

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X I V ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission des affaires sociales

- Audition, ouverte à la presse, de Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé, et de M. Bernard Cazeneuve, ministre délégué chargé du budget, sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 (*MM. Gérard Bapt, Christian Paul, Mme Martine Pinville, M. Michel Issindou, Mme Geneviève Levy, rapporteurs*)..... 2
- Informations relatives à la commission 26
- Présences en réunion..... 27

Mardi

9 juillet 2013

Séance de 17 heures

Compte rendu n° 74

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2012-2013

**Présidence de
Mme Catherine
Lemorton,
Présidente
puis de
M. Christian Hutin,
Vice-président**



COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Mardi 9 juillet 2013

La séance est ouverte à dix-sept heures cinq.

*(Présidence de Mme Catherine Lemorton, présidente de la Commission
puis de M. Christian Hutin, vice-président)*

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

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

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

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

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

L'an dernier, le calendrier parlementaire perturbé par les élections législatives n'a pas permis de présenter de rapport d'application de la loi de financement pour 2012. Au mois de septembre prochain, sera rendu public le rapport annuel de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

Sur les 93 articles restant dans la loi de financement à l'issue de la décision du Conseil constitutionnel, 49 sont d'application directe. Par ailleurs, trois articles demandent uniquement la rédaction par le Gouvernement de rapports qui doivent être déposés sur le

bureau des assemblées dans les mois à venir. Enfin, le Gouvernement a souhaité ajourner ou reconsidérer la mise en œuvre de trois articles relatifs à l'assurance maladie, pour des raisons techniques ou d'opportunité.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

S'agissant des établissements de santé et de la réforme de la tarification à l'activité (T2A), la loi de financement a modifié les règles applicables pour les mises en réserve prudentielles. Le gel porte non plus sur les dotations attribuées au titre des missions d'intérêt

général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), assumées presque exclusivement par les établissements publics, mais sur les enveloppes tarifaires de tous les établissements. Un arrêté a fixé un coefficient minorateur unique appliqué aux tarifs des prestations : pouvez-vous justifier ce choix ? Plus généralement, comment est appliquée la refonte tarifaire cette année, puisqu'elle est un élément nouveau et important de la loi de financement ?

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

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

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

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

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

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

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

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

été mise en œuvre et apporte un complément précieux à ces retraites dont le montant est aujourd'hui très modeste.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Enfin tout cela est tributaire de la nouvelle convention d'objectifs et de gestion liant la CNAF à l'État. La convention 2009-2012 a pris fin en décembre. Sa signature devait intervenir aujourd'hui. Je sais que cette situation est très mal vécue dans les caisses qui s'interrogent sur leurs budgets et leurs effectifs. Ce retard, totalement inhabituel, ne traduit-il pas le fait, madame la ministre, qu'il convient aujourd'hui de changer de méthode ?

Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé. Dans ma présentation de l'application de la loi de financement pour 2013, je laisserai de côté les mesures qui trouveront un prolongement dans le projet de loi de financement pour 2014. À la différence des mesures présentes dans la partie recettes dont la très grande majorité ne nécessitait pas de texte d'application, celles portées par mon ministère ont exigé des décrets ou des arrêtés : 35 articles demandaient 40 décrets d'application. Sur ces 40 décrets, 14 ont

été publiés ; trois ont une date d'application différée et deux ont été suspendus. À ce jour, il reste donc 21 textes à prendre, dont 12 font actuellement l'objet d'une consultation au Conseil d'État et 9 font l'objet d'échanges avant leur publication.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les principes suivants ont été retenus pour la mise en œuvre de cette mesure : d'abord, le praticien territorial disposera d'une garantie de rémunération, par l'intermédiaire d'un contrat d'une année, renouvelable une fois ; ensuite, le niveau de rémunération garanti a été fixé à 3 640 euros nets, en concertation avec les organisations de jeunes médecins. Cela correspond à la rémunération d'un praticien hospitalier à temps plein de premier échelon. Un plancher a aussi été déterminé : un minimum de 38 actes par semaine doit être réalisé pour bénéficier de ce complément ;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

seulement de pallier les situations d'urgence, mais aussi d'anticiper. Le versement de l'aide est en effet conditionné à des engagements de modernisation et d'optimisation.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ces chiffres ne font que souligner combien les mesures de redressement prises en loi de financement pour 2013 et en loi de finances rectificative pour 2012 étaient indispensables.

