



N° 339

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

SEIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 13 octobre 2022

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES
SUR LE PROJET DE LOI *de financement de la sécurité sociale pour 2023*
(n° 274)

PAR MME STÉPHANIE RIST

Rapporteuse générale, rapporteure pour les recettes, l'équilibre général et la branche maladie, Députée

MME CAROLINE JANVIER

Rapporteuse pour la branche autonomie, Députée

M. PAUL CHRISTOPHE

Rapporteur pour la branche famille, Député

M. CYRILLE ISAAC-SIBILLE

Rapporteur pour la branche vieillesse, Député

M. THIBAUT BAZIN

Rapporteur pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles, Député

TOME I

AVANT-PROPOS ET SYNTHÈSE

SOMMAIRE

	Pages
AVANT-PROPOS DE MME STÉPHANIE RIST, RAPPORTEURE GÉNÉRALE, RAPPORTEURE POUR L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL, LES RECETTES ET LA BRANCHE MALADIE	5
AVANT-PROPOS DE MME CAROLINE JANVIER, RAPPORTEURE POUR LA BRANCHE AUTONOMIE	13
AVANT-PROPOS DE M. PAUL CHRISTOPHE, RAPPORTEUR POUR LA BRANCHE FAMILLE	17
AVANT-PROPOS DE M. CYRILLE ISAAC-SIBILLE, RAPPORTEUR POUR LA BRANCHE VIEILLESSE.....	19
AVANT-PROPOS DE M. THIBAUT BAZIN, RAPPORTEUR POUR LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES.....	23
SYNTHÈSE.....	25
I. PRÉSENTATION SYNTHÉTIQUE DES DISPOSITIONS DU TEXTE.....	25
II. PRINCIPAUX AMENDEMENTS ADOPTÉS PAR LA COMMISSION.....	55

AVANT-PROPOS DE MME STÉPHANIE RIST, RAPPORTEURE GÉNÉRALE, RAPPORTEURE POUR L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL, LES RECETTES ET LA BRANCHE MALADIE

- Le premier projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) d'une législature qui s'ouvre est naturellement le moment au cours duquel les grandes lignes de notre action en faveur de la sécurité sociale sont tracées, pour les cinq années à venir.

La rapporteure générale retient toutefois que ce premier PLFSS est un exercice singulier, à deux égards.

- **Un « PLFSS de transition » entre l'ancien et le nouveau cadres organiques**

Ce texte constitue un « PLFSS de transition », entre l'ancien cadre organique et celui qui a été institué par la loi du 14 mars 2022. L'ensemble des dispositions ne sont pas entrées en vigueur, et la clôture des comptes pour l'année 2021 nécessitait la présentation d'un PLFSS toujours en quatre parties. La première loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale (LACSS) viendra approuver les comptes de l'année 2022 et lancer véritablement le nouveau cycle d'examen annuel du budget de la sécurité sociale par le Parlement.

S'il est encore tôt pour établir un bilan complet de l'application de ce nouveau cadre organique, il est possible d'en retenir plusieurs aspects saillants qui sont de nature à marquer l'examen de ce texte au sein de la commission des affaires sociales de notre Assemblée.

- D'abord, le temps d'examen préalable du texte déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale a été singulièrement allongé, permettant aux membres de la commission des affaires sociales de disposer de plus d'une semaine pour élaborer leurs amendements, quand leurs prédécesseurs ne disposaient que de deux jours. S'il n'a pas conduit à un dépôt massif d'amendements supplémentaires, la rapporteure générale se réjouit du fait que les dispositions du texte lui-même sont discutées de manière approfondie.

- Ensuite, le nouveau calendrier d'examen marque la transmission au Parlement de l'avis des caisses de sécurité sociale, saisies sur la base du texte déposé. Ces avis ont déjà commencé à innover les débats en commission, signe d'un renforcement mutuel de la démocratie sociale et de la démocratie représentative. Il s'inscrit dans la continuité des auditions menées par la rapporteure générale en amont de l'examen du PLFSS en commission.

Les membres de la commission des affaires sociales ont ainsi reçu successivement, au cours des débats en commission, l'avis de la Caisse nationale

des allocations familiales (Cnaf), du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants (CPSTI), puis de la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA), du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav), de la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles et du conseil d'administration de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos), et enfin de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam) et de la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA). La rapporteure générale souhaite naturellement que la commission puisse s'approprier de mieux en mieux au fil du temps ces avis, ce qui pourrait passer par un envoi anticipé de ces avis. Mais comme tout nouvel outil, ce processus réclame un temps d'apprentissage incompressible.

- Enfin, la rapporteure générale se félicite de l'existence de nouvelles annexes ou de l'approfondissement d'annexes existantes. Sous réserve de leur dépôt en temps utile, celles-ci pourront améliorer l'information des parlementaires quant au contexte financier, sanitaire et social dans lequel s'inscrit le PLFSS.

- Au total, le nouveau cadre organique est beaucoup plus propice à la pleine appréhension du texte par les parlementaires, ce qui est naturellement d'autant plus important que ce PLFSS est, cette année, un texte charnière.

● Un « PLFSS de rupture » dans les trajectoires budgétaires

Ce PLFSS, premier du genre pour la XVI^e législature, constitue une étrangeté au regard des quinze dernières années : il est porté par la même majorité que celle de la législature précédente. S'il constitue une rupture dans les trajectoires budgétaires, il est marqué du sceau de la continuité pour nombre de mesures qu'il porte.

- La rupture qu'incarne ce PLFSS se lit d'abord dans les trajectoires budgétaires qu'il retrace et qu'il prévoit. C'est un texte de « sortie de crise » sanitaire, qui acte le redressement spectaculaire des comptes sociaux en 2021 et 2022. Après le déficit abyssal de 2020 pour les régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et le Fonds de solidarité vieillesse (FSV), à hauteur de 39,7 milliards d'euros, les comptes se sont rétablis de plus de 15 milliards d'euros en 2021 (24,3 milliards d'euros de déficit), puis de 6,5 milliards d'euros en 2022 (– 17,8 milliards d'euros).

Ce redressement est d'autant plus remarquable qu'il ne s'est pas fait au détriment de l'effort massif de nos finances publiques pour la protection de la santé de nos concitoyens comme de leur emploi. Les dépenses, sur l'ensemble de ce champ, ont ainsi augmenté de 509 milliards d'euros en 2019 à 589,6 milliards d'euros en 2022. Cette augmentation de 20 % des dépenses de la sécurité sociale était à la fois inédite et indispensable.

Elle a été accompagnée par une augmentation massive des recettes, en lien avec la hausse de l'activité, sur laquelle sont assises une majorité des ressources de la sécurité sociale. Les bonnes surprises macro-économiques se sont ainsi traduites par une augmentation de la masse salariale de 8,9 % en 2021 et de 8,6 % en 2022, bien au-delà de la croissance pour ces mêmes années. Cette progression s'appuie sur une augmentation de 2,9 % des créations d'emploi et de 5,5 % d'augmentation des salaires en 2022, soit un rythme supérieur à celui de l'inflation en moyenne. La diminution du taux de chômage a donc un double effet positif pour les comptes sociaux : la diminution des dépenses, comme celles du FSV, se double d'une croissance des recettes, par la création d'emplois comme par l'amélioration des salaires.

- Cette réduction des déficits sociaux est amenée à se poursuivre et même à s'amplifier en 2023, dans un contexte où l'épidémie de covid devrait devenir endémique. La diminution, à hauteur de 10 milliards d'euros, de la dotation prévisionnelle pour 2023, s'appuie sur des hypothèses, certes optimistes, de couverture des besoins par les achats déjà réalisés de vaccins et de forte diminution du recours aux tests antigéniques. La nature d'une provision suppose évidemment qu'on puisse l'abonder en cas de réapparition de vagues épidémiques comparables à celle que notre pays a connues jusqu'au printemps 2022. Ce risque ne peut être écarté, mais il ne semble pas déraisonnable d'espérer que les comptes de l'assurance maladie pourront, enfin, reprendre une trajectoire indépendante des mesures exceptionnelles qui avaient dû être mobilisées au cours des crises sanitaires passées.

La poursuite du rétablissement des comptes sociaux s'appuierait, comme pour les exercices précédents, d'une bonne tenue des recettes, en dépit de la dégradation de la conjoncture macroéconomique, de nature à diminuer l'impact de l'inflation sur les dépenses, et notamment la revalorisation des prestations sociales. Au total, le déficit des comptes sociaux s'établirait à 6,8 milliards d'euros, soit un niveau proche de celui de 2017.

- Ces bonnes nouvelles ne peuvent malheureusement pas estomper la dégradation des comptes sociaux à compter de 2024, qui compromet le rétablissement de l'équilibre à laquelle la rapporteure générale, tout comme la majorité, est fortement attachée. Pour paraphraser Jean de la Fontaine, si toutes les branches ne se retrouveraient pas à nouveau en déficit, presque toutes seraient frappées par une dégradation de leur situation.

Mais la trajectoire financière la plus inquiétante d'entre toutes est naturellement celle de l'assurance-vieillesse. Tant au regard des précédentes prévisions qu'au regard des autres branches, les régimes de retraite entraîneraient irrémédiablement les comptes sociaux vers une situation fortement déficitaire. En 2026, si rien n'est fait pour y remédier, le déficit de l'ensemble des comptes serait de 11,8 milliards d'euros, « plombé » par un déficit de l'assurance vieillesse des régimes de base de la sécurité sociale de 15,9 milliards d'euros. Cette trajectoire confirme les prémisses posées par le rapport du Conseil d'orientation des retraites du 15 septembre 2022 comme par l'avis du Conseil supérieur des retraites, une

semaine après. L'accumulation d'autant d'inquiétudes sur les comptes de cette branche ne peut laisser indifférent et appelle des mesures de redressement de ces comptes, par le biais d'une réforme des retraites, au soutien du système par répartition, principe fondamental de notre protection sociale.

Cette rupture brutale de la trajectoire budgétaire de rétablissement des comptes sociaux dans laquelle nous étions engagés depuis deux exercices ne doit toutefois pas effacer la continuité des mesures portées par la majorité au bénéfice de tous les Français.

- **Un PLFSS fidèle aux engagements de la majorité**

Des actions de prévention renforcées

Ce PLFSS marque un effort redoublé en faveur de la prévention pour l'ensemble de nos concitoyens, en continuant à protéger efficacement l'ensemble de la population face à la covid (**article 16**) et en renforçant la protection vaccinale, *via* l'extension des prérogatives des pharmaciens ou des infirmiers en matière de prescription (**article 19**). L'instauration de rendez-vous de prévention à trois âges clés de la vie devra permettre de mieux prévenir l'apparition d'addictions ou de maladies chroniques notamment chez les personnes les plus éloignées de notre système de santé (**article 17**). Surtout, ce texte améliorera la santé sexuelle de nos concitoyens en facilitant l'accès au dépistage, sans ordonnance, des infections sexuellement transmissibles (**article 18**), ainsi que l'accès à la contraception d'urgence, *via* l'extension à toutes les femmes de sa prise en charge à 100 % par l'assurance maladie, sans qu'il ne soit besoin de présenter une ordonnance (**articles 19**).

- La prévention inscrite dans ce texte a également partie liée avec la définition d'une nouvelle modalité d'imposition des tabacs, désormais indexée sur l'inflation de l'année précédant celle pour laquelle la contribution est due. Cette nouvelle forme d'indexation s'accompagne de la suppression du plafonnement des tarifs. (**article 7**). Cette mesure de santé publique est rendue d'autant plus nécessaire que le prix du tabac pourrait, à défaut, baisser en termes réels.

- En matière de tabagisme et toujours dans un objectif de prévention, ce PLFSS adapte la fiscalité applicable aux produits du tabac, afin de l'indexer sur l'inflation de l'année n-1 et non plus n-2, sans quoi les prix de ces produits seraient comparativement inférieurs à ceux des biens de consommation qui subissent une forte inflation. Il s'agit également d'adapter la fiscalité aux nouvelles consommations de produits du tabac, en particulier le tabac à chauffer, afin également d'éviter qu'il ne soit moins cher que les autres produits (**article 8**).

