



N° 2253

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
QUATORZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 8 octobre 2014.

RAPPORT D'INFORMATION

DÉPOSÉ

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

PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

*sur la mise en **application de la loi n° 2013-1203** du 23 décembre 2013
de **financement de la sécurité sociale pour 2014***

ET PRÉSENTÉ

PAR M. GÉRARD BAPT, MME MARTINE PINVILLE, MM. MICHEL ISSINDOU,
LAURENT MARCANGELI ET MME MARIE-FRANÇOISE CLERGEAU,

Députés.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	5
I. LES RECETTES ET LA GESTION DU RISQUE	8
A. LES RECETTES, LE RECOUVREMENT ET LA TRÉSORERIE	9
1. La contribution des organismes complémentaires au financement du forfait « médecin traitant »	9
2. Le financement des mesures prises en matière de retraites complémentaires agricoles	9
3. La création d'une cotisation déplafonnée d'assurance vieillesse de base pour le Régime social des indépendants.....	9
4. La réforme des modalités de financement de la Haute Autorité de Santé	10
5. La recommandation d'un ou plusieurs organismes de prévoyance par les branches professionnelles.....	10
6. L'intégration des déficits de la CNAM et de la Caisse nationale des allocations familiales dans le champ des reprises de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES).....	11
7. La reconfiguration des exonérations en faveur de l'apprentissage, des contrats de service civique et des chantiers d'insertion.....	11
8. La simplification du mode de calcul des cotisations dues par les travailleurs indépendants.....	11
9. La promotion de la déclaration sociale nominative, du chèque emploi service universel dans les DOM et de la dématérialisation	11
10. La reconduction pour la période 2014-2017 de l'avance consentie par l'ACOSS à la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines ...	12
B. LA GESTION ET LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE	13
1. Le recouvrement des dettes et créances européennes et internationale	13
2. L'unification de la gestion des prestations maladie et accidents du travail des exploitants agricoles.....	13
3. La lutte contre la perception frauduleuse d'aides au logement.....	13

II. L'ASSURANCE MALADIE	14
A. L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ	19
1. Les expérimentations de parcours de soins.....	19
2. La rémunération de l'exercice pluriprofessionnel	21
3. La réforme du cadre d'autorisation des coopérations entre professionnels de santé.....	22
4. La régulation et l'expérimentation de nouveaux modes d'organisation du transport des patients.....	23
5. L'amélioration de la couverture des professionnelles de santé en cas d'arrêt maladie lié à la grossesse	25
B. LES SOINS DE VILLE	26
1. Les mesures relatives au médicament.....	26
2. L'accélération de la procédure d'inscription des actes innovants	29
3. L'amélioration de la prise en charge des soins	30
C. LES ÉTABLISSEMENTS DE DE SANTÉ	36
III. LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL	39
IV. L'ASSURANCE VIEILLESSE	39
V. LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES	40
1. La fixation des montants des dépenses de transfert instituées par des dispositions légales à la charge de la branche AT-MP	40
2. L'entrée en vigueur de l'extension aux marins des droits attachés à la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur.....	40
3. Alignement du taux d'incapacité permanente requis dans le régime agricole pour bénéficier de la prestation complémentaire d'aide à une tierce personne sur le taux prévu dans le cadre du régime général	41
4. Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2014	41
VI. LA BRANCHE FAMILLE	41
1. Les dispositions d'application directe.....	41
2. Les dispositions nécessitant des mesures d'application.....	42
TRAVAUX DE LA COMMISSION	47
EXAMEN DU RAPPORT EN COMMISSION	47
ANNEXE	54

INTRODUCTION

En application de l'article 145-7 du Règlement de l'Assemblée nationale, le présent rapport fait état des textes réglementaires publiés pour la mise en œuvre de la **loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014**, ainsi que des dispositions qui n'auraient pas fait l'objet des textes d'application nécessaires.

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

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

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

Les comparaisons en termes de taux d'application seront faites par rapport aux lois de financement pour 2013 et 2011. En effet, votre commission n'a pas publié de rapport d'application en 2012, le calendrier parlementaire de l'été ayant été perturbé par les élections législatives.

Ces comparaisons devront être appréciées en tenant compte de la date à laquelle les rapports d'application sont présentés : le présent rapport ainsi que celui de 2011 font un bilan de l'application de la loi de financement en septembre, tandis que le rapport de 2013 a été publié dès juillet.

Le présent rapport porte uniquement sur l'application réglementaire de la loi de financement, et non sur sa mise en œuvre concrète et sur l'exécution budgétaire. L'exercice peut paraître formel, mais il a la vertu d'accélérer l'élaboration des textes et leur signature par le pouvoir exécutif. Un second rendez-vous, à l'automne, permet d'apprécier la progression de l'application de la loi : en effet, le 3^o du III de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale prévoit que soit jointe au projet de loi de financement de l'année $n+1$ une annexe « *rendant compte de la mise en œuvre des dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale* » de l'année n .

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

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

Le rapport annuel de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale prévu par l'article L.O. 132-3 du code des juridictions financières apporte un éclairage plus analytique.

*

Adopté définitivement par l'Assemblée nationale le 3 décembre 2013, après son rejet par le Sénat, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a fait l'objet d'une saisine du Conseil constitutionnel, lequel s'est prononcé le 19 décembre ⁽¹⁾, censurant 4 articles ⁽²⁾ sur les 86 articles adoptés, ainsi qu'une partie de l'article 14.

Sur les 82 articles restant, 44 sont d'application directe.

Trois articles appellent la remise par le Gouvernement de rapports au Parlement.

Restent 35 articles qui nécessitent la publication d'un texte réglementaire (décret en Conseil d'État, décret simple ou arrêté) ou bien la signature d'un accord conventionnel. Au 10 septembre 2014, soit un peu plus de huit mois après la publication de la loi, sur ces 35 articles :

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

Établi par le Gouvernement en réponse au questionnaire de vos rapporteurs, le tableau annexé au présent rapport donne un aperçu article par article, et traduit un résultat que l'on peut qualifier de moyen par rapport aux années précédentes, compte tenu du fait qu'il est arrêté en septembre (avec un rapport de 44 % entre le nombre de textes publiés et le nombre attendu), et d'insuffisant pour vos rapporteurs.

(1) *Décision n° 2013-682 DC du 19 décembre 2013.*

(2) *Articles 34, 37, 57 et 58.*

**ÉTAT DE LA PUBLICATION DES TEXTES NÉCESSAIRES À L'APPLICATION
DE LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2014**

Nombre de textes au 10 septembre 2014	Textes d'application nécessaires	Textes publiés		Textes restant à publier
		Nombre	en %	
Décrets en Conseil d'État	15	6	40 %	9
Décrets simples	17	9	53 %	8
Arrêtés	9	3	33 %	6
Total textes d'application	41	18	44 %	23

Source : Commission des affaires sociales.

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

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

Comme c'était le cas dans les rapports de la précédente législature, plutôt que de suivre les quatre parties structurant la loi de financement, le choix a été fait de regrouper par thème, en fonction de la répartition des articles entre rapporteurs, les dispositions de la loi de financement devant faire l'objet de textes d'application : recettes et gestion du risque (M. Gérard Bapt, I), assurance maladie (M. Christian Paul, II), secteur médico-social (Mme Martine Pinville, III), assurance vieillesse (M. Michel Issindou, IV), accidents du travail et maladies professionnelles (M. Laurent Marcangeli, V) et branche famille (Mme Marie-Françoise Clergeau, VI). M. Christian Paul n'étant plus membre de la commission des affaires sociales, il n'est pas rapporteur, mais en tant que rapporteur du projet de loi de financement pour 2014, il a participé à l'élaboration du présent rapport d'application.

I. LES RECETTES ET LA GESTION DU RISQUE

La présente partie porte sur les dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 relatives aux recettes, à l'équilibre général, à la trésorerie, à la gestion du risque et à la lutte contre la fraude.

Comme chaque année, les dispositions suivantes, *de nature purement financière*, sont *d'application directe* : l'approbation des montants du dernier exercice clos (**articles 1^{er} et 2**), la rectification des objectifs et prévisions pour 2013 (**article 6**)⁽¹⁾, la non-compensation par le budget de l'État des pertes de recettes liées à des dispositifs d'exonération de cotisations sociales (**article 21**), la fixation des objectifs et prévisions pour les exercices 2014 et suivants (**articles 22 à 25**) et l'habilitation accordée aux régimes de base à recourir à l'emprunt (**article 31**).

Par ailleurs, certaines dispositions portant sur les *recettes* sont également *d'application directe* : l'**article 3** prévoyant la mobilisation des excédents du fonds pour l'emploi hospitalier, l'**article 8** refondant les prélèvements sociaux sur les produits de placement, l'**article 12** fusionnant la taxe sur le chiffre d'affaires des laboratoires et la taxe sur les premières ventes de médicaments, l'**article 13** créant une troisième tranche de la taxe sur le chiffre d'affaires de la vente en gros, l'**article 15** fixant le montant du taux *k*, l'**article 17** prévoyant des transferts de recettes, l'**article 18** mettant en place une taxe sur les boissons énergisantes, l'**article 19** majorant le taux de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) applicable aux contrats complémentaires santé dits « non responsables », l'**article 28** donnant compétence aux URSSAF pour le recouvrement contentieux des pénalités financières relatives aux produits de santé remboursables et l'**article 29** affectant à la Caisse nationale d'assurance maladie les excédents de la Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières.

En ce qui concerne le *contrôle* et la *lutte contre la fraude* : l'**article 83** sur l'exemplarité des donneurs d'ordre publics, l'**article 84** renforçant les compétences des caisses du régime agricole en matière de fraude aux accidents du travail et de travail dissimulé et l'**article 86** harmonisant des sanctions en matière de fraude aux prestations sociales sont d'application directe.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 comporte ainsi, en matière de recettes, de recouvrement, de trésorerie, de contrôle et de lutte contre la fraude, treize articles nécessitant des textes d'application.

(1) Les articles 5 et 7 relèvent de la partie assurance maladie (II).

A. LES RECETTES, LE RECOUVREMENT ET LA TRÉSORERIE

Dans ce domaine, dix articles appellent des textes d'application.

1. La contribution des organismes complémentaires au financement du forfait « médecin traitant »

L'article 4 fixe les modalités de contribution des organismes de protection complémentaires au financement du forfait « médecin traitant », transcrivant dans la loi un engagement pris par ces organismes lors de négociations conventionnelles.

78 millions d'euros ont été encaissés au titre de l'année 2013 (contre 75 millions attendus).

Le décret CE n° 2014-769 du 4 juillet 2014 prévoit les déclarations à effectuer pour l'exercice 2014.

2. Le financement des mesures prises en matière de retraites complémentaires agricoles

L'article 9 réintègre dans l'assiette des prélèvements sociaux la part des dividendes excédant 10 % du capital social lorsqu'ils sont perçus par l'exploitant agricole, son conjoint ou ses enfants. Cette mesure doit financer des mesures prises en faveur des retraites des exploitants agricoles dans la loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites.

Cet article permet aussi de mobiliser la moitié des réserves de la Mutualité sociale agricole, à hauteur de 160 millions d'euros, pour financer d'autres mesures de justice en matière de retraites.

Le décret CE n° 2014-732 du 27 juin 2014 détermine les apports retenus pour calculer le capital social, renvoyant à l'article R. 131-2 du code de la sécurité sociale, ainsi que la date à laquelle ce capital est retenu.

3. La création d'une cotisation dé plafonnée d'assurance vieillesse de base pour le Régime social des indépendants

L'article 10 crée une cotisation d'assurance vieillesse de base assise sur la totalité de la rémunération des indépendants, en sus de la cotisation plafonnée existante.

Le décret n° 2013-1290 du 27 décembre 2013 fixe l'évolution du taux de la cotisation plafonnée, telle que prévue par le décret n° 2012-847 du 2 juillet 2012 pour le régime général, dans un nouvel article D. 633-3 du code de la sécurité sociale : 16,95 % pour l'année 2014, 17,05 % pour 2015 et 17,15 % à compter de 2016.

Le décret du 27 décembre 2013 fixe par ailleurs à 0,20 %, au 1^{er} janvier 2014, le taux de la cotisation vieillesse déplafonnée, c'est-à-dire applicable sur la totalité du revenu d'activité du travailleur indépendant.

Pour tenir compte de cette nouvelle cotisation, la baisse des allocations familiales, à laquelle le même décret procède pour le régime général, est aussi applicable au RSI. Ainsi, leur cotisation personnelle d'allocations familiales passe de 5,4 % à 5,25 % au 1^{er} janvier 2014.

4. La réforme des modalités de financement de la Haute Autorité de Santé

L'article 11 transfère à la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) la fraction du produit des contributions sur les dépenses de promotion des produits de santé actuellement affectée à la Haute Autorité de Santé (HAS) ainsi que le produit de diverses taxes perçues directement par la Haute Autorité. La HAS doit voir en contrepartie la subvention de l'État et la dotation de l'assurance maladie versées à son profit augmenter à due concurrence. Un arrêté du 20 décembre 2013 fixe les montants versés.

5. La recommandation d'un ou plusieurs organismes de prévoyance par les branches professionnelles

L'article 14 permet aux branches professionnelles de recommander un ou plusieurs organismes de prévoyance destinés à garantir la protection complémentaire collective des salariés, sous réserve d'avoir procédé à une mise en concurrence dans des conditions définies par décret.

Si l'entreprise ne choisit pas un des organismes proposés, elle doit s'acquitter d'un forfait social plus élevé (au taux de 20 % pour les entreprises de 10 salariés et plus).

L'application de cet article nécessitait une concertation avec les partenaires sociaux ainsi qu'avec les organismes représentatifs des assureurs et des mutuelles, qui a eu lieu. Le décret relatif aux conditions de transparence, d'impartialité et d'égalité de traitement entre les candidats lors de la mise en concurrence est, à la date où nous écrivons ce rapport, en instance de signature par les ministres concernés (affaires sociales, finances).

Le décret relatif au « degré élevé de solidarité » que doivent présenter les contrats collectifs a été transmis au Conseil d'État et devrait être publié début octobre.

6. L'intégration des déficits de la CNAM et de la Caisse nationale des allocations familiales dans le champ des reprises de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)

L'article 16 élargit aux branches maladie et famille du régime général le périmètre de la reprise de dette par la CADES qui est programmée sur la période 2011-2018.

Le décret n° 2014-97 du 3 février 2014 fixe le montant des transferts de la CADES à l'ACOSS : 10 milliards d'euros en 2014 (4 milliards pour la branche maladie, 3,3 milliards pour la branche vieillesse et 2,7 milliards d'euros pour le FSV).

7. La reconfiguration des exonérations en faveur de l'apprentissage, des contrats de service civique et des chantiers d'insertion

L'article 20 modifie les exonérations ou les modalités de leur prise en charge par l'État de trois catégories d'assurés percevant des rémunérations peu élevées : les apprentis, les volontaires ayant souscrit un contrat de service civique et les personnes travaillant sur des chantiers d'insertion.

Un décret relatif aux relations financières entre le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) et les caisses, sans impact sur les employeurs et les assurés est en cours de finalisation.

8. La simplification du mode de calcul des cotisations dues par les travailleurs indépendants

L'article 26 simplifie les règles de calcul des cotisations sociales dues par les travailleurs indépendants, afin de rapprocher autant que possible la période de paiement des cotisations de la période de perception des revenus qui les a générées.

S'agissant des dispositions applicables dès 2014, le décret n° 2014-2 du 3 janvier 2014 harmonise les règles de calcul et simplifie le calendrier de recouvrement de la cotisation d'assurance maladie des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés.

Pour les dispositions applicables en 2015, les caisses devaient être saisies fin août sur les projets de décrets.

9. La promotion de la déclaration sociale nominative, du chèque emploi service universel dans les DOM et de la dématérialisation

L'article 27 porte sur divers projets de dématérialisation des démarches administratives.