Sans elles, le déficit prévisible s'établirait à 26 milliards d'euros, soit un niveau très proche du funeste record de 2010 de 28 milliards d'euros. Je rappelle qu'en 2010, alors que la France connaissait une croissance de 1,6 %, le déficit du régime général et du FSV dérapait de 4,5 milliards. Avec une croissance prévue de 0,1 %, nous stabilisons le déficit en 2013.

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

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

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

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

Madame Levy, vous critiquez la dégradation des comptes de la branche famille. Je vous rappelle que le déficit était de 2,5 milliards à notre arrivée. La dégradation n'est donc pas le fait du Gouvernement, qui travaille au contraire au redressement de la branche ; c'est le résultat des choix du gouvernement précédent. Vous avez en effet décidé de retirer à la branche famille des recettes pérennes et parfois dynamiques, comme la fraction de CSG, pour les remplacer par des ressources en voie d'extinction – une *exit tax*, la taxe exceptionnelle sur les réserves de capitalisation des assureurs appelée à disparaître en 2013, ou le prélèvement, non plus en sortie de contrat mais au fil de l'eau, sur les produits d'assurance-vie, qui diminue également. Vous avez ainsi rendu difficile l'équilibre de cette branche que nous nous employons à rétablir à l'horizon 2016 par des mesures d'économies, à hauteur de 800 millions d'euros, et une réduction du quotient familial. Vous nous reprochez de ne pas faire ce qu'il faut alors que nous nous employons à redresser une branche qui a été dégradée. Cela n'est pas juste, d'autant que vous refusez les efforts de redressement auxquels nous procédons.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le déficit de la branche maladie devrait être supérieur de 2 milliards d'euros au montant inscrit dans la loi du fait de la baisse des recettes. La progression de l'ONDAM n'a pas dépassé la cible de 2,7 % – grâce à la modération des professionnels de santé dans leurs prescriptions et leurs activités –, mais cet objectif avait été surévalué par rapport à la

recommandation de l'IGAS ; d'ailleurs, il semble que vous reveniez à 2,4 % ou 2,5 % pour l'année prochaine, comme le suggère l'assurance-maladie. Pour ma part, je pense que ce taux de progression devrait être fixé à 2,3 % ou 2,4 %.

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

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

Vous avez indiqué que le décret portant sur les 200 praticiens territoriaux venait de paraître : ils percevront un revenu garanti de 3 640 euros par mois, ce qui représente huit actes par jour. Nous verrons ce que donnera ce dispositif, mais il aurait fallu, comme nous le proposons, dans le même temps faciliter le cumul entre l'emploi et la retraite pour les 15 000 médecins retraités qui sont prêts à retravailler.

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

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

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

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

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

J'avais souligné, à l'époque du vote de la loi, l'incohérence de la fiscalité comportementale, qui ne prend pas en compte les véritables addictions alors que vous avez

augmenté les taxes pesant sur la bière de 160 %. Où en est-on de la rédaction du rapport que j'avais demandé sur ce sujet ? En disposerons-nous avant l'examen du projet de loi de financement pour 2014, ce qui nous permettrait de faire évoluer la fiscalité ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Mme Ségolène Neuville. Un rapport de la MECSS du Sénat, datant de l'année dernière et portant sur le financement des établissements de santé, mettait en garde contre les effets pervers du système de tarification à l'activité (T2A), au nombre desquels figure l'inflation du nombre des actes, alors qu'un bon médecin n'est pas forcément celui qui effectue le plus d'actes dans une journée. Le rapport pointait également l'absence d'adaptation de la T2A à la prise en charge des pathologies chroniques. Lors des débats sur le projet de loi de financement pour 2013, ce rapport fut évoqué à plusieurs reprises et la première mesure de la loi fut de mettre un terme à la convergence tarifaire. Madame la ministre, vous avez manifesté votre volonté de modifier le mécanisme de tarification des

établissements de santé et le passage à la T2A pour les anciens hôpitaux locaux a d'ailleurs été reporté. Votre ministère réfléchit actuellement à cette réforme de la tarification : pourriez-vous nous indiquer où vous en êtes de ce travail ? Quel impact ont eu la fin de la convergence tarifaire et l'arrêt du gel des dotations au titre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) ?