Un accès aux soins amélioré

Ce texte permettra également de faciliter l'accès aux soins des Françaises et des Français sans tomber dans l'erreur de ceux qui voudraient mettre en place des mesures coercitives pour l'installation des médecins, lesquelles s'avèreraient

injustes et contre-productives. Plusieurs amendements ont été adoptés à cet effet dans le sillon des travaux entrepris par la commission des affaires sociales : des expérimentations permettront d'aller plus loin dans les délégations de tâches aux infirmières et aux infirmiers, notamment pour la signature des certificats de décès et l'accès direct aux infirmiers en pratique avancée (IPA). Les jeunes médecins seront mieux accompagnés, avec la mise en place d'une quatrième année d'internat de médecine générale (**article 23**) et la création d'un guichet unique qui ira de pair avec la rationalisation et la simplification des dispositifs d'aide à l'installation (**article 24**) dans un cadre conventionnel rénové (**article 22**).

L'accès aux soins est une problématique particulièrement prégnante dans les territoires ultramarins. Ce PLFSS œuvre à rapprocher les systèmes de protection sociale de Mayotte (**article 38**) et de Saint-Pierre-et-Miquelon (**article 39**) du droit commun, dans le but de permettre une meilleure couverture de leurs habitants. Le bénéfice de la complémentaire santé solidaire est ainsi étendu à Mayotte.

Une poursuite de l'effort de la protection des plus fragiles et de certains publics

- En proposant une refonte du mode de calcul du complément de libre choix de mode de garde (CMG), ce PLFSS garantit plus d'équité dans l'accès aux modes d'accueil du jeune enfant. Dans la lignée des dispositions des précédents PLFSS en faveur d'un meilleur recouvrement des impayés de pensions alimentaires, il poursuit l'effort en faveur des familles monoparentales, qui pourront bénéficier de cette prestation jusqu'aux douze ans de l'enfant (**article 36**). Cette extension se double de la prise en compte, dans les comptes de la branche famille, de l'augmentation de 50 % du montant de l'allocation de soutien familial (ASF), au bénéfice là aussi des familles monoparentales.

Les non-salariés agricoles verront quant à eux s'améliorer les conditions de réparation de leurs accidents du travail et de leurs maladies professionnelles, en particulier, parmi eux, les pluriactifs, les collaborateurs et les aidants familiaux (**article 40**).

- Ce PLFSS permet également de continuer les efforts de l'État en matière de versement contemporain du crédit d'impôt pour les services à la personne, en le combinant avec les aides dont certains publics peuvent bénéficier. Il s'agit en particulier de l'allocation personnalisée d'autonomie, de la prestation de compensation du handicap, de la prestation d'accueil du jeune enfant ou du complément de libre choix du mode de garde. L'expérimentation de ce dispositif d'« avance immédiate » est prolongée d'un an pour ces bénéficiaires afin de continuer à en sécuriser le déploiement, en vue d'une généralisation complète en 2024 (**article 5**).

- L'exonération de cotisations sociales pour les travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi (TO-DE), qui bénéficie massivement aux agriculteurs

français, est prolongée d'un an, dans un contexte difficile pour les producteurs, avec notamment le changement climatique et la guerre en Ukraine (**article 7**).

Un accompagnement et un contrôle renforcés en faveur du soutien à l'autonomie

La politique de soutien à l'autonomie fait partie des priorités de ce PLFSS, avec 1,5 milliard d'euros de financements supplémentaires consacrés au secteur médico-social en 2023. Dans le contexte postérieur à « l'affaire Orpée », il renforce en premier lieu les obligations de transparence financière qui incombent aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et à leurs groupes gestionnaires, tout en dotant les autorités publiques de prérogatives accrues de contrôle et de sanction (**article 32**).

Dans la lignée des PLFSS précédents, ce texte poursuit par ailleurs le virage domiciliaire en valorisant le financement des services proposant des soins infirmiers à domicile (**article 33**), tout en favorisant le déploiement de l'habitat inclusif sur l'ensemble du territoire (**article 35**). Il prévoit enfin l'instauration d'un temps dédié à l'accompagnement et au lien social à compter du 1^{er} janvier 2024 dans l'objectif de lutter contre l'isolement et la perte d'autonomie. Ce temps supplémentaire proposé aux bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) devrait permettre un meilleur repérage des fragilités, tout en redonnant du sens aux métiers exercés au domicile (**article 34**).

Une vigilance constante envers le paiement et le versement des prestations à bon droit

- Les PLFSS précédents, et notamment le PLFSS 2021, avaient marqué l'engagement de la majorité en faveur de la lutte contre la fraude et du respect des obligations à la fois de recouvrement des cotisations et de versement des prestations à bon droit. Le présent texte poursuit cet effort.

S'agissant des cotisations, il facilite les relations entre les cotisants et les organes de contrôle, tout en renforçant la proportionnalité des sanctions pour des faits de travail illégal (**article 6**).

S'agissant des prestations, le texte veille à donner des moyens juridiques supplémentaires aux agents de contrôle, tout en rehaussant le plafond des sanctions susceptibles d'être prononcées par les directeurs des caisses primaires d'assurance maladie (**article 41**) et en permettant à l'assurance maladie de mieux estimer et récupérer l'indu en extrapolant à partir du résultat des contrôles d'échantillon qu'elle mène (**article 44**). Les procédures de déconventionnement d'urgence seront également étendues à d'autres catégories de professionnels de santé afin de limiter les préjudices financiers pour l'assurance maladie en cas de fraude (**article 42**). Ce PLFSS prévoit enfin de s'adapter à des phénomènes émergents comme le « nomadisme médical » : l'indemnisation des arrêts de travail prescrits lors de téléconsultations sera désormais davantage encadrée (**article 43**).

Ce premier exercice est donc celui de la poursuite de l'ambition qui animait la majorité au cours de la précédente législature. La rapporteure générale y ajoute un nécessaire esprit de responsabilité. Aussi diverses que soient les prises de position dans cette nouvelle Assemblée, l'attachement sincère à la prospérité de notre modèle social est partagé sur tous ses bancs. Or, la rapporteure générale souhaite rappeler que cette prospérité de long terme ne peut se faire sans une attention redoublée à la responsabilité qui incombe à chacun des parlementaires pour assurer, à court terme, la viabilité financière de notre sécurité sociale. À ce titre, les discours qui plaident pour un rétablissement brutal des comptes sociaux tout en proposant une myriade d'exonérations de cotisations sociales sont aussi peu crédibles que ceux qui multiplient les propositions de contributions supplémentaires, au détriment de la vitalité des entreprises et donc de l'activité. Une voie de passage existe, qui est celle de l'augmentation maîtrisée de nos dépenses et de la poursuite des actions en faveur du « plein emploi », afin que cette législature fasse œuvre utile pour notre protection sociale commune.

AVANT-PROPOS DE MME CAROLINE JANVIER, RAPPORTEURE POUR LA BRANCHE AUTONOMIE

Au lendemain des révélations de l'affaire Orpea et face à l'émoi qu'elles ont légitimement suscité, la politique de soutien à l'autonomie doit plus que jamais être élevée au rang de nos priorités. Qu'il s'agisse des situations de handicap ou de la perte d'autonomie liée à l'âge, il nous faut garantir aux personnes un accompagnement et une prise en charge à la hauteur des valeurs que nous portons au sein de notre société.

Plus de deux ans après la création de la cinquième branche de la sécurité sociale, l'autonomie occupe une place centrale au sein du PLFSS 2023. Ce dernier fixe un objectif de dépenses de 37,3 milliards d'euros, soit une augmentation de 5,3 % par rapport à 2022. Près de 1,5 milliard d'euros supplémentaires seront ainsi consacrés au secteur médico-social en 2023.

Le volet autonomie du PLFSS 2023 s'articule autour de trois principaux axes.

- Le premier porte sur le renforcement des exigences de transparence et de régulation financière des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et de leurs groupes gestionnaires.

À la suite de l'affaire Orpea, le Gouvernement s'est engagé à lutter activement contre les dérives de certains groupes gestionnaires d'Ehpad. Reprenant de nombreuses propositions issues des travaux engagés depuis le déclenchement de cet affaire ⁽¹⁾, l'**article 32** durcit significativement les règles relatives à la gestion budgétaire et financière des établissements sociaux et médico-sociaux.

D'une part, cet article comprend diverses dispositions visant à s'assurer de la bonne utilisation des financements publics attribués à ces établissements. Ces derniers seront en effet soumis à des obligations accrues de transparence comptable et financière, qu'il s'agisse des activités réalisées au sein de chaque établissement ou des liens avec les sièges de groupes multigestionnaires d'Ehpad.

D'autre part, cet article dote les autorités publiques de véritables prérogatives de contrôle et de sanction, dans le cadre d'un contrôle étendu à l'ensemble des gestionnaires. Il élargit en effet le pouvoir de contrôle des autorités compétentes, tout en déterminant les conditions de récupération des financements

(1) *Rapport de la mission « flash » de Mme Caroline Janvier, Mme Jeanine Dubié et M. Pierre Dharréville relative à la gestion financière des Ehpad, mars 2022 (n° 5152) ; rapport de la mission menée par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'Inspection générale des finances (IGF) sur la gestion des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (Ehpad) du groupe Orpea, mars 2022 ; rapport d'information de M. Bernard Bonne et Mme Michelle Meunier, fait au nom de la commission des affaires sociales, portant sur le contrôle des Ehpad, 12 juillet 2022 (n° 771, 2021-2022).*

perçus indûment. Il garantit enfin la mise en œuvre effective de sanction financières à l'encontre des pratiques illégales.

En somme, les dispositions prévues par l'article 32 du PLFSS devraient permettre de répondre aux insuffisances du cadre juridique actuel, qui n'a pas su empêcher le développement de graves dérives et l'usage à mauvais escient de dotations publiques. Elles constituent en cela un véritable progrès.

- Le deuxième axe porte sur la poursuite du virage domiciliaire amorcé lors du précédent quinquennat.

Alors que la majorité des Français déclare souhaiter vivre à domicile le plus longtemps possible, le présent PLFSS comporte plusieurs mesures destinées à construire la société du bien vieillir chez soi.

L'**article 33** poursuit la réforme de la tarification des soins à domicile, qui constitue un élément essentiel pour le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie. Il détermine en effet les conditions de transmission et de contrôle des données relatives au niveau de dépendance et aux besoins de soins des personnes accompagnées par les services, sur lesquelles se fondent les autorités de tarification pour établir les dotations. Il confère par ailleurs aux agences régionales de santé (ARS) un pouvoir de sanction lorsque les services ne respectent pas leurs obligations.

Poursuivre le virage domiciliaire, c'est aussi développer une offre d'habitat dépassant l'opposition binaire entre le logement pleinement autonome et le mode de vie collectif que propose un établissement. Dans cette logique, l'**article 35** du PLFSS clarifie et simplifie le mode de financement du modèle de l'habitat inclusif. Il assure en effet la transition entre le forfait habitat inclusif (FHI) octroyé par l'ARS et l'aide à la vie partagée (AVP), aide individuelle attribuée à la personne et financée par le département sur concours de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Il détermine enfin les modalités de participation de la CNSA au développement de l'AVP, dans l'objectif de déployer le modèle de l'habitat inclusif le plus largement sur l'ensemble du territoire.

- Le troisième axe porte, enfin, sur la mise en place à compter du 1^{er} janvier 2024, d'un temps spécifique consacré à l'accompagnement et au lien social pour les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) vivant à domicile.

L'**article 34** du PLFSS dispose en effet que ces bénéficiaires pourront se voir proposer un temps spécifiquement dédié au lien social, pouvant aller jusqu'à deux heures par semaine. Ce module d'accompagnement supplémentaire, sera proposé par les équipes médico-sociales du département à toute personne pour laquelle un besoin est identifié, et pourra être mobilisé au-delà du plan d'aide global.

En permettant de cultiver le lien social avec nos aînés, une telle mesure contribue à construire la société inclusive que nous appelons tous de nos vœux. La mise en place de ce temps d'accompagnement constitue une indéniable avancée

pour les personnes accompagnées, qui bénéficieront d'un temps dédié à l'interaction, et plus largement, à identifier les fragilités et prévenir la perte d'autonomie. Cette réforme a également pour objectif de lutter contre les horaires hachés et les temps partiels subis des personnels du domicile, en permettant une plus grande souplesse dans les horaires d'intervention. Il s'agit aussi de redonner du sens à des métiers dont la place et l'importance doivent être, aujourd'hui plus que jamais, reconnues au sein de notre société.