En premier lieu, il rend la déclaration sociale nominative (DSN) obligatoire dès le 1^{er} juillet 2015 pour les entreprises d'une certaine taille. Le décret d'application de cette mesure a été examiné par les caisses et est en instance de signature.

Par ailleurs, l'article élargit les obligations de démarches dématérialisées.

Le décret n° 2014-628 du 17 juin 2014 fixe le seuil au-delà duquel la dématérialisation de la déclaration et du paiement des cotisations et contributions de sécurité sociale et de la déclaration préalable à l'embauche est imposée (pour un employeur privé, lorsque la somme des cotisations et contributions sociales est supérieure à 35 000 euros au titre de l'année civile précédente ; pour un travailleur indépendant : lorsque cette somme est supérieure à 25 000 euros). En ce qui concerne les déclarations préalables à l'embauche, le seuil est fixé à 50 déclarations, et 100 pour les exploitants agricoles.

Le décret fixe le montant de la pénalité en cas de méconnaissance de cette obligation (soit une majoration de 0,2 % du montant des sommes dont la déclaration a été effectuée par une autre voie que la voie dématérialisée).

Le décret n° 2014-649 du 20 juin 2014 détermine le seuil en termes de cotisations sociales pour les employeurs publics : 100 000 euros jusqu'à fin 2015, 50 000 euros à partir du 1^{er} janvier 2016.

En outre, il étend l'usage du chèque emploi service universel (CESU) dans les départements d'outre-mer. Le décret n° 2014-137 du 17 février 2014 fixe le montant de la déduction forfaitaire de cotisations et contributions sociales par heure travaillée pour les salariés employés par des particuliers à 3,70 euros par heure dans les DOM, à Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon (contre 0,75 euro en métropole), afin de tenir compte de la suppression, dans le cadre de la mise en place d'un CESU DOM, de l'assiette forfaitaire de cotisations égale à 80 % du SMIC dans ces territoires.

Enfin, la disposition offrant au salarié à domicile la possibilité, lorsqu'il effectue un certain nombre d'heures, de demander le versement de l'indemnité de congés payés lors de la prise effective du congé nécessite une adaptation du CESU ; la rédaction du décret suppose des études techniques préalables de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).

10. La reconduction pour la période 2014-2017 de l'avance consentie par l'ACOSS à la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines

En ce qui concerne la trésorerie, l'article 30 est d'application directe.

L'article garantit la continuité des droits des salariés du régime minier qui voient leurs activités transférées à d'autres structures : ces salariés auront le choix entre le transfert de leur contrat dans le statut ou la convention du nouvel

employeur – le cas échéant, assorti d’une compensation au titre des avantages viagers en nature dont bénéficiait le salarié – et le maintien du contrat en cours avec mise à disposition par le régime des mines. Cette compensation a fait l’objet d’un accord signé par deux des trois organisations syndicales représentatives.

Le décret relatif au droit ultérieur à réintégration est en phase de contreseing et doit être publié prochainement.

B. LA GESTION ET LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE

En matière de gestion et de lutte contre la fraude, trois articles appellent des textes d’application : les articles 81, 82 et 85.

1. Le recouvrement des dettes et créances européennes et internationale

L’article 81 transfère la gestion du système de dettes et de créances entre la France et des États étrangers au titre de la prise en charge de soins de santé des assurés sociaux, du Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (CLEISS) vers la Caisse nationale d’assurance maladie.

Le décret, qui doit être pris avant la fin de l’année 2014, doit prochainement faire l’objet d’une saisine des caisses et de la Commission nationale de l’informatique et des libertés (CNIL).

2. L’unification de la gestion des prestations maladie et accidents du travail des exploitants agricoles

L’article 82 unifie la gestion des branches maladie (AMEXA) et accidents du travail (ATEXA) des non-salariés agricoles en la confiant à la seule Mutualité sociale agricole (MSA).

Depuis le 1^{er} janvier, le recouvrement des cotisations est unifié.

Le décret n° 2014-741 du 30 juin 2014 fixe au 1^{er} juillet 2014 la date à partir de laquelle la MSA se voit également confier le service des prestations. À compter de cette date, sont également transférés à la MSA les droits et obligations des groupements d’assureurs antérieurs compétents pour la gestion de ces régimes ainsi que les modalités de reprise des contrats de travail des personnels employés par l’association Apria RSA, anciennement gestionnaire de l’AMEXA et l’ATEXA.

3. La lutte contre la perception frauduleuse d’aides au logement

L’article 85 vise à lutter contre la perception frauduleuse d’aides au logement via des sociétés écrans, en interdisant le recours à une société de personnes pour bénéficier des allocations malgré des liens de parenté entre le

locataire et le propriétaire. Le décret d'application est en contreseing et devrait donc être bientôt publié.

II. L'ASSURANCE MALADIE

● La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 comporte **trente-six articles relatifs aux dépenses d'assurance maladie**, hors dispositions ayant trait au secteur médico-social.

Deux d'entre eux relèvent de la deuxième partie de la loi, qui regroupe les dispositions relatives à l'exercice 2013 ⁽¹⁾. Trente-quatre articles sont situés dans la section 1 « *Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie* » de la quatrième partie de la loi, qui comporte les dispositions relatives aux dépenses prévues pour l'année 2014.

● **Quatre articles** ont été **déclarés non conformes à la Constitution préalablement à la promulgation de la loi**, par la décision n° 2013-682 DC du 19 décembre 2013 du Conseil constitutionnel qui a considéré qu'ils constituaient des « cavaliers » sociaux n'ayant pas leur place en loi de financement de la sécurité sociale.

Ont ainsi été censurés au motif qu'ils n'avaient pas d'effet ou un effet trop indirect sur les dépenses des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement :

– **l'article 34**, introduit par notre Commission des affaires sociales, sur proposition de votre rapporteur. Cet article visait à instaurer un principe d'équité de rémunération entre les centres de santé et les professionnels de santé libéraux, reposant sur une transposition aux centres de santé des éléments de rémunération octroyés aux professionnels libéraux par l'assurance maladie. On soulignera que les débats en commission avaient essentiellement porté sur la compatibilité des dispositions proposées avec l'article 40 de la Constitution, ces dispositions pouvant être analysées comme une charge nouvelle pour les organismes d'assurance maladie. Lors de son audition préalable à l'examen du projet de loi de financement, la ministre de la santé avait néanmoins approuvé l'introduction d'un nouvel article prévoyant une renégociation de l'accord national conclu entre l'assurance maladie et les centres de santé afin d'y intégrer les avantages accordés aux médecins libéraux. Il est intéressant de constater que le Conseil constitutionnel a fait une lecture inverse des implications de cet article, considérant qu'il n'avait pas ou insuffisamment d'impact financier ;

– **l'article 57**, introduit à l'Assemblée nationale en première lecture, qui avait pour objet de transposer aux bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une

(1) Pour l'application de l'article 4 instituant une contribution des organismes complémentaires au financement du forfait « médecin-traitant », votre rapporteur renvoie aux remarques figurant dans la première partie du présent rapport, relative aux recettes et à l'équilibre général.

complémentaire santé (ACS) le dispositif du panier de soins garanti qui existe pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) ;

– **l'article 58**, également inséré à l'initiative de notre commission des affaires sociales en première lecture, qui visait à rendre automatique le renouvellement des droits à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé pour les personnes âgées disposant de faibles revenus.

La modification de l'article **L. 863-3 du code de la sécurité sociale** envisagée par cet article a depuis lors été reprise par amendement dans le cadre de l'examen, par l'Assemblée nationale, en première lecture du **projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement** : il s'agit de son article **1^{er} bis**, établi à l'initiative des députés du groupe communistes, républicains et citoyens. L'examen de ce projet de loi devrait se poursuivre jusqu'à l'été 2015.

– Enfin, **l'article 37** demandant un rapport annuel au Gouvernement sur la situation des zones médicalement sous-dotées en France, issu d'un amendement adopté en première lecture en séance à l'Assemblée nationale sur proposition du groupe Écolo, a été déclaré inconstitutionnel au motif qu'il n'a pas pour objet d'améliorer l'information et le contrôle du Parlement sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

- 14 articles sont d'application directe

Comme chaque année, certaines dispositions de la loi relatives à l'assurance maladie ou aux accidents du travail et aux maladies professionnelles sont de nature purement financière et n'appellent donc pas de mesure réglementaire d'application.

Cinq articles financiers sont ainsi d'application directe :

– **l'article 5** qui rectifie le montant des dotations accordées en 2013 au Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) et à l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) ;

– **l'article 7** qui rectifie le montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour 2013 et sa ventilation en sous-objectifs ;

– **l'article 63** qui fixe, pour l'année 2014, le montant des dotations annuelles des régimes obligatoires d'assurance maladie à divers établissements publics :

+ 263,34 millions d'euros au Fonds de modernisation des établissements de publics et privés de santé (FMESPP). Ce montant a été révisé à la baisse à l'occasion de loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014. Il est désormais de 103,34 millions d'euros.

+ 138 millions d'euros à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux et des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) ;

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

+ 162 millions d'euros aux agences régionales de santé (ARS)

Concernant le financement des ARS, cet article modifie en outre l'article L. 1432-6 du code de la santé publique afin de simplifier la fixation de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement des agences régionales de santé : à compter du 1^{er} janvier 2015, le montant et la répartition entre les régimes seront fixés chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'agriculture.

Enfin, cet article fixe également à 91,37 millions d'euros le montant de la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) au financement des agences régionales de santé au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées.

– **l'article 64** qui fixe les objectifs de dépenses par branche pour l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que pour le régime général pour 2014 ;

– **l'article 65** relatif à l'ONDAM et à ses sous-objectifs pour 2014 ;

Par ailleurs, la loi compte **neuf** autres **articles relatifs aux dépenses d'assurance maladie qui, sans être de nature exclusivement financière, sont également d'application directe** :

– **l'article 36** relatif à l'expérimentation de modes de financement de certains actes de télémédecine ;

Sur la base de l'instruction N° DGOS/PF3/DSS/1B/2014/17 du 17 janvier 2014, qui a défini les critères de sélection des ARS pilotes en vue de leur participation à l'expérimentation, un arrêté du 10 juin 2014 ⁽¹⁾ a fixé la liste des régions concernées : Alsace, Basse-Normandie, Bourgogne, Centre, Haute-Normandie, Languedoc-Roussillon, Martinique, Pays de la Loire et Picardie.

Selon les informations transmises à votre rapporteur, quatre groupes de travail réunissant l'administration, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et les ARS des régions concernées se réunissent pour définir le cahier des charges de l'expérimentation. Ces groupes sont chargés de déterminer le modèle d'organisation qui sera privilégié, le circuit de

(1) Arrêté du 10 juin 2014 fixant la liste des régions sélectionnées sur le fondement de l'article 36 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 en vue de la mise en œuvre d'expérimentations en télémédecine.

liquidation/facturation et de traçabilité des activités qui seront réalisées par les professionnels participant, la rémunération y afférente, ainsi que les conditions de l'évaluation par la Haute autorité de santé (HAS).

– **l'article 40** qui supprime le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) ;

– **l'article 42** qui adapte la procédure existante de mise sous accord préalable des prestations d'hospitalisation en soins de suite et de réadaptation (SSR) afin de faire porter le dispositif, non seulement sur l'établissement qui délivre les soins, mais également sur l'établissement qui les prescrit ;

– **l'article 44** relatif à la fongibilité entre sous-objectifs de l'ONDAM qui procède à des transferts de crédits entre la dotation annuelle de financement (DAF) des établissements non tarifés à l'activité (établissements anciennement sous dotation globale exerçant des activités de soins de suite et de réadaptation, de psychiatrie, et unités de soins de longue durée) et le fonds d'intervention régional (FIR), dans la limite de 1 % du montant de chacune des dotations ;

– **l'article 45** relatif aux modalités de répartition des charges hospitalières entre régimes d'assurance maladie et au report du passage des établissements de santé à la facturation individuelle. Selon les informations transmises à votre rapporteur, un arrêté de répartition devra être publié dès que les données du programme de médicalisation des systèmes d'information seront établies ;

– **l'article 48** sur la prise en charge des médicaments ayant bénéficié d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) ;

– **l'article 54** ayant trait au renforcement de l'aide au sevrage tabagique à destination des jeunes ;

– **l'article 55** instituant le tiers payant sur les consultations et examens préalables à la contraception chez les mineures d'au moins 15 ans ;

– **l'article 66** relatif à la fixation d'un prix limite de facturation des tarifs thermaux par orientation thérapeutique. Votre rapporteur souligne toutefois que ce dispositif a fait l'objet d'un avenant à la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les caisses d'assurance maladie et les établissements thermaux ⁽¹⁾.

• Signalons par ailleurs que **cinq articles** appellent la rédaction par le Gouvernement de **rapports** qui doivent être déposés sur le bureau des assemblées :

– **l'article 41** prévoit dans son II la présentation au Parlement, **avant le 31 mai 2014**, d'un rapport sur la réforme du modèle de financement des

(1) Avis relatif à l'avenant n° 10 à la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les caisses d'assurance maladie et les établissements thermaux, Journal officiel du 1^{er} mars 2014.

établissements de santé détaillant notamment les pistes envisagées pour intégrer des critères de pertinence des soins et de qualité des prises en charge dans la tarification des établissements et pour mieux contrôler l'évolution des volumes d'activité en fonction de ces critères. Cette disposition, introduite sur la proposition de votre rapporteur, vise à faire en sorte que le Parlement soit tenu informé des conclusions des travaux du comité de réforme de la tarification hospitalière (CORETAH) institué en décembre 2012. **Ce rapport n'a pas encore été transmis par le Gouvernement ;**

– **l'article 48** prévoit également dans son III la présentation au Parlement d'un rapport annuel sur le dispositif qu'il institue aux I et II relatif à la prise en charge des médicaments ayant bénéficié d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU). **Ce rapport n'a pas encore été transmis par le Gouvernement ;**

– **l'article 53** prévoit le dépôt, **avant le 1^{er} mai 2014**, d'un rapport relatif à l'affectation de l'élargissement de l'assiette de la contribution sur les dépenses de promotion des médicaments et des dispositifs médicaux au financement pérenne et indépendant des associations représentant les usagers du système de santé. **Ce rapport n'a pas encore été transmis par le Gouvernement ;**

– **l'article 60** demande au Gouvernement de déposer un rapport sur les conditions d'ouverture des droits aux indemnités journalières Ce rapport n'a pas encore été transmis par le Gouvernement mais il a été indiqué à votre rapporteur qu'il le serait **avant la présentation du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 ;**

– **l'article 67** institue un rapport annuel du Gouvernement au Parlement sur l'évolution de la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire des dépenses de santé. Ce rapport n'a pas encore été transmis par le Gouvernement mais il a été indiqué à votre rapporteur qu'il le serait **avant le 31 décembre 2015.**

Ainsi, à la date de parution du présent rapport d'information sur l'application de la loi de financement de la sécurité de sociale pour 2014, **aucun de ces rapports n'a été transmis au Parlement.**

Rapports liés à la mise en place d'expérimentations

La loi de financement prévoit par ailleurs la publication de rapports ayant trait aux expérimentations qui doivent nécessairement faire l'objet d'une évaluation préalable à leur éventuelle généralisation.

- Au terme du IV de l'**article 36**, l'expérimentation de financement d'actes de télémédecine fait l'objet d'une évaluation réalisée par la Haute Autorité de santé en vue d'une généralisation, en liaison avec les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie, les professionnels de santé, les centres de santé, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux participant à l'expérimentation. Cette évaluation fait l'objet d'un rapport transmis au Parlement par le ministre chargé de la santé avant le 30 septembre 2016.
- L'**article 39** relatif à l'expérimentation des transports de patients dispose dans son III qu'un rapport d'évaluation est transmis au plus tard à la date précitée.
- L'**article 43** prévoit en ses C des I et III, qu'en vue d'une généralisation, les expérimentations relatives à la tarification au parcours pour l'insuffisance rénale chronique et le traitement du cancer par radiothérapie font chacune l'objet de la remise d'un rapport avant la même date.
- L'**article 46**, relatif à l'expérimentation de la délivrance de médicaments antibiotiques à l'unité, prévoit dans son IV la transmission au Parlement, au plus tard le 31 juillet 2017, d'un rapport dressant son bilan, notamment au regard de son impact sur les dépenses, l'organisation de la filière pharmaceutique et le bon usage des médicaments concernés.