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

Mme Véronique Louwagie. L'article 11 de la loi concerne les travailleurs indépendants et non salariés et modifie la prise en compte de leurs frais professionnels et des dividendes qu'ils perçoivent, change l'assiette minimale de la cotisation maladie et réduit la cotisation forfaitaire minimale. De forts dysfonctionnements perturbent le Régime social des indépendants (RSI) : un quart des cotisants disent souffrir de ces problèmes cette année et beaucoup de commerçants, d'artisans et de professions libérales reçoivent des appels de charges erronés, rencontrent des difficultés à faire valoir leurs droits à la retraite et peuvent attendre deux ans sans recevoir d'appel de cotisations. Les mesures contenues dans la loi ont retardé l'amélioration du fonctionnement du RSI. Quand celui-ci connaîtra-t-il une situation normale ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'article 57 de la loi avait pour objet de mettre en place une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) dite économique, à la suite de l'affaire des médicaments *Lucentis* et *Avastin*. Le décret n'est effectivement pas encore publié, car le travail juridique est complexe, mais il permettra le déploiement d'une recommandation différente de la RTU classique puisque reposant sur des motifs économiques. Nous devons définir précisément

l'ensemble des critères de cette nouvelle recommandation. S'agissant du débat spécifique sur la molécule utilisable pour le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), plusieurs études sont actuellement menées dans différents pays pour comparer l'efficacité et la tolérance du *Lucentis* et de l'*Avastin*. Les enjeux du décret sont en tout cas découplés du cas particulier du traitement de la DMLA.

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

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

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

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

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

Madame Orliac, la Commission scientifique indépendante (CSI) de la pharmacie s'est tenue le 5 juillet ainsi qu'une réunion du comité stratégique de filière ; j'ai également annoncé des mesures devant favoriser la recherche clinique par la réduction des délais, l'établissement d'une convention unique entre le porteur d'un essai et l'ensemble des établissements de santé où les tests sont réalisés – alors qu'actuellement une convention par établissement est nécessaire. Les représentants de l'industrie pharmaceutique se sont réjouis de ces dispositions. Nous voulons développer l'innovation dans ce secteur d'avenir – notamment la recherche de nouveaux brevets comme la perspective d'un vaccin contre la dengue –, mais cela ne signifie pas qu'il ne doive pas y avoir une régulation des dépenses de médicaments ; la France s'est longtemps classée en tête des pays européens en termes de

consommation de médicaments, mais, pour la première fois depuis dix ans, nous avons assisté à une baisse des ventes en valeur grâce à un programme actif de promotion des médicaments génériques, ceux-ci devant bénéficier de la confiance de l'ensemble des Français.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La séance est levée à dix-neuf heures quinze.



Information relative à la Commission

La Commission des affaires sociales a désigné **M. Denys Robiliard**, rapporteur sur la proposition de loi relative aux soins sans consentement en psychiatrie.



Présences en réunion

Réunion du mardi 9 juillet 2013 à 17 heures

Présents. – M. Gérard Bapt, M. Jean-Pierre Barbier, Mme Sylviane Bulteau, Mme Martine Carrillon-Couvreur, M. Gérard Cherpion, M. Rémi Delatte, M. Jean-Pierre Door, M. Dominique Dord, M. Richard Ferrand, Mme Hélène Geoffroy, M. Jean-Patrick Gille, Mme Linda Gourjade, Mme Joëlle Huillier, M. Christian Hutin, M. Michel Issindou, Mme Chaynesse Khirouni, Mme Isabelle Le Callennec, Mme Annie Le Houerou, Mme Catherine Lemorton, M. Céleste Lett, Mme Geneviève Levy, Mme Véronique Louwagie, Mme Ségolène Neuville, Mme Dominique Orliac, M. Christian Paul, M. Bernard Perrut, Mme Martine Pinville, Mme Bérengère Poletti, M. Arnaud Richard, M. Denys Robiliard, M. Arnaud Robinet, M. Gérard Sebaoun, M. Fernand Siré, M. Jean-Louis Touraine, M. Olivier Véran, M. Francis Vercamer

Excusés. – M. Bernard Accoyer, Mme Gisèle Biémouret, M. Gilles Lurton, M. Christophe Sirugue

Assistaient également à la réunion. – Mme Danièle Hoffman-Rispal, M. Hervé Pellois