AVANT-PROPOS DE M. PAUL CHRISTOPHE, RAPPORTEUR POUR LA BRANCHE FAMILLE

Alors que s’amorce l’examen du premier PLFSS de la législature, il nous faut continuer à défendre notre modèle de politique familiale, qui constitue une spécificité française enviée par de nombreux pays. Dans la lignée du quinquennat précédent qui a porté le chantier des 1 000 premiers jours de l’enfant et la stratégie nationale de protection de l’enfance, le quinquennat qui s’annonce doit inscrire la famille et l’enfance parmi les champs prioritaires de l’action publique.

Les politiques de soutien à la famille occupent une place importante dans le PLFSS 2023, qui poursuit trois principaux objectifs, situés au carrefour d’enjeux de justice sociale, d’accès aux droits et d’égalité entre les femmes et les hommes.

- Le PLFSS 2023 pose les premiers jalons du service public de la petite enfance, en garantissant un accès plus juste aux modes de garde du jeune enfant. L’**article 36** prévoit en effet une réforme du complément de libre choix du mode de garde (CMG) « emploi direct », qui permet de financer le recours à un assistant maternel ou une garde d’enfant à domicile.

Le constat du caractère profondément injuste du CMG « emploi direct » est en effet dressé depuis plusieurs années. Son mode de calcul induit d’importants effets de seuils, particulièrement préjudiciables pour les familles à faibles revenus, et ne prend pas en compte les besoins de garde importants. La réforme de son mode de calcul permettra, à partir de 2025, de rendre l’accueil par une assistante maternelle aussi accessible que l’accueil en crèche et d’harmoniser les restes à charge entre ces deux modes d’accueil. Il s’agit en ce sens d’une véritable réforme de justice sociale qui bénéficiera aux familles aux revenus les plus modestes et aux besoins de garde importants.

- Dans la lignée des mesures du précédent quinquennat, le PLFSS 2023 poursuit en deuxième lieu les efforts à destination des familles monoparentales, particulièrement touchées par les situations de pauvreté et d’éloignement du marché du travail. L’**article 36** prévoit ainsi d’étendre le CMG jusqu’aux 12 ans de l’enfant pour ces familles, dans l’objectif d’aider les parents isolés à concilier les différents de temps de vie, de favoriser leurs accès et maintien dans l’emploi mais également de leur permettre de s’accorder des temps de répit. Le PLFSS 2023 prévoit aussi d’augmenter les aides financières à destination de ces familles. À compter du mois de novembre, l’allocation de soutien familial sera ainsi portée à 185,33 euros par mois au lieu de 123,54 euros aujourd’hui, représentant une augmentation de 50 % et un effort de financement supplémentaire de 850 millions d’euros par an pour la branche famille.

● Le PLFSS 2023 vise enfin à simplifier la délivrance des indemnités journalières prévues à l'occasion de l'arrivée d'un enfant. L'**article 37** a pour objet d'assurer la continuité des ressources des salariés en généralisant la subrogation, c'est-à-dire le versement direct par l'employeur des indemnités journalières prévues pour les congés maternité, paternité et d'adoption et d'accueil de l'enfant. La réforme de la subrogation qui concerne aussi les fonctionnaires, sera mise en œuvre pour la plupart des salariés, progressivement entre 2023 et 2025, en fonction de la taille des entreprises.

Cette mesure constitue une importante avancée pour les salariés, à un moment particulièrement peu propice aux situations de vulnérabilité financière. En contrepartie, il est prévu que l'assurance maladie devra rembourser l'employeur dans un délai de sept jours, afin que les entreprises ne subissent aucune perte de trésorerie.

AVANT-PROPOS DE M. CYRILLE ISAAC-SIBILLE, RAPPORTEUR POUR LA BRANCHE VIEILLESSE

● Ce projet de loi de financement présente deux particularités, pour la branche vieillesse.

La première, anecdotique, est l'absence de toute mesure concernant cette branche, à l'exception de l'article qui fixe les objectifs de dépenses et qui est obligatoire au regard de la loi organique⁽¹⁾. Le rapporteur comprend qu'un ensemble de dispositions qui auraient pu irriguer cette partie ont été renvoyées aux discussions qui se tiennent actuellement entre le Gouvernement et les partenaires sociaux, dans la perspective d'une prochaine réforme des retraites.

C'est sur ce second point que le rapporteur souhaite s'arrêter un instant. Ainsi que le montrent les analyses présentées dans ce rapport, autant de l'annexe B (approuvée à l'**article 15**) que dans celle de l'objectif de dépenses de la branche vieillesse, deux phénomènes contradictoires apparaissent.

● En premier lieu, l'objectif de dépenses pour 2023 de la branche augmente de plus de 11 milliards d'euros, principalement en raison de l'indexation des pensions sur l'inflation. Alors que l'indexation anticipée en 2022 avait permis de soutenir le pouvoir d'achat de millions de nos concitoyens retraités, la nouvelle revalorisation en 2023 contribuera largement à l'augmentation des dépenses pour l'année civile qui suit⁽²⁾.

Cette augmentation des dépenses pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale (ROBSS) constitue le début d'une trajectoire dégradée⁽³⁾ qui s'achèverait, en 2026, par un déficit de 15,9 milliards d'euros, sans mesures nouvelles.

Cette annexe budgétaire s'ajoute aux constats du Conseil d'orientation des retraites (COR) comme celui du Comité de suivi des retraites (CSR), exprimés respectivement dans un rapport du 15 septembre 2022⁽⁴⁾ et dans un avis du 22 septembre 2022⁽⁵⁾.

● Le premier s'appuie sur une réévaluation des gains de productivité dans les prochaines décennies, sur la base des gains moyens de productivité des dernières années. Cette révision à la baisse des prévisions participe de la dégradation du solde prévisionnel pour l'ensemble des régimes. Ainsi, en retenant la convention à droit

(1) 2° de l'article L.O. 111-3-5 du code de la sécurité sociale.

(2) Loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat.

(3) Celle-ci fait l'objet d'une analyse dans le cadre du commentaire portant sur l'article 50 ainsi que sur l'annexe B.

(4) Consultable ici : https://www.cor-retraites.fr/sites/default/files/2022-10/RA_COR2022_0.pdf

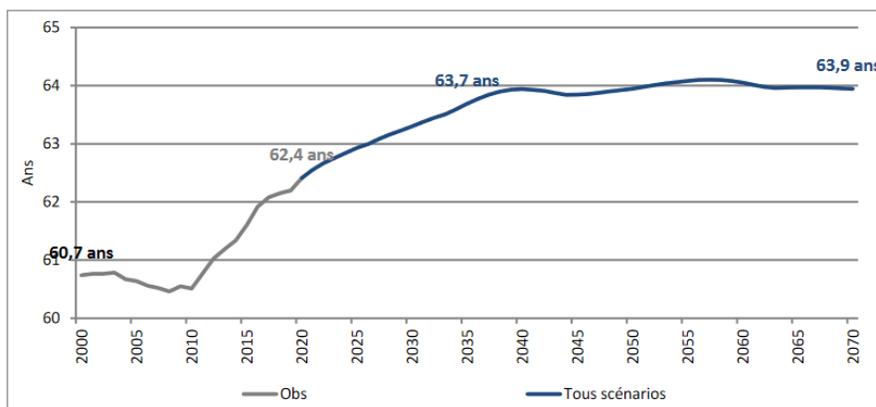
(5) Consultable ici : http://www.csr-retraites.fr/textes/9e_avis_du_comite_de_suivi_des_retraites.pdf

constant ⁽¹⁾, avec une hypothèse de croissance de la productivité de 1 %, soit une hypothèse centrale, le système de retraites deviendrait déficitaire à hauteur de 0,4 % du PIB en 2027 et à hauteur de 0,8 % du PIB en 2032.

Par ailleurs, dans trois des quatre scénarios de productivité étudiés par le COR, le système ne reviendrait pas à l'équilibre d'ici 2070, conduisant à l'accumulation de déficits chaque année, susceptibles d'atteindre 180 milliards d'euros en 2035.

• Cette situation s'explique notamment par un ratio démographique de moins en moins favorable aux actifs. Les hypothèses de l'Insee sont nettement moins favorables que lors du précédent rapport de 2019. Les évolutions de natalité ont notamment été revues à la baisse dans le contexte post-covid. La diminution du taux de fécondité a un impact léger mais réel sur l'évolution des rapports démographiques entre les populations âgées de 20 à 59 ans et les populations âgées de plus de 60 ans. Alors que ce ratio est de 2,5 pour 1, il tomberait à 1,3 en 2070. Cela se traduit par une baisse du ratio de cotisants par retraité de droit direct, qui passerait de 1,7 à 1,2, et ce, alors même que l'âge moyen conjoncturel de départ à la retraite passerait en l'état de 62,3 ans en 2020 à 64 ans à la fin des années 2030.

Figure 2.7 – Âge moyen conjoncturel de départ à la retraite



Champ : résidents en France, retraités de droit direct de l'ensemble des régimes de retraite français légalement obligatoires.

Source : projections COR – septembre 2022.

La présentation d'hypothèses plus pessimistes que celles qui prévalaient jusqu'ici ont conduit le Comité de suivi des retraites à encourager les autorités publiques à agir. En effet, il rappelle dans son avis que : « *malgré l'ampleur des réformes passées on est [face] à [des risques] de déséquilibres résiduels significatifs* ».

(1) La convention EPR, dite « équilibre permanent des régimes », reflète la législation actuelle selon laquelle l'État contribue chaque année de telle sorte que les régimes soient équilibrés, notamment celui de la fonction publique d'État.

à court et moyen terme, qu'amplifierait la poursuite de conditions économiques dégradées. Tout cela oblige à reposer la question des voies d'équilibrage du système de retraite. »

- Les mérites respectifs des modalités d'équilibrage de ce système doivent être analysés dans toute leur complexité, dans le cadre à la fois des discussions actuellement menées par le Gouvernement et dans le débat parlementaire, au moment de l'examen de la réforme. Mais le rapporteur estime qu'il n'est plus possible de reculer face au « mur budgétaire » que notre système de retraites risque de heurter de plein fouet, faute d'actions résolues.

- Cela serait d'autant plus dommageable que le rapporteur souhaite, en conclusion de cet avant-propos, souligner les progrès de l'espérance de vie en bonne santé de nos concitoyens à la retraite.

En effet, après une certaine stabilité en France, l'espérance de vie en bonne santé à 65 ans est en augmentation, de telle sorte que les gains d'espérance de vie, certes plus modestes qu'auparavant, sont principalement des gains d'espérance de vie en bonne santé. Pour rappel, cette espérance de vie est aujourd'hui calculée comme le nombre d'années qu'une personne peut espérer vivre sans être limitée dans ses activités quotidiennes.

Or, selon la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), en 2020, une femme de 65 ans peut espérer vivre 12,1 ans sans incapacité et 18,1 ans sans incapacité sévère ; un homme, 10,6 ans sans incapacité et 15,7 ans sans incapacité sévère ⁽¹⁾. Cette situation tient notamment à des progrès récents, puisque depuis 2008, l'espérance de vie en bonne santé a augmenté de 2 ans et 1 mois pour les femmes et de 1 an et 11 mois pour les hommes. Alors que la France a longtemps fait office de « mauvais élève » en Europe à ce sujet, la même étude estime que cet indicateur était supérieur de 5 mois en France par rapport à la moyenne.

Le rapporteur estime que cette orientation à la hausse d'une part de la retraite passée sans incapacité, mineure ou majeure, valide l'effort entrepris en France vers une plus grande prévention des maladies chroniques comme des accidents tout au long de la vie. Il espère que les mesures que contient le présent projet de loi, qu'il s'agisse des rendez-vous aux « âges clés » de la vie ou de la prévention contre les infections sexuellement transmissibles (IST) participeront de la poursuite de l'effort de cette majorité et de ce Gouvernement en faveur d'une retraite passée, plus longtemps, en bonne santé.

(1) Thomas Deroyon (DREES) (2021, octobre). En 2020, l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans est de 12,1 ans pour les femmes et de 10,6 ans pour les hommes. *Études et résultats*, 1213.