● S'agissant des **15 articles nécessitant la parution de vingt-deux textes réglementaires d'application**, dont le contenu est détaillé ci-après, on notera que **seuls cinq textes ont été publiés à ce jour. Dix textes d'application** seraient néanmoins « prêts à aboutir » (saisine imminente ou examen en cours du Conseil d'État ou des caisses de sécurité sociale). Enfin, trois textes d'application seraient en cours de finalisation.

A. L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

1. Les expérimentations de parcours de soins

L'**article 32** propose de définir un cadre générique applicable à l'ensemble des actions expérimentales, qui permette de poser un principe général d'expérimentation des parcours de santé au niveau légal, tout en renvoyant à un décret en Conseil d'État le soin d'en définir précisément les modalités.

De telles expérimentations pourraient être mises en œuvre, pour une durée n'excédant pas quatre ans, dans le cadre de projets pilotes visant à optimiser les parcours de soins des patients. Ils concerneraient soit un nombre restreint de pathologies, soit un nombre restreint de régions.

Leur objet, champ et durée seraient précisés par décret en Conseil d'État au fur et à mesure des expérimentations.

Avec l'**article 43**, le décloisonnement de notre système de santé se poursuit avec la mise en place de deux nouvelles expérimentations.

Le **I** met en place des expérimentations, d'une durée de quatre ans, pour améliorer le parcours de soins et la prise en charge des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique et relevant d'une affection de longue durée. Chaque expérimentation relève d'un projet pilote associé à un cahier des charges arrêté par les ministres compétents sur proposition d'une ou plusieurs ARS.

Le champ de l'expérimentation a été étendu à la dialyse à domicile avec l'intervention de prestataires de services.

Ces expérimentations pourront déroger aux règles de financement de droit commun. Dans le cas particulier de la dialyse à domicile, il peut en outre être dérogé au principe de dispensation au public par les pharmaciens des médicaments, produits et objets pharmaceutiques. L'objectif est en effet de permettre à ces prestataires, placés sous la responsabilité d'un pharmacien inscrit à l'Ordre, de mettre à disposition des patients le matériel nécessaire à la dialyse péritonéale.

La mise en œuvre des expérimentations fait l'objet d'une convention conclue, pour sa durée, entre l'agence régionale de santé, les établissements de santé et médico-sociaux, les organismes locaux d'assurance maladie et les professionnels concernés.

Le dispositif prévoit la publication d'un décret fixant notamment les conditions d'accès des patients au dispositif prévu par l'expérimentation, les modalités du suivi sanitaire et, le cas échéant, médico-social et social des patients, les modalités de financement susceptibles d'être mises en œuvre, la nature des informations qui peuvent être transmises entre les différents acteurs de l'expérimentation et les conditions de leur transmission. D'après les informations transmises à votre rapporteur, le texte est en cours de finalisation et devrait être prochainement transmis au Conseil d'État.

À terme, il est prévu une évaluation des projets pilotes dont les conclusions seront transmises au Parlement, en vue d'une généralisation.

Le **II** prévoit la possibilité d'expérimenter, à compter du 1^{er} mars 2014 et pour une période n'excédant pas quatre ans, l'amélioration du parcours de soins et de la prise en charge des personnes atteintes d'affections cancéreuses traitées par radiothérapie externe et relevant d'une affection de longue durée.

Le dispositif prévoit l'établissement, par voie d'arrêté des ministres compétents, de la liste des affections concernées. Cet arrêté en toujours en attente de publication.

Le champ des dérogations applicables en matière de financement comprend à la fois le mode de financement des établissements de santé (tarifs et missions d'intérêt général), le principe du paiement direct des honoraires médicaux par le patient et les règles de rémunération des professionnels de santé prévues par conventions avec l'assurance maladie.

Un décret en Conseil d'État est prévu afin de préciser les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation. D'après les informations transmises à votre rapporteur, le texte est en cours de finalisation et devrait être prochainement transmis au Conseil d'État.

Enfin, à l'instar du dispositif prévu au I, un rapport d'évaluation, transmis au Parlement, doit être élaboré à l'issue de l'expérimentation en vue sa généralisation.

2. La rémunération de l'exercice pluriprofessionnel

L'article 33 a pour objet de prolonger d'une année, jusqu'au 31 décembre 2014, l'expérimentation prévue dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 et portant sur des nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé.

Cet article, renvoie, comme l'article 45 de la loi de financement pour 2013, dont il constitue le prolongement, à la tenue de **négociations conventionnelles** pour son application. Rappelons en effet que cet article vise à laisser une année supplémentaire, jusqu'au 1^{er} janvier 2015, à l'Assurance maladie et aux professionnels de santé concernés pour faire aboutir les négociations sur les modalités de pérennisation des nouveaux modes de rémunération. Dans cette perspective, il prolonge d'un an la durée des expérimentations en cours, tout en prévoyant la possibilité de recourir à un règlement arbitral en cas d'échec des négociations.

L'article 44 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 a en effet organisé une expérimentation portant sur de nouveaux modes de rémunération (NMR) des professionnels, centres ou maisons de santé pour compléter le paiement à l'acte voire s'y substituer. Elle a pour objet de financer des équipes pluriprofessionnelles, engagées dans les projets de fonctionnement collectif et mobilisées autour d'objectifs de santé publique.

Prévue initialement pour durer cinq ans, cette expérimentation a été prorogée d'une année par l'article 49 de la loi de financement pour 2012 afin d'ouvrir la possibilité pour les partenaires conventionnels concernés de définir une rémunération d'équipe.

Des accords devaient être négociés durant l'année 2013 pour succéder à l'expérimentation NMR qui devait se terminer à la fin de l'année. Faute d'accords,

la loi de financement pour 2014 a prorogé d'un an le terme de l'expérimentation NMR, dans l'attente de la mise en place d'un dispositif stable.

Il met parallèlement en place un dispositif destiné à pallier l'absence d'accord. À cette fin, l'article L. 162-14-2 du code de la sécurité sociale est modifié afin de prévoir expressément la possibilité d'un règlement arbitral en cas de rupture des négociations préalables à l'élaboration de l'accord ou en cas d'opposition au nouvel accord. Le champ de l'article L. 162-14-2, qui s'appliquait alors aux seules conventions de l'assurance maladie mentionnées au I de l'article L. 162-14-1, est ainsi étendu aux « accords conventionnels interprofessionnels » prévus au II de ce même article.

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

3. La réforme du cadre d'autorisation des coopérations entre professionnels de santé

Dans le but de renforcer le développement des coopérations entre professionnels de santé, **l'article 35** introduit la possibilité d'un financement dérogatoire des protocoles de coopération.

Il modifie tout d'abord l'article L. 4011-2 du code de la santé publique afin de prévoir l'obligation, pour les professionnels soumettant à l'agence régionale de santé un protocole de coopération, d'y joindre un modèle économique dont le contenu type est précisé par arrêté du ministre en charge de la santé. Cet arrêté est en attente de publication.

Il crée également un article L. 4011-2-1 du code de la santé publique instituant un collège de financeurs composé de représentants de l'assurance maladie et de l'État, appelé à émettre un avis sur le modèle économique de ces protocoles et sur leur éligibilité à un financement.

Pris en application de cette disposition, un décret, publié le 18 août 2014, crée un nouvel article D. 4012-1 au sein du code de la santé publique précisant la composition et le fonctionnement de ce collège ⁽¹⁾.

Il comprend ainsi quatre membres : le directeur de la sécurité sociale (DSS), qui le préside, le directeur général de l'offre de soins (DGOS), le directeur général de la santé (DGS) et le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam). Chacun d'entre eux peut se faire représenter.

(1) Décret n° 2014-919 du 18 août 2014 relatif à la composition et au fonctionnement du collège des financeurs des coopérations entre professionnels de santé.

Le secrétariat de l'instance est assuré par la direction de la sécurité sociale. Le collège se réunit « *au moins quatre fois par an sur convocation de son président* ».

Enfin, ce texte précise que les avis du collège sont émis après approbation à la majorité simple des membres présents, le président ayant voix prépondérante en cas de partage des voix.

Il insère par ailleurs un article L.4011-2-2 encadrant le champ de l'expérimentation. L'expérimentation fait ainsi l'objet d'un financement dérogatoire autorisé pour une durée de trois ans renouvelable une fois. Les financements peuvent ainsi déroger aux tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé, aux frais couverts par l'assurance maladie, au paiement direct des honoraires par le malade et à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations. Ces dépenses sont mises à la charge de la CNAM dans la fixation de L'ONDAM.

Avec l'article L. 4011-2-3 du même code, il prévoit la transmission à l'agence régionale de santé des éléments nécessaires à l'évaluation d'un protocole de coopération six mois avant son terme. L'arrêté précisant ces éléments pris en compte pour l'évaluation est en attente de publication.

4. La régulation et l'expérimentation de nouveaux modes d'organisation du transport des patients

Les dépenses de transport prises en charge par l'assurance maladie se sont élevées à 3,8 milliards d'euros en 2012 pour environ 63 millions de trajets effectués et plus de 5 millions de bénéficiaires. Ce poste de dépenses, important en termes d'accès aux soins, augmente à un rythme plus soutenu que les autres dépenses de soins. **L'article 39** participe ainsi d'une meilleure régulation des transports de patient en améliorant le dispositif de maîtrise des coûts et en lançant une nouvelle expérimentation.

Le I simplifie les contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (CAQOS) en matière de transports.

Prévus par l'article 45 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, les CAQOS, conclus entre les agences régionales de santé, les caisses primaires et les établissements de santé, visent à infléchir les dépenses de transports prescrits par les établissements de santé mais exécutés en ville.

Le régime juridique des CAQOS est fixé par l'article L. 322-5-5 du code de la sécurité sociale.

Il prévoit tout d'abord que l'État arrête, chaque année, un taux prévisionnel d'évolution des dépenses de transport remboursées sur l'enveloppe de soins de ville.

Il dispose ensuite que, lorsque les dépenses de transport occasionnées par les prescriptions des médecins exerçant leur activité au sein d'un établissement de santé ont connu une progression supérieure à ce taux et que ce dépassement résulte de pratiques de prescription non conformes à l'exigence de recours au mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état du bénéficiaire, l'agence régionale de santé peut proposer de conclure avec l'établissement de santé et l'organisme local d'assurance maladie un CAQOS, d'une durée de trois ans. Le **1° du I supprime cette dernière condition**, source d'insécurité juridique importante au contrat, dans la mesure où il n'est guère aisé de prouver que le dépassement résulte des pratiques de prescription. Il dispose que le CAQOS peut être proposé lorsque les dépenses dépassent un montant fixé par arrêté.

En cas de refus de l'établissement de conclure le contrat, l'ARS « *lui enjoint* » de verser à l'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de transport concernées. Cette sanction automatique décourageant les établissements à entrer dans la voie contractuelle, le **2° du I** laisse désormais l'ARS juge de l'opportunité de la sanction.

Enfin, l'article L. 322-5-5 du code de la sécurité sociale prévoit que les CAQOS comportent un objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses mais aussi un objectif d'amélioration des pratiques hospitalières en termes de prescription. Le **3° du I** précise qu'il devra reposer sur une analyse des prescriptions des praticiens de l'établissement non conformes à l'exigence de recours au mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état du bénéficiaire.

En application du dernier alinéa de l'article L. 322-5-5, un décret en Conseil d'État doit en fixer les modalités d'application. Selon les informations transmises à votre rapporteur, un projet de décret a été rédigé et fait actuellement l'objet d'une concertation.

Le **II** supprime ensuite l'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 qui autorisait pour cinq ans des expérimentations de « *nouveaux modes de prise en charge et de financement* » des frais de transport de patients prescrits par les établissements de santé. Ce dispositif était en effet arrivé à échéance sans avoir pu faire la preuve de son efficacité.

Une nouvelle expérimentation est ainsi prévue en **III** pour une période de trois ans allant du 1^{er} janvier 2014 au 1^{er} janvier 2017.

Elle s'adresse aux établissements de santé volontaires et porte sur les transports de patients au départ ou à destination de ces établissements ainsi qu'aux transports d'urgence régulés par les services de d'aide médicale urgente. Il importe de signaler que les ARS peuvent également « *enjoindre* » aux établissements qui ne respectent pas le taux d'évolution des dépenses de transport fixé nationalement et auxquels elle propose de signer un CAQOS, de participer à l'expérimentation.

Elle repose sur trois objectifs - proposer le mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état de santé du patient, améliorer l'organisation des soins ou examens délivrés dans un même établissement et optimiser l'utilisation des véhicules de transport -, s'appuie sur une convention, conclue entre l'établissement de santé expérimentateur, les organismes locaux d'assurance maladie et l'agence régionale de santé et bénéficie d'une aide financière. En effet, le directeur général de l'ARS peut attribuer un financement à l'établissement de santé pour le lancement de l'expérimentation. En cas de constatation d'une réduction des dépenses de transport au cours de l'expérimentation, il peut allouer une dotation d'intéressement à l'établissement de santé. Les sommes sont financées par le fonds d'intervention régional.

Chaque expérimentation menée par un établissement de santé fait l'objet d'une évaluation annuelle conduite par l'agence régionale de santé.

Enfin, l'expérimentation fait l'objet d'un rapport d'évaluation du Gouvernement, qui est transmis au Parlement au plus tard le 30 septembre 2016.

Un décret en Conseil d'État définit les modalités d'application du III, notamment les conditions de mise en œuvre de l'expérimentation et les modalités de financement et d'intéressement. La mise en œuvre de cette expérimentation posant quelques difficultés d'acceptation par le secteur, le texte n'a toujours pas fait l'objet d'une publication.

5. L'amélioration de la couverture des professionnelles de santé en cas d'arrêt maladie lié à la grossesse

L'**article 38** vise à introduire le principe du versement d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail lié à la grossesse au bénéfice des femmes médecins ou auxiliaires médicales relevant du régime général (PAMC). Seul le II du présent article nécessite des mesures d'application réglementaire.

Le **I** modifie l'article L. 722-6 du code de la sécurité sociale, qui dresse la liste des prestations du régime général auxquelles l'affiliation au régime des PAMC ouvre droit en cas de maladie, maternité et décès. Par référence au 5° de l'article L. 321-1 du même code, l'article L. 722-6 prévoit l'octroi d'indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique constatée par le médecin traitant de continuer ou de reprendre le travail.

Le bénéfice d'indemnités journalières en cas d'arrêt maladie est toutefois ouvert selon des modalités spécifiques définies à l'article L. 722-8-2 créé par le **II** du présent article. Cette indemnité est accordée à l'expiration d'un délai déterminé à compter du début de l'incapacité temporaire de travail et est due, pendant une durée fixée par décret, pour chaque jour ouvrable ou non.

Pris en application de cette disposition, un décret, publié le 18 août 2014, créé, en son article premier, un nouvel article D. 722-18 qui précise le montant de

cette indemnité journalière, le délai de carence applicable avant son versement ainsi que la durée maximum pendant laquelle l'assurée peut être indemnisée⁽¹⁾ :

– le point de départ de l'indemnité journalière est le quatrième jour de l'incapacité de travail ;

– la durée maximale de la période est fixée à quatre-vingt-sept jours consécutifs ;

– le montant de l'indemnité journalière est égal au plafond fixé à la première phrase de l'article R. 323-9, soit 1/730 du montant annuel du plafond mentionné au septième alinéa de l'article R. 323-4 équivalent à 1,8 SMIC.

L'article 2 du décret dispose que ces nouvelles dispositions s'appliquent aux indemnités journalières versées à l'occasion des arrêts de travail prescrits à compter de l'entrée en vigueur du décret.

