



N° 3094

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUATORZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 30 septembre 2015.

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° 2014-1554** du 22 décembre 2014
de **financement de la sécurité sociale pour 2015**,*

ET PRÉSENTÉ PAR

M. GÉRARD BAPT, MMES MICHÈLE DELAUNAY, JOËLLE HUILLIER,
MM. MICHEL ISSINDOU, DENIS JACQUAT 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. Affiliation des personnes participant de façon occasionnelle à des missions de service public	9
2. Simplification des règles d'affiliation des travailleurs indépendants	10
3. Réduction forfaitaire de cotisations patronales pour l'emploi à domicile	11
4. Encadrement des assiettes forfaitaires	12
5. Simplification du recouvrement de certaines contributions pharmaceutiques.....	13
6. Rationalisation de la fiscalité des contrats d'assurance maladie complémentaire et des contrats d'assurance automobile	14
7. Prélèvement des cotisations et contributions sociales dues au titre des périodes de congés payés directement sur la cotisation appelée par la caisse de congés payés.....	15
8. Dispositions relatives au contrôle et au recouvrement des cotisations et contributions sociales.....	16
9. Recouvrement des cotisations du régime de la mutualité sociale agricole	17
10. Financement des besoins de trésorerie du régime des exploitants agricoles	18
B. LA GESTION ET LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE	18
II. LA BRANCHE ASSURANCE MALADIE	19
A. AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SOINS ET AUX DROITS	22
B. PROMOTION DE LA PRÉVENTION	24
C. RENFORCEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA PROXIMITÉ DU SYSTÈME DE SOINS	26
D. PROMOTION DE LA PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS ET DES ACTES	31
E. AUTRES MESURES	34

III. LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL	36
A. AMORTISSEMENT DU COÛT DES ÉVALUATIONS EXTERNES DANS LES SERVICES D'ACCOMPAGNEMENT POUR ADULTES HANDICAPÉS	36
B. RAPPORT SUR L'ÉVALUATION DES CONTRATS PLURIANNUELS D'OBJECTIFS ET DE MOYENS	37
IV. LA BRANCHE VIEILLESSE	37
A. LES MESURES D'APPLICATION DIRECTE	37
B. LE DISPOSITIF D'AIDE AU RACHAT DE TRIMESTRES DE RETRAITE POUR LES ENFANTS DE HARKIS.....	38
C. L'ADAPTATION DES CONDITIONS DE CUMUL EMPLOI-RETRAITE POUR LES ARTISTES DU BALLET DE L'OPÉRA NATIONAL DE PARIS..	38
V. LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES	39
A. LES MESURES D'APPLICATION DIRECTE	39
1. Les dépenses de transfert à la charge de la branche AT-MP	39
2. L'objectif de dépenses de la branche AT-MP.....	40
B. LES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES AT-MP DES NON-SALARIÉS AGRICOLES	40
VI. LA BRANCHE FAMILLE	41
A. MODULATION DES MONTANTS D'ALLOCATIONS FAMILIALES EN FONCTION DES REVENUS.....	41
B. OBJECTIF DE DÉPENSES DE LA BRANCHE FAMILLE POUR L'ANNÉE 2015.....	41
TRAVAUX DE LA COMMISSION	43
EXAMEN DU RAPPORT EN COMMISSION	43

INTRODUCTION

En application de l'article 145-7 du Règlement de l'Assemblée nationale, ce rapport fait état des textes réglementaires publiés pour la mise en œuvre de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2015, 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 LFSS, 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 censurés par le Conseil constitutionnel), ce qui rend indispensable leur application dans l'année qui suit la promulgation de la loi (en tout cas pour celles qui entrent en vigueur dès 2015) ;

– d'autre part, les projets de loi de financement de la sécurité sociale (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.

Ce 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, au plus tard dans 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.

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), les 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 ⁽²⁾.

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

(2) <http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport-ccss-juin2015.pdf>.

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 ⁽¹⁾.

L'application de la lettre du Règlement devrait conduire à présenter, dans ce rapport, l'état de l'application de la loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014. Mais compte tenu de la nature très particulière de ce texte, qui engage la mise en œuvre de l'essentiel des dispositions du Pacte de responsabilité et de solidarité (en particulier l'approfondissement et l'extension des allègements de cotisations patronales de sécurité sociale), les rapporteurs ont estimé qu'il serait plus utile de réaliser, lorsque les données disponibles permettront d'avoir suffisamment de recul, une évaluation de l'impact des mesures adoptées, sans se contenter d'en présenter brièvement les actes d'application.

*

Adopté définitivement par l'Assemblée nationale le 25 novembre 2014, la LFSS 2015 a fait l'objet d'une saisine du Conseil constitutionnel, lequel s'est prononcé le 18 décembre ⁽²⁾, censurant le seul article 12 sur les 94 articles adoptés, ainsi qu'une partie de l'article 16.

Sur les 93 articles restant, 47 sont d'application directe, comme l'a indiqué le Gouvernement en réponse au questionnaire des rapporteurs.

Les autres articles appellent, outre la remise par le Gouvernement de 4 rapports au Parlement, l'adoption de 50 actes d'application au sens strict (décrets et arrêtés).

Au 15 septembre 2015, soit 9 mois après la publication de la loi, 28 articles n'ont fait l'objet d'aucun des textes d'application qu'ils prévoient, et 2 l'objet d'une application incomplète.

Le tableau suivant traduit un résultat en très légère dégradation par rapport à celui arrêté en septembre 2014 (42 % des textes d'application publiés ⁽³⁾ contre 44 %).

(1) <https://www.ccomptes.fr/Accueil/Publications/Publications/La-securite-sociale3>.

(2) *Décision n° 2014-706 DC du 18 décembre 2014*, Loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 : <http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/root/bank/download/cc2014706dc.pdf>.

(3) *L'application de certains articles appelle plusieurs actes réglementaires, ce qui explique que le nombre d'actes d'application attendus soit supérieur à celui des articles appelant des actes d'application.*

**ÉTAT DE LA PUBLICATION DES TEXTES NÉCESSAIRES À L'APPLICATION
DE LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2015**

Nombre de textes au 15 septembre 2015	Textes d'application nécessaires	Textes publiés		Textes restant à publier
		Nombre	en %	
Décrets en Conseil d'État	14	5	36 %	9
Décrets simples	26	12	46 %	14
Arrêtés	10	4	40 %	6
Total textes d'application	50	21	42 %	29

Source : Commission des affaires sociales.

À titre de comparaison :

– le rapport d'application 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'était beaucoup améliorée en 2009 (47 %) ;

– avait régressé en 2010 (21 %) ;

– et à nouveau beaucoup progressé en 2011 (61 %, mais avec un indicateur élaboré au mois d'octobre).

Les rapporteurs sont toutefois conscients de l'ampleur de la tâche à accomplir pour l'administration et de certains délais incompressibles, quand les décrets doivent être soumis préalablement aux caisses de sécurité sociale, 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'est traditionnellement le cas, 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 (Mme Michèle Delaunay, II), secteur médico-social (Mme Joëlle Huillier, III), assurance vieillesse (M. Michel Issindou, IV), accidents du travail et maladies professionnelles (M. Denis Jacquat, V) et branche famille (Mme Marie-Françoise Clergeau, VI). Deux changements sont intervenus dans la liste des rapporteurs par rapport à l'année dernière. Tout d'abord, M. Olivier Véran, rapporteur pour l'assurance maladie, n'est plus député depuis le 5 avril 2015, date de reprise de l'exercice de son mandat par Mme Geneviève Fioraso, démissionnaire du Gouvernement. De même, Mme Martine Pinville, rapporteure pour le secteur médico-social, n'est plus députée depuis le 17 juillet, à la suite de son entrée au Gouvernement.

I. LES RECETTES ET LA GESTION DU RISQUE

Cette partie porte sur les dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 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 2014 (article 5) ⁽¹⁾, la compensation par le budget de l'État des pertes de recettes liées à des dispositifs d'exonération de cotisations sociales (article 35), la fixation des objectifs et prévisions pour les exercices 2014 et suivants (articles 36 à 38), l'habilitation accordée aux régimes de base à recourir à l'emprunt (article 39) et l'approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale, ou annexe B (article 40).

Par ailleurs, certaines dispositions portant sur les recettes sont également d'application directe : la modification des règles relatives aux contributions sociales sur les revenus de remplacement (article 7), le champ de l'exonération de cotisations patronales pour l'emploi au domicile des personnes fragiles (article 11), le relèvement de la contribution exceptionnelle des employeurs sur les « retraites chapeaux » (article 17), l'exclusion des boissons à base de soja de l'assiette de la contribution sur les boissons sucrées (article 18), la suppression de la prime de partage des profits (article 19), l'assujettissement aux prélèvements sociaux des plans d'épargne en actions en déshérence au moment de leur clôture (article 20), l'exonération de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) pour les sociétés coopératives artisanales et de transport (article 21), l'exonération de certaines cotisations et contributions dues par les employeurs affectés par l'interruption de dessertes maritimes vers la Corse en juin et juillet 2014 (article 26) ⁽²⁾, la réaffectation de la taxe sur les salaires, des droits de consommation sur les tabacs et de la C3S dans le cadre de la compensation des mesures du Pacte de responsabilité et de solidarité (article 33).

En ce qui concerne le recouvrement, le contrôle et la lutte contre la fraude, sont d'application directe : les dispositions relatives au contrôle et au recouvrement des cotisations et contributions sociales (article 24), le plan de désendettement social pour les exploitants agricoles corses (article 25) ⁽³⁾, la simplification des modalités de contestation des cotisations accidents du travail et maladies professionnelles (article 27) ⁽⁴⁾, l'organisation comptable et budgétaire de la Caisse de sécurité sociale de Mayotte (article 32), les modalités de versement de l'État à la sécurité sociale des recettes des prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine

(1) Les articles 3 et 4 relèvent de la partie assurance maladie (II).

(2) Qui a toutefois fait l'objet d'une instruction ministérielle élaborée parallèlement à l'examen de l'article par le Parlement, sans que l'on puisse donc véritablement parler d'acte d'application.

(3) Une instance de coordination a été mise en place sous l'égide du préfet.

(4) Ainsi que l'article 28, de coordination.

au titre de l'*exit tax* (article 34), la rationalisation des systèmes d'information de la branche famille (article 89), la proportionnalité des sanctions prononcées en cas de fraude aux prestations familiales et de vieillesse (article 90), la régularisation des déclarations à la suite d'un contrôle (article 91), l'ajout du montant des prestations sociales dans le répertoire national commun de la protection sociale (article 92), le remboursement des réductions et exonérations de cotisations sociales en cas de recours au travail dissimulé (article 93), la lutte contre la fraude aux cotisations sociales (article 94).

La LFSS 2015 comporte ainsi, en matière de recettes, de recouvrement, de trésorerie, de contrôle et de lutte contre la fraude, 11 articles nécessitant des textes d'application, au sens large (un décret en Conseil d'État, 10 décrets simples, un arrêté et une convention). Seuls 6 de ces 13 actes ont été pris, dont 2 ne permettant pas une application complète des articles concernés (articles 23 et 29).

A. LES RECETTES, LE RECOUVREMENT ET LA TRÉSORERIE

1. Affiliation des personnes participant de façon occasionnelle à des missions de service public

● L'article 8 prévoit une nouvelle définition des collaborateurs occasionnels du service public, dont le 21° de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale rend obligatoire l'affiliation au régime général de sécurité sociale. Pour le calcul des cotisations sociales, les employeurs de ces collaborateurs occasionnels bénéficient d'un abattement de 20 % du montant des indemnités servies.

Dans sa rédaction antérieure à la LFSS 2015, le code définissait les collaborateurs occasionnels comme « *les personnes qui exercent à titre occasionnel pour le compte de l'État, d'une collectivité territoriale ou d'un de leurs établissements publics administratifs, d'une autorité publique indépendante dotée de la personnalité morale ou d'un organisme privé chargé de la gestion d'un service public à caractère administratif, une activité dont la rémunération est fixée par des dispositions législatives ou réglementaires ou par décision de justice* ». Un décret ⁽¹⁾ dressait plus précisément la liste des personnes concernées.

Cette définition est apparue à l'usage trop restrictive, ne permettant pas d'apprécier clairement les conditions d'affiliation de certains travailleurs occasionnels du service public. La nouvelle définition retenue par le législateur, moins détaillée mais plus englobante, doit permettre de remédier à cette situation. Les collaborateurs occasionnels du service public sont désormais définis comme « *les personnes qui contribuent à l'exécution d'une mission de service public à*

(1) Décret n° 2000-35 du 17 janvier 2000 portant rattachement de certaines activités au régime général, modifié par le décret n° 2008-484 du 22 mai 2008.

caractère administratif pour le compte d'une personne publique ou privée, lorsque cette activité revêt un caractère occasionnel ».

La loi renvoie au décret le soin de préciser :

– les sommes, les activités et les employeurs concernés ;

– les modalités selon lesquelles les indemnités peuvent être versées à l'employeur « habituel » du collaborateur occasionnel du service public, lorsque la collaboration s'effectue dans le prolongement de l'emploi habituel ;

– les conditions dans lesquelles les collaborateurs occasionnels exerçant une activité non salariée peuvent demander à ce que l'affiliation obligatoire ne s'applique pas ⁽¹⁾.