AVANT-PROPOS DE M. THIBAUT BAZIN, RAPPORTEUR POUR LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

La branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) est rapportée cette année, à la différence des autres branches, par un député issu de l'opposition. Cette spécificité marque une rupture avec la pratique de la précédente législature durant laquelle l'ensemble des rapporteurs du PLFSS appartenaient à la majorité. Le rapporteur de la branche AT-MP ne peut que se féliciter de cette évolution qui contribue à renforcer l'appropriation par les groupes d'opposition des enjeux financiers de la sécurité sociale, d'autant plus que les députés ont pu disposer, grâce au nouveau cadre organique, d'une semaine supplémentaire pour prendre connaissance du projet de loi.

Ceci étant rappelé, que nous dit le PLFSS 2023 sur la situation de la branche AT-MP ?

- L'**article 49** du texte fixe les objectifs de dépenses pour l'ensemble des régimes obligatoires de base à 14,8 milliards d'euros, soit une augmentation de 0,6 milliard d'euros par rapport à 2022.

En 2021, le solde de la branche AT-MP est redevenu positif, à hauteur de 1,3 milliard d'euros. Compte tenu du dynamisme de la masse salariale, ses recettes devraient augmenter plus rapidement que ses dépenses, si bien que le solde de la branche devrait encore s'améliorer pour atteindre 2 milliards d'euros cette année et même 2,2 milliards d'euros en 2023. À l'horizon 2026, l'excédent de la branche progresserait pour atteindre 3,3 milliards d'euros, les dépenses étant contenues par la baisse tendancielle liée à la diminution du nombre de personnes bénéficiant d'une indemnisation au titre de l'amiante.

- Si le rapporteur ne peut que se réjouir de la bonne santé financière de la branche AT-MP, il déplore toutefois, à titre personnel, la hausse, année après année, du transfert vers la branche maladie en raison de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles. Ce dernier est fixé par l'**article 48** à 1,2 milliard d'euros pour 2023, soit 100 millions d'euros de plus que pour l'année 2022.

Le rapporteur aurait souhaité que cette somme soit mise au service des actions de prévention qui constituent pourtant l'une des priorités du Gouvernement. Il relève d'ailleurs que de nombreuses zones d'ombre demeurent autour des modalités de mise en place des rendez-vous de prévention aux âges clés de la vie (article 17 du PLFSS) et de leur articulation avec des dispositifs existants comme la visite de mi-carrière qui a été instaurée récemment ⁽¹⁾.

(1) Loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail.

Bien que très sensible à plusieurs amendements, déposés en commission, tendant à réduire le montant du transfert vers la branche maladie pour 2023, le rapporteur a tenu à rappeler, en responsabilité, que celui-ci correspond à la fourchette basse de la dernière estimation de la sous-déclaration réalisée en juin 2021, entre 1,2 et 2,1 milliards d’euros par an. Dans ces conditions, le rapporteur juge plutôt raisonnable le montant du transfert prévu par ce PLFSS.

Pour autant, l’existence même de ce transfert et la nécessité de mieux prévenir les interruptions d’activité pour motif de santé conduisent à s’interroger, avec la Cour des comptes, sur l’opportunité de faire évoluer l’organisation actuelle des branches AT-MP et maladie pour regrouper au sein d’une même branche l’ensemble des prestations en espèces versées par l’assurance maladie au titre des risques maladie et AT-MP ⁽¹⁾.

● S’agissant des mesures contenues dans le texte, le rapporteur salue les mesures figurant à l’**article 40**, qui ont fait l’objet d’un consensus en commission.

Cet article permettra d’améliorer la réparation des AT-MP des non-salariés agricoles pluriactifs en permettant le versement d’indemnités journalières (IJ) maladie du régime des non-salariés agricoles en complément d’IJ AT-MP du régime salarié en cas d’AT-MP survenu dans le cadre d’une activité salariée. D’autre part, il permettra d’élargir la possibilité de verser une rente ATEXA à partir de 30 % d’incapacité permanente partielle (IPP) à tous les non-salariés agricoles, en l’occurrence aux collaborateurs et aux aides familiaux, en cas d’accident du travail ou de maladie professionnelle.

● Enfin, les auditions conduites par le rapporteur ont été l’occasion de faire un point sur les mesures adoptées ces dernières années, en particulier sur la mise en place du fonds d’indemnisation des victimes de pesticides (FIVP). D’après les éléments communiqués par la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA) ⁽²⁾, en 2021, le fonds a versé 136 indemnisations – rentes et compléments – à des exploitants en activité ou à des retraités agricoles. Par ailleurs, le nombre de demandes a crû de 31 %, ce qui témoigne d’une meilleure connaissance du dispositif par le public concerné, majoritairement des non-salariés agricoles. Le FIVP a validé 242 demandes d’indemnisation par des victimes professionnelles et a par ailleurs reçu sept premières demandes concernant des enfants exposés durant la période prénatale.

Ces chiffres démontrent que la branche AT-MP et, de manière plus générale, la sécurité sociale, s’adaptent en permanence pour répondre aux besoins des assurés.

(1) Cour des comptes, Rapport sur l’application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2022.

(2) Fonds d’indemnisation des victimes de pesticides, rapport d’activité 2021.

SYNTHÈSE

I. PRÉSENTATION SYNTHÉTIQUE DES DISPOSITIONS DU TEXTE

Article liminaire

Prévisions de dépenses, de recettes et de solde des administrations de sécurité sociale pour les années 2022 et 2023

Adopté par la commission sans modification

L'article liminaire constitue l'une des novations organiques qu'intègre le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, en application du nouveau cadre défini par la loi organique du 14 mars 2022.

Il présente, pour l'exercice en cours et l'exercice à venir, les prévisions de dépenses, de recettes et de solde pour les administrations de sécurité sociale, ce qui représente un champ plus important que celui qui est traditionnellement applicable aux lois de financement.

Le présent article présente un solde excédentaire de 0,5 % du produit intérieur brut (PIB) pour 2022 et de 0,8 % du PIB pour 2023.

*

* *

Article 1^{er}

Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2021

Adopté par la commission avec modifications

L'article 1^{er} du projet de loi de financement pour 2023 vise à approuver les comptes, pour l'année 2021, des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale (ROBSS) ainsi que ceux des organismes qui concourent au financement de ces régimes, mais aussi le montant des recettes affectées aux organismes chargés de la mise en réserve de recettes au profit des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et ceux correspondant à l'amortissement de leur dette. Il vise également à approuver le montant définitif des dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam).

Cet article obligatoire est inscrit dans la première partie des lois de financement qui prendra la forme, à compter de l'année 2023, d'une loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale (LACSS), en application de la loi

organique du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale. Aussi cet article portant approbation des comptes de l'exercice passé intégré aux lois de financement de l'année est-il le dernier.

L'exercice 2021 lui-même est marqué du sceau de la reprise économique et de la diminution rapide du déficit des ROBSS, qui demeure à un niveau historiquement élevé.

*

* *

Article 2

Approbation du rapport annexé sur le tableau patrimonial et la couverture des déficits de l'exercice 2021 (annexe A)

Adopté par la commission sans modification

L'article 2 porte approbation du tableau patrimonial qui retrace la situation financière dans le champ des lois de financement de la sécurité sociale au 31 décembre du dernier exercice clos (2021) ainsi que l'affectation des excédents et des déficits constatés au terme de cet exercice.

Ce tableau reflète la situation globalement détériorée de la situation patrimoniale de la sécurité sociale en 2021.

*

* *

Article 3

Rectification des prévisions et objectifs relatifs à 2022

Adopté par la commission sans modification

L'article 3 vise à rectifier les prévisions de recettes, les objectifs de dépense et les tableaux d'équilibre des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) pour l'exercice 2022.

Il rectifie également les prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites (FRR), mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse ainsi que l'objectif d'amortissement de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades).

*

* *

Article 4

Rectification de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que de ses sous-objets

Adopté par la commission sans modification

L'article 4 vise à rectifier l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) pour l'année 2022, ainsi que les six sous-objets qui le composent.

*
* *

Article 5

Poursuite de la modernisation des offres de services en faveur des particuliers en matière de services à la personne

Adopté par la commission sans modification

L'article 20 de la LFSS 2020 avait lancé une expérimentation dans les départements du Nord et de Paris visant à assurer le « versement contemporain » d'aides aux particuliers, âgés ou en situation de handicap, employant des aides à domicile. Ces publics, sur la base du volontariat, n'avaient plus besoin de procéder à une avance de trésorerie puisque le crédit d'impôt sur le revenu portant sur les dépenses à la charge des particuliers employeurs leur était versé pendant l'année en cours et qu'il était tenu compte des aides qui leur étaient versées par ailleurs – allocation personnalisée d'autonomie et prestation de compensation du handicap notamment.

L'article 13 de la LFSS 2022 avait procédé à la généralisation progressive de ce dispositif. Ainsi, depuis janvier 2022 pour les personnes utilisant le chèque emploi service universel, et depuis juin 2022 pour celles ayant recours à un prestataire extérieur, l'Urssaf calcule l'avantage tiré du crédit d'impôt et déduit cette somme des montants prélevés sur les particuliers employeurs pour le paiement du salarié ou de l'organisme. Ce même article avait également prévu d'inclure dans ce dispositif généralisé les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH) au 1^{er} janvier 2023 ainsi que les particuliers employeurs bénéficiant d'une garde d'enfant au 1^{er} janvier 2024.

Outre des modifications rédactionnelles visant à adapter le cadre législatif à tous les organismes de service à la personne, l'article 5 a pour objectif d'ajuster le calendrier de généralisation de cette expérimentation. Il s'agit ainsi d'anticiper l'ouverture du service d'avance immédiate à la garde d'enfants de plus de 6 ans à septembre 2022 et, compte tenu des enjeux techniques de cette réforme, de

prolonger le cadre expérimental pour les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la prestation de compensation du handicap, au plus tard jusqu'au 1^{er} janvier 2024, tout en intégrant les activités de garde d'enfants dans cette expérimentation.

*

* *

Article 6

Modernisation du contrôle, du recouvrement social et du droit des cotisants

Adopté par la commission sans modification

Le présent article vise quatre principaux objectifs :

– poursuivre la simplification des modalités déclaratives en harmonisant ces dernières autour de la déclaration sociale nominative (DSN), qui centralise déjà les déclarations des employeurs, en l'étendant notamment aux caisses de congés payés et en améliorant la fiabilité du processus de correction de la DSN entre administrations ;

– améliorer l'efficacité des moyens de contrôle en facilitant celui des groupes par plusieurs agents d'inspection, en renforçant les sanctions pour travail dissimulé tout en encourageant au versement de pénalités par les entreprises donneuses d'ordre et en pérennisant l'expérimentation de la loi dite « Essoc » ⁽¹⁾ en faveur de contrôles courts pour les entreprises de moins de vingt salariés ;

– protéger les cotisants contrôlés par le biais notamment d'une meilleure mise en œuvre de la période du « contradictoire » dans le régime agricole ;

– une adaptation à la marge du processus d'unification du recouvrement.

*

* *

(1) Loi n° 2018-727 du 10 août 2018 pour un État au service d'une société de confiance.

Article 7

Prolonger le dispositif d'exonération lié à l'emploi de travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi (TO-DE)

Adopté par la commission avec modifications

Compte tenu des difficultés persistantes auxquelles font face les entreprises agricoles à la suite de la crise sanitaire, des événements d'Ukraine, du réchauffement climatique et des épisodes de gel et de sécheresse, cet article propose de prolonger le dispositif d'exonération de cotisations patronales pour les employeurs de travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi pour une année supplémentaire, soit jusqu'au 1^{er} janvier 2024. Ce dispositif, déjà prolongé d'un an en LFSS 2022, permet, sous certaines réserves, d'exonérer totalement de cotisations patronales un employé dont la rémunération est inférieure à 1,2 Smic puis de façon dégressive jusqu'à 1,6 Smic.

*

* *

Article 8

Renforcement et harmonisation de la fiscalité sur les produits du tabac

Adopté par la commission sans modification

Cet article vise à rehausser les droits d'accises applicables aux produits du tabac dans l'objectif d'en ajuster les prix au regard de la forte inflation que connaît la France. Alors que le droit en vigueur prévoit une augmentation des minima de perception et des tarifs, en se fondant sur l'inflation de l'année N-2 et en plafonnant cette hausse à 1,8 %, il est proposé que cette revalorisation se fonde sur l'inflation hors tabac de l'année N-1 et que cette hausse soit déplafonnée, en limitant uniquement l'augmentation du minimum de perception à 3 %.