B. LES SOINS DE VILLE

1. Les mesures relatives au médicament

- *L'expérimentation de la délivrance à l'unité des antibiotiques*

L'article 46 prévoit d'expérimenter, pour une durée de trois années, la délivrance à l'unité des antibiotiques dans les officines de pharmacie.

Dans les quatre régions sélectionnées (l'Île-de-France, le Limousin, la Lorraine et Provence-Alpes-Côte d'Azur), les agences régionales de santé ont procédé à l'appel à candidature d'officines « choisies sur la base du volontariat et en fonction de leur représentativité par rapport au panel défini dans le cadre d'un protocole arrêté par le ministre chargé de la santé ». Les pharmacies participent ainsi à l'expérimentation, soit pour délivrer des médicaments à l'unité, soit à titre de pharmacies témoins.

Cette expérimentation est effective depuis la parution du **décret n° 2014-1047 du 15 septembre 2014 relatif à l'expérimentation de la délivrance à l'unité de médicaments appartenant à la classe des antibiotiques** qui a précisé les modalités d'engagement de la responsabilité des acteurs de la filière pharmaceutique ainsi que les modalités d'information du patient. Pour mémoire, l'adoption de ce décret a été soumise, par amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale, à la consultation préalable des professionnels concernés.

(1) Décret n° 2014-900 du 18 août 2014 relatif aux modalités de versement et de détermination du montant de l'indemnité journalière forfaitaire prévue à l'article L. 722-8-2 du code de la sécurité sociale servie aux assurées relevant du régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés en cas de difficultés liées à la grossesse.

Un arrêté paru le même jour a fixé la liste des médicaments appartenant à la classe des antibiotiques pouvant faire l'objet de l'expérimentation.

Le décret prévoit que les officines de pharmacie recueillent par écrit, à l'aide d'un formulaire spécifique, le consentement exprès et éclairé des patients qui participent à l'expérimentation. Il précise les obligations du pharmacien dans le but de garantir la sécurité de la délivrance à l'unité de ces médicaments.

Le décret définit la rémunération versée à chaque officine dans le cadre de l'expérimentation. Elle comprend, en premier lieu, un forfait d'exécution au titre de la première délivrance à l'unité et de l'indemnisation d'éventuelles unités de conditionnement incomplètes restant en officine en fin d'expérimentation. Ce forfait, fixé à 500 euros, est versé dans les soixante jours suivant la date d'entrée de l'officine dans l'expérimentation.

En outre, il est établi un forfait supplémentaire, qui varie en fonction du nombre de délivrances de médicaments à l'unité réalisé, et comprenant deux parts :

– une part variant de 250 à 400 euros en fonction du nombre de délivrances dans les six mois de l'expérimentation, les seuils s'échelonnant entre 79 et 100 délivrances ;

– une part, versée à la fin de l'expérimentation, en fonction du nombre total de délivrances : son montant varie de 250 à 400 euros selon des seuils établis entre 179 et 200 délivrances.

Les pharmacies témoin perçoivent un forfait d'entrée fixé à 150 euros et à nouveau 150 euros à la fin de l'expérimentation.

L'évaluation de l'expérimentation permettra de mesurer l'impact sur l'activité des pharmacies, sur la modification des volumes d'antibiotiques dispensés et la diminution des volumes consommés et stockés dans les foyers, sur les économies générées, en tenant compte des surcoûts liés à la rémunération des pharmaciens et enfin sur les changements de comportement vis-à-vis de la consommation d'antibiotiques.

- *Les pharmacies mutualistes et minières*

L'article 50 est relatif aux modalités d'application de la convention pharmaceutique aux pharmacies mutualistes et minières qui ne sont pas intégrées au champ de la convention et ne sont donc pas directement concernées par ces dispositions ; il établit un article L. 162-16-1-1 du code de la sécurité sociale qui permet d'intégrer les pharmacies mutualistes et minières dans le champ de cette convention tout en en aménageant les conditions d'application.

Compte tenu des spécificités de ces pharmacies, qui ne permettent pas de leur étendre l'ensemble des dispositions de la convention pharmaceutique relatives

à la diversification du mode de rémunération officinal, cet article prévoit qu'un arrêté précisera les dispositions qui leur sont rendues applicables et selon quelles modalités. **Cet arrêté n'est pas encore paru mais serait en cours de finalisation.**

- *La promotion des médicaments biosimilaires*

L'article 47 vise à promouvoir et à encadrer la diffusion des médicaments biologiques similaires.

Il modifie l'article L. 5121-1 du code de la santé publique afin de prévoir l'établissement par l'Agence nationale de sécurité du médicament d'un répertoire des groupes biologiques similaires : ce répertoire doit préciser le nom des médicaments biosimilaires, leur dosage, leur posologie et leur indication thérapeutique. **Un décret en Conseil d'État** doit définir la procédure d'inscription à la liste de référence ainsi que son contenu : selon les informations fournies à votre rapporteur, la négociation avec les industriels concernés est encore en cours, dans le cadre du comité stratégique de filière santé. **Le décret n'a donc pas encore été adopté.**

En conséquence les dispositions relatives à la prescription et à la délivrance de ces médicaments biosimilaires ne sont pas encore mises en œuvre. Établis par l'article 47, les articles L. 5125-23-2 et L. 5125-23-3 du code de la santé publique visent en effet à autoriser, tout en l'encadrant, la substitution par les pharmaciens des médicaments biosimilaires prescrits en initiation de traitement : **un décret en Conseil d'État** doit préciser les conditions de substitution du médicament et d'information du prescripteur de nature à assurer la continuité du traitement. **La prise de ce décret** étant subordonnée à l'établissement du répertoire des groupes biologiques similaires, elle **n'interviendra pas avant 2015.**

- *Déclaration obligatoire des remises consenties aux pharmaciens d'officine sur les médicaments génériques*

L'article 49 prévoit que les fournisseurs de médicaments génériques doivent déclarer les remises sur les médicaments génériques consenties aux pharmacies d'officine. Ce dispositif de transparence sur les remises obtenues par les pharmaciens doit permettre au comité économique des produits de santé (CEPS) de faire évoluer les tarifs des médicaments génériques sur des bases plus proches des prix réellement pratiqués par les laboratoires.

Cette obligation nouvelle est établie dans un nouvel article L. 138-9-1 du code de la sécurité sociale.

Il prévoit en premier lieu que tout fournisseur des officines de spécialités génériques est tenu de déclarer au CEPS les montants totaux, par année civile et par spécialité pharmaceutique, des chiffres d'affaires hors taxes réalisés en France

et des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature, y compris les remises, consenties au titre des ventes de ces spécialités pharmaceutiques remboursables aux officines de pharmacie.

Il prévoit par ailleurs les sanctions applicables en cas de non-respect des règles de transparence sur les marges. Il est prévu que lorsque la déclaration n'a pas été effectuée dans les délais requis ou lorsque cette déclaration se révèle manifestement inexacte au vu, notamment, des éléments transmis par les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale, le CEPS peut fixer, après que le fournisseur concerné a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière annuelle à la charge du fournisseur.

Un décret en Conseil d'État doit définir les modalités et délais de déclaration des montants des chiffres d'affaires et des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature, y compris les rémunérations de services commerciaux consenties ainsi que les règles et délais de procédure applicables à la pénalité financière : **ce décret** n'est pas encore paru, mais, selon les informations transmises à votre rapporteur, il **devrait paraître avant la fin de l'année**.

Par ailleurs, une disposition de l'article 49, issue d'un amendement adopté à l'Assemblée nationale en première lecture, vise à permettre l'augmentation **par arrêté** du plafond des remises sur les médicaments génériques, jusqu'alors fixé, à l'article L. 138-9 du code de la sécurité sociale, à 17 %, dans la limite de 50 % du prix fabricant hors taxe ou du tarif forfaitaire de responsabilité.

Cet arrêté a bien été pris : le taux a été établi à 40 % du prix fabricant hors taxes ou du prix fabricant hors taxes correspondant au tarif forfaitaire de responsabilité, par année civile et par ligne de produits, pour chaque officine, par un **arrêté du 22 août 2014 fixant les plafonds de remises, ristournes et autres avantages commerciaux et financiers assimilés prévus à l'article L. 138-9 du code de la sécurité sociale**.

2. L'accélération de la procédure d'inscription des actes innovants

L'**article 52** vise à accélérer la procédure d'inscription des actes médicaux innovants sur la liste des actes et prestations définie par l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale. Avec la procédure actuellement en vigueur, au regard du nombre d'intervenants, trois années sont nécessaires en moyenne pour inscrire un acte médical innovant sur la liste des actes et prestations remboursables par la sécurité sociale. Cela retarde d'autant l'accès de la population aux nouvelles alternatives thérapeutiques parfois plus efficaces en termes de service rendu et moins coûteuses. L'article 52 introduit donc des délais pour la prise de décision en matière de hiérarchisation et d'inscription des actes innovants.

Le **I** rétablit un article L. 162-1-8 du code de la sécurité sociale prévoyant que l'UNCAM peut procéder à la hiérarchisation d'un acte innovant lorsque la

commission de hiérarchisation des actes et prestations intéressée ne s'est pas prononcée dans un délai maximal de cinq mois après la transmission à l'UNCAM de l'avis de la Haute Autorité de santé. À partir de l'expiration de ce délai, l'UNCAM a jusqu'à trente jours pour transmettre sa décision aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. À défaut, l'UNCAM doit informer ces derniers des raisons pour lesquelles elle n'a pas pris de décision.

Le **II de l'article 52** complète l'article L. 162-1-7-1 du même code afin, de prévoir que l'UNCAM devra préciser aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale les raisons pour lesquelles elle n'a pas pris, dans un délai qui ne peut être supérieur à six mois à partir de la transmission de l'avis de la Haute autorité de santé, de décision d'inscription pour les actes innovants dont l'inscription sur la liste des actes et prestations est nécessaire à l'utilisation ou la prise en charge d'un produit de santé.

Deux décrets doivent fixer les modalités d'application de ces dispositions.

Un décret en Conseil d'État doit établir la définition des actes innovants ainsi que de la catégorie particulière d'actes innovants nécessaires à l'utilisation ou la prise en charge d'un produit de santé.

Un décret simple doit fixer les délais de transmission de l'avis de la HAS ainsi que le délai à compter duquel l'UNCAM devra justifier l'absence de décision d'inscription auprès des ministres compétents.

Selon les informations transmises à votre rapporteur, les projets de décret sont en cours d'examen par le Conseil d'État.

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

L'amélioration de la prise en charge des soins concernent deux dispositifs : d'une part, l'ambitieuse réforme de la protection complémentaire d'assurance maladie, d'autre part les ajustements opérés sur la réforme des indemnités journalières du régime agricole.

L'**article 56** initie la réforme de la protection complémentaire d'assurance maladie dans le sens d'une meilleure prise en charge des dépenses de santé pour l'ensemble de la population, en particulier les personnes les plus vulnérables, et d'une régulation des dépenses et d'une meilleure articulation de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire.

Le **1° du A du I** complète l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale afin d'offrir une meilleure couverture santé aux étudiants en difficulté. Il prévoit que les étudiants recevant certaines aides spécifiques, mentionnées à l'article L. 821-1 du code de l'éducation, peuvent bénéficier de la CMU-c à titre personnel,

indépendamment de leur foyer de rattachement. La liste des prestations doit faire l'objet d'un arrêté qui a été publié ⁽¹⁾.

Le **2° du A du même I** modifient les articles L. 863-1, L. 863-6 et L. 863-7 du même code relatif à **l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)**.

Au terme du nouveau dispositif, le bénéfice de l'ACS est réservé à certains contrats individuels sélectionnés à l'issue d'une procédure de mise en concurrence. Cette procédure vise à identifier les contrats offrant au meilleur prix des garanties au moins aussi favorables que celles prévues pour les contrats responsables et solidaires (qui sont également renforcées par le présent article - cf. infra.). Un décret en Conseil d'État organise les règles de transparence et de publicité pour établir une procédure non discriminatoire de sélection des contrats et fixera également le niveau de prise en charge des dépenses remboursées par les contrats.

Afin d'éviter les effets de seuils liés au franchissement du plafond de ressources de l'ACS, l'article L. 863-7 est également modifié pour prévoir, qu'à l'expiration de son droit au bénéfice de l'ACS, toute personne en ayant bénéficié reçoit de l'organisme auprès duquel elle avait souscrit son contrat la proposition de le prolonger pour une période d'un an ou d'en souscrire un nouveau parmi les contrats offerts par cet organisme et sélectionnés dans le cadre de la procédure de mise en concurrence précitée.

Selon le **premier alinéa du II**, ces dispositions doivent s'appliquer aux contrats complémentaires de santé individuels souscrits ou renouvelés à compter du 1^{er} janvier 2015.

Le 30 juin dernier, la ministre des affaires sociales et de la santé a fait un point d'étape de la réforme de l'ACS en présentant les textes d'application et en insistant sur des ajustements du dispositif apportés dans le cadre de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014.

Les projets de décrets portant la complémentaire santé ont fait l'objet de réunions de concertation en février et mars dernier avec les partenaires sociaux, les fédérations représentant organismes complémentaires et les représentants de certaines professions et entreprises de santé (syndicats de médecins, représentants de la filière optique).

Une consultation publique a ensuite été réalisée en juin 2014 sur le projet de décret relatif à la sélection des contrats éligibles à l'aide à la complémentaire santé. Un avant-projet a été mis en ligne sur le site du ministère des affaires

(1) Arrêté du 16 mai 2014 relatif aux prestations mentionnées à l'article L. 821-1 du code de l'éducation permettant aux étudiants de bénéficier de la protection complémentaire à titre personnel en application de l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale.

sociales et de la santé, afin de permettre au plus grand nombre d'acteurs possibles de formuler leurs observations sur le dispositif.

Le décret, dont la publication est imminente, devrait ainsi préciser la procédure de sélection des contrats et définit trois niveaux de garanties que les complémentaires devront proposer. Un avis d'appel d'offres sera ensuite publié et assorti d'un cahier des charges définissant les critères de notation des offres et leur pondération. Les différentes offres présentées par les organismes complémentaires seront notées par une commission administrative, cette notation servant de base à un arrêté ministériel définissant les contrats retenus.

L'article 11 de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 a aussi étendu le bénéfice de l'ACS aux contrats collectifs facultatifs, ce qui permettra à plusieurs organismes complémentaires de présenter une offre groupée en coassurance. Il prévoit également d'ajuster la période de transition, en reportant l'entrée en vigueur de la réforme du 1^{er} janvier 2015 au 1^{er} juillet 2015, pour laisser aux bénéficiaires de l'ACS ayant souscrit des contrats qui ne seraient pas retenus le temps nécessaire pour changer d'organisme et passer vers un contrat sélectionné.

Le **B du I** vise à modifier l'article L. 871-1 du même code afin de mieux définir les contrats dits responsables et solidaires.

L'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale ouvre droit à l'application d'un taux réduit de taxe spéciale sur les contrats d'assurances (TSCA) et prévoit que l'ACS ne peut bénéficier qu'aux contrats respectant un certain nombre de conditions dont le champ a été revu.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a posé les bases d'une réforme qui vise à renforcer ces conditions et à renouveler les objectifs de ce dispositif autour de deux orientations :

- promouvoir l'accès aux soins en relevant la couverture minimale du contrat responsable et solidaire sur le panier de soins courant, afin de réduire le reste à charge des assurés ;

- maîtriser l'évolution des pratiques tarifaires excessives encouragée par la solvabilisation par les complémentaires pour certains soins, afin de contribuer à maîtriser le coût global des soins pour les ménages.

Actuellement, l'obligation de prise en charge par les complémentaires santé dans le cadre des contrats responsables est extrêmement limitée. Elle ne comprend que :

- l'intégralité du ticket modérateur sur les consultations du médecin traitant ;

- 30 % du tarif des médicaments remboursés à 65 % ;

– 35 % des frais d’analyse.