Les dispositions de l'article 8 étant applicables à compter du 1^{er} janvier 2015, il était prévu que le décret soit publié avant la fin de l'année 2014.

• En réponse au questionnaire des rapporteurs, le Gouvernement a indiqué que les travaux interministériels nécessaires à l'application de cet article sont en cours.

2. Simplification des règles d'affiliation des travailleurs indépendants

• L'article 9 modifie, pour les simplifier, les règles d'affiliation des travailleurs indépendants exerçant plusieurs activités (pluriactifs) ou cumulant des revenus d'activité avec une pension de retraite ou d'invalidité (actifs pensionnés).

La loi renvoie au décret le soin de définir plusieurs éléments importants :

– les conditions dans lesquelles un indépendant exerçant à la fois une activité agricole et une activité non agricole est affilié à un seul des régimes de sécurité sociale correspondant à ces activités (article L. 171-3 du code de la sécurité sociale) ;

– l'instauration de règles de coordination entre régimes d'assurance-maladie et maternité pour les personnes n'exerçant pas d'activité professionnelle, qui ont relevé de régimes différents ou bénéficient de pensions servies par plusieurs régimes (article L. 171-6) ;

– les modalités d'ouverture des droits aux prestations en nature servies, pour les pluriactifs relevant notamment du régime social des indépendants (RSI), par l'un des régimes auxquels ils sont affiliés (article L. 613-4) ;

(1) *Auquel cas les cotisations sur les indemnités sont prélevées selon les règles générales applicables aux revenus d'activité non salariée.*

– les modalités d’ouverture des droits aux prestations en nature servies, pour les actifs pensionnés, par l’un des régimes auxquels ils sont affiliés (article L. 613-7) ;

– les conditions dans lesquelles les pluriactifs, les pluripensionnés et les indépendants bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) peuvent demander, par exception à la règle de droit commun, à être assujettis aux cotisations minimales dont bénéficient les autoentrepreneurs ⁽¹⁾ (article L. 613-7-1) ;

– les conditions dans lesquelles les cotisations dues par les bénéficiaires de l’aide à la création ou à la reprise d’entreprise (ACCRE) font l’objet d’une régularisation, à compter de la date à laquelle ils ont dépassé les plafonds de revenus ouvrant droit à exonération (article L. 161-1-1) ;

– la date d’entrée en vigueur des deux dernières dispositions décrites ;

– les coordinations à apporter dans le code rural et de la pêche maritime (article L. 732-9 de ce code).

• Le décret n° 2015-877 du 16 juillet 2015 comporte les mesures d’application appelées par l’article 9 de la LFSS. Sans entrer dans le détail de ses nombreuses dispositions techniques, on peut en retenir les principaux éléments suivants :

– un assuré affilié à plusieurs régimes pour les risques maladie et maternité se voit en principe servir les prestations par le premier régime auquel il a été affilié, sauf option contraire ;

– un indépendant exerçant plusieurs activités relève par principe du régime correspondant à son activité principale, celle-ci étant réputée être la plus ancienne, sauf notamment en cas de cumul d’une activité saisonnière et d’une activité permanente (dans ce cas, le régime d’affiliation est celui correspondant à l’activité permanente).

3. Réduction forfaitaire de cotisations patronales pour l’emploi à domicile

• L’article 10 prévoit une réduction forfaitaire des cotisations patronales pour l’emploi d’un salarié à domicile, d’un montant variable selon les cas de figure :

– 3,70 euros dans les départements d’outre-mer, à Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Saint-Pierre-et-Miquelon (champ des cotisations et contributions sociales légales et conventionnelles) ;

(1) En application du « régime simplifié », défini par la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 relative à l’artisanat, au commerce et aux très petites entreprises, dite « ACTPE ».

– 1,50 euro pour la garde d’enfants âgés de 6 à 13 ans, sous réserve que les salariés soient déclarés sur le site Internet www.pajemploi.urssaf.fr (champ des cotisations de sécurité sociale) ;

– 0,75 euro pour les autres emplois à domicile (champ des cotisations maladie, maternité, invalidité et décès).

La réduction de 1,50 euro pour garde d’enfants n’est possible que dans la limite d’un nombre d’heures, qui doit être fixé par décret, à 40 heures par mois selon les débats parlementaires.

• De fait, c’est ce que prévoit le décret n° 2015-441 du 17 avril 2015 fixant le nombre d’heures ouvrant droit à une déduction forfaitaire de cotisations de sécurité sociale majorée pour les activités de garde d’enfants de 6 à 13 ans révolus. Ce texte prévoit également de conditionner la réduction au fait, pour l’employeur, de se conformer aux modalités de déclaration prévues pour la prestation d’accueil du jeune enfant, prévues par l’article D. 531-24 du code de la sécurité sociale.

Le Gouvernement a indiqué aux rapporteurs que les informations prévues par le décret ont été mises à disposition du public dès le 1^{er} janvier, sur le site Internet www.pajemploi.urssaf.fr, qui a connu au cours du premier trimestre les évolutions nécessaires, une régularisation – par définition rétroactive – étant même possible.

4. Encadrement des assiettes forfaitaires

• L’article 13 renforce l’encadrement du mécanisme des assiettes forfaitaires.

Par exception au principe selon lequel les cotisations sociales sont assises sur la totalité du salaire et des avantages consentis au salarié, la rédaction antérieure du code de la sécurité sociale prévoyait, pour chaque branche, la possibilité de définir par arrêté des assiettes forfaitaires, qui peuvent être classées en deux catégories selon leurs finalités :

– les assiettes forfaitaires « protectrices » permettent de prendre un compte, pour le calcul des cotisations et donc pour l’ouverture des droits afférents, une base plus large que la rémunération effectivement versée ;

– les assiettes forfaitaires « d’optimisation sociale » permettent à l’inverse de prendre en compte une simple fraction de la rémunération, afin de ne pas désinciter à l’embauche dans certains secteurs.

D’une part, l’article 13 rassemble en un article unique (L. 242-4-4) les dispositions relatives aux assiettes forfaitaires protectrices, dont le principe est réaffirmé et précisé :

– possibilité de créer ces assiettes par décret, et non plus par simple arrêté ;

– définition du champ des travailleurs éligibles, comme ceux auxquels ne s’applique pas le salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC) et ceux qui doivent s’affilier au régime général bien que n’étant pas à proprement parler salariés ⁽¹⁾ ;

– limitation de l’assiette au montant du SMIC.

D’autre part, l’article 13 encadre davantage la fixation par le pouvoir réglementaire des assiettes forfaitaires d’optimisation :

– possibilité de créer ces assiettes par décret, et non plus par simple arrêté ;

– définition du champ des travailleurs éligibles (occasionnels et saisonniers) ;

– limitation de l’abattement à 30 %, pour ceux dont la rémunération dépasse 1,5 fois le plafond de la sécurité sociale (calculé par référence à la durée du travail concerné).

Enfin, l’article 13 prévoit une disposition transitoire, permettant de maintenir le *statu quo ante* jusqu’au 31 décembre 2015. Au-delà de cette date, les anciens arrêtés devront être transformés en décrets, respectant bien évidemment le nouveau cadre législatif.

• Le Gouvernement a indiqué aux rapporteurs qu’il s’agit là d’une disposition applicable à compter du 1^{er} janvier 2016, ce qui signifie sans doute que les actes d’application seront pris dans la seconde partie de l’année 2015.

5. Simplification du recouvrement de certaines contributions pharmaceutiques

• L’article 15 prévoit une série de mesures permettant de simplifier le recouvrement de contributions à la charge des entreprises commercialisant des dispositifs médicaux.

La taxe sur les premières ventes en France de dispositifs médicaux est désormais due lorsque le montant annuel des ventes dépasse 500 000 euros, alors qu’elle l’était antérieurement dès lors que son montant excédait 300 euros (soit un équivalent chiffre d’affaires d’environ 100 000 euros).

Par ailleurs, il est désormais prévu que les contributions pharmaceutiques recouvrées par les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d’allocations familiales (URSSAF) sont déclarées et payées par voie dématérialisée. Un décret doit préciser les conditions de cette dématérialisation. Il doit également fixer le niveau de majoration, dans la limite de 0,2 % du montant des contributions, applicable en cas de méconnaissance de l’obligation de dématérialisation.

(1) La liste de ces travailleurs est définie à l’article L. 311-3 du code de la sécurité sociale ; il s’agit par exemple des vendeurs à domicile, des artistes du spectacle, des assistantes maternelles...

L'article 15 impose également la dématérialisation de la déclaration effectuée par les fabricants ou distributeurs de dispositifs médicaux auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). En cas de méconnaissance de cette obligation l'ANSM peut prononcer une pénalité, dans la limite de 0,2 % du chiffre d'affaires réalisé en France.

Un décret doit par ailleurs définir les conditions dans lesquelles l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) transmet à l'ANSM les données collectées à partir des déclarations des redevables de la contribution sur les premières ventes de dispositifs médicaux.

● Le décret n° 2015-1058 du 24 août 2015, dont les dispositions entreront en vigueur au 1^{er} janvier 2016, apporte les précisions nécessaires :

– le paiement dématérialisé devra être opéré par virement bancaire, en application du nouvel article R. 138-24-1 du code de la sécurité sociale ;

– le nouvel article R. 138-24-2 du même code fixe la majoration pour méconnaissance de l'obligation de dématérialisation à 0,2 % de la contribution ;

– les conditions d'application de la pénalité pour défaut de déclaration dématérialisée à l'ANSM sont les mêmes que celles prévues en cas de pénalité pour défaut de déclaration, ou déclaration tardive (pénalité prévue par l'article L. 165-5, et dont les conditions d'application sont précisées par l'article R. 165-33) ;

– le nouvel article R. 245-16-3 précise, enfin, les modalités de transmission par l'ACOSS à l'ANSM (transmission dématérialisée et sécurisée du nom et de l'adresse de l'entreprise, dans un format déterminé par un protocole).

6. Rationalisation de la fiscalité des contrats d'assurance maladie complémentaire et des contrats d'assurance automobile

● L'article 22 apporte des simplifications bienvenues au paysage de la fiscalité de certains contrats d'assurance.

Avant son entrée en vigueur, les contrats d'assurance maladie complémentaire étaient soumis à deux taxes :

– la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA), affectée pour partie aux organismes de sécurité sociale ⁽¹⁾ et pour partie aux départements ;

– la taxe de solidarité additionnelle (TSA), affectée au Fonds de financement de la couverture maladie universelle (Fonds CMU).

(1) Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAM-TS) et Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV).

À compter du 1^{er} janvier 2016, ces contrats ne seront plus soumis à la TSCA, mais à une TSA « rénovée », intégralement affectée aux organismes de sécurité sociale.

Les contrats d'assurance de véhicules terrestres à moteur (VTM) étaient également soumis à deux taxes :

- la TSCA, affectée en l'occurrence aux seuls départements ;
- la contribution sur les VTM, affectée à la CNAF.

À l'avenir, la contribution sur les VTM sera supprimée ; seule subsistera une TSCA refondue, affectée pour partie à la CNAF et pour partie aux départements.

La loi renvoie au décret le soin de définir les modalités et les sanctions (majoration) de l'obligation de déclaration et versement dématérialisés de la nouvelle TSA (V de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale).

• S'agissant d'une disposition applicable à compter du 1^{er} janvier 2016, le décret n'a pas encore été pris. Le Gouvernement a précisé aux rapporteurs qu'un projet de circulaire d'application devait être mis en concertation.

7. Prélèvement des cotisations et contributions sociales dues au titre des périodes de congés payés directement sur la cotisation appelée par la caisse de congés payés

• Des caisses de congés payés ont été créées dans certains domaines d'activité caractérisés par un fort taux de mobilité des salariés, rendant difficile pour les entreprises le fait d'assurer seules le paiement des indemnités. Le secteur des bâtiments et travaux publics (BTP) regroupe 90 % des salariés concernés.

Les entreprises adhérentes versent aux caisses de congés payés des cotisations correspondant aux droits acquis par leurs salariés ; ces cotisations sont placées par les caisses – générant ainsi des produits financiers permettant d'équilibrer leurs comptes – puis liquidées au moment où les salariés prennent effectivement leurs congés.

Avant l'entrée en vigueur de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, les caisses de congés payés versaient elles-mêmes les cotisations patronales et salariales dues sur les indemnités. Depuis, les entreprises s'acquittent directement du versement transport et des cotisations au Fonds national d'aide au logement (FNAL) ⁽¹⁾.

(1) Article 40 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012.

L'article 23 de la LFSS 2015 prévoit le même mécanisme de prélèvements « à la source » pour les autres cotisations et contributions sociales (cotisations de sécurité sociale, contribution sociale généralisée, contribution au remboursement de la dette sociale, contribution de solidarité pour l'autonomie). Il s'agit notamment de répondre aux critiques formulées sur la gestion, par les caisses de congés payés, de la trésorerie procurée par le décalage entre perception des cotisations et versement des indemnités.

Pour ce faire, l'article L. 243-1-3 du code de la sécurité sociale est réécrit. Son 2° renvoie au décret le soin de définir les conditions d'un éventuel ajustement entre le montant versé par les employeurs et le montant *in fine* dû aux organismes de sécurité sociale, qui continuera de dépendre des congés effectivement pris.