Compte tenu de la reconfiguration de la consommation en faveur du tabac à rouler, moins onéreux, il est proposé de faire converger sa fiscalité vers celle des cigarettes avec un relèvement de l'accise de 83,50 euros en 2022 et 89 euros en 2023, portant le prix de la blague de tabac de 30 grammes à 15,03 euros.

En outre, il est proposé de créer une nouvelle catégorie fiscale pour le tabac à chauffer qui entre aujourd'hui dans la catégorie des autres tabacs à fumer dont les droits d'accise sont plus faibles. Il s'agirait donc d'augmenter les accises afférentes de sorte que leur prix soit le même que ceux des autres produits du tabac.

L'article 8 procède enfin à des ajustements de la trajectoire de convergence des tarifs et taux applicables en Corse prévue jusqu'en 2026.

*
* *

Article 9

Extension du régime simplifié de déclaration des cotisations et contributions sociales aux médecins exerçant une activité de régulation dans le cadre du service d'accès aux soins

Adopté par la commission sans modification

Cet article vise à permettre aux médecins exerçant une activité de régulation dans le cadre du service d'accès aux soins de bénéficier du régime simplifié de déclaration des cotisations et contributions sociales, créé par la LFSS 2019, dans les mêmes conditions, notamment en termes de niveaux de rémunérations.

*
* *

Article 10

Transfert du financement des indemnités journalières maternité post-natales à la branche famille

Adopté par la commission sans modification

Le présent article assure le transfert entre la branche maladie et la branche famille du financement d'une majeure partie des indemnités journalières actuellement prises en charge par la première, pour des raisons de cohérence avec les missions des branches et dans le but d'une présentation plus sincère de la situation budgétaire de l'ensemble des branches des régimes obligatoires de base.

*
* *

Article 11

Compensation par l'État des pertes de recettes pour la sécurité sociale

Adopté par la commission sans modification

Cet article constitue une disposition obligatoire des LFSS, proposant au Parlement d'approuver le montant des compensations par l'État des exonérations, réductions et abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale. Cette compensation s'élève pour 2023 à 6,2 milliards d'euros.

*

* *

Articles 12 et 13

Approbation, pour l'année 2023, des tableaux d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base et fixation, pour l'année 2023, de l'objectif d'amortissement de la Caisse d'amortissement de la dette sociale ainsi que des prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites et mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse

Adopté par la commission sans modification

Les articles 12 et 13 portent approbation du tableau d'équilibre par branche de l'ensemble des régimes de base de sécurité sociale pour 2023.

Ils fixent en outre, pour 2023, les prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites (FRR) et mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse (FSV), ainsi que l'objectif d'amortissement de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades).

*

* *

Article 14

Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt

Adopté par la commission sans modification

Cet article habilite six organismes à recourir à l'emprunt pour financer leurs besoins de trésorerie en 2023 et fixe les plafonds de ces encours. Il réduit notamment le plafond pour l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos) à 45 milliards d'euros, contre 65 milliards en 2022, pour tenir compte de l'amélioration significative du déficit en 2023 et des moindres risques financiers auxquels est soumise l'Agence.

*

* *

Article 15

Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B)

Adopté par la commission sans modification

L'article 15 porte approbation du « rapport figurant en annexe B » présentant les trajectoires, sur les quatre prochaines années, des prévisions de recettes et des objectifs de dépenses des régimes obligatoires de base, par branche, ainsi que, mécaniquement, leurs soldes. Ce même rapport doit intégrer, dans le nouveau cadre organique, un « compteur des écarts » en dépenses permettant de vérifier la tenue des engagements pris dans le cadre de la loi de programmation pour les finances publiques.

Ce même rapport présente enfin la trajectoire pluriannuelle prévisionnelle, également pour quatre ans, de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam).

*

* *

Article 16

Protection des populations et des travailleurs face à la covid-19

Adopté par la commission sans modification

Le présent article prévoit de prolonger en 2023 plusieurs mesures exceptionnelles destinées à assurer la protection des Français face aux risques liés à la crise sanitaire. Il permet de déroger aux règles de droit commun – conditions d’ouverture des droits, délai de carence et durée maximale de versement des indemnités – en matière d’indemnités journalières et d’indemnités complémentaires de l’employeur en cas d’isolement lié à une infection par le virus. Il prolonge également la prise en charge intégrale par l’assurance maladie des consultations et des injections liées à la vaccination contre la covid-19. Enfin, il vise à neutraliser de nouveau les revenus de l’année 2020, si cela est plus favorable, pour le calcul des indemnités journalières maladie et maternité des travailleurs indépendants pour les arrêts débutant à compter du 1^{er} janvier 2023, afin que ceux-ci ne soient pas pénalisés par l’effet de la crise sanitaire sur leur activité. Les dépenses associées au présent article, essentiellement liées aux dispositions en matière d’indemnisation des arrêts de travail, sont estimées à près de 1 milliard d’euros en 2023.

*

* *

Article 17

Mettre en place des rendez-vous « prévention » à certains âges clés

Adopté par la commission avec modifications

Le présent article prévoit l’instauration de trois rendez-vous « prévention » à différents âges de la vie (20-25 ans, 40-45 ans et 60-65 ans), qui viendraient s’ajouter à la consultation de santé sexuelle existante pour les jeunes adultes et à la consultation de prévention de la dépendance pour les personnes de plus de 70 ans. Outre la promotion d’un mode de vie sain (alimentation, activité physique), ces consultations permettront un point global sur l’état de santé physique et mental des patients et sur les enjeux de santé associés à chaque âge de la vie. Le dispositif devrait monter en charge progressivement. Son coût passerait de 13 à 39 millions d’euros annuels entre 2023 et 2025.

*

* *

Article 18

Élargir le remboursement des dépistages sans ordonnance aux infections sexuellement transmissibles autres que le VIH et assurer leur prise en charge à 100 % pour les moins de 26 ans

Adopté par la commission sans modification

Alors que la LFSS 2022 a permis la prise en charge complète du dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) par sérologie sans prescription médicale, cet article vise à élargir le dépistage sans ordonnance aux autres infections sexuellement transmissibles (IST) et leur prise en charge à 100 % pour les moins de 26 ans. Le coût de cette mesure est estimé à 6 millions d'euros par an.

*

* *

Article 19

Renforcer l'accès effectif à la contraception en élargissant aux majeures la prise en charge intégrale de la contraception d'urgence en pharmacie sans prescription médicale

Adopté par la commission avec modifications

Cet article prévoit la délivrance gratuite, sans prescription médicale, de la contraception d'urgence à toutes les femmes sans condition d'âge. Cette mesure, qui figure parmi les actions de la feuille de route 2021-2024 de la stratégie nationale de santé sexuelle, entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2023. Son coût est estimé à 16 millions d'euros par an.

*

* *

Article 20

Permettre aux pharmaciens, infirmiers et aux sages-femmes de prescrire des vaccins

Adopté par la commission sans modification

Suivant les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS), le présent article vise à élargir le nombre de professionnels de santé habilités à prescrire les vaccins du calendrier des vaccinations (sages-femmes, infirmiers, pharmacies, laboratoires de biologie médicale) afin d'améliorer la couverture vaccinale de la population.

Compte tenu des écarts entre les coûts de prescription/administration par un médecin d'une part et par les pharmaciens d'autre part, cette mesure devrait permettre de réaliser environ 12 millions d'euros d'économies chaque année durant la période 2023-2025 tout en facilitant l'accès à la vaccination, en particulier dans les zones sous-dotées en médecins.

*
* *

Article 21
**Exonération de ticket modérateur
sur les transports sanitaires urgents pré-hospitaliers**

Adopté par la commission sans modification

L'article 21 instaure une exonération totale de ticket modérateur sur les transports sanitaires urgents pré-hospitaliers, prenant acte de la complexité excessive du système de prise en charge actuel et des situations inéquitables auxquelles il aboutit.

Cette exonération a vocation à être compensée par un rehaussement du ticket modérateur acquitté sur les transports sanitaires programmés. Le poids en sera très largement supporté par les complémentaires santé, elles-mêmes bénéficiaires du présent article.

L'opération a ainsi vocation à être globalement neutre pour les finances des assurés sociaux et de la sécurité sociale, ainsi que pour les complémentaires santé, dont le montant global de prestations prises en charge resterait sensiblement le même.

*
* *

Article 22
Rénover la vie conventionnelle pour renforcer l'accès aux soins

Adopté par la commission sans modification

Cet article prévoit d'harmoniser et de simplifier certaines règles encadrant les négociations entre l'assurance maladie et les représentants des professionnels de santé. Il vise également à actualiser le cadre législatif applicable à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine.

*
* *

Article 23

Ajout d'une quatrième année au diplôme d'études spécialisées de médecine générale

Adopté par la commission avec modifications

Cet article crée une quatrième année au sein du troisième cycle d'études de médecine générale, portant ainsi à dix ans la durée pour former un médecin généraliste. Cette phase de consolidation, qui existe déjà pour toutes les autres spécialités médicales, doit permettre aux internes d'accéder au statut de docteur junior et d'exercer durant leur stage une activité en autonomie supervisée dans des lieux agréés en pratique ambulatoire et en priorité dans les zones sous-dotées en médecins. Ils devront avoir soutenu avec succès leur thèse en amont et avoir obtenu le diplôme d'État de docteur en médecine. Cette réforme, couplée à celle des aides à l'installation, vise à favoriser une installation rapide des jeunes médecins à l'issue de leurs études, notamment dans les déserts médicaux. Elle produira pleinement ses effets à compter de la rentrée 2026 puisqu'elle concernera les étudiants commençant leur internat à la rentrée 2023. Son coût est évalué à 177 millions d'euros par an pour une promotion de 3 500 étudiants.

*

* *

Article 24

Augmenter l'impact des aides à installation

Adopté par la commission avec modifications

Cet article supprime pour l'avenir, à compter du 1^{er} janvier 2024, le contrat de début d'exercice pour les médecins, à l'exception des médecins remplaçants et des étudiants qui demeurent en dehors du champ conventionnel. Les partenaires conventionnels devront en revanche, dans le cadre des négociations qui se termineront début 2023, rationaliser les aides existantes et aboutir à un contrat unique d'installation afin de rendre le dispositif plus lisible pour les médecins et ainsi en maximiser l'impact sur le territoire. La suppression du contrat de début d'exercice conduira à une économie d'environ 3 millions d'euros qui sera réinvestie dans le nouveau dispositif d'aide à l'installation issu des négociations conventionnelles.

En outre, à titre d'information, d'autres mesures qui ne nécessitent pas de vecteur législatif seront prises afin de faciliter l'installation des professionnels de santé. Un guichet unique sera créé dans chaque département afin qu'ils puissent réaliser au même endroit toutes les démarches administratives de leur projet d'installation. Un comité départemental d'aide à l'installation sera instauré pour

coordonner l'action des différents partenaires à l'échelon territorial – collectivités territoriales, agences régionales de santé (ARS), représentants des professionnels de santé, organismes de sécurité sociale – en vue de réunir pour chaque projet l'ensemble des financements disponibles.

*
* *

Article 25

Encadrer l'intérim médical et paramédical en établissement de santé

Adopté par la commission avec modifications

L'article 25 s'inscrit dans le prolongement des mesures adoptées pour encadrer et limiter le recours à l'intérim médical dans les établissements publics de santé. Cette fois-ci, son périmètre est plus large : il englobe l'ensemble des établissements de santé, publics et privés, avec ou sans but lucratif, et l'ensemble des professions médicales et paramédicales.

Cet article vise à empêcher les professionnels de santé nouvellement diplômés d'exercer dans le cadre de contrats de mise à disposition conclus entre un établissement de santé et une entreprise d'intérim, pendant une durée qui doit être précisée par décret.

Le but de cet article est, d'une part, de réduire le vivier des professionnels offrant leurs services dans le cadre de ces contrats d'intérim, et ainsi de limiter la surenchère qui en résulte, en particulier pour l'hôpital public.

D'autre part, il s'agit d'éviter que les jeunes professionnels ne partent d'emblée sur cette voie des contrats temporaires très rémunérateurs, mais puissent d'abord expérimenter d'autres modes d'exercice, plus vertueux pour le système de soins.

*
* *

Article 26

Transparence de l'information sur les charges associées aux équipements matériels lourds d'imagerie médicale

Adopté par la commission avec modifications

L'article 26 vise à renforcer la transparence autour des charges associées à l'acquisition et au fonctionnement des équipements matériels lourds d'imagerie

médicale, dans le but de mieux calibrer les forfaits techniques remboursés à ce titre par l'assurance maladie aux exploitants.