Désormais, le contrat responsable devra prendre en charge le ticket modérateur pour toutes les catégories de soins, à l’exception des cures thermales, des médicaments homéopathiques et des médicaments remboursés à 15 % et 30 %. Il devra également prendre en charge le forfait journalier à l’hôpital sans aucune limite de durée. Enfin, il garantira un niveau minimal de prise en charge pour les frais d’optique.

Au terme du **dernier alinéa du II**, ces dispositions devaient entrer en vigueur selon des modalités fixées par décret en Conseil d’État et au plus tard le 1^{er} janvier 2015.

Dans sa conférence de presse du 30 juin, la ministre des affaires sociales et de la santé a également fait un point d’étape sur ce dossier en présentant les textes d’application tout en insistant sur des ajustements du dispositif apportés dans le cadre de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014.

Le décret relatif aux contrats responsables, qui a été transmis au Conseil d’État, devrait fixer des plafonds de prise en charge par les complémentaires des dépassements d’honoraires et des produits optiques.

Le choix a été fait de ne pas retenir des plafonds de prise en charge trop bas, qui n’auraient pas nécessairement permis de réduire les tarifs et se seraient traduits par une hausse des dépenses de santé mises à la charge des patients. Les plafonds retenus cadrent donc avec les niveaux de prix pratiqués et les niveaux de garantie observés. Enfin, Le recours à des prestations dépassant le plafond restera toujours possible. Comme aujourd’hui, la possibilité de souscrire un contrat ne respectant pas les critères du contrat responsable existera. Mais ces couvertures complémentaires allant au-delà des plafonds ne bénéficieront pas des aides fiscales accordées aux contrats responsables.

La régulation évoluera en concomitance avec les pratiques tarifaires.

Un observatoire du suivi du contrat d’accès aux soins et des pratiques tarifaires a ainsi été mis en place par l’avenant n° 8 à la convention médicale signé en octobre 2012. Il suit la mise en œuvre du contrat d’accès aux soins et l’évolution des pratiques tarifaires, la part des actes réalisés aux tarifs opposables, les taux de dépassement des médecins adhérant au contrat. Il établit un rapport annuel sur l’évolution des pratiques tarifaires.

Cette réforme imposant de redéfinir un nombre important de contrats, collectifs comme individuels, la loi de financement rectificative de la sécurité sociale ⁽¹⁾ a prévu quelques ajustements.

(1) Loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014.

Son article 14 prévoit ainsi la modulation du plafond des dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins en établissant une distinction entre les actes réalisés dans le cadre d'un contrat d'accès aux soins (CAS) et les actes réalisés hors de ce cadre. Les médecins ayant souscrits un CAS pourraient ainsi bénéficier d'une meilleure prise en charge de leurs actes.

Dans le cadre des contrats responsables, la prise en charge des dépassements d'honoraires par les complémentaires sera plafonnée à 125 % du tarif de la sécurité sociale en 2015-2016, puis à 100 % au-delà, pour les dépassements réalisés par des praticiens qui ne sont pas signataires du CAS, mais ne sera pas plafonnée si les dépassements sont réalisés par un médecin signataire du CAS.

Par ailleurs, la prise en charge de dépassements d'honoraires par les complémentaires demeurera facultative. Mais lorsque les contrats prévoient une telle prise en charge, ils devront mieux couvrir les dépassements réalisés par des praticiens signataires du CAS que les dépassements réalisés par des non signataires du CAS. La garantie « CAS » devra être ainsi supérieure à la garantie « hors CAS », avec un écart d'au moins 20 % du tarif de la sécurité sociale.

L'article 14 modifie aussi les conditions de mise en œuvre des contrats responsables et solidaires :

– pour les contrats individuels, le passage aux nouveaux contrats responsables et solidaires se fera à partir du 1^{er} avril 2015 ;

– pour les contrats collectifs, le passage au nouveau dispositif pourra s'étaler jusqu'au 31 décembre 2017.

L'**article 59** vise à simplifier la législation relative aux indemnités journalières pour les travailleurs indépendants et les exploitants agricoles. Seul le dispositif relatif aux exploitants agricoles (II) requiert la publication de textes réglementaires d'application.

Le **I** harmonise les conditions de versement des indemnités journalières (IJ) des assurés relevant du régime social des indépendants (RSI) précisées par l'article L. 613-8 du code de la sécurité sociale. Le bénéfice des IJ est réservé aux salariés à jour de cotisations, des ajustements étant toutefois opérés pour tenir compte de situations particulières.

Ainsi, lorsque l'assuré fait l'objet d'un jugement de redressement judiciaire ou d'un étalement du paiement de ces cotisations décidé par la commission de recours amiable de la caisse (CRA), il a droit aux IJ s'il respecte l'échéancier de paiement qui lui a été prescrit.

Des délais de paiement pouvant être également accordés par la commission des chefs de services financiers (CCSF), le droit aux IJ a été étendu

par le présent article si l'assuré respecte l'échéancier de paiement qui lui a été prescrit.

Il modifie la portée de dispositif relatif à la liquidation judiciaire, empreint d'ambiguïté, pour préciser que pour ce cas également, l'ouverture du bénéfice des IJ est également conditionnée au respect de l'échéancier de paiement au moment du placement en liquidation.

Le **II** modifie le code rural et de la pêche maritime afin d'ajuster le dispositif d'indemnisation du régime agricole relatif à la perte de revenus liée à la cessation d'activité en cas de maladie ou d'accident de la vie privée, dont les fonds baptismaux ont été introduits par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013. À six reprises, le dispositif prévoit la publication d'un décret afin d'assurer la mise en œuvre effective de ces dispositions. Selon les informations transmises à votre rapporteur, un texte sera prochainement examiné au Conseil d'État.

Le **1° du II** modifie ainsi l'article L. 732-15 afin de clarifier le droit relatif aux conditions de suspension des indemnités en cas de non-paiement des cotisations du fait de la mauvaise foi du salarié. Au terme du nouveau dispositif, le critère de non-paiement pour mauvaise foi ne s'appliquera que dans le seul cas des prestations en nature tandis que les conditions de droit commun exigeant d'être à jour de ses cotisations s'appliqueront aux prestations en espèces.

Le même 1° précise les conditions dans lesquelles les assurés peuvent percevoir ces indemnités en cas de plan de sauvegarde, de redressement judiciaire ou de délai de paiement accordé par la CCSF ou par la caisse de mutualité sociale agricole dont ils relèvent. Il est prévu qu'un décret fixe les conditions d'application de cette disposition.

Enfin, il prévoit l'adoption d'un décret pour la fixation des conditions d'application de cet article.

Les **2° et 3° du II** visent à préciser certaines modalités du contrôle des interruptions de travail pour cause de maladie ou pour cause d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

Le 2°, qui modifie l'article L. 732-4, vise à préciser certaines modalités du contrôle des interruptions de travail pour cause de maladie. En cas d'interruption de travail, l'assuré doit envoyer au service de contrôle médical de la caisse de mutualité sociale agricole un avis d'arrêt de travail qui doit comporter la signature du médecin. En cas de non-respect de ce délai, le directeur de la caisse de mutualité sociale agricole met en œuvre une sanction.

Le même 2° précise également, conformément à l'article L. 323-5 du code de la sécurité sociale, que l'indemnité journalière maladie ne peut faire l'objet d'une saisie-arrêt ou d'une cession que dans les conditions et limites fixées par la législation concernant la saisie-arrêt des salaires.

Le dispositif prévoit enfin la publication de deux décrets :

– déterminant d’une part le délai d’envoi au service du contrôle médical de la caisse de mutualité sociale agricole de l’avis d’arrêt de travail ;

– fixant d’autre part le niveau de la sanction, dans la limite de sept jours de suspension d’indemnités à compter de la réception de l’arrêt de travail par la caisse, ainsi que les conditions dans lesquelles elle est prononcée.

Le 3° complète l’article L. 752-24 afin de mettre en place un dispositif de sanction similaire pour l’indemnisation d’une interruption du travail résultant d’un accident du travail ou d’une maladie professionnelle. Il effectue en outre plusieurs coordinations. Deux décrets d’application sont prévus par le présent dispositif.

Le premier doit fixer le délai et les conditions de déclaration à la caisse de mutualité sociale agricole de tout accident du travail et toute maladie professionnelle. Le second doit prévoir les sanctions applicables en cas de non-respect du délai pour l’envoi de la déclaration dans la limite de sept jours de suspension d’indemnités à compter de la réception de l’arrêt de travail par la caisse, ainsi que les conditions dans lesquelles elle est prononcée.

Le 4° du II insère un nouvel article L. 732-8-1, afin de mieux articuler le versement d’indemnités journalières en cas de maladie ou d’accident de la vie privée pour les non-salariés agricoles avec le versement d’une pension d’invalidité dans le même régime. Il est ainsi prévu que si la caisse de mutualité sociale agricole n’en a pas pris l’initiative, l’assuré peut déposer lui-même une demande de pension d’invalidité. Pour être recevable, cette demande devra être présentée dans un délai déterminé par décret.

Le 5°, qui ne prévoit pas de mesures réglementaires d’application, vise à permettre l’application adaptée des dispositions du II dans les territoires d’outre-mer.

Enfin, le III, qui procède à diverses mesures de coordination, ne nécessite pas non plus la publication de texte réglementaire.

C. LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

- *La réforme de la tarification à l’activité*

L’article 41 procède à une **réforme de la tarification à l’activité (T2A) des établissements de santé** en permettant un financement dérogatoire partiel pour les établissements situés dans des zones peu denses ou isolées et en ouvrant la voie à une dégressivité des tarifs selon le volume ou l’évolution de l’activité. Il vise également à autoriser la facturation de consultations externes par des médecins salariés d’établissements privés.

La réforme du financement des établissements de santé, déjà entamée dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, avec la fin de la convergence tarifaire, mais également le report de plusieurs réformes liées à la tarification à l'activité (passage à la facturation directe, réforme du ticket modérateur, passage à la tarification à l'activité pour les ex-hôpitaux locaux), se poursuit au travers de trois mesures importantes.

Le **1° du I** insère un nouvel article L. 162-22-8-1 dans le code de la sécurité sociale prévoyant que les activités des établissements de santé, qu'ils soient publics, privés à but non lucratif ou privés à but lucratif, situés dans des zones à faible densité de population et répondant à des critères d'isolement géographique peuvent être financées de manière dérogatoire à la double condition conditions que les prestations et la situation financière le justifient.

Le décret, qui précise les critères permettant de définir les zones concernées, les critères d'éligibilité des établissements et les modalités du financement dérogatoire, a été transmis au Conseil d'État. Une liste des établissements concernés doit également être fixée par un arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale qui n'a toujours pas été publié.

Le **3° du I** prévoit, au travers de l'article L. 162-22-9-2 du code de la sécurité sociale, un mécanisme de dégressivité des tarifs nationaux au-delà d'un certain volume d'activité ou de forte évolution. Ces seuils doivent faire l'objet d'un décret qui a été transmis au Conseil d'État.

Rappelons enfin que le **2° du I** réforme la facturation de l'activité réalisée par des médecins salariés dans des établissements privés à but lucratif.

En modifiant l'article L. 162-26-1 du code de la sécurité sociale ; il prévoit pour les établissements de santé privés mentionnés au d) de l'article L.162-22-6 employant des médecins salariés, de facturer les actes que ces derniers réalisent uniquement aux cas où ils sont intervenus dans le cadre des activités de soins de l'établissement, afin d'offrir la possibilité d'organiser des consultations externes au sein de ces établissements.

Cette disposition rétablit une équité de traitement entre les médecins salariés des établissements de santé privés qui ne sont aujourd'hui pas autorisés à avoir de consultations externes et les autres médecins exerçant en établissements de santé, les praticiens hospitaliers dont les consultations externes sont facturées par leurs établissements, et les médecins libéraux exerçant en cliniques qui peuvent facturer directement leurs consultations à l'assurance maladie dans le cadre de leur activité libérale.

L'article 41 prévoit enfin dans son **II** la présentation au Parlement, avant le 31 mai 2014, d'un rapport sur la réforme du modèle de financement des établissements de santé dont votre rapporteur regrette qu'il n'ait pas encore été transmis.

- *L'instrument unique de régulation des dépenses sur la liste en sus*

L'article 51 vise à mieux encadrer l'usage, par les établissements de santé, des médicaments figurant sur la liste en sus. Il simplifie les procédures actuelles en fusionnant les deux instruments de régulation existants et en laissant aux ARS une plus grande liberté d'appréciation des situations propres à chaque établissement.

Il s'appuie sur le « contrat de bon usage » (CBU) des médicaments et des produits et prestations, mis en œuvre depuis 2005, dont la souscription et le respect des engagements conditionnent le remboursement intégral par l'assurance maladie des dépenses afférentes aux prescriptions de spécialités de la liste en sus. En complément, l'article 51 réforme le dispositif, issu de l'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, qui vise à soumettre au contrôle de l'ARS les prescriptions des établissements de santé présentant un taux de progression des dépenses sur la liste supérieur à un taux fixé au niveau national. Lorsque l'ARS constate que la croissance des dépenses résulte d'un mésusage, elle peut proposer à l'établissement un plan d'actions destiné à améliorer ses pratiques de prescription, annexé au contrat de bon usage des médicaments.

Ce second dispositif préalablement prévu à l'article L. 162-22-7-2 est ainsi inséré au sein de l'article L. 162-22-7 sous la forme d'un II prévoyant qu'en cas de prescriptions non conformes à des référentiels et recommandations élaborés par la Haute Autorité de santé (HAS), l'Institut national du cancer ou l'Agence nationale des médicaments et des produits de santé (ANSM), l'ARS peut conclure un avenant annuel au CBU comportant les mesures nécessaires à l'amélioration des pratiques de prescription.

Ceci vise à permettre aux ARS de retrouver une latitude d'action sur le terrain de manière à contractualiser beaucoup largement avec les établissements de santé sur la base de leur analyse des prescriptions, sans être contraintes par la définition d'un taux national d'évolution de la liste en sus qui, aujourd'hui, ne permet pas de cibler l'ensemble des établissements ayant des comportements de prescription inadaptés.

Un **décret simple** est nécessaire pour l'application de ce dispositif rénové : il doit décrire la procédure applicable et précisément les délais et les voies de recours. Selon les informations fournies à votre rapporteur, le texte est toujours en cours d'élaboration : les consultations préalables ont été effectuées et une adoption paraît possible avant la fin de l'année.

III. LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

Dans l'attente du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement actuellement en cours d'examen au Parlement, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 comporte seulement deux articles relatifs au secteur médico-social :

– l'article 61 traitant du plan d'aide à l'investissement (PAI) dans le secteur médico-social et comportant des mesures de déconcentration ;

– l'article 62 mettant fin à l'expérimentation sur la tarification des établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD).

L'**article 61** faisait partie de la version initiale du projet de loi soumis au Parlement. Il avait deux objets.

En premier lieu il prévoyait de reconduire l'affectation de 2 % des recettes de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) en faveur du plan d'aide à l'investissement dans le secteur médico-social. Ces fonds financent les mises aux normes techniques et de sécurité, des créations de places, ou la mise en place d'unités de soins de longue durée. Le montant mobilisé avoisine les 50 millions d'euros. Un arrêté fixe les plafonds d'affectation de ces crédits.

En second lieu, cet article organisait la déconcentration de la gestion des crédits de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) au profit des agences régionales de santé (ARS). Cette mesure, visant à faciliter la gestion de certains crédits médico-sociaux, ne nécessitait pas de mesure d'application réglementaire.

L'**article 62** a été introduit par l'Assemblée nationale à l'initiative de votre rapporteure pour le secteur médico-social. Il prévoit de mettre fin à l'expérimentation sur la tarification des EHPAD prévue par la loi de financement pour 2012. L'expérimentation n'ayant pas permis d'identifier de gains touchant à la qualité des soins comme à l'efficacité économique, le Parlement a souhaité y mettre un terme en adoptant cette disposition. Cet article était d'application directe.

IV. L'ASSURANCE VIEILLESSE

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 comporte trois articles relatifs aux dépenses d'assurance vieillesse. Un unique article constitue la section 2 de la quatrième partie de la loi, qui comporte les dispositions relatives aux dépenses prévues pour l'année 2014. Les deux autres articles composent la section 5 de cette même partie, regroupant les « *dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires* ».