L'article prévoit une période transitoire pendant laquelle l'employeur pourra choisir de continuer à faire verser les cotisations et contributions par la caisse de congés payés (le versement devant cependant intervenir dans un délai d'un mois). Cette période transitoire arrivera à échéance au plus tard le 1^{er} avril 2018, la loi renvoyant au décret le soin de définir, dans cette limite, la date butoir pour chaque secteur concerné. Le décret doit également définir le taux des cotisations et contributions que les caisses devront verser (en fonction de l'assiette collectée), ainsi que les modalités d'un éventuel ajustement. Les conditions ouvrant droit au bénéfice du dispositif transitoire doivent être définies par la même source.

• Le décret n° 2015-586 du 29 mai 2015 relatif aux modalités de recouvrement des cotisations et contributions sociales dues au titre des périodes de congés payés et versées par l'intermédiaire d'une caisse de congés payés prévoit :

– le taux applicable pendant la période transitoire, variable selon les secteurs (4,06 % en général, 5,65 % pour le BTP en métropole et 3,88 % pour le BTP outre-mer) ;

– le fait qu'en cas d'ajustement, l'éventuel solde est acquitté :

- lors de l'exigibilité des cotisations de sécurité sociale qui suit la fin de la période annuelle de prise des congés payés, lorsque les congés sont pris au cours de la période d'acquisition des droits ;
- lorsque les congés sont pris au cours d'une période ultérieure, à l'occasion de l'ajustement relatif à cette période.

8. Dispositions relatives au contrôle et au recouvrement des cotisations et contributions sociales

• L'article 24 prévoit diverses mesures d'amélioration des procédures de contrôle et de recouvrement des cotisations et contributions sociales.

D'une part, les contrôles diligentés par les organismes de recouvrement dans les très petites entreprises (moins de 10 salariés) ou auprès des travailleurs indépendants ne pourront plus excéder trois mois.

D'autre part, le champ de contrôle est élargi aux tiers qui, bien que non employeurs, peuvent fournir aux salariés des avantages assimilables à des éléments de rémunération (par exemple les structures de gestion d'un parc de véhicules de société).

Ensuite, la procédure de transaction entre les organismes de recouvrement et les cotisants, pratiquée jusqu'alors dans un cadre juridique incertain, est désormais définie et sécurisée par la loi. La date d'entrée en vigueur de cette réforme doit être fixée par décret en Conseil d'État, et ne saurait excéder le 1^{er} octobre 2015.

Enfin, la procédure d'opposition à tiers détenteur est renforcée :

– extension aux contributions sociales, au profit de certains régimes qui jusqu'alors ne pouvaient y procéder (RSI, notamment) ;

– limitation à certains cas particuliers du caractère suspensif de la contestation de la procédure, jusqu'alors de plein droit ;

– extension de la procédure au recouvrement des indus de prestations sociales, dans des conditions devant être fixées par décret en Conseil d'État.

● Le décret en Conseil d'État n'a pas encore été pris, ce qui n'empêche pas l'entrée en vigueur de l'essentiel de la réforme.

9. Recouvrement des cotisations du régime de la mutualité sociale agricole

● L'article 29 apporte des modifications substantielles à certaines règles de fonctionnement du régime de la mutualité sociale agricole (MSA).

D'une part, il est prévu d'alléger les procédures applicables aux demandes de remises de pénalités et de majorations, en cas de retard de paiement des cotisations. Jusqu'alors, chaque demande devait être examinée par les commissions de recours amiable (CRA), sur délégation des conseils d'administration des caisses. À l'avenir, les conseils d'administration se prononceront sur les demandes les plus importantes, les autres étant traitées, comme dans le régime général, par les directeurs des caisses. La ligne de partage doit être fixée par un décret, déterminant les montants au-delà desquels la compétence revient aux conseils d'administration.

D'autre part, les ressortissants des caisses de MSA doivent désormais effectuer leurs déclarations par voie dématérialisée, dès lors que leurs revenus professionnels excèdent un seuil fixé par décret.

- Le décret n° 2015-543 du 18 mai 2015 relatif à la dématérialisation des déclarations de revenus professionnels et du paiement des cotisations et contributions sociales des personnes non salariées des professions agricoles a fixé le seuil de dématérialisation à 10 000 euros (dernier montant connu de revenus professionnels).

Pour le reste, le Gouvernement a indiqué qu'un arrêté fixant le seuil pour la remise de pénalités sera publié prochainement, en même temps qu'un décret précisant la liste des pénalités et majorations rémissibles ainsi que les modalités de remise.

10. Financement des besoins de trésorerie du régime des exploitants agricoles

- Comme les autres organismes de sécurité sociale, la Caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA) doit recourir à l'emprunt de court terme pour financer ses besoins de trésorerie. Jusqu'à l'adoption de l'article 31 de la LFSS 2015, la CCMSA se finançait auprès des banques, à des tarifs moins attractifs que ceux obtenus par l'ACOSS, du fait de volumes d'emprunts beaucoup plus élevés. Désormais, et il s'agit là d'une réforme bienvenue, la CCMSA est autorisée à se financer auprès de l'ACOSS, à des taux d'intérêt plus attractifs.

- Si cet article n'appelle pas de décret ou d'arrêté particulier, le Gouvernement a précisé aux rapporteurs qu'une convention a été signée entre la CCMSA et l'ACOSS en décembre 2014, prévoyant l'intervention de cette dernière à hauteur de 1,7 milliard d'euros, pour la couverture des besoins de trésorerie.

B. LA GESTION ET LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE

- L'article 30 supprime, à compter du 1^{er} janvier 2016, la Caisse maritime d'allocations familiales (CMAF), qui assure le service des prestations familiales pour les personnes relevant du régime spécial de sécurité sociale des marins, mais également le recouvrement de certaines cotisations et contributions (pour ceux des marins qui choisissent le rattachement à la CMAF, soit à peine 30 %).

Le service des prestations familiales sera transféré aux caisses d'allocations familiales (CAF), et le recouvrement à l'Établissement national des invalides de la marine (ENIM), organisme gestionnaire du régime spécial de sécurité sociale des marins.

Il est toutefois prévu que le recouvrement, le contrôle et le contentieux puissent être délégués par convention à des organismes du régime général, c'est-à-dire aux URSSAF. Un décret doit fixer les conditions de cette délégation.

● S'agissant d'une disposition applicable à compter du 1^{er} janvier 2016, les actes d'application n'ont pas encore été pris. Le Gouvernement a indiqué aux rapporteurs que le transfert des dossiers aux CAF est en cours, tandis que les travaux concernant plus spécifiquement le recouvrement sont en cours, au sein d'un comité de pilotage associant l'ENIM, l'ACOSS, la direction de la sécurité sociale et la direction des affaires maritimes.

II. LA BRANCHE ASSURANCE MALADIE

● La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 comporte 40 articles relatifs aux dépenses d'assurance maladie, hors dispositions ayant trait au secteur médico-social.

Trois d'entre eux relèvent de la deuxième partie de la loi, qui regroupe les dispositions relatives à l'exercice 2014. Un article relève de la troisième partie qui concerne les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale pour 2015. Le restant est au sein du titre I^{er} « *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 2015.

● 13 articles sont d'application directe

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

7 articles financiers sont ainsi d'application directe :

– l'article 3 qui instaure la contribution au titre de médicaments destinés au traitement de l'hépatite C ;

– l'article 4 qui rectifie le montant des dotations accordées en 2014 à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) ;

– l'article 6 qui rectifie le montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour 2014 et sa ventilation en sous-objectifs ;

– l'article 14 qui réforme le mécanisme de la clause de sauvegarde prévoyant l'assujettissement des entreprises pharmaceutiques à une contribution assise sur leur chiffre d'affaires ;

– l'article 74 qui fixe, pour l'année 2015, le montant des dotations annuelles des régimes obligatoires d'assurance maladie à divers établissements publics ;

Les dispositions de l'article 74

Le montant des dotations annuelles des régimes obligatoires d'assurance maladie à divers établissements publics pour l'année 2015 est ainsi fixé :

– 280,6 millions d'euros au Fonds de modernisation des établissements de publics et privés de santé (FMESPP) ;

– 115 millions d'euros à l'ONIAM ;

– 15,257 millions d'euros à l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) ;

L'article fixe également à 103,17 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.

Il fixe par ailleurs à 20 millions d'euros le montant de la contribution de la CNSA au financement du plan national d'adaptation des logements privés aux contraintes liées à l'âge et à la perte d'autonomie.

Enfin, cet article modifie l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles relatif au financement par l'objectif général de dépenses (OGD) de certains opérateurs. Cet article pérennise le mode de financement actuel des opérateurs : il reposera sur la section 1 du budget de la CNSA et sera alimenté par la CASA.

– l'article 77 qui fixe les objectifs de dépenses par branche pour l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que pour le régime général pour 2015 ;

– l'article 78 relatif à l'ONDAM et à ses sous-objectifs pour 2015.

Par ailleurs, la loi compte 6 autres articles relatifs aux dépenses d'assurance maladie qui, sans être de nature exclusivement financière, sont également d'application directe :

– l'article 42, introduit à l'Assemblée nationale en première lecture, qui étend aux bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) l'exonération de la participation forfaitaire et de la franchise médicale, prévue actuellement à l'article L. 322-4 du code de la sécurité sociale pour les seuls bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) ;

– l'article 61, introduit à l'Assemblée nationale en première lecture, qui étend le répertoire des génériques aux médicaments dont la substance active est d'origine végétale ou animale ;

– l'article 67 qui instaure une publication des tarifs de responsabilité des produits de santé simultanément à leur inscription sur la liste « *en sus* »⁽¹⁾.

La fixation des tarifs de responsabilité pour les spécialités pharmaceutiques fait désormais l'objet d'un accord entre le Comité économique des produits de

(1) À titre dérogatoire, l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale prévoit un financement distinct pour certaines spécialités pharmaceutiques, produits et prestations onéreux et porteurs d'innovations thérapeutiques. Ces produits sont financés par l'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation et sont inscrits sur la liste dite « *en sus* ».

santé (CEPS) et l'entreprise concernée, alors que le tarif correspondait auparavant au prix de vente aux établissements de santé. Ce n'était qu'en cas de défaut de déclaration ou d'opposition du CEPS qu'une négociation tarifaire pouvait s'ouvrir se concluant par une décision du CEPS.

Les délais de conclusion de l'accord sont définis selon que l'inscription sur la liste « en sus » résulte d'une demande de l'entreprise ou d'un arrêté des ministres concernés :

– dans le premier cas, l'accord doit être conclu dans un délai de 180 jours à compter de la réception de la demande d'inscription sur la liste ;

– dans le second cas il est fixé à 90 jours à compter de la publicité de l'avis rend par la commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé de la Haute autorité de santé.

À défaut d'accord, le tarif de responsabilité est fixé et publié par le CEPS ;

– l'article 69 qui renforce le pilotage de la dépense afférente aux soins urgents en appliquant les règles de tarification des soins du droit commun. Il procède aussi à une réduction du délai de facturation des soins urgents, à l'instar du régime applicable à l'aide médicale d'État (AME) ;

– l'article 70 qui exclut les actes à visée esthétique du dispositif d'indemnisation par l'ONIAM, tout en maintenant la possibilité pour les victimes de solliciter l'intervention des commissions de conciliation et d'indemnisation ;

– l'article 73 prolonge d'une année l'expérimentation, prévue par le III de l'article 23 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, qui permet aux médecins, à titre expérimental, dans certains établissements de santé et dans le cadre de la prise en charge des patients, de consulter, avec leur autorisation, leur dossier pharmaceutique.

● Soulignons par ailleurs que 3 articles appellent la rédaction par le Gouvernement de rapports qui doivent être déposés sur le bureau des assemblées :

– le III de l'article 3 prévoit la transmission au Parlement, avant le 15 octobre 2016, d'un rapport portant évaluation de la contribution au titre de médicaments destinés au traitement de l'hépatite C ;

– l'article 48 prévoit la transmission au Parlement, avant le 1^{er} octobre 2015, d'un rapport relatif à l'accès à la délivrance de contraception aux mineures d'au moins 15 ans de manière anonyme et gratuite institué par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 ⁽¹⁾ ;

(1) Article 55 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

– l'article 59 prévoit la transmission au Parlement, avant le 1^{er} juillet 2015, d'un rapport. Il doit porter sur la diffusion des actions relatives à la pertinence des soins au sein des équipes médicales hospitalières et recenser notamment les moyens consacrés à la diffusion des bonnes pratiques tant en termes de formation continue que de demi-journées rémunérées au titre d'activités d'intérêt général. Ce rapport devra aussi évaluer la faisabilité de l'extension, aux actions de pertinence des soins, de l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle mentionnée à l'article L. 4135-1 du code de la santé publique.

Hormis le cas particulier du rapport prévu par l'article 3, à la date de parution du présent rapport, aucun de ces documents n'a été transmis au Parlement.

- 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. L'article 53 relatif à l'expérimentation de la prestation d'hébergement temporaire non médicalisé prévoit dans son III la transmission au Parlement d'un rapport au terme de l'expérimentation.

- S'agissant des 25 articles nécessitant la parution de 33 textes réglementaires d'application, dont le contenu est détaillé ci-après, on notera que seuls 13 textes ont été publiés à ce jour. 3 textes d'application seraient néanmoins « prêts à aboutir » (saisine imminente ou examen en cours du Conseil d'État ou des caisses de sécurité sociale).

A. AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SOINS ET AUX DROITS

- L'article 41 établit le principe et définit les modalités de la dispense intégrale d'avance des frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire ainsi que par l'organisme complémentaire pour les personnes à revenus modestes bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé.

Un décret a été pris en vue de déterminer les modalités de mise en œuvre de cet article ⁽¹⁾.

Il actualise ainsi les modalités de mise en œuvre du tiers payant pour les bénéficiaires de la CMU-c. Il détermine également les modalités du tiers payant permettant aux professionnels de santé qui le souhaitent d'avoir un interlocuteur unique, lorsque l'assuré est bénéficiaire de l'ACS et qu'il a souscrit un contrat d'assurance maladie complémentaire sélectionné.

Le texte précise les procédures applicables entre les professionnels de santé, les organismes d'assurance maladie et les organismes d'assurance complémentaire de santé.

(1) Décret n° 2015-770 du 29 juin 2015 relatif aux modalités de mise en œuvre du tiers payant pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire et de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé.

Pour les actes et prestations dispensés par les professionnels de santé et pour ceux qui n'entrent pas dans le champ de la dotation annuelle de financement des établissements de santé mentionnés à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale, la dispense d'avance de frais faisant intervenir un interlocuteur unique prévue à l'article L. 861-3 s'effectue ainsi :

– transmission par le professionnel ou l'établissement de santé à l'organisme servant les prestations de base de l'assurance maladie, des documents permettant la constatation des soins et conditionnant l'ouverture du droit au remboursement ;

– paiement au professionnel ou à l'établissement de santé de la totalité des sommes prises en charge, part complémentaire comprise, par l'organisme servant les prestations du régime de base de l'assurance maladie ;

– remboursement par l'organisme d'assurance maladie complémentaire de sommes dues dans un délai de 5 jours à compter de la date de la facturation. La facturation comprend également un montant correspondant au service rendu.

Pour les autres prestations délivrées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 174-1, la dispense d'avance de frais pratiquée sur la part prise en charge par l'organisme d'assurance maladie complémentaire s'effectue selon l'alternative suivante :

– en cas de demande de paiement adressée directement à la caisse pivot de l'établissement : cette dernière la transmet sans délai à l'organisme servant au bénéficiaire des soins les prestations du régime de base de l'assurance maladie qui effectue le paiement du montant correspondant à l'établissement de santé pour le compte de l'organisme d'assurance maladie complémentaire ;

– en cas de demande de paiement adressée directement à l'organisme d'assurance maladie complémentaire : celui-ci assure, sous sa responsabilité, la liquidation de la prestation, le paiement à l'établissement du montant correspondant et l'envoi d'un relevé des prestations prises en charge.

Le décret prévoit enfin que les paiements aux professionnels ou aux établissements de santé sont effectués dans un délai de 7 jours en cas d'utilisation d'une feuille de soins électronique ou de 21 jours à compter de la date d'envoi d'une feuille de soins sur support papier.

● L'article 43 exonère l'assuré social de l'acquittement du ticket modérateur portant sur l'honoraire complémentaire de dispensation facturé par les pharmaciens lors d'une prescription complexe. Un décret, pris le 26 janvier 2015 ⁽¹⁾, précise que la prescription doit comporter au moins 5 lignes différentes de spécialités pharmaceutiques remboursables et facturées à l'assurance maladie. Les

(1) Décret n° 2015-58 du 26 janvier 2015 portant diverses dispositions relatives aux frais pharmaceutiques.

frais relatifs à cet honoraire seront ainsi intégralement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.

- L'article 44, inséré par l'Assemblée nationale en première lecture, étend aux pharmaciens⁽¹⁾ le bénéfice de l'honoraire de dispensation des boîtes de médicament dont les pharmaciens peuvent faire application depuis l'approbation de la convention nationale signée avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en mai 2012.

Le décret du 26 janvier 2015 précise que l'honoraire de dispensation qui peut être facturé par les médecins pharmaciens est l'honoraire de dispensation pour chaque unité de conditionnement de médicament remboursable facturée à l'assurance maladie.

- L'article 45 étend le mécanisme de transfert de l'indemnité de congé maternité à l'ensemble des cas de décès de la mère et pour l'ensemble des régimes de sécurité sociale. En cas de décès de la mère, le père de l'enfant ou le conjoint de la mère décédée, la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité (PACS) ou vivant maritalement avec elle peut bénéficier, quel que soit le régime dont il relève, d'une indemnisation pour la durée du congé de maternité restant à courir.

Pris pour l'application de cet article, un décret a été publié en juin 2015⁽²⁾. Il précise les modalités selon lesquelles doivent être présentées les demandes des bénéficiaires. Le texte précise également que le père de l'enfant ou le conjoint de la mère peut demander le report de tout ou partie de la période d'indemnisation selon les mêmes conditions que celles qui auraient été appliquées à la mère.

- L'article 46 étend l'application du tiers payant intégral à l'ensemble des soins dispensés aux personnes détenues, quelle que soit leur situation (incarcération ou aménagement de peine, pour les soins dispensés à l'hôpital comme en ville) et simplifie les circuits de remboursement par l'administration pénitentiaire.

L'entrée en vigueur de la réforme du circuit de paiement des soins et de leur remboursement est fixée au 1^{er} janvier 2016. Selon les informations transmises au rapporteur, des « *travaux techniques liés à la mise en œuvre du dispositif sont en cours avec la CNAMTS* ».

B. PROMOTION DE LA PRÉVENTION

- L'article 47 réorganise le dispositif des centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et des centres d'information de dépistage et de diagnostic des

(1) L'article L. 4211-3 du code de la santé publique autorise, sous certaines conditions, les médecins à délivrer des médicaments à leurs patients lorsque l'intérêt de la santé publique l'exige. On les qualifie de « médecins pharmaciens ».

(2) Décret n° 2015-771 du 29 juin 2015 fixant les modalités de bénéfice par le père, le conjoint de la mère ou la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle, de l'indemnisation due à la mère au titre du régime d'assurance maternité.

infections sexuellement transmissibles (CIDDIST) en les fusionnant à compter du 1^{er} janvier 2016. Il confie le financement à l'assurance maladie dès 2015.

Le régime juridique de la nouvelle entité, dénommée centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) a été précisé avec la publication d'un décret en juillet 2015⁽¹⁾. Il définit les règles applicables en termes d'habilitation, de fonctionnement et de financement.

Enfin, cet article prévoit un régime adapté pour le CeGIDD situé à Wallis-et-Futuna. Un décret d'application devrait être publié en octobre 2015.

- L'article 49 vise à rendre plus accessible la vaccination à l'ensemble de la population en autorisant la prise en charge par l'assurance maladie des vaccins réalisés par les centres publics de vaccination, qu'il s'agisse des vaccins relevant du calendrier vaccinal obligatoire ou des vaccins contre la tuberculose.

Pour faciliter le suivi de la prise en charge, les centres sont tenus d'assurer la transmission électronique à l'assurance maladie des documents servant à la prise en charge des dépenses remboursables.

Ce nouveau dispositif entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2016 et nécessite en tout état de cause un décret d'application dont la publication n'est toujours pas intervenue.

Le même article prévoit enfin l'acquisition centralisée par l'assurance maladie des vaccins administrés dans les centres de vaccination, la date d'entrée en vigueur devant être précisée par décret. La publication du décret concerné est envisagée en octobre 2015.

- L'article 50 donne compétence à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) pour financer des associations ou organismes nationaux ayant pour mission de promouvoir la démocratie sanitaire.

Le dispositif prévoit le financement par la CNAMTS des actions des associations agréées selon la procédure fixée par l'article L. 1114-1 du code de la santé publique et des organismes concourant à la promotion du droit des usagers du système de santé. La liste des bénéficiaires ainsi que les montants alloués doivent être fixés par un arrêté interministériel. Le choix a été fait de procéder à la publication des arrêtés par association concernée. À la date du 15 septembre, il apparaît qu'un premier texte a effectivement été publié au profit de l'école des hautes études en santé publique⁽²⁾. Selon les informations transmises, la publication d'un autre arrêté au profit du collectif interassociatif sur la santé est également imminente⁽³⁾.

(1) Décret n° 2015-796 du 1^{er} juillet 2015 relatif aux centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles.

(2) Arrêté du 26 août 2015 pris en application de l'article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

(3) À la date de publication du rapport, un arrêté daté du 16 septembre 2015 a effectivement été publié. Il n'en est pas tenu compte, les statistiques ayant été arrêtées au 15 septembre.

C. RENFORCEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA PROXIMITÉ DU SYSTÈME DE SOINS

● L'article 51 vise à améliorer la qualité et la sécurité des soins apportés dans les établissements de santé. Le dispositif proposé prévoit la mise en place, en 2016, d'un nouvel outil budgétaire incitatif associé à un contrat fixant des objectifs de qualité et de sécurité des soins. Il s'applique toutefois dès 2015 pour les établissements de santé volontaires sur la base d'un appel à candidatures conformément à son II.

Deux leviers permettant d'améliorer la qualité et la sécurité des soins sont institués par cet article.

Une dotation complémentaire est instituée en sus de la tarification à l'activité (T2A) pour les établissements de santé exerçant des activités de médecine, chirurgie et d'obstétrique. Afin d'en bénéficier, ces établissements doivent satisfaire à différents critères liés à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins mesurés par le score dit « IFAQ »⁽¹⁾ actuellement composé de 9 indicateurs. Ce score permettra de répartir les établissements entre 4 classes, la dotation d'un établissement étant fonction de sa classe et de sa base budgétaire MCO⁽²⁾. Un décret en Conseil d'État devrait être publié à cet effet en novembre 2015.

Parallèlement, cet article prévoit l'instauration d'un contrat d'amélioration des pratiques annexé au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens actuellement conclu entre l'agence régionale de santé (ARS) et les établissements de santé. Ce contrat est obligatoirement signé par les établissements pour lesquels l'ARS constate un niveau de qualité et de sécurité des soins non conforme à des référentiels nationaux dans des conditions déterminées par le décret en Conseil d'État précité. En cas d'écarts par rapport aux objectifs définis dans le contrat ou de refus de signer un contrat, une pénalité financière sera appliquée.

Le même décret en Conseil d'État doit enfin définir la nature des risques faisant l'objet du contrat. Rappelons qu'il était envisagé de porter les efforts sur trois enjeux majeurs : le risque médicamenteux, le risque infectieux et le risque de rupture de parcours. Ce texte devrait aussi définir la durée maximale du contrat ainsi que les modalités de calcul des pénalités.

Ce dispositif devrait être complété par la publication d'un arrêté relatif à la définition d'un contrat type.

Enfin, pour l'application du II de l'article 51, la liste des établissements de santé volontaires participant à la phase de montée en charge du dispositif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins jusqu'au 31 décembre 2015

(1) Incitation financière à l'amélioration de la qualité.

(2) Médecine, chirurgie, obstétrique.

est fixée en annexe d'un arrêté publié le 31 mars 2015 ⁽¹⁾. Ces établissements sont éligibles au financement complémentaire par le biais de la dotation définie à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale.

• L'article 52 institue l'hôpital de proximité pour les établissements de santé, publics comme privés, exerçant une activité de médecine, à l'exclusion des activités de chirurgie ou d'obstétrique. Il institue par ailleurs un modèle de financement mixte pour leurs activités de médecine.

Ce statut s'adresse, plus particulièrement aux ex-hôpitaux locaux, mais il concerne tous les autres établissements, publics comme privés, qui présentent les caractéristiques suivantes :

– contribution à l'offre de soins de premier recours et coopération avec l'offre de soins ambulatoires et l'offre médico-sociale ;

– exercice d'une activité de médecine à l'exclusion de la chirurgie ou de l'obstétrique ;

– volume d'activité.

Le volume d'activité ne doit pas excéder un seuil défini dans le cadre d'un décret en Conseil d'État dont la publication n'est pas encore effective.

Dans chaque région, la liste des hôpitaux de proximité sera fixée par un arrêté sur proposition du directeur de l'ARS. Les modalités de révision de la liste font également l'objet du décret en Conseil d'État précité.

Cet article institue également un financement mixte pour les activités de médecine défini par le même décret en Conseil d'État. Celles-ci feront l'objet d'un financement sous la forme d'une part fixe (dotation forfaitaire), destinée à assurer la viabilité de l'établissement, couplée à une part reflétant le niveau d'activité des établissements concernés (tarification à l'activité).

• L'article 53 est issu d'un amendement déposé à l'initiative d'Olivier Véran, alors rapporteur au titre de l'assurance maladie. Il tend à autoriser, à titre expérimental et pour une durée de 3 ans, la création d'accueils hospitaliers, en amont et en aval de l'hospitalisation, dont le financement est pris en charge par l'assurance maladie. Cette prestation peut être assurée directement par les établissements de santé ou faire l'objet d'une délégation par voie de convention. Un appel à projets permettra de retenir les structures expérimentatrices.

Son II prévoit plusieurs textes d'application encore en attente de publication.

(1) Arrêté du 31 mars 2015 fixant la liste des établissements de santé éligibles à un financement complémentaire portant sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en 2015.