À cette fin, le présent article prévoit que le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) pourra recueillir les informations utiles auprès d'un échantillon représentatif d'exploitants de ces équipements lourds d'imagerie médicale, constitué tous les trois ans après un appel à candidatures.

Ces informations seront transmises à l'Uncam de façon à ne pas porter atteinte au secret commercial et industriel. Toute personne physique ou morale qui refusera de transmettre les informations demandées se verra appliquer une pénalité financière pouvant représenter jusqu'à 1 % des forfaits techniques versés par l'assurance maladie.

Les remontées d'informations permises par le présent article devraient fournir à l'Uncam des données objectives en vue des prochaines négociations avec les représentants du secteur.

*
* *

Article 27

Biologie médicale : favoriser l'accès à l'innovation et permettre une régulation des dépenses

Adopté par la commission avec modifications

L'article 27 porte trois principales mesures visant le secteur de la biologie médicale.

La première mesure vise à améliorer la tarification des innovations dans le domaine de la biologie médicale. À cette fin, elle donne une existence législative au référentiel des actes innovants hors nomenclature de biologie et d'anatomopathologie (RIHN), dans le but de sécuriser juridiquement ce dispositif et d'en améliorer le fonctionnement.

La deuxième mesure vise à mieux encadrer le dispositif de biologie délocalisée, qui permet d'effectuer certaines analyses biologiques au plus près des patients, en dehors des laboratoires de biologie médicale. Le dispositif prévoit qu'il revient au directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) de fixer la liste des lieux pouvant accueillir ces automates de biologie délocalisée, en fonction de critères définis par un arrêté du ministre de la santé.

La troisième mesure vise à faciliter la régulation tarifaire des actes de biologie médicale dans la perspective du prochain protocole pluriannuel qui doit être négocié avec les représentants de la profession. Des baisses de tarifs sont attendues dans un contexte de hausse des volumes d'actes financés, et alors que le secteur a pu réinvestir à la faveur des marges obtenues sur le financement massif de tests de dépistages pour la covid-19. Le présent article vise ainsi à prémunir l'assurance maladie d'un résultat trop modeste dans le cadre des négociations conventionnelles en prévoyant qu'en l'absence d'accord sur des économies pérennes à hauteur de 250 millions d'euros pour 2023, des baisses de tarifs pourront être décidées par arrêté.

*

* *

Article 28

Régulation des sociétés de téléconsultation facturant à l'assurance maladie obligatoire

Adopté par la commission avec modifications

L'article 28 crée un nouveau statut juridique ad hoc de sociétés de téléconsultation pour les sociétés de télé médecine offrant des prestations de soins. Ces sociétés, qui représentent 3 à 7 % du total des téléconsultations, permettent de répondre à une partie des besoins en soins des Français, notamment ceux n'ayant pas de médecin traitant ou ayant des difficultés d'accès au système de santé. Ces sociétés, qui ne doivent pas être confondues avec les plateformes qui permettent à des médecins libéraux d'utiliser des outils numériques, disposent de médecins salariés. En étant agréées, pour une durée de deux ans, elles pourraient facturer directement à l'assurance maladie obligatoire (AMO) les actes de téléconsultation réalisés par des médecins salariés. Le coût du dispositif, qui entrera en vigueur au plus tard le 31 décembre 2023, est évalué à 2,6 millions d'euros pour l'année 2023, dont 2,3 millions d'euros au titre du remboursement des téléconsultations, et à 4,5 millions d'euros en 2024 et 2025.

*

* *

Article 29

Assurer une juste contribution des différents acteurs à la régulation des produits de santé

Supprimé par la commission

L'article 29 vise à fixer, comme traditionnellement, le montant des montants susceptibles de faire se déclencher les clauses « de sauvegarde », à savoir le montant M pour le médicament et le montant Z pour les dispositifs médicaux.

Comme il devient également traditionnel, cet article modifie le champ des médicaments pris en compte pour calculer le chiffre d'affaires constituant l'assiette de la clause, en y intégrant les médicaments acquis par l'Agence nationale de santé publique pour constituer des stocks, pour faire notamment face au risque de crises sanitaires.

L'article fixe en outre un nouveau calendrier déclaratif du chiffre d'affaires pour les entreprises redevables de la clause, afin de les sanctionner en cas de déclaration tardive, ce type de contrainte étant susceptible d'alourdir la charge de l'administration comme de retarder la fixation, pour l'ensemble des entreprises, du montant de la contribution qu'elles doivent ensuite provisionner.

De manière plus innovante, l'article crée une nouvelle contribution portant sur les médicaments qui « tirent » le plus les dépenses des médicaments remboursés, à savoir les médicaments au titre desquels est réalisé un chiffre d'affaires non négligeable, en forte augmentation.

*

* *

Article 30

Garantir l'accès aux médicaments des patients et l'efficacité de leur prise en charge

Adopté par la commission sans modification

L'article 30 porte plusieurs mesures relatives au financement du médicament.

Dans la continuité des précédentes lois de financement de la sécurité sociale, plusieurs mesures concernent spécifiquement les médicaments innovants :

– des adaptations mineures sont prévues dans les dispositifs d'accès précoce et d'accès compassionnel, mis en place en 2021. Elles visent à accélérer l'obtention de ces accès anticipés lorsque le comité des médicaments à usage humain de l'Union

européenne a rendu un avis positif, mais aussi à compléter le dispositif des remises sur les prix pratiqués dans le cadre de ces accès ;

– un mécanisme de financement spécifique est mis en place pour les thérapies innovantes, afin de tenir compte du coût très élevé de ces thérapies, du service médical très important qui en est attendu, mais aussi des résultats qu’elles obtiennent en vie réelle, dans une optique de partage des risques entre les industriels et l’assurance maladie.

Plusieurs dispositions ont pour objectif de garantir un accès aux médicaments au meilleur prix pour la collectivité :

– face à la déconnection croissante entre le prix facial des médicaments et leur coût réel, la possibilité pour le Comité économique des produits de santé (CEPS) de pratiquer des remises obligatoires est étendue, et des mesures sont prévues pour inciter les entreprises à remplir leurs obligations déclaratives dans cette perspective ;

– des mesures sont prévues pour dissuader les industriels de demander l’inscription au remboursement d’un médicament sur un périmètre plus restreint que celui de son autorisation de mise sur le marché (AMM), stratégie qui leur permet de négocier un tarif plus élevé ;

– une procédure de référencement est créée, visant à sélectionner un certain nombre de médicaments qui seront seuls admis au remboursement sur une gamme thérapeutique donnée et pendant une durée limitée, dans le but de faire baisser les prix en accroissant la concurrence.

Enfin, une mesure vise à sécuriser l’approvisionnement du marché français en médicaments matures, dont la production est peu rentable pour les industriels, mais dont l’intérêt thérapeutique est majeur. À cette fin, il est prévu qu’une entreprise qui demande l’inscription au remboursement d’un nouveau médicament ne pourra l’obtenir qu’à condition de s’engager à continuer à exploiter les médicaments d’intérêt thérapeutique majeur déjà inscrits.

*

* *

Article 31

Garantir l'accès des patients aux dispositifs médicaux, produits et prestations et l'efficacité de leur prise en charge

Adopté par la commission sans modification

L'article 31 porte diverses mesures relatives aux produits de santé, autres que les médicaments, pris en charge dans le cadre de la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) de l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

L'un des objectifs principaux de l'article est d'améliorer la transparence des coûts afférents aux dispositifs remboursés par la sécurité sociale. Le processus de tarification actuel engendre une certaine opacité et des incertitudes sur la répartition de la valeur entre le produit lui-même, la marge du distributeur, et les prestations dont peuvent dépendre la mise en œuvre du produit.

L'article 31 procède ainsi à la dissociation du produit et de la prestation dans le processus de tarification. Il prévoit également que les marges de distribution seront désormais fixées par la voie réglementaire, à l'instar de ce qui se fait pour le médicament.

Cet article cherche également à encadrer certaines pratiques des entreprises, qui induisent des effets négatifs pour la collectivité. Comme pour les médicaments, une mesure vise à dissuader les entreprises de n'inscrire leur produit au remboursement que sur les indications les plus « rentables » de leur marquage « CE ». Une autre vise à renforcer le contrôle des spécifications techniques des dispositifs des lignes génériques, lesquels ne sont pas évalués par la Haute Autorité de santé (HAS), afin de détecter les fraudes éventuelles.

Un autre axe important de l'article 31 consiste à chercher à systématiser davantage l'évaluation ex post des produits bénéficiant d'une prise en charge, via le recueil de données de vie réelle et la réalisation d'études post-inscription.

Enfin, l'article 31 revient, à la marge, sur des dispositifs introduits au cours des dernières années pour améliorer la prise en charge des produits innovants. Le dispositif de prise en charge transitoire (PECT) est complété pour permettre la prise en charge transitoire des actes dont dépend la mise en œuvre des dispositifs financés dans ce cadre. La prise en charge de la télésurveillance, introduite l'an dernier, fait également l'objet de quelques adaptations mineures.

*

* *

Article 32

Mesures relatives à la transparence financière dans les établissements et les services médico-sociaux

Adopté par la commission avec modifications

Le présent article vise à renforcer les règles comptables et financières régissant l'activité des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS). Il rehausse par ailleurs les prérogatives de contrôle et de sanction à disposition des autorités publiques pour lutter contre les pratiques abusives de certains établissements.

*

* *

Article 33

Sécuriser la réforme du financement des services de soins à domicile

Adopté par la commission sans modification

L'article 33 précise et clarifie les modalités d'application de la réforme du financement des services de soins à domicile prévue par l'article 44 de la LFSS 2022. Pour rappel, cette réforme fait évoluer la tarification de ces services en passant d'une dotation fixe, non modulée en fonction des caractéristiques des usagers, à une tarification tenant compte du niveau de perte d'autonomie et des besoins de soin des personnes accompagnées.

Le présent article détermine les conditions de transmission et de contrôle des données relatives au niveau de dépendance et aux besoins de soins des personnes accompagnées par les services, sur lesquelles se fondent les autorités de tarification pour établir les dotations. Il confère en outre aux agences régionales de santé (ARS) un pouvoir de sanction lorsque les services ne respectent pas leurs obligations. Il prévoit enfin des dispositions dérogatoires et d'ajustement du droit existant, nécessaires pour la bonne entrée en vigueur de ce nouveau modèle de tarification.

*

* *

Article 34

Instaurer du temps dédié à l'accompagnement et au lien social auprès de nos aînés pour prévenir leur perte d'autonomie à domicile

Adopté par la commission sans modification

Le présent article permet aux personnes éligibles à l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA) de se voir proposer par l'équipe médico-sociale chargée d'élaborer leur plan d'aide, un temps dédié à l'accompagnement et au lien social. Ces heures supplémentaires seront mobilisables au-delà du plafond du plan d'aide. La sanctuarisation de ce temps dédié à l'interaction devrait permettre de prévenir la perte d'autonomie et de lutter contre l'isolement. Elle contribue par ailleurs à améliorer les conditions de travail des personnels de l'aide à domicile, en réduisant les temps hachés et en redonnant du sens à l'exercice de ces métiers.

*

* *

Article 35

Assurer pour l'habitat inclusif la transition entre le forfait habitat inclusif et le déploiement de l'aide à la vie partagée

Adopté par la commission sans modification

Le présent article vise à clarifier le financement du modèle de l'habitat inclusif. Depuis la LFSS 2022 créant l'aide à la vie partagée (AVP), coexistent en effet deux dispositifs : le forfait habitat inclusif (FHI), octroyé par l'ARS et l'AVP, financée par les départements sur concours de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Dans l'objectif de simplifier le financement de ce type d'habitat et de déployer ce modèle sur l'ensemble du territoire, le présent article acte l'extinction progressive du FHI et précise les modalités de participation de la CNSA au financement de l'AVP à partir de 2023.

*

* *

Article 36

Amélioration du soutien à la garde d'enfants : complément de libre choix de mode de garde (CMG) horaire et linéaire, extension du CMG aux familles monoparentales pour la garde d'enfants âgés de 6 à 12 ans, ouverture du CMG linéarisé aux deux parents en cas de résidence alternée

Adopté par la commission sans modification

L'article 36 vise à assurer une plus grande équité dans l'accès aux modes de garde en procédant à une réforme du complément de libre choix du mode de garde (CMG).