Ces trois articles, à caractère purement financiers, sont d'application directe.

L'**article 68** fixe les objectifs des dépenses de la branche vieillesse pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et pour le régime général de la sécurité sociale. La loi de financement de la sécurité sociale rectificative pour 2014 précitée (LFSSR) a révisé à la baisse ces deux objectifs. L'objectif de dépenses 2014 de la branche vieillesse de l'ensemble des régimes obligatoires de base s'établit désormais à 220,7 milliards d'euros, tandis que l'objectif de dépenses du régime général s'établit à 117 milliards d'euros.

L'**article 79** fixe le montant pris en charge par le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) au titre des dépenses du minimum contributif servi par le régime général, le régime des salariés agricoles et le régime sociale des indépendants (RSI).

L'**article 80** détermine les prévisions des charges du FSV, en tant qu'organisme concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale. L'article 16 de la loi de financement de la sécurité sociale rectificative pour 2014 a laissé inchangées ces prévisions de charges.

V. LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

1. La fixation des montants des dépenses de transfert instituées par des dispositions légales à la charge de la branche AT-MP

L'**article 69** de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, qui fixe les montants des dépenses de transfert instituées par des dispositions légales à la charge de la branche AT-MP, est d'application directe.

2. L'entrée en vigueur de l'extension aux marins des droits attachés à la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur

L'**article 70** de la loi de financement rend applicable aux marins les dispositions relatives à la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur prévues au livre IV du code de la sécurité sociale. L'objet de cet article est de mettre en conformité les dispositions de l'article L. 412-8 du code de la sécurité sociale avec la décision du Conseil constitutionnel du 6 mai 2011 ⁽¹⁾.

Un décret simple doit transposer, dans le décret-loi du 17 juin 1938 relatif à la réorganisation et à l'unification du régime d'assurance des marins, les dispositions en matière de faute inexcusable de l'employeur applicables aux salariés du régime général. En particulier, il est prévu que le décret adapte la définition du salaire

(1) *Décision n°2011-127 QPC du 4 mai 2011 : le Conseil constitutionnel a considéré que l'absence de possibilité de recours du marin contre l'armateur en raison de sa faute inexcusable dans les dispositions du décret-loi du 17 juin 1938, ainsi que l'impossibilité d'étendre ce recours aux travailleurs relevant d'un contrat d'engagement maritime, était contraire au principe constitutionnel de responsabilité.*

retenu pour calculer la majoration de la rente conformément aux spécificités de l'indemnisation du risque AT-MP maritime. Le décret est en attente de publication.

3. Alignement du taux d'incapacité permanente requis dans le régime agricole pour bénéficier de la prestation complémentaire d'aide à une tierce personne sur le taux prévu dans le cadre du régime général

L'article 71 permet d'aligner le taux d'incapacité permanente requis dans le régime agricole sur celui en vigueur dans le régime général afin de bénéficier de la prestation complémentaire d'aide à une tierce personne sur celui en vigueur dans le régime général. Cet article est d'application directe.

4. Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2014

L'article 72 détermine les objectifs de dépenses de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ainsi que pour le régime général de la sécurité sociale. Il est d'application directe. Ces objectifs ont été révisés à la baisse par l'article 19 de la loi de financement de la sécurité sociale rectificative pour 2014 :

– l'objectif de dépenses pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale pour la branche « AT-MP » a été abaissé de 13,3 milliards d'euros à 13,2 milliards d'euros ;

– l'objectif de dépenses du régime général de la sécurité sociale diminue de 12 milliards d'euros à 11,8 milliards d'euros.

VI. LA BRANCHE FAMILLE

Votre rapporteure a pu constater que l'ensemble des mesures relatives aux dépenses de la branche famille prévues par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 sont entrées en vigueur.

1. Les dispositions d'application directe

- *L'allocation de logement familiale*

L'article 77 prévoit que les paramètres de calcul de l'allocation de logement familiale, indexés sur l'indice de référence des loyers, seront révisés au 1^{er} octobre de chaque année au lieu du 1^{er} janvier. En conséquence, ces paramètres n'ont pas été révisés le 1^{er} janvier 2014.

- *L'objectif de dépenses de la branche famille*

L'**article 78** de la loi de financement a fixé un objectif de dépenses de la branche famille de 59,2 milliards d'euros en 2014. Au regard des prévisions de recettes fixées à l'article 23, il est attendu pour la même année un déficit de 2,3 milliards d'euros.

Selon le rapport rendu public en juin 2014 par la commission des comptes de la sécurité sociale, le montant des charges de Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) atteindrait bien 59,2 milliards d'euros en 2014. Le déficit serait finalement de 2,7 milliards d'euros en 2014, en hausse de 400 millions d'euros par rapport à la prévision, mais néanmoins en retrait de près de 500 millions d'euros par rapport au déficit constaté en 2013.

2. Les dispositions nécessitant des mesures d'application

- *La majoration du complément familial*

L'**article 73** procède à la majoration du complément familial pour les familles sous le seuil de pauvreté. Il a inséré un nouvel article L. 522-3 au code de la sécurité sociale qui autorise l'attribution d'un montant majoré du complément familial au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un nouveau plafond, inférieur au plafond d'attribution défini à l'article L. 522-2. Un nouvel article L.755-16-1 prévoit en outre l'application aux départements d'outre-mer. Deux décrets d'application étaient nécessaires : ils ont été publiés.

Un décret en Conseil d'État n° 2014-420 du 23 avril 2014 relatif au montant majoré du complément familial et à la revalorisation du montant de l'allocation de soutien familial a précisé les conditions d'attribution en rétablissant un article R. 522-4 dans le code de la sécurité sociale. Le montant des ressources du ménage ou de la personne est apprécié pour chaque période de douze mois débutant le 1^{er} janvier, en fonction des revenus de l'année civile de référence, soit l'avant-dernière année précédant la période de paiement ; ce montant ne doit pas dépasser un plafond égal à la moitié du plafond annuel défini pour l'attribution du complément familial.

À l'instar du plafond relatif à l'attribution du complément familial, ce plafond spécifique peut être majoré de 25 % par enfant à charge à partir du premier et de 30 % par enfant à charge à partir du troisième ; le plafond est également majoré lorsque les deux membres du couple ont retiré chacun de leur activité professionnelle pendant l'année de référence un revenu au moins égal à 13,6 % du plafond annuel de la sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier de la même année soit 4 164 euros du 1^{er} janvier 2014.

Publié le même jour, un décret simple n° 2014-419 du 23 avril 2014 relatif au montant majoré du complément familial a déterminé le niveau du montant majoré et le plafond de ressources permettant son attribution. Ainsi, l'article

D. 522-1 du code de la sécurité sociale fixe le montant du complément familial à 41,65 % de la base mensuelle des allocations familiales (BMAF) ; au 1^{er} avril 2014, le montant de base s'élève à 168,35 euros par mois ; le montant majoré atteint 185,19 euros.

Le montant majoré du complément familial est attribué si les ressources du ménage ne dépassent pas, pour trois enfants, le montant de 18 648 euros par an, ou de 22 812 euros en cas d'isolement ou de bi-activité.

Ces différents montants sont revalorisés le 1^{er} janvier de chaque année conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac.

Le dispositif est adapté pour les départements d'outre-mer par un nouvel article R. 755-4 du code de la sécurité sociale.

- *La modulation de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) en fonction des revenus du ménage*

L'**article 74** a modifié l'article L. 531-3 du code de la sécurité sociale afin de moduler les montants de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant selon les ressources de la famille. Le versement de l'allocation de base à taux plein est réservé aux ménages dont les revenus ne dépassent pas un second plafond de revenus, inférieur au plafond prescrit pour le versement de l'allocation de base à taux partiel. Le dispositif prévoit que ce plafond varie selon le nombre d'enfants nés ou à naître et est majoré lorsque la charge du ou des enfants est assumée soit par un couple dont chaque membre dispose d'un revenu professionnel minimal, soit par une personne seule.

Deux décrets d'application étaient nécessaires : ils ont été publiés.

Un décret en Conseil d'État n° 2014-421 du 24 avril 2014 relatif à la prestation d'accueil du jeune enfant a précisé les nouvelles conditions d'attribution. Son article 1^{er} modifie ainsi l'article R. 531-1 du code de la sécurité sociale : l'allocation de base de base est versée à taux plein lorsque le montant des ressources du ménage ou de la personne ne dépasse pas un plafond, inférieur à celui applicable à la prime de naissance et ouvrant droit désormais à un versement de l'allocation de base à taux partiel.

L'article L. 531-2, dans son ancienne rédaction, prévoyait que le plafond de ressources de l'allocation de base de la PAJE variait selon le rang et le nombre d'enfants nés ou à naître. À des fins de simplification, le II de l'article 74 supprime la référence au rang de l'enfant. En conséquence, l'article 1^{er} du décret n° 2014-421 prévoit que les plafonds de ressources doivent désormais varier selon un pourcentage unique de 22 % par enfant à charge.

En outre, conformément au IV de l'article 74, l'article 4 du décret prévoit que ces mesures ne s'appliquent qu'aux nouveaux bénéficiaires de l'allocation de

base à compter du 1^{er} avril 2014. Les familles actuellement bénéficiaires de la prestation ont donc bien vu leurs droits maintenus.

Un décret simple n° 2014-422 du 24 avril 2014 relatif à la prestation d'accueil du jeune enfant a précisé les montants des plafonds de ressources ainsi que les montants de la prestation.

Le montant du plafond de ressources pour l'allocation à taux partiel est fixé à 29 082 euros pour la période du 1^{er} avril 2014 au 31 décembre 2014. Ce plafond est majoré de 22 % par enfant à charge et de 9 597 euros en cas de bi-activité ou d'isolement du parent.

Les plafonds de ressources pour l'allocation à taux plein est fixé à 24 344 euros pour la période du 1^{er} avril 2014 au 31 décembre 2014. Ce plafond est majoré de 22 % par enfant à charge et 8 033 euros en cas de bi-activité ou d'isolement du parent.

Enfin, le III de l'article 74 aligne progressivement les montants de l'allocation de base et de la prime de naissance et d'adoption sur celui du complément familial : en conséquence, au 1^{er} avril 2014, les montants de ces prestations n'ont pas été revalorisés.

- *L'attribution complément libre choix d'activité de la PAJE aux travailleurs non-salariés*

Le **I de l'article 75** a modifié l'article L. 531-4 du code de la sécurité sociale afin d'améliorer les règles d'attribution du complément de libre choix d'activité (CLCA) à taux partiel au bénéfice des travailleurs non-salariés.

Il simplifie et sécurise les règles d'attribution du CLCA à taux partiel pour les travailleurs non-salariés en l'attribuant en fonction de la quotité d'activité déclarée sur l'honneur dès lors que cette activité ne procure pas une rémunération mensuelle nette ou un revenu professionnel excédant des montants définis par décret.

L'article 3 du décret n° 2014-422 du 24 avril 2014 a ainsi modifié l'article D. 531-9 du code de la sécurité sociale afin de prévoir que, lorsque les revenus effectivement perçus au cours d'une période de droit sont supérieurs à ceux qui rendent éligibles au versement du CLCA à taux partiel, l'organisme débiteur de prestations familiales ne procède pas au recouvrement des sommes indûment versées lorsque ces revenus sont proportionnels à l'activité réduite déclarée. La vérification est effectuée a posteriori par la caisse d'allocation familiale qui compare les revenus effectivement perçus au cours d'une période de droit au revenu retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu de l'année civile précédant l'ouverture du droit.

La dénomination du CLCA a depuis lors été modifiée par l'article 8 de la loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les

hommes ; il s'agit désormais de la prestation partagée d'éducation de l'enfant (PPAE).

- *La suppression de la majoration du complément libre choix d'activité*

Le **2° du I de l'article 75** a supprimé le VII de l'article L. 531-4 du code de la sécurité sociale afin d'uniformiser les montants versés au titre du CLCA : il supprime la majoration du montant pour les familles, aux revenus élevés, qui ne perçoivent pas l'allocation de base de PAJE, soit 10 % des bénéficiaires, 60 000 personnes environ.

En conséquence, l'article 4 du décret n° 2014-422 du 24 avril 2014 relatif à la prestation d'accueil du jeune enfant a abrogé l'article D. 531-12 du code de la sécurité sociale qui fixait le montant de cette majoration.

- *La suppression de la condition de revenu minimal pour bénéficier du complément de mode de garde*

Le **I de l'article 76** améliore les conditions d'attribution du complément de libre choix du mode de garde (CMG) de la PAJE. Il modifie l'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale, afin de prévoir que, même pour une activité réduite, seule la condition de l'exercice d'une activité professionnelle, sans niveau de revenu, est désormais requise pour pouvoir percevoir le CMG.

Ainsi le même décret en Conseil d'État n° 2014-421 du 24 avril 2014 relatif à la prestation d'accueil du jeune enfant a supprimé cette condition de revenu minimum. L'article 2 de ce décret procède ainsi à une rédaction globale de l'article R. 531-5 du code de la sécurité sociale et substitue à la condition de ressources la condition d'exercice d'une activité professionnelle, appréciée soit le mois précédant l'ouverture du droit soit le mois d'ouverture du droit. L'article 3 du décret opère les modifications nécessaires à l'article R. 532-1 du même code fixant les conditions d'évaluation des ressources pour l'attribution des différentes prestations relevant de la PAJE.

- *Le plafonnement du tarif des micro-crèches*

Enfin le **II de l'article 76** prévoit, à l'article L. 531-6 du code de la sécurité sociale, que le recours à une micro-crèche n'ouvre droit à versement du CMG à la famille utilisatrice que si « *la tarification appliquée par l'établissement ne dépasse pas un montant horaire maximum fixé par décret* ».

Ce plafonnement est défini par l'article 6 du même décret n° 2014-422 du 24 avril 2014 relatif à la prestation d'accueil du jeune enfant : il modifie l'article D. 531-23 du code de la sécurité sociale afin de prévoir que la tarification appliquée par l'établissement ne dépasse pas 12 euros par heure d'accueil,

montant porté à 11 euros pour la période comprise entre le 1^{er} septembre 2015 et le 31 août 2016 inclus, puis à 10 euros à compter du 1^{er} septembre 2016.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

EXAMEN DU RAPPORT EN COMMISSION

La Commission procède à l'examen, ouvert à la presse, du rapport d'information sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 (MM. Gérard Bapt, Christian Paul, Mme Martine Pinville, MM. Michel Issindou, Laurent Marcangeli et Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteurs).

Mme la présidente Catherine Lemorton. Nous examinons maintenant le rapport d'information sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, ce que nous n'avons pu faire mercredi dernier en raison de la longueur des débats sur la proposition de loi de M. Gérard Cherpion relative à la simplification et au développement du travail, de la formation et de l'emploi.

Habituellement, nous procédons à cet exercice fin juin-début juillet, mais cela n'a pas été nécessaire cette année puisque nous avons été saisis d'un projet de loi de financement rectificative de la sécurité sociale (PLFRSS), événement qui s'était d'ailleurs déjà produit en 2011, sous la précédente majorité.

D'ordinaire également, cet examen donne lieu à une audition des ministres, mais, dans la mesure où nous auditionnerons cet après-midi le Gouvernement sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2015, il n'a pas paru indispensable non plus de recevoir deux fois Mme Marisol Touraine dans la même journée, d'autant qu'elle est déjà venue mardi dernier nous parler de l'épidémie du virus Ebola.

Il n'en demeure pas moins que l'examen de ce rapport d'information représente un travail important, notamment parce qu'il nous permet de contrôler l'action du Gouvernement en recensant les textes d'application restant à prendre.