Un décret en Conseil d'État doit préciser les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation, notamment les conditions d'accès et les critères d'éligibilité des patients au dispositif. Il doit aussi définir les caractéristiques de l'appel à projets, les modalités de la délégation de la prestation à un tiers ainsi que les conditions de généralisation du dispositif. Sa publication est prévue pour le mois de novembre 2015.

Un arrêté devrait ensuite fixer le cahier des charges conditionnant la présentation des projets présentés par les établissements de santé.

Enfin, un nouvel arrêté devrait fixer la liste des établissements éligibles à cette expérimentation.

Ce mode d'hébergement, dont le coût est moindre pour la solidarité nationale que celui d'une journée d'hôpital, permettrait de développer la chirurgie ambulatoire pour des patients dont l'état ne demande pas une hospitalisation complète après une intervention, mais qui habitent trop loin de l'hôpital pour y revenir en cas d'urgence.

En son III, le dispositif prévoit la transmission au Parlement d'un rapport d'évaluation au terme de l'expérimentation.

- L'article 54 met à la disposition des agences régionales de santé un nouvel outil de contractualisation avec les offreurs de services de santé, dans le but de réduire les inégalités de leur répartition sur un territoire : le contrat de « *praticien territorial de médecine ambulatoire* » destiné aux médecins libéraux.

Il étend l'avantage maternité⁽¹⁾ prévu pour les praticiens territoriaux de médecine générale à l'ensemble des médecins souhaitant s'installer en zone sous-dense, sous réserve le cas échéant de modération des dépassements d'honoraire. Il crée également un avantage pour le congé paternité.

Un décret en Conseil d'État doit préciser les conditions d'application de cet article, notamment les règles limitant les dépassements d'honoraires. Un projet de texte a été transmis pour examen aux caisses d'assurance maladie.

- Dans la continuité du dispositif de soutien, l'article 55 dote les ARS d'un outil spécifique pour soutenir l'installation pérenne de médecins dans des zones de montagne, où celle-ci est rendue particulièrement difficile par la géographie et la densité de population qui y réside de façon permanente.

Il permet aux ARS de conclure, pour une durée de 3 à 6 ans, avec les médecins généralistes conventionnés, un contrat permettant le versement d'une rémunération complémentaire aux revenus de leur activité sous réserve du respect de conditions limitativement énumérées. Il prévoit également que le contrat comporte des engagements individualisés du praticien.

(1) Perception d'une rémunération forfaitaire en cas d'interruption de l'activité pour cause de maternité.

Les critères permettant de déterminer qu'un territoire est isolé ainsi que ceux relatif au seuil de revenu maximal doivent être définis par décret en Conseil d'État. Ce texte n'a toujours pas été publié. Selon les informations transmises aux rapporteurs, un projet de texte a fait l'objet d'une concertation avec les ARS et les syndicats de médecins.

- L'article 56 rationalise les missions et le fonctionnement du Fonds d'intervention régional (FIR).

Il institue un budget annexe du FIR dont la gestion est confiée à l'ARS. La compétence du conseil de surveillance sera étendue à l'approbation et au rejet du budget annexe du FIR.

Afin de faciliter le suivi des projets de manière pluriannuelle, le dispositif prévoit aussi qu'en cas de non consommation intégrale des crédits, il sera possible de les reporter, dans la limite d'un plafond, sur l'exercice suivant. Toutefois, afin d'éviter la constitution d'une trésorerie importante, il est également prévu que les crédits non consommés et qui ne peuvent être reportés en application de la règle de plafonnement soient reversés à la CNAMTS, à la CNSA et à l'État. Les modalités d'application de ces dispositions doivent être fixées par un décret qui n'a toujours pas été publié à ce jour.

Enfin, le suivi de l'utilisation des dotations sera assuré par le ministre chargé de la santé qui devra être informé de l'exécution des budgets annexes dans des conditions doivent être fixées par le décret précité.

Ces dispositions ont vocation à s'appliquer dès 2016.

- L'article 57 complète le dispositif d'inscription accélérée sur la liste des actes et prestations (LAP).

Il élargit son périmètre aux actes pratiqués dans les établissements de santé présentant un impact médico-économique important ainsi qu'aux actes ayant fait l'objet d'expérimentations. Il étend à cet effet les compétences de la Haute autorité de santé (HAS) à l'évaluation médico-économique des actes susceptibles d'être inscrits sur la LAP. Ces modifications ne nécessitent pas de mesures particulières d'application.

Accélération de la procédure d'inscription des actes médicaux innovants sur la LAP

L'article 52 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a permis de procéder à l'accélération de la procédure d'inscription des actes médicaux innovants sur la liste des actes et prestations. Afin de permettre une inscription rapide (180 jours) des actes innovants nécessaires à l'utilisation ou à la prise en charge par l'assurance maladie d'un des produits de santé définis aux articles L. 5211-1 ou L. 5221-1 du code de la santé publique, une procédure dérogatoire a été mise en place.

Au moment de la parution du rapport d'application de la LFSS 2014, les textes d'application n'avaient pas encore été publiés. Un décret daté du 18 février 2015 ⁽¹⁾ précise à ce titre les critères de l'acte innovant, fondés notamment sur l'amélioration du service attendu de l'acte.

Cet article aménage également le champ d'application du forfait innovation pour se concentrer sur les technologies présentant un bénéfice clinique ou médico-économique.

Le décret daté du 18 février 2015 précité définit à cet effet la procédure applicable pour autoriser la prise en charge à titre dérogatoire, par l'assurance maladie, de produits ou actes innovants ⁽²⁾.

Il précise les conditions d'éligibilité des produits ou actes concernés.

Il définit les modalités d'appréciation du caractère innovant : degré de nouveauté, niveau de diffusion et de caractérisation des risques pour le patient, capacité potentielle à répondre à un besoin médical pertinent ou réduire les dépenses de santé de manière significative.

Il précise également les caractéristiques de l'étude clinique ou médico-économique à produire à l'appui de la demande. Trois conditions cumulatives sont ainsi définies :

– l'étude doit permettre de réunir l'ensemble des données manquantes nécessaires pour établir l'amélioration du service attendu confirmant l'intérêt du produit de santé ou de l'acte innovants ;

– production d'éventuelles autres études cliniques ou médico-économiques similaires en cours ou programmées pour mieux évaluer la pertinence de la demande ;

– condition de faisabilité de l'étude compte tenu du projet de protocole et du budget prévisionnel.

(1) Décret n° 2015-188 du 18 février 2015 relatif à l'inscription accélérée des actes innovants nécessaires à l'utilisation ou à la prise en charge par l'assurance maladie d'un dispositif médical.

(2) Décret n° 2015-179 du 16 février 2015 fixant les procédures applicables au titre de la prise en charge prévue à l'article L. 165-1-1 du code de la sécurité sociale.

Ce décret détermine également les règles de dépôt et d'instruction des demandes. Il précise enfin les modalités selon lesquelles l'assurance maladie garantit la prise en charge financière des produits ou actes innovants.

D. PROMOTION DE LA PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS ET DES ACTES

• L'article 58 vise à renforcer les leviers d'action régionaux en vue d'améliorer la pertinence des soins dispensés au sein des établissements de santé.

Le dispositif de mise sous accord préalable (MSAP) est élargi à l'ensemble des prestations d'hospitalisation, aux actes et aux prescriptions délivrées par un établissement de santé. Son déclenchement relève désormais d'une initiative par l'ARS en application du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins. La MSAP est mise en œuvre aux termes d'une procédure contradictoire dans des conditions prévues par décret. Ce texte est en attente de publication.

Pour mémoire, on rappellera que le dispositif prévu par l'article renforce également les sanctions en prévoyant la mise en place de pénalités financières en cas de non-respect de la procédure équivalent à 1 % des produits versés par les régimes obligatoires d'assurance maladie pour les prescriptions.

La pertinence des soins s'appuie aussi sur un double dispositif de planification et de contractualisation tripartite.

Cet article donne ainsi compétence à l'ARS pour élaborer un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins qui doit permettre d'identifier, par des critères précis, les établissements de santé à même d'améliorer la pertinence des soins de façon incitative par la voie contractuelle ou de façon plus coercitive par la mise sous accord préalable.

Un contrat d'amélioration de la pertinence des soins, s'articulant avec le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins, peut être conclu.

L'atteinte des objectifs fait l'objet d'une évaluation annuelle organisée de manière conjointe par l'ARS et l'assurance maladie. Si les objectifs ne sont pas atteints, l'ARS peut, après avis de l'organisme local d'assurance maladie et au terme d'une procédure contradictoire, soit engager la procédure de mise sous accord préalable au titre du champ d'activité concerné par le manquement, soit frapper l'établissement d'une pénalité consistant en un versement d'une partie des recettes annuelles d'assurance maladie relatives à l'activité concernée par ces manquements.

Un décret en Conseil d'État doit notamment fixer les modalités selon lesquelles est évaluée la réalisation des objectifs fixés au contrat d'amélioration de la pertinence des soins. Ce texte est en attente de publication.

- L'article 60 introduit la description générique renforcée parmi les modes d'inscription des dispositifs médicaux sur la liste des produits et prestations remboursables. Ce dispositif doit permettre d'assurer un contrôle plus approfondi et une meilleure traçabilité de certains dispositifs médicaux sensibles.

Pour mémoire, les dispositifs médicaux sont inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) afin de bénéficier d'une prise en charge par l'assurance maladie. Cette inscription peut être effectuée de deux manières : sous la forme d'une description générique, sans référence à un nom de produit ou de société, ou sous la forme d'un nom de marque pour les produits présentant un caractère innovant ou qui nécessitent un suivi particulier pour des raisons techniques, économiques ou de santé publique.

En pratique, la plupart des fabricants introduisant un nouveau dispositif médical sur le marché procèdent à une auto-inscription sur la LPPR, en déterminant elles-mêmes la ligne générique dont elles estiment que leur produit relève. Les problèmes sanitaires posés par l'inscription de dispositifs médicaux implantables non conformes ont accru la nécessité de mieux renforcer les mécanismes de traçabilité et de contrôle.

Un décret en Conseil d'État doit déterminer la procédure applicable à ce nouveau mode d'inscription. Un projet de décret aurait été soumis aux caisses d'assurance maladie pour examen.

Enfin, un arrêté fixant la liste des descriptions génériques renforcées devrait également être publié.

- L'article 62 permet la substitution par le pharmacien de médicaments dispensés par voie inhalée. L'article encadre les conditions de la substitution qui ne pourra avoir lieu qu'en initiation de traitement ou pour continuer un traitement amorcé avec un générique.

Les conditions de cette substitution et les modalités d'information du prescripteur doivent être précisées par un décret en Conseil d'État dont la publication est aujourd'hui suspendue à l'avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

- L'article 63 prévoit l'application d'une pénalité en cas de prescription en sus des prestations d'hospitalisation relevant du champ de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique, y compris les forfaits rétribuant la dialyse à domicile ou l'hospitalisation à domicile.

Celle-ci n'est applicable qu'aux prestations hospitalisations financées dans le cadre des groupements homogènes de séjour.

Un arrêté daté du 12 février 2015 ⁽¹⁾ a fixé le montant de la pénalité à 40 euros. Le même arrêté prévoit en annexe la liste des prestations d'hospitalisation concernées. Il s'agit de prestations de chimiothérapie pour tumeur ou pour affectation non tumorales.

Ce nouveau dispositif est entré en vigueur le 1^{er} mars 2015.

- L'article 64 prévoit la mise en œuvre d'un nouvel indicateur de ciblage dans le cadre de la gestion des risques des prestations hospitalières exécutées en ville (GDR PHEV).

Les ARS suivent plus particulièrement les établissements de santé dont les dépenses dépassent un taux cible fixé annuellement par arrêté. Dans le droit fil du plan d'action en faveur du développement du marché des génériques, le nouvel indicateur de ciblage concerne le taux de prescription dans le répertoire des groupes génériques. Un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins comportant notamment un objectif de progression du volume de prescription des médicaments génériques est susceptible d'être conclu en cas d'écart constaté.

Ainsi ne seront plus seulement ciblés les seuls établissements qui génèrent une dépense importante en médicaments chers, mais également ceux qui prescrivent trop peu dans le répertoire, créant de mauvaises habitudes de prescription en ville.

Un décret pris le 18 mars 2015 ⁽²⁾ précise les objectifs et les conditions d'élaboration de ce contrat. Il fixe la procédure et les modalités de sanction financière applicables en cas de refus de signer le contrat ou de non-respect de celui-ci par les établissements.

Pour l'application en 2015 du dispositif, le taux cible prévisionnel de prescription de médicaments génériques est fixé au titre de la période du 1^{er} avril au 31 décembre 2015. Il est fixé à 39 % par arrêté daté du 20 mars 2015 ⁽³⁾.

- L'article 65 vise à limiter le coût de la prise en charge des transports de patients par taxi en autorisant l'assurance maladie à refuser le conventionnement des entreprises de taxis lorsque le nombre de véhicules excède un plafond fixé par l'ARS. Le nombre théorique de taxis fixé par l'ARS est conditionné au respect de critères tenant compte des caractéristiques démographiques, géographiques et d'équipement sanitaire du territoire d'une part, du nombre de véhicules affectés au transport de patients d'autre part. Cet article prévoit la publication d'un décret

(1) Arrêté du 12 février 2015 fixant le montant forfaitaire et la liste des prestations d'hospitalisation mentionnés à l'article L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale.