Il réforme en premier lieu le mode de calcul du CMG « emploi direct », versé aux familles qui emploient directement un assistant maternel ou une garde à domicile, afin de pouvoir établir un CMG horaire et linéaire, c'est-à-dire correspondant à un niveau de taux d'effort fonction des ressources et de la composition du foyer. L'objectif est de rapprocher le barème du CMG « emploi direct » de celui des crèches et de réduire significativement les freins financiers à l'accueil individuel des enfants des familles aux revenus modestes et/ou ayant des besoins de garde importants.

Cet article étend en outre le CMG « emploi direct » aux familles monoparentales ayant des enfants de plus de 6 ans, particulièrement pénalisées par cette barrière d'âge.

Il permet enfin un partage du CMG « emploi direct » entre parents en cas de résidence alternée de l'enfant à charge.

*

* *

Article 37

Garantir la continuité des ressources des salariés lors des congés maternité, d'adoption et de paternité et d'accueil de l'enfant

Adopté par la commission sans modification

L'article 37 vise à garantir aux salariés la continuité de leurs ressources lors des congés maternité, paternité et d'accueil de l'enfant et d'adoption. Il rend obligatoire le principe de la subrogation, c'est-à-dire le versement direct par l'employeur des indemnités journalières dues dans le cadre de ces congés, aujourd'hui insuffisamment développé. Pour ne pas créer de difficulté de trésorerie pour les entreprises, il garantit le remboursement à l'employeur de ces indemnités par la sécurité sociale dans un certain délai, dont la durée devrait être fixée par décret à sept jours.

Article 38

Accélérer la convergence sociale à Mayotte

Adopté par la commission sans modification

L'article 38 porte trois mesures relatives à la protection sociale à Mayotte.

La plus importante en ampleur consiste à accorder aux assurés affiliés au régime d'assurance maladie de Mayotte le bénéfice de la complémentaire santé solidaire (CSS), au même titre que les autres assurés métropolitains et ultramarins, et à des conditions de revenu adaptées au faible niveau de vie de Mayotte. Cette mesure devrait permettre à une proportion significativement plus importante de la population d'accéder sans reste à charge à un panier de soins élargi. C'est donc une avancée importante pour ce territoire dont le niveau d'accès aux soins et de protection sociale est encore éloigné des standards de la métropole, et où l'on déplore des renoncements aux soins importants.

La deuxième mesure se situe dans la continuité de l'article 108 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021. Cet article ouvrait droit au rachat de trimestres de retraite pour les travailleurs indépendants mahorais qui n'avaient pas cotisé entre 2012 et 2022. Des adaptations techniques et informatiques étaient nécessaires pour permettre le recouvrement effectif des cotisations de ces travailleurs à partir du 1^{er} janvier 2023. Cependant, il apparaît qu'un délai supplémentaire sera indispensable, raison pour laquelle le présent article prolonge le dispositif de rachat des trimestres de retraite jusqu'à la fin 2024.

La troisième mesure adapte les modalités prévues pour le versement des prestations familiales des fonctionnaires et magistrats en poste à Mayotte, afin de les aligner sur le droit commun. Cette responsabilité sera ainsi transférée des services employeurs de l'État aux caisses d'allocations familiales.

*

* *

Article 39

**Moderniser la législation de sécurité sociale
applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon**

Adopté par la commission sans modification

L'article 39 s'inscrit dans le prolongement d'un rapport réalisé par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) en 2020 sur le système de protection sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon. Il ressortait de ce rapport qu'en dépit du principe d'identité législative applicable à ce territoire, les Saint-Pierrais étaient restés largement à l'écart des progrès de la couverture sociale métropolitaine.

En outre, le régime géré par la Caisse de prévoyance sociale (CPS) voyait ses coûts s'accroître fortement, en raison d'un manque d'efficacité. Le rapport concluait à la nécessité d'ancrer résolument la protection sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon sur le droit commun en métropole.

Le présent article apporte une première brique à cet effort de rapprochement des systèmes de protection sociale. Il modifie les critères d'affiliation, étend le bénéfice de prestations familiales et la branche autonomie, adapte le fonctionnement de la CPS.

Des étapes ultérieures seront nécessaires, en particulier pour étendre à Saint-Pierre-et-Miquelon le bénéfice des dispositifs de protection maladie.

*

* *

Article 40

Amélioration de la réparation des accidents du travail et maladies professionnelles des non-salariés agricoles pluriactifs et des membres de famille

Adopté par la commission sans modification

Le présent article poursuit deux objectifs. D'une part, il vise à améliorer la réparation des accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) des non-salariés agricoles pluriactifs en permettant le versement d'indemnités journalières (IJ) maladie du régime de non-salarié agricole en complément d'IJ AT-MP du régime salarié en cas d'AT-MP survenu dans le cadre d'une activité salariée. D'autre part, il doit permettre d'élargir la possibilité de verser une rente ATEXA à partir de 30 % d'incapacité permanente partielle (IPP) à tous les non-salariés agricoles, en l'occurrence aux collaborateurs et aux aides familiaux, en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Le coût de ces mesures, qui ont vocation à entrer en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2023, est évalué à 1,3 million d'euros en année pleine pour la première et à 4 millions d'euros à l'horizon 2026 pour la seconde.

*

* *

Article 41

Renforcement de la lutte contre la fraude fiscale

Adopté par la commission sans modification

L'article 41 vise à renforcer les outils de lutte contre la fraude sociale sous toutes ses formes. En ce sens, il s'agit d'autoriser les greffiers des tribunaux de commerce à transmettre aux organismes de protection sociale et à l'État des renseignements recueillis dans l'exercice de leurs missions et faisant présumer des fraudes ; de simplifier la procédure de sanction administrative prononcée par les directeurs des caisses pour les branches famille et vieillesse en cas de fraude ; d'ouvrir le droit de communication de renseignements détenus par des tiers aux agents chargés, au sein des organismes sociaux, du recouvrement des créances nées après le constat d'un travail dissimulé ; d'autoriser les caisses de la Mutualité sociale agricole (MSA) à procéder à l'interconnexion des données obtenues par le droit de communication non nominatif avec les données de son système d'information et, enfin, de doter les agents de contrôle des organismes sociaux de moyens d'investigation adaptés à l'économie numérique et notamment de pouvoirs de « cyberenquête ».

*

* *

Article 42

Extension des procédures de déconventionnement à d'autres catégories de professionnels de santé

Adopté par la commission sans modification

Cet article étend les procédures de déconventionnement, en urgence ou d'office, aux pharmaciens, aux prestataires de services et aux distributeurs de matériel ainsi qu'aux transporteurs sanitaires et aux taxis conventionnés, en cas de manquement grave à leurs engagements conventionnels ou ayant entraîné un préjudice financier majeur pour l'assurance maladie. Ces dispositions, qui existent déjà pour les professionnels de santé libéraux, devraient permettre à l'assurance maladie de limiter ses préjudices financiers à hauteur de 5 millions d'euros par an minimum.

*

* *

Article 43

Limitation des arrêts de travail prescrits dans le cadre d'une téléconsultation afin d'éviter les abus

Adopté par la commission sans modification

Cet article encadre l'indemnisation des arrêts de travail prescrits à l'occasion d'une téléconsultation aux arrêts prescrits par le médecin traitant du patient ou lorsque le patient a consulté le médecin prescripteur au cabinet ou à domicile dans les douze mois qui précèdent la prescription de l'arrêt. Cette mesure devrait permettre à l'assurance maladie de faire 47,5 millions d'euros d'économies par an.

*

* *

Article 44

Permettre aux caisses d'assurance maladie d'évaluer des indus par extrapolation des résultats de contrôles sur des échantillons de factures

Adopté par la commission sans modification

L'article 44 vise à renforcer les outils à la disposition des caisses locales d'assurance maladie lorsqu'elles constatent des irrégularités lors des contrôles effectués sur l'activité des professionnels de santé et structures bénéficiant des remboursements de l'assurance maladie.

Le volume des actes, biens et prestations remboursés est tel que les caisses n'ont matériellement pas la possibilité de tout contrôler. Cependant, les contrôles effectués leur permettent parfois de détecter des irrégularités qui révèlent un comportement systématique de la part du professionnel ou de la structure contrôlée. Dans cette situation, la caisse peut parfois estimer la valeur totale de l'indu en procédant par échantillonnage et extrapolation, mais elle ne peut en aucun cas le récupérer.

L'article 44 vise à remédier à cette difficulté en prévoyant que les caisses peuvent, lorsqu'elles détectent des irrégularités, fixer forfaitairement l'indu en procédant par extrapolation, au terme d'une procédure contradictoire au cours de laquelle les parties pourront transiger sur un montant à reverser.

Il s'agit ainsi d'accroître les sommes récupérées par l'assurance maladie face à des fraudes, mais aussi d'optimiser les moyens humains des caisses en leur donnant des outils qui leur permettront de récupérer rapidement ces sommes, sans entrer dans de longues procédures contentieuses.

*

* *

Article 45

Dotations au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé, aux agences régionales de santé et à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales

Adopté par la commission sans modification

Cet article fixe, pour 2023, la dotation des branches maladie et autonomie au fonds pour la modernisation de l'investissement en santé (FMIS) respectivement à 1,163 milliard d'euros et 88 millions d'euros, la contribution de la branche autonomie aux agences régionales de santé à 178,4 millions d'euros et la dotation de l'assurance maladie à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) à 135 millions d'euros.

*

* *

Article 46

Objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès

Adopté par la commission sans modification

Cet article fixe les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès à 238,3 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

*

* *

Article 47

Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs pour 2023

Adopté par la commission sans modification

L'article 47 vise à fixer l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) pour l'année 2023, ainsi que les six sous-objectifs qui le composent.

*

* *

Article 48

Dotation de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante et transfert au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles et dépenses engendrées par les dispositifs de prise en compte de la pénibilité

Adopté par la commission sans modification

Cet article fixe les montants, pour l'année 2023, des dotations de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) du régime général au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA), à la branche maladie du régime général au titre de la sous-déclaration des AT-MP ainsi que le montant des dépenses engendrées par les dispositifs de retraite anticipée pour incapacité permanente et par le compte professionnel de prévention.

*

* *

Article 49

Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles

Adopté par la commission sans modification

Cet article fixe les objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) pour l'année 2023, tels qu'ils résultent des mesures contenues dans la quatrième partie du présent projet de loi, soit 14,8 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes de base obligatoires.

*

* *

Article 50

Objectif de dépenses de la branche vieillesse pour 2023

Adopté par la commission sans modification

Cet article fixe l'objectif de dépenses de la branche vieillesse pour l'année 2023.

Les dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base en matière de retraites devraient s'élever à 273,3 milliards d'euros en 2023.

*

* *

Article 51

Objectifs de dépenses de la branche famille

Adopté par la commission sans modification

Cet article fixe les objectifs de dépenses de la branche famille de la sécurité sociale à 55,3 milliards d'euros.

*

* *

Article 52

Objectifs de dépenses de la branche autonomie

Adopté par la commission sans modification

Cet article fixe les objectifs de dépenses de la branche autonomie de la sécurité sociale à 37,3 milliards d'euros, un chiffre en hausse de 5,3 % par rapport à 2022.

*

* *

Article 53

**Prévision des charges des organismes concourant
au financement des régimes obligatoires (Fonds de solidarité vieillesse)**

Adopté par la commission sans modification

L'article 53 fixe les charges prévisionnelles des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale – en l'espèce du seul Fonds de solidarité vieillesse (FSV). Les dépenses du FSV devraient s'élever à 19,3 milliards d'euros en 2023, en augmentation de 1,3 milliard d'euros au regard du « constaté » en 2022.

*

* *

II. PRINCIPAUX AMENDEMENTS ADOPTÉS PAR LA COMMISSION

La commission des affaires sociales a adopté soixante-sept amendements au projet de loi, dont les principaux sont présentés ci-après.