Je suis d'ailleurs très attachée à ce que nous contrôlions l'application des lois que nous votons, et je me réjouis que le bureau de notre Commission ait décidé, lors de sa dernière réunion, que nous entamerions très prochainement le contrôle de l'application de la loi du 31 mai 2013 portant réforme de la biologie médicale et de la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Le rapport que j'ai l'honneur de vous présenter au nom de l'ensemble des rapporteurs de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2014 porte sur l'application réglementaire de ses dispositions. Le Règlement de notre assemblée dispose que ce bilan doit être réalisé six mois après la publication de la loi, mais l'agenda de notre Commission, qui comportait en particulier l'examen d'un projet de loi de financement rectificative, ne nous a pas permis de faire ce travail en juillet. Aussi présentons-nous cette fois l'avancement de l'application de la loi au 10 septembre.

Le suivi de l'application réglementaire peut paraître très formel, mais il est particulièrement justifié en ce qui concerne les lois de financement de la sécurité sociale, et ce pour deux raisons. D'une part, l'inscription de dispositions en LFSS est conditionnée à leur impact sur les comptes de la sécurité sociale, faute de quoi elles sont considérées comme des « cavaliers sociaux » ; cela rend donc indispensable leur application avant la fin de l'exercice annuel. D'autre part, les PLFSS font systématiquement l'objet d'un recours à la procédure législative accélérée, du fait de la nécessité d'appliquer la loi dès le 1^{er} janvier ; cela justifie en retour que le législateur demande des comptes au Gouvernement sur son application effective.

En ce qui concerne l'application non pas réglementaire, mais budgétaire de la loi, je vous renvoie au rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale, publié la semaine dernière, ainsi qu'au rapport annuel de la Cour des comptes sur l'application des LFSS.

Sur les 82 articles de la loi de financement telle que promulguée après décision du Conseil constitutionnel, 35 nécessitent la publication d'un texte réglementaire ou la signature d'un accord conventionnel. Au 10 septembre 2014, soit un peu plus de huit mois après la publication de la loi, quatorze d'entre eux ont fait l'objet d'une application complète, dix-sept n'ont fait l'objet d'aucun des textes d'application prévus, et les quatre articles restants ont fait l'objet d'une application réglementaire partielle.

Le taux des textes publiés par rapport aux textes nécessaires est ainsi de 44 %, résultat que l'on peut qualifier de moyen, compte tenu du fait que le calcul est arrêté en septembre.

À titre de comparaison, le rapport d'application de la loi de financement pour 2008 avait mis en évidence une grande négligence dans l'élaboration des textes d'application, avec un rapport de 20 % entre le nombre de textes publiés et le nombre attendu. La situation s'est beaucoup améliorée en 2009 (47 %), s'est dégradée en 2010 (21 %), pour s'améliorer à nouveau en 2011 (61 %), mais il est vrai que le bilan avait été élaboré au mois d'octobre.

Cela étant dit, nous sommes conscients de l'ampleur de la tâche à accomplir pour l'administration, ainsi que des délais imposés par les avis du Conseil d'État et des caisses de sécurité sociale.

J'en viens à l'examen par branche.

Tous les décrets d'application relatifs à la branche famille ont été pris.

Dans le champ dont je suis le rapporteur – recettes, trésorerie, gestion du risque et lutte contre les fraudes –, treize articles nécessitaient des mesures réglementaires d'application.

Des discussions sont toujours en cours sur le régime social des indépendants (RSI) quant au mode de calcul des cotisations afférentes, le but étant de rapprocher la période de paiement de la période de perception des revenus sur lesquels sont assises les cotations.

Par ailleurs, les décrets d'application de l'article 14, qui permet aux branches professionnelles de recommander un ou plusieurs organismes de prévoyance destinés à garantir la protection complémentaire collective des salariés, sous réserve d'avoir procédé à une mise en concurrence, devraient être publiés très prochainement.

Ensuite, le PLFSS pour 2014 comportait 36 articles relatifs aux dépenses d'assurance maladie, hors dispositions ayant trait au secteur médico-social. Quatre d'entre eux ont été déclarés non conformes à la Constitution, étant qualifiés de « cavaliers sociaux ». Il s'agit de l'article 34, qui visait à instaurer un principe d'équité de rémunération entre les centres de santé et les professionnels de santé libéraux. Il est intéressant de constater que le Conseil constitutionnel a fait une lecture opposée à la nôtre des implications de cet article, considérant qu'il n'avait pas ou insuffisamment d'impact financier. Il s'agit également de l'article 57, qui avait pour objet de transposer aux bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire (ACS) le dispositif du panier de soins garanti qui existe pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Il s'agit en outre de l'article 58, qui visait à rendre automatique le renouvellement des droits à l'ACS pour les personnes âgées disposant de faibles revenus. Ce dispositif a été repris par amendement dans le cadre de l'examen du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement. Il s'agit, enfin, de l'article 37 demandant un rapport annuel au Gouvernement sur la situation des zones médicalement sous-dotées, le Conseil ayant estimé qu'il n'avait pas pour objet d'améliorer l'information et le contrôle du Parlement.

Quatorze articles sont d'application directe et n'ont pas nécessité de mesure de transposition.

Signalons par ailleurs que cinq articles appellent la rédaction par le Gouvernement de rapports au Parlement. Ces rapports n'ont pas été déposés, et je regrette particulièrement le retard pris par celui relatif à la réforme du modèle de financement des établissements de santé, dont la remise était prévue au 31 mai 2014.

S'agissant des quinze articles nécessitant la parution de 22 textes réglementaires d'application, on notera que seuls cinq d'entre eux ont été publiés à ce jour. Je me dois toutefois de souligner que dix sont « prêts à aboutir » et que trois autres sont en cours de finalisation.

Ainsi, trois dispositifs peuvent d'ores et déjà faire l'objet d'une application. Il s'agit de la réforme du cadre d'autorisation des coopérations en matière de santé, du principe du versement d'indemnités journalières en cas

d'arrêt de travail lié à la grossesse au bénéfice des femmes médecins ou auxiliaires médicales dans le cadre du « Pacte territoire-santé », et de l'expérimentation de la délivrance des médicaments à l'unité.

Parmi les mesures susceptibles d'être prochainement appliquées, citons la réforme de l'ACS, qui a d'ailleurs fait l'objet d'un ajustement dans le cadre de la loi de financement rectificative pour 2014, diverses mesures portant sur le médicament – promotion des médicaments biologiques similaires, déclaration des remises sur les médicaments génériques consenties aux pharmaciens par les laboratoires pharmaceutiques, régulation des dépenses sur la liste en sus –, ainsi que la réforme de la tarification applicable aux établissements situés dans des zones peu denses ou isolées et relative à la dégressivité des tarifs.

Une des mesures adoptées ne pourra pas être appliquée, en raison de difficultés d'acceptation par le secteur. Il s'agit du dispositif de régulation du transport de patients, qui prend notamment appui sur une expérimentation. On peut le regretter, mais je crois savoir que le PLFSS pour 2015, qui doit nous être présenté cet après-midi, comportera une mesure relative aux transports de patients à laquelle le secteur ne serait pas opposé.

Dans l'attente du projet de loi sur l'adaptation de la société au vieillissement, la LFSS pour 2014 comportait seulement deux articles relatifs au secteur médico-social, articles qui étaient d'application directe.

Quant à la branche vieillesse, elle ne faisait l'objet que d'articles comptables, dans la mesure où était discuté, en même temps que le PLFSS pour 2014, le projet de loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites.

Enfin, seul un article relatif aux accidents du travail et maladies professionnelles nécessite un décret d'application, décret qui n'a pas encore été pris.

M. Arnaud Richard. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a signé l'échec de la stratégie du Gouvernement en matière de redressement des comptes sociaux. En 2013, le rythme de ralentissement des dépenses a baissé et le déficit total des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'est élevé à 16 milliards d'euros. Ainsi, les efforts de réduction du déficit ont principalement reposé sur des prélèvements supplémentaires à hauteur de 7,6 milliards d'euros sur l'année.

Quant au respect pour la quatrième année consécutive de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) en 2013, il résulte d'un biais de construction. L'ampleur de l'écart entre son montant prévisionnel et les dépenses exécutées ne peut laisser penser qu'il s'agit d'économies à proprement parler.

J'ajoute que la faible croissance ne peut expliquer le déficit du régime général et du FSV. Selon la Cour des comptes, ce déficit est structurel à hauteur de 57 %.

Force est donc de constater que les objectifs de réduction du déficit pour 2014 ne seront pas tenus.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 prévoyait que le déficit des régimes obligatoires de base et du FSV s'établirait à 13,2 milliards d'euros, soit une diminution de 2,2 milliards par rapport à 2013, avant que la loi de financement rectificative du 8 août 2014 ne vienne réviser cette prévision à 13,6 milliards d'euros.

Pour réaliser cet objectif de réduction des déficits, modeste au départ et revu à la baisse par la suite, le Gouvernement a tablé sur une croissance de 1 % et d'une inflation de 1,2 %. Ces prévisions plus qu'optimistes pourraient conduire à constater un déficit plus élevé que prévu.

Monsieur le rapporteur, le dérapage du déficit pour 2014 sera-t-il compensé par des mesures nouvelles, et le programme d'économies de 50 milliards d'euros sur trois ans sera-t-il calculé par rapport à la croissance tendancielle ?

Mme la présidente Catherine Lemorton. Monsieur le député, cette séance est consacrée à l'étude du rapport d'information sur l'application de la LFSS pour 2014, et non à celle du PLFSS pour 2015. Les sujets que vous soulevez seront abordés cet après-midi, mais n'ayez crainte : je vous redonnerai la parole sans considérer que le groupe UDI a fait usage de son temps de parole... (*Sourires.*)

M. Arnaud Robinet. Aucun gouvernement ne s'était fixé un objectif aussi peu ambitieux de réduction du déficit de la sécurité sociale depuis 2011. La lecture du rapport montre que les objectifs n'ont pas été tenus, la réduction du déficit ayant été de 2 milliards d'euros seulement, contre 3,6 milliards en 2013.

Monsieur le rapporteur, quelles mesures doivent être prises, selon vous, pour respecter la LFSS pour 2014, et comment appréhendez-vous le PLFSS pour 2015 ? Nous ne croyons pas au retour à l'équilibre, et sans doute n'y croyez-vous guère non plus vous-même...

Mme la présidente Catherine Lemorton. Mon cher collègue, vous aurez tout loisir de poser ces questions cet après-midi.

M. Michel Issindou. Pour les parlementaires, voter des lois et constater que les décrets ne sont pas publiés est assez troublant. J'ai moi-même le sentiment que, neuf mois après la réforme des retraites, les choses n'avancent pas assez sur ce terrain non plus. Dans la mesure où ce problème concerne tous les

gouvernements – certains décrets ne sont même jamais pris –, la fixation d'un délai de parution des décrets me semble s'imposer.

M. Élie Aboud. Malgré une convention liant les agences régionales de santé (ARS), l'assurance maladie et les établissements de soins, les dépassements de dépenses en matière de transports médicaux atteignent 4 milliards d'euros. Monsieur le rapporteur, cette convention va-t-elle être remise en cause, dans la mesure où elle risque de constituer une source d'insécurité juridique pour les établissements menacés de sanctions en cas de dépassements ?

M. le rapporteur. En raison de certains blocages, notamment de la part des artisans du taxi, la disposition relative aux appels d'offres en matière de transports sanitaires a été retirée au profit d'une expérimentation, laquelle n'a pas encore commencé. Par contre, les conventions existent toujours et le PLFSS qui vous sera présenté cet après-midi comporte une disposition sur le transport sanitaire, qui semble avoir recueilli l'accord de la profession.

M. Élie Aboud. Le principe de sanctions en cas de dépassements sera-t-il inscrit dans la loi ?

M. le rapporteur. Ce sont les conventions qui le prévoient. Mais vous aurez tous les détails cet après-midi.

M. Arnaud Richard. Je souscris au propos de notre collègue Issindou : la publication des décrets est un réel problème et la fixation d'un délai impératif serait utile.

Pour prolonger mon propos d'il y a un instant, le rapporteur devrait examiner le différentiel entre les hypothèses de croissance et d'inflation sur lesquelles s'est fondé le Gouvernement pour élaborer le PLFSS, et les résultats observés dans le cadre de son exécution.

M. le rapporteur. L'objet de mon rapport est exclusivement l'application réglementaire de la loi.

Vous évoquez le résultat prévisionnel pour 2014, mais je vous rappelle que le PLFRSS comportait un état actualisé, avec un rebasage de l'ONDAM. Les nouveaux éléments ont été exposés à la Commission des comptes de la sécurité sociale et seront pris en compte par le PLFSS pour 2015, dont les premiers articles portent sur l'équilibre financier – mais je ne peux préjuger du vote du Parlement.

M. Christophe Cavard. Nous reviendrons sur le fond cet après-midi.

Le rapporteur affiche son souhait de voir les choses évoluer en matière de publication des décrets. Comme il l'indique en page 7 de son document, le rapport sur l'application de la LFSS pour 2008 pointait déjà une « grande négligence » dans l'élaboration des textes d'application ; il ajoute que les processus sont longs

du fait que les décrets doivent être soumis préalablement aux caisses de sécurité sociale, puis examinés par le Conseil d'État.

Ainsi, la proportion de textes publiés par rapport aux textes attendus était de 20 % en 2008, mais a été de 61 % en 2011 et serait de 44 % en septembre 2014. Quel taux peut-on espérer en fin d'année ?

M. le rapporteur. Le taux de 100 % ne sera jamais atteint en fin d'année, car certains textes nécessitent un délai qui dépasse le terme de l'année civile. L'auteur de l'expression « grande négligence » est mon excellent prédécesseur Yves Bur... Nous devons donc continuer ce combat commun pour que les textes soient pris avec diligence et, surtout, pour que l'esprit des décrets traduise parfaitement l'esprit de la loi.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Je vous informe que le texte du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 est parvenu sur nos messageries électroniques tout à l'heure, à dix heures vingt-sept exactement...

Nous allons maintenant voter sur l'autorisation de publication du rapport d'information sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale.

Je rappelle qu'il s'agit seulement d'une autorisation de publication et non d'un vote sur le contenu même des conclusions.