(2) Décret n° 2015-309 du 18 mars 2015 relatif à la régulation des dépenses de médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques résultant de prescriptions médicales établies par des professionnels de santé exerçant dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe de soins de ville.

(3) Arrêté du 20 mars 2015 fixant pour la période du 1^{er} avril au 31 décembre 2015 le taux prévisionnel de prescription des médicaments mentionné au II de l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale.

d'application dont la publication est encore attendue. Selon les informations transmises aux rapporteurs, des travaux techniques sont en cours avec la CNAMTS.

E. AUTRES MESURES

• L'article 66 instaure au profit des médicaments inscrits sur la liste « de rétrocession », le dispositif de l'écart médicament indemnisable (EMI) instauré pour les médicaments relevant de la liste « en sus ».

La mesure comporte un objectif double. Elle permet à l'assurance maladie de réduire ses dépenses en produits de santé avec l'instauration d'un remboursement au plus juste prix tout en maintenant l'incitation financière pour que les établissements négocient l'achat des médicaments au meilleur prix.

Un arrêté pris le 12 février 2015 fixe le taux d'intéressement à 50 % soit un taux identique à celui en vigueur pour le dispositif applicable à la liste « en sus »⁽¹⁾. Son article 2 prévoit une entrée en vigueur à compter du 1^{er} juillet 2015.

• L'article 68 étend le mécanisme de réserve prudentielle aux établissements privés à but lucratif et non lucratif, conventionnés avec l'assurance maladie ayant une activité de soins de suite et de réadaptation ou en psychiatrie et relevant de l'objectif quantifié national (OQN). Ce même article procède également au toilettage des dispositions relatives à l'application du coefficient prudentiel pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique des établissements du service de santé des armées (SSA).

Un décret, pris le 26 février 2015, précise les modalités selon lesquelles il peut être procédé à la mise en réserve de crédits relevant de l'objectif quantifié national afin de contribuer au respect de l'ONDAM⁽²⁾.

Son article premier instaure trois articles R. 162-42-1-9, R. 162-42-1-10, et R. 162-42-1-11 au sein du code de la sécurité sociale.

L'article R. 162-42-1-9 prévoit que la valeur du montant est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans un délai de 15 jours suivant la publication de l'arrêté relatif au montant de l'objectif quantifié national, sur recommandation du conseil de l'hospitalisation prise après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé.

La valeur de ce montant est différenciée selon qu'il s'agit d'une activité de soins de suite et de réadaptation ou de soins de psychiatrie. Elle est fixée en tenant compte de l'écart entre l'évolution constatée de ces activités et des prévisions établies au début de chaque année ainsi que, le cas échéant, des événements susceptibles d'affecter l'activité des établissements ou l'évolution des dépenses d'assurance maladie durant l'année en cours.

(1) Arrêté du 12 février 2015 fixant la fraction d'écart médicament indemnisable en rétrocession mentionnée au II de l'article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale.

(2) Décret n° 2015-224 du 26 février 2015 relatif à la réserve prudentielle prévue à l'article L. 162-22-2-1 du code de la sécurité sociale.

Les crédits ainsi mis en réserve pourront être reversés, en tout ou partie, en fin d'année aux établissements concernés en fonction de l'état d'exécution de l'ONDAM et après avis du comité d'alerte.

L'objectif quantifié national relatif aux activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation exercées par les établissements de santé privés mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale est fixé à 2 904,1 millions d'euros pour 2015, dont 2 205,8 millions d'euros au titre des activités de soins de suite et réadaptation et 698,3 millions d'euros au titre des activités de psychiatrie ⁽¹⁾.

Par arrêté du 22 avril 2015, le montant de la réserve prudentielle est fixé pour 2015 à 8,59 millions d'euros, dont 6,52 millions d'euros pour les activités de soins de suite et de réadaptation et 2,07 millions d'euros pour les activités de psychiatrie ⁽²⁾.

● L'article 71 tire les conséquences d'un arrêt de la Cour de justice de l'Union européenne requalifiant en médicament le plasma ayant fait l'objet d'une préparation industrielle, qui était considéré jusqu'à présent comme un produit sanguin labile (PSL).

Un décret d'application ⁽³⁾ adapte les règles applicables au plasma à finalité transfusionnelle dans la production duquel intervient un processus industriel afin de tirer les conséquences de sa qualification de médicament par le droit communautaire.

Il précise les règles de conservation en vue de la délivrance ainsi que les règles de délivrance et d'hémovigilance applicables au plasma industriel. Il crée enfin un suivi spécifique pour ce type de produit, notamment en ce qui concerne les règles de pharmacovigilance.

Le décret d'application met en place un circuit dérogatoire en assimilant le plasma industriel à un PSL en ce qui concerne sa délivrance, de même que pour sa conservation en vue de la délivrance.

Ces activités restent entre les mains des établissements de transfusion sanguine (ETS) ou des établissements de santé autorisés à le faire avec un dépôt de sang.

Le décret souligne que le personnel amené à gérer du plasma industriel doit avoir les mêmes qualifications que celles requises pour les PSL. La conservation et la délivrance doivent respecter les bonnes pratiques transfusionnelles et les mentions figurant dans l'autorisation des produits.

(1) Arrêté du 26 février 2015 fixant pour l'année 2015 l'objectif quantifié national mentionné à l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale.

(2) Arrêté du 22 avril 2015 fixant pour l'année 2015 le montant de la réserve prudentielle mentionnée au 1 de l'article L. 162-22-2-1 du code de la sécurité sociale et pris en application de l'article R. 162-42-1-1 du code de la sécurité sociale.

(3) Décret n° 2015-100 du 2 février 2015 relatif au plasma dans la production duquel intervient un processus industriel.

En outre, le plasma industriel est soumis aux règles d'hémovigilance en même temps qu'aux règles de pharmacovigilance.

Le décret élargit aux pharmacies à usage intérieur (PUI) des établissements de santé la gestion du plasma industriel. Toutefois, la conservation et la délivrance sont assurées par les ETS et les dépôts de sang.

Les PUI devront informer les ETS et les dépôts de sang de tout élément nécessaire à la conservation du plasma industriel et à leur délivrance, et notamment du choix du ou des plasmas thérapeutiques retenus, des volumes susceptibles de leur être livrés ainsi que des modalités de livraison.

Pour les établissements de santé ne disposant pas de PUI, il est indiqué que le plasma industriel est délivré dans le cadre du circuit dérogatoire, c'est-à-dire par un ETS.

• L'article 72 instaure un forfait unique de capital décès. Il vise à davantage cibler cette prestation en prévoyant que la somme versée au titre du capital décès sera désormais la même pour tous, quels que soient les revenus du proche décédé.

Un décret, pris en application de l'article, en fixe le montant à 3 400 euros⁽¹⁾. Ce montant sera revalorisé tous les ans au 1^{er} avril en fonction de l'inflation hors tabac.

III. LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

Deux articles concernent le secteur médico-social. L'article 75 porte sur l'amortissement du coût des évaluations par les services. L'article 76 prévoit la remise d'un rapport sur la mise en place des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) depuis 2008.

Aucun de ces articles ne prévoit de déclinaison réglementaire.

A. AMORTISSEMENT DU COÛT DES ÉVALUATIONS EXTERNES DANS LES SERVICES D'ACCOMPAGNEMENT POUR ADULTES HANDICAPÉS

Introduit par voie d'amendement en séance publique, l'article 75 a modifié l'article L. 312-8-2 du code de l'action sociale et des familles. Il permet à ces services d'amortir les dépenses d'évaluation, comme le faisaient jusqu'alors les seuls établissements.

Cette disposition est d'application directe.

(1) Décret n° 2014-1715 du 30 décembre 2014 fixant le montant du capital décès.

B. RAPPORT SUR L'ÉVALUATION DES CONTRATS PLURIANNUELS D'OBJECTIFS ET DE MOYENS

L'article 76 prévoit que le Gouvernement remette au Parlement un rapport d'évaluation sur le déploiement des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens mis en place depuis 2008. La remise de ce rapport doit intervenir dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

Le Gouvernement entend remettre ce rapport d'ici au 22 décembre 2015.

IV. LA BRANCHE VIEILLESSE

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 comporte cinq articles relatifs à l'assurance vieillesse, répartis au sein de deux titres :

– le titre II de la loi, relatif aux dépenses d'assurance vieillesse, comprenant les articles 79, 80 et 81 ;

– le titre V, qui porte sur les dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires, comporte les articles 87 et 88.

A. LES MESURES D'APPLICATION DIRECTE

● L'article 81 de la loi de financement a fixé l'objectif de dépenses de la branche vieillesse à 224 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, et à 120,9 milliards d'euros pour le seul régime général.

Selon les prévisions du rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2015, le déficit du régime général de la branche vieillesse s'établirait à 0,8 milliard d'euros pour l'exercice 2015, ce qui représente une amélioration de 0,7 milliard d'euros par rapport à l'objectif fixé à l'article 37 de la loi de financement pour 2015.

● L'article 87 a pour objet de fixer le montant du transfert du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) au titre du financement du minimum contributif pour 2015, conformément au 2° de l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale : son III fixe le montant de ce transfert à 3,4 milliards d'euros pour le régime général, à 0,4 milliard d'euros pour le régime des salariés agricoles et à 0,1 milliard d'euros pour le régime social des indépendants.

Les I et II du même article ont toutefois modifié les conditions de fixation de ce transfert :

– le I a modifié le 2° de l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale pour renvoyer à l'avenir à un décret, et non plus à la loi de financement de la sécurité sociale, la répartition des prestations prises en charge par le FSV au titre du

minimum contributif, la fraction prise en charge par le fonds ne pouvant être inférieure à 50 % ;

– le II prévoit l'entrée en vigueur de cette disposition à compter du 1^{er} janvier 2016.

• L'article 88 fixe les charges prévisionnelles du FSV, en tant que seul organisme concourant au financement des régimes obligatoires.

B. LE DISPOSITIF D'AIDE AU RACHAT DE TRIMESTRES DE RETRAITE POUR LES ENFANTS DE HARKIS

L'article 79 permet aux enfants des anciens harkis, moghaznis et personnels des diverses formations supplétives et assimilés de statut civil de droit local ayant servi en Algérie et établi leur domicile en France, de racheter des trimestres de retraite, de manière dérogatoire, au titre des périodes passées dans des camps militaires d'hébergement et de transit. Deux conditions sont posées :

– le 1^o précise que les personnes concernées devaient être âgées de 16 à 21 ans entre le 18 mars 1962 et le 31 décembre 1975, cette fourchette d'âge correspondant à la période à laquelle ils auraient pu être en mesure d'exercer une activité professionnelle et se constituer des droits à retraite ;

– le 2^o conditionne le rachat de trimestres au versement des cotisations prévues au I de l'article L. 351-14-1 du code de la sécurité sociale. Il prévoit également la prise en charge par l'État d'une fraction forfaitaire du montant de ces cotisations.

Un décret pris le 29 juin 2015 ⁽¹⁾ fixe les conditions et limites de cette prise en charge. Ses articles 1^{er}, 3 et 4 premier définissent les modalités et les conditions de recevabilité de la demande de rachat, ainsi que les modalités d'information de l'assuré par la caisse. L'article 3 précise que le montant de la réduction forfaitaire prévue à l'article 79 de la loi de financement est égal à 2 000 euros.

C. L'ADAPTATION DES CONDITIONS DE CUMUL EMPLOI-RETRAITE POUR LES ARTISTES DU BALLET DE L'OPÉRA NATIONAL DE PARIS

L'article 80 prévoit d'adapter les règles du cumul emploi-retraite au cas particulier des danseurs du corps de ballet de l'Opéra national de Paris.

Le dispositif du cumul emploi retraite permet aux salariés qui le désirent de reprendre une activité professionnelle après avoir liquidé leur pension de retraite. Ses règles de fonctionnement ont été modifiées par la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, mais elles étaient

(1) Décret n° 2015-772 du 29 juin 2015 relatif au versement pour la retraite ouvert à certains enfants de harkis, moghaznis et personnels des diverses formations supplétives et assimilés.

inadaptées à la situation spécifique des artistes du ballet de l'Opéra national de Paris, qui ont l'obligation de mettre fin à leur activité professionnelle au plus tard à l'âge de quarante-deux ans.

L'article 80 prévoit donc une exception aux règles de cumul emploi retraite. Il complète l'article 19 de la loi du 20 janvier 2014 précitée afin de renvoyer à un décret en Conseil d'État le soin de fixer les modalités particulières d'application du cumul emploi retraite pour les artistes du ballet relevant de la caisse de retraite des personnels de l'Opéra national de Paris.

Le décret⁽¹⁾ en Conseil d'État a été pris le 18 août 2015. Son article 1^{er} précise que la règle des cotisations non génératrices de droit en matière de cumul emploi retraite ne s'applique aux danseurs du corps de ballet de l'Opéra national de Paris ayant liquidé leur pension du régime spécial de retraite des personnels de l'Opéra qu'à partir de la date à laquelle ils atteignent l'âge de départ à la retraite applicable aux assurés du régime général, soit 62 ans. Selon l'article 2, ces règles seront applicables aux artistes du ballet ayant liquidé leur pension au titre du régime spécial de l'Opéra à compter du 1^{er} janvier 2018.

V. LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

Cette partie traite des dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 relatives aux dépenses de la branche « Accidents du travail et maladies professionnelles » (AT-MP). Parmi les trois articles qu'elle comporte, deux sont d'application directe ; le troisième est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2015.

A. LES MESURES D'APPLICATION DIRECTE

1. Les dépenses de transfert à la charge de la branche AT-MP

L'article 82 de la LFSS 2015 a fixé le montant des trois dépenses de transfert instituées par des dispositions légales à la charge de la branche AT-MP. Au titre de l'année 2015, ces montants s'élèvent respectivement à :

– 380 millions d'euros pour le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) ;

– 693 millions d'euros pour le Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) ;

(1) Décret n° 2015-1012 du 18 août 2015 relatif aux conditions d'application des règles de cumul emploi retraite aux danseurs du ballet de l'Opéra national de Paris.

– 1 milliard d’euros à l’assurance maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail.

2. L’objectif de dépenses de la branche AT-MP

L’article 84 a fixé un objectif de dépenses de la branche AT-MP de 13,5 milliards d’euros en 2015 pour l’ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, et de 12,1 milliards d’euros pour le régime général de la sécurité sociale. Les prévisions de recettes fixées à l’article 37 de la loi de financement pour 2015 prévoyaient un excédent de 200 millions d’euros pour le régime général.

Selon le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale rendu public en juin 2015, l’excédent de la branche AT-MP s’établirait finalement à 503 millions d’euros en 2015, soit une amélioration de près de 300 millions d’euros par rapport à l’objectif fixé par la loi de financement pour 2015. Cet excédent serait néanmoins nettement inférieur à l’excédent de 691 millions d’euros constaté en 2014, ce ralentissement étant imputable à une forte diminution des produits.

B. LES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES AT-MP DES NON-SALARIÉS AGRICOLES

L’article 83 a pour objet d’étendre le bénéfice des indemnités journalières en cas d’accident du travail ou de maladie professionnelle à certaines catégories de non-salariés agricoles.

Le I et le II modifient respectivement les articles L. 752-3 et L. 752-5 du code rural et de la pêche maritime afin de permettre l’attribution d’indemnités journalières, pendant la période d’incapacité temporaire de travail, aux collaborateurs d’exploitation ou d’entreprise agricole, aux aides familiaux et aux associés d’exploitation.

Le III précise que cette nouvelle disposition s’applique aux arrêts de travail prescrits à compter du 1^{er} janvier 2015.

Dans sa nouvelle rédaction issue de la loi de financement pour 2015, l’article L. 752-5 du code rural prévoit qu’un décret fixe le délai de carence à l’issue duquel les indemnités journalières sont versées⁽¹⁾. Il précise également qu’un arrêté des ministres chargés de l’agriculture et de la sécurité sociale doit déterminer le montant de l’indemnité versée, celle-ci devant être égale à « *une fraction du gain forfaitaire annuel* », et qu’un décret doit également fixer le montant de la majoration de l’indemnité au terme d’une période d’incapacité. Ces textes réglementaires existant déjà, l’article 83 est pleinement applicable depuis le 1^{er} janvier 2015.

(1) Cette disposition demeure inchangée par rapport à l’ancienne rédaction de l’article L. 752-5. À titre indicatif, le délai de carence existant pour le versement des indemnités journalières aux chefs d’exploitation ou d’entreprise agricole est actuellement fixé à sept jours.

VI. LA BRANCHE FAMILLE

Le titre IV de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 comporte deux articles. L'article 85 porte sur la modulation des montants d'allocations familiales en fonction des revenus. L'article 86 fixe l'objectif de dépenses de la branche famille pour 2015.

A. MODULATION DES MONTANTS D'ALLOCATIONS FAMILIALES EN FONCTION DES REVENUS.

L'article 85 prévoit la modulation des montants des allocations familiales. Ce dispositif fait suite à un amendement adopté en séance publique à l'Assemblée nationale. Afin de contribuer au rééquilibrage des comptes sociaux, le projet initial du Gouvernement prévoyait une modulation des allocations en fonction du rang de naissance de l'enfant. La rédaction adoptée en séance instaure le principe de modulation en fonction des revenus du foyer. Les plafonds de ressources pris en compte varient selon du nombre d'enfants à charge et sont révisés annuellement en fonction de l'évolution de l'indice des prix à la consommation.

Si la définition des barèmes précis relève du domaine réglementaire, les parlementaires avaient souhaité que les montants d'allocations familiales soient diminués de moitié au-dessus d'un premier plafond de revenu, fixé à 6 000 euros pour un ménage ou une personne avec deux enfants à charge, et à nouveau de moitié au-dessus d'un deuxième plafond fixé à 8 000 euros par mois dans la même situation familiale. L'application de ces barèmes doit permettre une économie d'environ 800 millions d'euros en année pleine et de 400 millions d'euros en 2015.

L'entrée en vigueur de ces dispositions est prévue « à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} juillet 2015 ». Conformément à ces dispositions, le Gouvernement a pris deux décrets d'application. Le décret n° 2015-611 du 3 juin 2015 a prévu l'entrée en vigueur du nouveau mode de calcul à partir du 1^{er} juillet 2015, avec des barèmes conformes aux objectifs définis par les parlementaires. En complément, le Gouvernement a pris le décret n° 2015-676 du 16 juin 2015 qui porte sur la mise en œuvre de ces dispositions à Saint-Pierre-et-Miquelon, avec un barème adapté et qui prévoit également une entrée en vigueur à compter du 1^{er} juillet 2015.

B. OBJECTIF DE DÉPENSES DE LA BRANCHE FAMILLE POUR L'ANNÉE 2015

Conformément aux dispositions du 2° du D du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale issu de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, l'article 86 fixe l'objectif annuel de dépenses de la branche famille.

L'objectif de dépenses pour 2015 tient compte d'un changement de périmètre des dépenses de la branche en raison du transfert à l'État de l'intégralité

de la dépense au titre des allocations personnalisées de logement. À périmètre constant, l'objectif pour 2015 est fixé à un niveau similaire à celui de 2014, à savoir 54,6 milliards d'euros. Les mesures d'économie prévues à l'article 85 permettent donc essentiellement de compenser la progression mécanique des dépenses liées à la revalorisation de l'ensemble des prestations ou à l'accroissement du nombre de bénéficiaires.

Cet article est d'application directe.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

EXAMEN DU RAPPORT EN COMMISSION

La Commission procède à l'examen du rapport d'information sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 (M. Gérard Bapt, Mmes Michèle Delaunay, Joëlle Huillier, MM. Michel Issindou, Denis Jacquat et Mme Marie-Françoise Clergeau) lors de sa séance du mercredi 30 septembre 2015.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Le rapport que je vous présente, au nom de l'ensemble des rapporteurs du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), fait état de l'exécution réglementaire de la loi de financement pour 2015.

Le Règlement de notre Assemblée prévoit que ce bilan soit fait 6 mois après la publication de la loi, mais l'agenda de la Commission ne nous a pas permis de faire ce travail en juillet.

Aussi, nous présentons cette fois l'exécution au 15 septembre, comme du reste l'année dernière : il faut donc tenir compte du délai supplémentaire accordé au Gouvernement pour juger de sa rapidité d'exécution.

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 (LFSS), pour deux raisons principales :

– d'une part, la présence des dispositions en LFSS est conditionnée au fait qu'elles aient un impact sur les comptes de la sécurité sociale, sans quoi elles sont considérées comme des « cavaliers sociaux ». Cela rend donc indispensable leur application avant la fin de l'exercice annuel, en tout cas pour celles qui entrent en vigueur dès 2015 ;

– 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 dernier rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale, ainsi qu'au rapport annuel de la Cour des comptes sur l'application des LFSS.

L'application de la lettre du Règlement devrait conduire à présenter, dans ce rapport, l'état de l'application de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014.

Mais compte tenu de la nature très particulière de ce texte, qui engage la mise en œuvre de l'essentiel des dispositions du Pacte de responsabilité et de solidarité, nous avons estimé qu'il serait plus utile de réaliser, lorsque les données disponibles permettront d'avoir suffisamment de recul, une évaluation de l'impact des mesures adoptées, sans se contenter d'en présenter brièvement les actes d'application.

Les chiffres qui suivent résultent notamment d'un tableau transmis en juillet par le Gouvernement. Ce tableau n'ayant pas été réactualisé, il n'est donc pas utile de le faire figurer en annexe du rapport. En revanche, les informations que je vais vous livrer sont, pour leur part, à jour au 15 septembre.

Sur les 93 articles de la loi de financement restant après décision du Conseil constitutionnel, 47 sont d'application directe.

Près de 9 mois après la publication de la loi, 28 articles n'ont encore fait l'objet d'aucun des textes d'application qu'ils prévoient, et 2 articles ont fait l'objet d'une application réglementaire partielle.

Sur les 50 actes réglementaires appelés par la LFSS – décrets en Conseil d'État, décrets simples et arrêtés –, seuls 21 ont été publiés, soit un taux de 42 %. On constate donc un très léger recul par rapport à l'année dernière (taux de 44 %).

Il s'agit donc d'un résultat moyen, compte tenu du fait qu'il est arrêté en septembre.

À titre de comparaison :

– le rapport d'application 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'était beaucoup améliorée en 2009 (47 %) ;

– avait régressé en 2010 (21 %) ;

– et à nouveau beaucoup progressé en 2011 (61 %, mais avec un indicateur élaboré au mois d'octobre).

Cela dit, mes collègues et moi sommes conscients de l'ampleur de la tâche à accomplir pour l'administration, ainsi que des délais qu'imposent les avis du Conseil d'État, des caisses de sécurité sociale, etc.

J'en viens à l'examen par branche.

Dans le champ dont je suis le rapporteur – les recettes, la trésorerie, la gestion du risque et la lutte contre les fraudes – seule une dizaine d’articles nécessitait des mesures réglementaires d’application.

Je vous rappelle en effet qu’en matière de cotisations et de fiscalité, beaucoup de dispositions sont d’application directe. Pour autant, le taux d’application est d’à peine 50 %.

On peut notamment signaler la publication au mois d’août d’un long décret mettant en œuvre les nombreuses mesures prévues par l’article 9, destinées à simplifier les règles d’affiliation des travailleurs indépendants.

L’article 10 prévoit une réduction forfaitaire des cotisations patronales pour l’emploi d’un salarié à domicile, d’un montant variable selon les cas de figure. La réduction est ainsi de 1,50 euro pour la garde d’enfants âgés de 6 à 13 ans, mais dans la limite d’un nombre d’heures devant être fixé par décret. Conformément aux débats parlementaires, le décret publié en avril dernier a fixé ce nombre d’heures à 40 par mois.

Parmi les mesures encore en attente d’application, figurent entre autres :

– la rationalisation bienvenue de la fiscalité sur les contrats d’assurance, applicable seulement à compter du 1^{er} janvier 2016 ;

– le décret en Conseil d’État améliorant la procédure d’opposition à tiers détenteur. Ce décret est appelé par l’article 24 de la LFSS, dont sont d’ores et déjà applicables les autres mesures d’amélioration des procédures de contrôle et de recouvrement des cotisations et contributions sociales.

Sur les 40 articles relatifs à la branche maladie, 13 sont d’application directe. Au-delà des articles de nature exclusivement financière, il me semble important de souligner que parmi ces dispositifs d’application directe figurent des mesures bienvenues. Elles constituent les marqueurs de notre majorité parlementaire. Je pense ainsi à la contribution au titre de médicaments destinés au traitement de l’hépatite et à l’extension aux bénéficiaires de l’aide à l’acquisition d’une complémentaire santé (ACS), de l’exonération de la participation forfaitaire et de la franchise médicale.

Si l’on met de côté les articles proposant la remise de rapports que nous n’avons pas encore reçus, il reste 25 articles demandant un peu plus d’une trentaine de textes d’application. Seuls un tiers d’entre eux ont été effectivement publiés.

Dans le cadre de l’amélioration de l’accès aux soins et aux droits, de nombreuses mesures sont en cours d’application : je pense tout particulièrement au tiers payant intégral pour les personnes à revenus modestes bénéficiaires de l’aide au paiement d’une ACS.

Dans le domaine de la promotion de la prévention, une disposition, relative à la politique de vaccination, n'a toujours pas fait l'objet de textes d'application. S'agissant de la démocratie sanitaire, le choix a été fait de ne pas procéder à la publication d'un arrêté récapitulatif mais de prendre différents arrêtés « au fil de l'eau ». Au 15 septembre, un seul d'entre eux a été publié.

Un certain nombre d'articles relatifs au renforcement de la qualité et de la proximité du système de soins ne peuvent encore être exécutés faute de textes.

Il s'agit de la dotation complémentaire à l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins, des nouvelles modalités de financement des hôpitaux de proximité, de l'expérimentation des hôtels hospitaliers ou encore des mesures d'installation pérenne de médecins dans des zones de montagne. On peut le regretter ! Je voudrais cependant souligner qu'il s'agit soit de mesures supposant une concertation préalable soit de mesures de nature très technique. Dans les deux cas, elles nécessitent du temps afin de procéder à des ajustements précis. Je voudrais aussi tempérer ce constat en soulignant l'imminence de la publication des dispositions relatives au praticien territorial de médecine ambulatoire.

