. Calmet et Mme Labarrère
UPA	M. Buguet, président, et M. Burban, secrétaire général
Association des employeurs de l'économie sociale	M. Lefrêt, président, M. Blanc, M. Truffier, M. Galté et Mme Shunt