La Commission décide à l'unanimité d'autoriser la publication du rapport

ANNEXE

Mise en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014

Textes d'application & répartition des articles entre rapporteurs

Situation au 10 septembre

Article	Objet du dispositif	Textes d'application	Rapporteur
	Première partie : Dispositions relatives à l'exercice 2012		
1 ^{er}	Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2012	Article d'application directe	<i>M. Gérard BAPT</i>
2	Approbation du rapport annexé sur la couverture des déficits de l'exercice 2012 et le tableau patrimonial (annexe A)	Article d'application directe	<i>M. Gérard BAPT</i>
	Deuxième partie : Dispositions relatives à l'année 2013		
3	Mobilisation des excédents du fonds pour l'emploi hospitalier	Article d'application directe Paiement effectué en décembre	<i>M. Gérard BAPT</i>
4	Contribution des organismes complémentaires au financement du forfait « médecin traitant »	Publication d'une circulaire le 21 janvier. Encaissement de 78 M€ (sur 75 attendus) au titre de 2013 Publication du décret n° 2014-769 du 4 juillet 2014 en ce qui concerne les déclarations à effectuer pour l'exercice 2014	<i>M. Christian PAUL</i>

Article	Objet du dispositif	Textes d'application	Rapporteur
5	Rectification du montant des dotations au Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) et à l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS)	Article d'application directe	<i>M. Christian PAUL</i>
6	Rectification des prévisions et objectifs relatifs à l'exercice 2013	Article d'application directe	<i>M. Gérard BAPT</i>
7	Rectification de l'ONDAM et des sous-ONDAM pour 2013	Article d'application directe	<i>M. Christian PAUL</i>
Troisième partie : Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour 2014			
<i>Section 1 : Dispositions relatives aux recettes des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement</i>			
8	Refonte des prélèvements sociaux sur les produits de placement	Article d'application directe. Lettre 13 mars à la FFSA, la FBF et le GEMA pour donner précisions sur champ d'application et octroyer une période transitoire jusqu'au 30 septembre Un BOFIP est en cours de finalisation Formulaire d'ores et déjà modifié	<i>M. Gérard BAPT</i>
9	Financement des mesures prises en matière de retraites complémentaires agricoles	Décret n° 2014-732 du 27 juin 2014	<i>M. Gérard BAPT</i>
10	Création d'une cotisation déplafonnée d'assurance vieillesse de base pour le Régime social des indépendants	Décret n°2013-1290 du 27 décembre 2013	<i>M. Gérard BAPT</i>
11	Réforme des modalités de financement de la Haute Autorité de Santé	Recodification de dispositions dans le CGI Montants des droits fixés par l'arrêté du 20 décembre 2013	<i>M. Gérard BAPT</i>

Article	Objet du dispositif	Textes d'application	Rapporteur
12	Fusion de la taxe sur le chiffre d'affaires des laboratoires et de la taxe sur les premières ventes de médicaments	Article d'application directe. Mise à jour de la déclaration et de la notice effectuée	<i>M. Gérard BAPT</i>
13	Création d'une troisième tranche de la taxe sur le chiffre d'affaires de la vente en gros	Article d'application directe. A l'occasion de la modification de la taxe, l'administration a prévu de produire une circulaire d'ensemble sur cette taxe	<i>M. Gérard BAPT</i>
14	Recommandation d'un ou plusieurs organismes de prévoyance par les branches professionnelles	Concertations avec partenaires sociaux, FFSA, FNMF et CTIP et partenaires sociaux Avis du conseil supérieur de la mutualité et du comité consultatif de la législation et de la réglementation financières Texte relatif à la transparence en contreseing. Texte relatif au degré élevé de solidarité transmis au Conseil d'État, publication prévue début octobre	<i>M. Gérard BAPT</i>
15	Fixation du taux K	Article d'application directe	<i>M. Gérard BAPT</i>
16	Intégration des déficits de la CNAMTS et de la CNAF dans le champ des reprises de la CADES	Décret n° 2014-97 du 3 février 2014	<i>M. Gérard BAPT</i>
17	Mesures de transferts de recettes	Dispositif d'application directe Publication d'un arrêté de répartition le 25/4/2014 Les réformes envisageables du financement de la protection sociale ont fait l'objet d'un rapport d'étape du HCFIPS en mars 2014. Ces travaux ont servi de base dans l'élaboration par le Gouvernement du pacte de responsabilité et de solidarité porté par la LFRSS 2014	<i>M. Gérard BAPT</i>
18	Mise en place d'une taxe spécifique sur les boissons énergisantes	Article d'application directe Publication d'une circulaire des Douanes le 6 mars Rendement de 12 M€ au 30/6	<i>M. Gérard BAPT</i>

Article	Objet du dispositif	Textes d'application	Rapporteur
19	Majoration du taux de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) applicable aux contrats complémentaires santé dits « non responsables »	Article d'application directe Mise à jour du Bofip le 20 mai	M. Gérard BAPT
20	Reconfiguration des exonérations en faveur de l'apprentissage, des contrats de service civique et des chantiers d'insertion	Décret relatif aux relations financières entre le FSV et les caisses (sans impact sur les employeurs et les assurés) en cours de finalisation	M. Gérard BAPT
21	Approbation du montant de la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale	Article d'application directe	M. Gérard BAPT
<i>Section 2 : Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre</i>			
22	Approbation du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires pour 2014	Article d'application directe	M. Gérard BAPT
23	Approbation du tableau d'équilibre du régime général pour 2014	Article d'application directe	M. Gérard BAPT
24	Approbation du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (FSV), détermination de l'objectif d'amortissement de la dette sociale et des prévisions de recettes du FRR et de la section 2 du FSV pour 2014	Article d'application directe	M. Gérard BAPT
25	Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B)	Article d'application directe	M. Gérard BAPT

	<i>Section 3 : Dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité</i>		
26	Simplifications du mode de calcul des cotisations dues par les travailleurs indépendants	Dispositions applicables en 2014 (cotisations dues par les praticiens et auxiliaires médicaux) : publication du décret n° 2014-2 du 3 janvier 2014 Dispositions applicables en 2015 (dispositif proposé par le RSI applicable pour les autres indépendants) : décrets en cours de finalisation afin de saisir les caisses à la fin août	M. Gérard BAPT
27	Promotion de la déclaration sociale nominative, du chèque emploi service universel dans les DOM et de la dématérialisation	Dispositions relatives aux DOM : publication du décret n° 2014-137 du 17 février 2014 Dispositions relatives à la dématérialisation : publication des décrets n° 2014-628 et n° 2014-649 du 17 et du 20 juin 2014 Introduction d'un seuil d'obligation intermédiaire en 2015 pour la DSN : textes examinés par les caisses ; publication prochaine (texte en contreseing) Adaptations du CESAU pour le paiement des congés : décret à finaliser en fonction de l'aboutissement des travaux techniques à mener par l'Accoss	M. Gérard BAPT
28	Compétence des URSSAF pour le recouvrement contentieux des pénalités financières relatives aux produits de santé remboursables	Article d'application directe	M. Gérard BAPT
29	Affectation à la Caisse nationale d'assurance maladie des excédents de la Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières	Article d'application directe. 1 ^{er} versement de 145M€ effectué. Reliquat (30 M€) à effectuer après approbation des comptes par le CA	M. Gérard BAPT
30	Reconduction pour la période 2014-2017 de l'avance consentie par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale à la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines	Article d'application directe en ce qui concerne la trésorerie Accord signé par 2 des 3 organisations syndicales représentatives pour l'indemnisation des personnels transférés Le décret relatif au « droit ultérieur à réintégration » doit être publié prochainement (en contreseing)	M. Gérard BAPT

31	Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt	Article d'application directe	<i>M. Gérard BAPT</i>
----	---	-------------------------------	-----------------------

	Quatrième partie : Dispositions relatives aux dépenses pour 2013		
	<i>Section 1 : Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie</i>		
32	Instauration d'un cadre général d'expérimentation des parcours de soins	La loi prévoit que les décrets seront pris au fur et à mesure des expérimentations	<i>M. Christian PAUL</i>
33	Rémunération de l'exercice pluriprofessionnel	Article d'application directe	<i>M. Christian PAUL</i>
34	<i>Dispositions déclarées non-conformes à la Constitution</i>		<i>M. Christian PAUL</i>
35	Réforme du cadre d'autorisation des coopérations entre professionnels de santé	Publication du décret n° 2014-919 du 18 août 2014	<i>M. Christian PAUL</i>
36	Expérimentation de financement d'actes de télémédecine	4 groupes de travail réunissant l'administration, la CNAM et les ARS des régions concernées (Alsace, Basse-Normandie, Bourgogne, Centre, Haute-Normandie, Languedoc-Roussillon, Martinique, Pays de la Loire, Picardie) se réunissent pour définir le cahier des charges de l'expérimentation. Ces groupes sont chargés de déterminer le modèle d'organisation qui sera privilégié, le circuit de liquidation/facturation et de traçabilité des activités qui seront réalisées par les professionnels participant, la rémunération y afférente, ainsi que les conditions de l'évaluation par la HAS	<i>M. Christian PAUL</i>
37	<i>Dispositions déclarées non-conformes à la Constitution</i>		<i>M. Christian PAUL</i>
38	Amélioration de la protection sociale des professionnelles de santé en cas d'arrêt maladie lié à la grossesse	Publication du décret n° 2014-900 du 18 août 2014	<i>M. Christian PAUL</i>
39	Régulation et expérimentation de nouveaux modes d'organisation du transport des patients	Dispositions relatives au CAQCOS : projet de décret soumis à concertation Expérimentation : les dispositions posent des difficultés d'acceptation avec le secteur	<i>M. Christian PAUL</i>

40	Suppression du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins	Article d'application directe	<i>M. Christian PAUL</i>
41	Réforme de la tarification à l'activité des établissements de santé	Activités isolées : saisine caisses et Conseil d'État effectuée Dégressivité tarifaire : décret transmis au CE	<i>M. Christian PAUL</i>
42	Élargissement du dispositif de mise sous accord préalable des soins de suite et de réadaptation	Article d'application directe	<i>M. Christian PAUL</i>
43	Expérimentation de la tarification au parcours pour l'insuffisance rénale chronique et le traitement du cancer par radiothérapie	Décret en cours de finalisation (la concertation vient de s'achever) – transmission au CE prévue courant septembre	<i>M. Christian PAUL</i>
44	Fongibilité entre sous-objectifs de l'ONDAM	Article d'application directe	<i>M. Christian PAUL</i>
45	Modalités de répartition des charges hospitalières entre régimes d'assurance maladie et report de la facturation individuelle des établissements de santé	Article d'application directe Arrêté de répartition à prendre dès que les données du programme de médicalisation des systèmes d'information pour 2013 seront arrêtées	<i>M. Christian PAUL</i>
46	Expérimentation de la délivrance des médicaments à l'unité	Publication imminente du décret (<i>en contreséing</i>)	<i>M. Christian PAUL</i>
47	Promotion des médicaments biologiques similaires	Décret en cour de finalisation (<i>important travail de concertation avec les industriels réalisé dans le cadre du CSF santé</i>)	<i>M. Christian PAUL</i>
48	Prise en charge des médicaments ayant bénéficié d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU)	Article d'application directe Dispositif mis en œuvre par HAS et ANSM	<i>M. Christian PAUL</i>
49	Déclaration des remises sur les médicaments génériques consenties aux pharmaciens par les laboratoires pharmaceutiques	Publication arrêté relatif au seuil de remises en cours de publication (arrêté du 22 août 2014) Décret sur la déclaration des remises en cours de finalisation (<i>transmission imminente au cab</i>) Rapport à transmettre avant la fin de l'année	<i>M. Christian PAUL</i>

50	Modalités d'application de la convention pharmaceutique aux pharmacies mutualistes et minières	Article d'application directe	M. Christian PAUL
51	Création d'un instrument unique de régulation des dépenses sur la liste en sus	Texte en cours d'élaboration (<i>saisine effectuées ; consultations en cours – attente retour fédérations pour le 15/9</i>)	M. Christian PAUL
52	Simplification des règles de tarification des actes innovants associés à des produits de santé	Décret transmis au Conseil d'État	M. Christian PAUL
53	Rapport sur l'affectation de l'élargissement de l'assiette de la contribution sur les dépenses de promotion des médicaments	<i>Rapport avant le 1^{er} mai...</i>	M. Christian PAUL
54	Renforcement de l'aide au sevrage tabagique à destination des jeunes	Article d'application directe Instructions données à la CNAM	M. Christian PAUL
55	Tiers payant sur les consultations et examens préalables à la contraception chez les mineures d'au moins 15 ans	Article d'application directe	M. Christian PAUL
56	Réforme de la protection complémentaire d'assurance maladie	Contrats responsables : disposition modifiée en LFRSS pour 2014. Le décret a été transmis au Conseil d'État. Le décret relatif à l'appel d'offre ACS est en cours de publication.	M. Christian PAUL
57	<i>Dispositions déclarées non-conformes à la Constitution</i>		M. Christian PAUL
58	<i>Dispositions déclarées non-conformes à la Constitution</i>		M. Christian PAUL
59	Simplification de la législation relative aux indemnités journalières pour les travailleurs indépendants et les exploitants agricoles	Texte porté par le ministre de l'agriculture Texte examiné prochainement par le Conseil d'État	M. Christian PAUL
60	Rapport sur l'ouverture des droits aux indemnités journalières	Rapport avant le prochain PLFSS	M. Christian PAUL

61	Financement du plan d'aide à l'investissement dans le secteur médico-social pour 2014 et mesure de déconcentration	Plafond fixé par arrêté	<i>Mme Martine PINVILLE</i>
62	Arrêt de l'expérimentation sur la tarification en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	Article d'application directe	<i>Mme Martine PINVILLE</i>
63	Dotations annuelles des régimes obligatoires d'assurance maladie à divers établissements publics ; simplification des modalités de fixation de la dotation des agences régionales de santé	Article d'application directe	<i>M. Christian PAUL</i>
64	Fixation des objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès	Article d'application directe	<i>M. Christian PAUL</i>
65	Fixation du montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2014 et de sa ventilation	Article d'application directe	<i>M. Christian PAUL</i>
66	Fixation d'un prix limite de facturation des tarifs thermaux par orientation thérapeutique	Avenant conventionnel publié au JO le 1 ^{er} mars 2014	<i>M. Christian PAUL</i>
67	Rapport sur la prise en charge des dépenses de santé par l'assurance maladie obligatoire	Rapport avant le 31/12/2014	<i>M. Christian PAUL</i>
	<i>Section 2 : Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse</i>		
68	Objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2014	Article d'application directe	<i>M. Michel ISSINDOU</i>

	<i>Section 3 : Dispositions relatives aux dépenses d'accidents du travail et de maladies professionnelles</i>		
69	Fixation des montants des dépenses de transfert instituées par des dispositions légales à la charge de la branche AT-MP	Article d'application directe	M. Laurent MARCANGELI
70	Extension aux marins des droits attachés à la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur	Décret à finaliser	M. Laurent MARCANGELI
71	Alignement sur le régime général du taux d'incapacité permanente requis dans le régime agricole pour bénéficier de la prestation complémentaire d'aide à une tierce personne	Article d'application directe	M. Laurent MARCANGELI
72	Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2014	Article d'application directe	M. Laurent MARCANGELI
	<i>Section 4 : Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille</i>		
73	Majoration du complément familial pour les familles sous le seuil de pauvreté	Publication des décrets n° 2014-419 et n° 2014-420 du 23 avril 2014	Mme Marie-Françoise CLERGEAU
74	Amélioration de la prise en compte du revenu des familles bénéficiaires de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant	Publication du décret n° 2014-422 du 24 avril 2014	Mme Marie-Françoise CLERGEAU
75	Suppression de la majoration du complément libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant et simplification des conditions d'attribution aux non-salariés	Publication du décret n° 2014-421 du 24 avril 2014	Mme Marie-Françoise CLERGEAU

76	Simplification des modalités d'attribution du complément de mode de garde (CMG) de la prestation d'accueil du jeune enfant et plafonnement des tarifs des micro-crèches éligibles au CMG-structure	Publication du décret n° 2014-421 du 24 avril 2014	Mme Marie-Françoise CLERGEAU
77	Report de la date de revalorisation de l'allocation de logement familiale	Publication du décret n° 2014-422 du 24 avril 2014	Mme Marie-Françoise CLERGEAU
78	Fixation des objectifs de dépenses de la branche famille pour 2014	Article d'application directe	Mme Marie-Françoise CLERGEAU
<i>Section 5 : Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires</i>			
79	Fixation du transfert du FSV au titre du financement du minimum contributif pour 2014	Article d'application directe	M. Michel ISSINDOU
80	Prévision des charges du FSV pour 2014	Article d'application directe	M. Michel ISSINDOU
<i>Section 6 : Dispositions relatives à la gestion, au contrôle et à la lutte contre la fraude</i>			
81	Recouvrement des dettes et créances européennes et internationales	<ul style="list-style-type: none"> - Décret à prendre avant le 31/12/2014 : saisine caisses et CNIL imminent - Lettre de mission adressée aux 2 organismes - Finalisation d'une feuille de route des travaux 2014 ; ces travaux sont effectués sous le pilotage de la DSS - Passation des compétences et affectation des personnels en cours 	M. Gérard BAPT
82	Unification de la gestion des prestations maladie et accidents du travail des exploitants agricoles	Publication du décret n° 2014-741 du 30 juin 2014	M. Gérard BAPT
83	Exemplarité des donneurs d'ordre publics	Article d'application directe	M. Gérard BAPT

84	Renforcement des compétences des caisses du régime agricole en matière de fraude aux AT-MP et de travail dissimulé	Article d'application directe	<i>M. Gérard BAPT</i>
85	Perception frauduleuse d'aides au logement via des sociétés écrans	Publication imminente du décret (<i>en contreséing</i>)	<i>M. Gérard BAPT</i>
86	Harmonisation des sanctions en matière de fraude aux prestations sociales	Article d'application directe	<i>M. Gérard BAPT</i>