S'agissant de la promotion de la pertinence des actes et des soins, les dispositifs relatifs à la pertinence des actes des prestations d'hospitalisation, à la description générique renforcée parmi les modes d'inscription des dispositifs médicaux, ou aux transports de patients ne peuvent encore trouver à s'appliquer. *A contrario*, soulignons que des mesures portant sur la pertinence de la prescription des médicaments à l'hôpital sont entrées en vigueur.

Tel est le constat que l'on peut établir s'agissant de la branche maladie.

Peu de dispositions concernaient directement le secteur médico-social : une disposition technique et d'application directe touchant à l'amortissement du coût des évaluations externes pour les établissements accompagnant des personnes handicapées ainsi qu'un rapport dont nous attendons la remise sur l'évaluation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

De même, pour l'assurance vieillesse, seuls 2 articles appelaient des mesures d'application, l'un prévoyant la mise en place du dispositif d'aide au rachat de trimestres de retraite pour les enfants de harkis, l'autre visant à adapter les conditions de cumul emploi-retraite pour les artistes du ballet de l'Opéra national de Paris. Les décrets d'application ont été pris, pour chacun de ces articles, dans le courant de l'été.

La branche accidents du travail et maladies professionnelles, ensuite, ne comportait que 3 articles, dont aucun ne nécessitait de mesure réglementaire d'application.

En ce qui concerne enfin la branche famille, cette année 2015 a été marquée par la mise en place d'un système de modulation du montant des allocations familiales.

Il s'agit d'un dispositif innovant et juste, participant au redressement des comptes de la sécurité sociale. Nous l'avons adopté sur proposition de notre rapporteure Marie-Françoise Clergeau. Les décrets d'application ont été pris selon le calendrier prévu permettant une entrée en vigueur le 1^{er} juillet dernier.

Je vous remercie de votre attention, et vous donne rendez-vous très prochainement pour l'examen du prochain PLFSS.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Merci M. le rapporteur. Vos conclusions sont claires. Il est vrai que le Parlement, et en particulier notre Commission, adopte beaucoup de textes qui ne peuvent trouver complète application faute de la publication des décrets correspondants.

M. Jean-Pierre Door. M. le rapporteur, notre groupe prend acte de ce que la publication de l'ensemble des textes n'est pas effective. Nous estimons que le taux de 42 % de publication est plutôt faible même si, je vous le rappelle, notre groupe n'avait pas voté en faveur de ce texte. Nous avons d'ailleurs saisi le Conseil constitutionnel qui avait ensuite censuré l'article 12 et une partie du dispositif de l'article 16.

Je formulerais deux observations. Tout d'abord, nous avons récemment auditionné M. Migaud, Premier président de la Cour des Comptes, à l'occasion du rapport annuel d'application des lois de financement de la sécurité sociale. Les conclusions de ce rapport ne sont pas à mettre au crédit de l'action du Gouvernement. Le retour à l'équilibre des comptes est reporté aux années 2021-2022 et les mesures structurelles qu'il implique sont inexistantes. Quant à l'amélioration de la gestion de notre système de sécurité sociale, le rendez-vous est manqué !

Ma seconde observation est en réalité une réflexion personnelle portant sur la portée de l'examen des projets de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) par le Parlement. Ne devrions-nous pas penser à la rédaction d'une nouvelle loi organique encadrant les conditions d'examen du PLFSS ? Pourquoi ne pas examiner la partie relative aux recettes et aux conditions d'équilibre financier dans le cadre des projets de loi de finances ? Cela nous permettrait de réserver le PLFSS à l'examen des seules dépenses de santé.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Merci M. Door. Je ne partage pas votre point de vue. Il me semble difficile de se prononcer sur des dépenses indépendamment de l'approbation des recettes et de l'équilibre.

Mme Dominique Orliac. Mes chers collègues, je vous remercie du travail effectué à l'occasion de l'application de la loi de financement pour 2015. Vos

travaux apporteront un éclairage utile à l'examen du PLFSS pour 2016. Je ne formulerai pas de remarque sur le fond du rapport dont nous venons d'avoir une présentation. De nombreux articles ne peuvent trouver application faute de textes. Vous avez, à juste titre, souligné la complexité de la tâche pour les administrations concernées. Cela étant, pouvez-vous nous dire à quelle échéance seront publiés les textes d'application restant à prendre ?

M. Jean-Louis Costes. Je souhaiterais revenir sur l'article 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, qui prévoit la suppression d'exonérations, notamment, dans les zones de revitalisation rurale (ZRR), alors que ce zonage doit être redéfini.

Cela est tout à fait incohérent : d'un côté, l'on redéfinit le périmètre des zones de revitalisation et de l'autre, on supprime les exonérations dont peuvent bénéficier les entreprises qui s'y implantent. C'est contradictoire et préjudiciable.

M. Michel Issindou, rapporteur pour la branche vieillesse. Je voudrais souligner pour ma part les sensibles améliorations constatées pour la branche vieillesse : la branche est presque à l'équilibre en 2015 et elle devrait l'atteindre en 2016. Cela montre que les mesures de recettes et les mesures de justice que nous avons adoptées étaient indispensables.

Les décrets concernant la branche vieillesse ont été pris à 100 %. Ils étaient attendus par les personnes concernées : les enfants de harkis, d'une part, qui ont été enfermés dans des camps entre 1962 et 1975 : le décret publié leur permettra de valider des trimestres et, d'autre part, des danseurs de l'Opéra national de Paris, qui doivent obligatoirement prendre leur retraite à l'âge de 42 ans. Il était indispensable d'adapter pour ces derniers les règles du cumul emploi retraite, afin de leur permettre de reprendre une activité professionnelle après une carrière interrompue très jeune : c'est ce que propose le décret adopté au cœur de l'été, le 18 août dernier.

M. Dominique Tian. Tout est dit à la page 6 du rapport : 28 articles n'ont fait l'objet d'aucun texte d'application. Cela signifie que 50 % de la loi que nous avons adoptée l'an dernier, après des nuits de travail, n'est toujours pas applicable. Cela donne une idée de l'efficacité croissante de l'Assemblée nationale...

À quoi sert le projet de loi de financement de la sécurité sociale ? C'est la question posée cette année par la Cour des comptes.

Les actions proposées sont peu efficaces, les déficits ne cessent de se creuser...

Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie. C'est faux !

M. Dominique Tian. Dans une comparaison entre la France et l'Allemagne, la Cour des comptes relevait 104 milliards d'euros de déficits cumulés en France, contre 11 milliards d'euros d'excédents en Allemagne.

Le PLFSS pour 2016 ne change pas la règle : les mesures annoncées par le Gouvernement sont anecdotiques. Ce texte est marqué par le même immobilisme, par les mêmes freins structurels que les années précédentes.

Il marque la fin d'un système social longtemps cité en modèle.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Je reviens un instant sur la comparaison France-Allemagne mentionnée par M. Tian. L'Allemagne compte 70 % de personnes pauvres parmi les chômeurs, contre 14 % en France. Depuis trois ans, il y a dix fois plus de nouveaux pauvres en Allemagne, alors que la France a fait le choix de consacrer 10 % du produit intérieur brut (PIB) aux investissements sociaux.

S'agissant « des nuits » passées à légiférer, je rappellerai à M. Tian que nous n'avons passé l'an dernier que trois soirées à débattre du PLFSS, les débats étant toujours clos à 1 heure du matin. En commission, nous avons débattu une seule fois la nuit, jusqu'à une heure et demie du matin.

M. Gérard Sebaoun. Je souhaite poser à M. le Rapporteur une question que j'adresserai également à Mme Marisol Touraine et à M. Christian Eckert.

Nous avons voté l'an dernier une modification de l'assiette de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S), et nous irons encore un peu plus loin cette année.

Monsieur le Rapporteur, savez-vous comment l'État entend compenser cette moindre recette de C3S pour les organismes de sécurité sociale ?

M. Bernard Accoyer. L'intervention de M. Tian révèle bien le danger qui guette notre système de protection sociale. On évoque une maîtrise des dépenses sociales, alors que la dette sociale augmente et qu'elle atteint près de 150 milliards d'euros.

Ensuite, à peine plus d'un tiers des décrets ont été publiés : c'est inadmissible et cela pose la question du respect des droits du Parlement.

Cela interroge aussi sur la qualité du travail effectué : les décrets ne sont pas publiés, des tuyauteries infernales sont créées. Ce n'est pas du « bon » travail législatif.

Depuis la disparition des textes portant diverses mesures en matière sanitaire et sociale, le PLFSS comporte des mesures diverses dont seules certaines survivent à la censure du Conseil constitutionnel. Et l'on constate aujourd'hui que les mesures adoptées ne sont pas appliquées.

Le PLFSS pour 2016 marque aussi le report *sine die* de l'équilibre des comptes de la branche maladie. Ce texte est un échec, avec une absence de dispositions structurelles dans les annonces du Gouvernement.

Il s'attaque une nouvelle fois à l'industrie du médicament. Il étrangle l'hospitalisation privée alors qu'elle a relevé à un niveau correct la part de la chirurgie ambulatoire dans son activité.

C'est un constat d'échec.

M. Bernard Perrut. Si certains textes n'ont pas été pris, je constate malheureusement que ceux affectant négativement les personnes âgées ou les familles l'ont été effectivement. Je pense notamment à la modulation du montant des allocations familiales.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie. Je suis désespérée d'entendre la teneur de certaines interventions et notamment celle de M. Accoyer. Je me souviens des mesures prises à l'époque où il présidait cette Assemblée, caractérisées par la mise en place de franchises médicales ainsi que par les déremboursements. Je souhaiterais qu'il soit plus précis et nous indique s'il réclame la mise en œuvre de nouvelles mesures de ce type.

Plus généralement je crois indispensable de conclure entre nous un pacte d'honnêteté et de loyauté. Les Français ne supportent plus les discours manichéens. Sachons par exemple reconnaître une baisse du déficit. Faire preuve de loyauté me semble indispensable si nous voulons restaurer la confiance des Français dans la politique.

Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille. La modulation du montant des allocations familiales constitue précisément une réforme structurelle. Il s'agit d'une bonne mesure, bien comprise. Je n'ai reçu aucun courriel, courrier ou remarque sur le terrain pour s'y opposer. Pour la préparation du PLFSS 2016, j'ai visité la caisse d'allocations familiales de Saint-Quentin dans l'Aisne. Dans ce département, seules 1,8 % des familles sont touchées par la modulation, lorsque cette proportion atteint 70 % dans le VII^{ème} arrondissement de Paris. Il me semble normal de ne pas verser la même aide aux hauts revenus qu'aux foyers modestes, étant entendu que les allocations familiales sont toujours versées à l'ensemble des familles.

Mme Bernadette Laclais. Je rejoins les propos de Mme Delaunay. Nous devons éviter les faux procès et faire preuve de transparence. S'agissant de la question des zones de montagne évoquée par M. Bapt, je tiens à saluer la méthode du Gouvernement : il vaut mieux prendre le temps de la concertation pour parvenir à un dispositif efficace plutôt qu'adopter des mesures dans la précipitation. Les mesures sont attendues pour le mois d'octobre et je suis convaincue que les populations de montagne en seront pleinement satisfaites.

M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général.

Nous avons assisté au tour de chauffe du PLFSS. La question de M. Costes concerne le PLFSS pour 2016. La question soulevée par M. Door, relative à l'examen commun avec la Commission des finances de la partie recette du PLFSS, constituerait une réforme lourde. Il s'agit d'une part très importante du PLFSS qui serait transférée dans le champ de compétences de la Commission des finances au détriment de fait de notre Commission. Cela me fait penser au projet de fusion de la contribution sociale généralisée et de l'impôt sur le revenu, qui pourrait impliquer d'importantes pertes de recettes pour les finances sociales.

M. Door a par ailleurs reconnu que si la réduction du déficit est lente, elle se poursuit néanmoins. J'observe que le déficit a été divisé par deux depuis 2011.

S'agissant de la question de Mme Orliac relative au calendrier de mise en œuvre des mesures qui n'ont pas encore fait l'objet d'actes d'application, je rappelle que l'annexe 3 au PLFSS 2016 fera le point sur l'état d'application des mesures de la LFSS 2015, actualisant ainsi le point que je vous ai présenté aujourd'hui.

M. Michel Issindou a bien décrit les avancées de la LFSS 2015 en matière de retraite, et notamment la mesure relative aux artistes du ballet de l'opéra de Paris.

Je répondrai au langage catastrophiste de M. Accoyer en indiquant que sur 150 milliards de dette sociale, 23 milliards vont être transférés à la CADES sans qu'il soit nécessaire de prévoir de nouvelles mesures de financement. M. Tian avait lui aussi un discours catastrophiste, je suppose qu'il est parti s'en remettre à la Bonne Mère.

Mme Clergeau a mis en avant à juste titre des chiffres intéressants sur la justice sociale, qui caractérise la mesure de modulation du montant des allocations familiales.

Je répondrai enfin à M. Sebaoun que le Gouvernement a indiqué vouloir poursuivre les exonérations de C3S pour les seules entreprises de taille modeste, à savoir celles dont le chiffre d'affaires est inférieur à 19 millions d'euros.

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