- À l’initiative de la rapporteure générale, la commission a adopté :

- à l’article 1^{er}, un amendement visant à rétablir le tableau d’équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale, en application du cadre organique qui demeure applicable à la première partie de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 ;

- après l’article 9, une demande de rapport remis par le Gouvernement au Parlement, afin de faire le bilan des modalités de construction des montants M, pour le médicament, et Z, pour les dispositifs médicaux, au cours des exercices qui ont suivi la création de la clause de sauvegarde ;

- après l’article 22, un amendement initiant une expérimentation d’une durée de trois ans consistant à autoriser les infirmières et les infirmiers à signer les certificats de décès, dans la limite de trois régions ;

- à l’article 25, un amendement visant à étendre aux établissements et services médico-sociaux prenant en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap l’encadrement du recours à l’intérim ;

- à l’article 26, un amendement prévoyant que la commission des équipements matériels lourds d’imagerie médicale, qui rassemble les principaux représentants du secteur de l’imagerie médicale, est consultée sur la méthodologie et le calendrier envisagés pour le recueil des données relatives aux charges supportées par les exploitants d’imagerie médicale ;

- à l’article 27, un amendement visant à inscrire dans la loi l’obligation de maintenir les implantations des laboratoires, afin que ce soit un paramètre à prendre en compte dans le cadre de la négociation d’un futur protocole pluriannuel avec la profession ;

- après l’article 35, un amendement visant à ce que le Gouvernement remette au Parlement, avant le 31 mars 2023, un rapport portant notamment sur le déploiement d’équipes mobiles de gériatrie et d’hygiène. Ce rapport devra évaluer l’opportunité d’appliquer le mode de financement de ces équipes aux dispositifs d’accès à la coordination, qui interviennent en appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux faisant face à des prises en charge complexes ;

- à l’article 43, un amendement visant à permettre aux professionnels de santé et aux assurés d’être clairement informés sur le régime d’indemnisation des arrêts de travail prescrits lors de téléconsultations, en particulier dans les cas où les arrêts de travail ne donnent pas lieu à indemnités journalières. L’amendement

prévoit que les plateformes de téléconsultation devront informer les professionnels de santé et les assurés, notamment en amont de la réservation d'une téléconsultation, des nouvelles règles applicables en matière d'indemnisation des arrêts de travail prescrits lors de téléconsultations ;

● À l'initiative d'autres députés, avec l'avis favorable de la rapporteure générale ou des rapporteurs thématiques, la commission a adopté :

– à l'article 7, un amendement de M. Thibault Bazin visant à repousser au 1^{er} janvier 2026 la suppression de l'exonération de cotisations sociales patronales dont bénéficient les exploitants agricoles à raison de l'emploi de travailleurs occasionnels-demandeurs d'emploi (TO-DE) ;

– à l'article 17, un amendement de Mme Prisca Thevenot et plusieurs de ses collègues du groupe Renaissance visant à préciser le contour des nouveaux rendez-vous de prévention prévus à cet article, et notamment de s'assurer qu'ils seront adaptés aux besoins spécifiques de chacune et de chacun et notamment à ceux du corps féminin. Ces rendez-vous devraient ainsi prendre en compte les événements de santé spécifiques du corps féminin, les cancers spécifiques, ménopause ou encore l'ostéoporose ;

– à ce même article 17, des amendements identiques de M. Yannick Neuder et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, de M. Jérôme Guedj et plusieurs de ses collègues du groupe Socialistes et apparentés, de M. Thibault Bazin ainsi que de M. Paul Christophe et plusieurs de ses collègues du groupe Horizons et apparentés visant à adapter les rendez-vous de prévention aux besoins spécifiques des patients atteints ou ayant été atteints par un cancer. L'amendement prévoit également que les consultations peuvent donner lieu à un bilan des besoins des patients en matière de soins de support ;

– à ce même article 17, un amendement de Mme Marie-Charlotte Garin et ses collègues du groupe Écologiste - NUPES prévoyant que ces rendez-vous de prévention soient un lieu de repérage des violences sexistes et sexuelles ;

– à ce même article 17, deux amendements de Mme Prisca Thevenot et plusieurs de ses collègues du groupe Renaissance, visant à ce que les rendez-vous de prévention prévus à l'âge de 45 ans portent une attention particulière aux événements de santé des femmes telle que la ménopause et permettent d'orienter les patients vers les dépistages de cancers adaptés aux facteurs de risques auxquels ils sont exposés ;

– à l'article 19, un amendement de Mme Prisca Thevenot et ses collègues du groupe Renaissance, afin d'accompagner la délivrance de la contraception d'urgence d'une information claire et concise sur les différents moyens sûrs de contraception et sur les consultations d'information et de suivi de contraception prises en charge sans avance de frais ;

– après l'article 21, un amendement de M. Thomas Mesnier et plusieurs de ses collègues du groupe Horizons et apparentés visant à soumettre le remboursement des cures thermales à l'évaluation de leur service médical rendu par la Haute Autorité de santé ;

– à l'article 23, un amendement de M. Jean-François Rousset et ses collègues du groupe Renaissance, précisant que les stages réalisés dans le cadre de la quatrième année d'étude de médecine générale permettent la découverte d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) et de les inciter à s'installer dans des zones sous-denses, ainsi qu'un amendement de M. Didier Martin et ses collègues du groupe Renaissance, visant à définir par décret les conditions d'organisation de ce stage ;

– à l'article 24, un amendement de M. Jean-François Rousset créant des guichets uniques d'accompagnement à l'installation placés sous l'égide des agences régionales de santé (ARS), afin notamment d'aider les jeunes médecins à l'installation ;

– après l'article 24, un amendement de M. Guillaume Garot, M. Jean-François Rousset, M. Éric Alauzet, Mme Farida Amrani, Mme Nicole Dubré-Chirat, Mme Karen Erodi, Mme Marie-Charlotte Garin, M. Didier Martin, M. Serge Muller et Mme Prisca Thevenot ainsi que des amendements identiques de M. Thomas Mesnier et ses collègues du groupe Horizons et apparentés, de M. Philippe Vigier et ses collègues du groupe Démocrate (MoDem et Indépendants), ainsi que de Mme Monique Iborra et ses collègues du groupe Renaissance, visant à lancer une expérimentation permettant aux conseils de l'ordre des médecins territorialement compétents d'organiser des consultations de médecins généralistes ou spécialistes dans un lieu différent du lieu d'exercice habituel pour des médecins installés en zone sous-dense. Cette obligation sera rémunérée, en complément de la rémunération à l'activité, par un forfait financé par le fonds d'intervention régional pour couvrir les frais associés aux sujétions liées à ces consultations ;

– après ce même article 24, un amendement de M. Guillaume Garot, M. Jean-François Rousset, M. Éric Alauzet, Mme Farida Amrani, Mme Nicole Dubré-Chirat, Mme Karen Erodi, Mme Marie-Charlotte Garin, M. Didier Martin, M. Serge Muller, de M. Philippe Vigier et Mme Prisca Thevenot ainsi que des amendements identiques de M. Thomas Mesnier et ses collègues du groupe Horizons et apparentés, de M. Cyrille Isaac-Sibille et ses collègues du groupe Démocrate (MoDem et Indépendants), ainsi que de Mme Monique Iborra et ses collègues du groupe Renaissance, visant à lancer une expérimentation ouvrant l'accès direct aux infirmiers en pratique avancée (IPA) afin de leur permettre de prodiguer des soins primaires sans prescription médicale sur des pathologies bénignes qui ne nécessitent pas un passage par les services d'urgences, en plus de pouvoir prodiguer, sur demande d'un médecin traitant, des soins sur des patients affectés d'une pathologie chronique ;

– à l'article 28, trois amendements de M. Thomas Mesnier et ses collègues du groupe Horizons et apparentés visant à prévoir une mesure générale de

conditionnement de la prise en charge par l'assurance maladie de tout outil numérique à des référentiels prévus par le code de la santé publique, à renforcer les sanctions en cas de carence et d'y inclure des référentiels d'éthique ;

– à ce même article 28, un amendement de M. Jean-François Rousset, visant à renforcer les garanties en matière de formation médicale continue des médecins salariés par des sociétés de téléconsultation ;

– après l'article 30, un amendement de M. Thomas Mesnier et ses collègues du groupe Horizons et apparentés, sous-amendé par la rapporteure générale, visant à prolonger d'un an l'expérimentation relative au cannabis médical ;

– avant l'article 32, deux amendements de M. Jérôme Guedj et plusieurs de ses collègues du groupe Socialistes et apparentés, visant d'une part à augmenter à 1000 euros par jour le plafond de l'astreinte journalière applicable en cas de non-respect des injonctions figurant dans un rapport d'une autorité de contrôle à la suite de l'inspection d'un établissement social et médico-social et d'autre part à augmenter à 5 % la part maximale du chiffre d'affaires que peuvent représenter les sanctions financières applicables aux établissements sociaux et médico-sociaux en cas de non-respect des dispositions du code de l'action sociale et des familles ;

– à l'article 32, un amendement de M. Jérôme Guedj et plusieurs de ses collègues du groupe Socialistes et apparentés, visant à permettre à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) de demander le reversement de fonds publics aux personnes physiques, et non plus uniquement aux personnes morales, appartenant à une société gérant plusieurs établissements sociaux et médico-sociaux ;

– après l'article 33, un amendement de Mme Annie Vidal et plusieurs de ses collègues du groupe Renaissance visant à ce que le rapport évaluant la mise en place du tarif national de référence pour les prestataires et mesurant l'opportunité d'appliquer ce dispositif, dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), à l'emploi d'un salarié à domicile, en emploi direct ou par l'intermédiaire d'une structure mandataire soit remis le 1^{er} juin 2023.

● Après un avis de sagesse de la rapporteure générale ou des rapporteurs thématiques, la commission a adopté :

– à l'article 23, un amendement de M. Didier Martin et ses collègues du groupe Renaissance prévoyant que les professionnels de santé assurant la supervision des internes en quatrième année d'internat de médecine générale soient situés dans le bassin de vie dans lequel l'interne exerce ;

– après l'article 26, un amendement de M. Frédéric Valletoux contraignant le Gouvernement à définir une liste des prestations et des actes dont la hiérarchisation et les tarifs doivent être révisés lors de l'année suivante, établie en fonction des priorités de santé publique et des écarts entre tarifs et coûts engagés.

L'amendement prévoit en outre que les travaux font l'objet d'un rapport d'activité dédié remis au Parlement l'année suivante, rendu public au même moment ;

– après l'article 37, un amendement de M. Thibault Bazin demandant au Gouvernement un rapport évaluant l'impact de l'application de l'article 73 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 et sur l'opportunité, en fonction des résultats, d'offrir aux parents la possibilité de choisir entre un congé parental court (de six mois à un an) rémunéré (à 67 % du salaire avec un plafonnement) et un congé parental long de trois ans rémunéré à hauteur de la moitié du salaire minimum de croissance (Smic) au lieu du tiers ;

● Contre l'avis de la rapporteure générale, la commission a adopté :

– après l'article 6, des amendements identiques de M. Thibault Bazin, de Mme Josiane Corneloup, de Mme Nicole Dubré-Chirat, de Mme Isabelle Valentin, de M. Olivier Falorni et de M. Philippe Juvin visant à abroger les dispositions issues de l'article 18 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, qui prévoit le transfert de recouvrement des cotisations de retraite complémentaire des salariés au réseau des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf) au 1^{er} janvier 2022 ;

– après l'article 7, un amendement de M. Philippe Juvin et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, visant à supprimer les cotisations retraites dues à la Caisse autonome de retraite des médecins de France par les médecins en exercice libéral dans une situation de cumul emploi-retraite ;

– après l'article 7, un amendement de Mme Marie-Charlotte Garin et ses collègues du groupe Écologiste - NUPES visant à supprimer le bénéfice des allègements généraux pour les employeurs qui n'ont pas conclu d'accord ou de plan relatif à l'égalité professionnelle ;

– après l'article 7, des amendements identiques de M. Paul Christophe et plusieurs de ses collègues du groupe Horizons et apparentés, de Mme Josiane Corneloup et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, de Mme Isabelle Valentin ainsi que de Mme Annie Vidal et plusieurs de ses collègues du groupe Renaissance visant à exonérer de cotisations sociales les dépenses supportées par l'employeur s'agissant des véhicules terrestres motorisés quels que soient leurs nature et qualification mis à disposition des intervenants à domicile ;

– après l'article 28, des amendements identiques de Mme Josiane Corneloup et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains ainsi que de Mme Isabelle Valentin visant à n'autoriser les actes de téléconsultation que dans le cadre d'une maison de santé pluridisciplinaire, d'une officine ou d'une collectivité.