

N° 59

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2003-2004

Annexe au procès-verbal de la séance du 12 novembre 2003

RAPPORT

FAIT

au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE,

Par M. Alain VASSELLE,

Sénateur.

Tome V : Examen des articles

(1) Cette commission est composée de : M. Nicolas About, *président* ; MM. Alain Gournac, Louis Souvet, Gilbert Chabroux, Jean-Louis Lorrain, Roland Muzeau, Georges Mouly, *vice-présidents* ; M. Paul Blanc, Mmes Annick Bocandé, Claire-Lise Champion, M. Jean-Marc Juillard, *secrétaires* ; MM. Henri d'Attilio, Gilbert Barbier, Joël Billard, Mme Brigitte Bout, MM. Jean-Pierre Cantegrit, Bernard Cazeau, Jean Chérioux, Mme Michelle Demessine, M. Gérard Dériot, Mme Sylvie Desmarescaux, MM. Claude Domeizel, Michel Esneu, Jean-Claude Étienne, Guy Fischer, Jean-Pierre Fourcade, Serge Franchis, André Geoffroy, Francis Giraud, Jean-Pierre Godefroy, Mme Françoise Henneron, MM. Yves Krattinger, Philippe Labeyrie, Roger Lagorsse, André Lardeux, Dominique Larifla, Dominique Leclerc, Marcel Lesbros, Mmes Valérie Létard, Nelly Olin, Anne-Marie Payet, M. André Pourny, Mme Gisèle Printz, MM. Henri de Raincourt, Gérard Roujas, Mmes Janine Rozier, Michèle San Vicente, MM. Bernard Seillier, André Vantomme, Alain Vasselle, Paul Vergès, André Vézinhet.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (12^e législ.) : 1106, 1156, 1157 et T.A. 194

Sénat : 54 (2003-2004)

Sécurité sociale.

EXAMEN DES ARTICLES

TITRE PREMIER

ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ SOCIALE

Article premier

Approbation du rapport annexé

Objet : Cet article propose d'approuver le rapport qui lui est annexé, présentant les orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et les objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier.

I – Le dispositif proposé

Le présent article obéit à la prescription organique selon laquelle, lors du vote d'un projet de loi de financement de la sécurité sociale, le Parlement fixe des objectifs de dépenses, des prévisions de recettes et un plafond de trésorerie et approuve « *les orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et les objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale* »¹.

Le rapport qui lui est annexé propose une présentation générale des actions que le Gouvernement entend mener cette année dans les différents secteurs de la protection sociale, et qui trouvent leur traduction, pour partie,

¹ Article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

dans certaines des dispositions du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004.

C'est notamment le cas de l'instauration progressive de la tarification à l'activité dans les structures hospitalières, qui répond au souci de moderniser l'hôpital. C'est aussi celui de la suppression du FOREC, ce fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale dont votre commission dénonce, depuis sa création, le rôle perturbateur qu'il joue dans l'établissement de relations financières clairement définies entre l'État et la sécurité sociale.

Bon nombre de ces mesures dépassent largement le cadre annuel que leur assigne ce rapport, et c'est légitime compte tenu des objectifs de longue période que doit avoir une politique de santé et de sécurité sociale construite et ambitieuse. Cela signifie, toutefois, que des objectifs similaires figureront dans le rapport qui sera annexé au prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale sans que l'on puisse toujours distinguer ce qui relève des priorités annuelles que le Gouvernement entend mettre en œuvre ou d'une orientation à échéance de réalisation plus lointaine.

On notera toutefois que le présent rapport prend acte des difficultés survenues cet été, à la suite de la canicule, et que l'une de ses orientations principales est consacrée à l'amélioration de la prise en charge des personnes les plus fragiles, âgées ou handicapées.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Pour la deuxième année consécutive, l'Assemblée nationale a étudié l'article premier, et le rapport qui lui est annexé, dès l'ouverture du débat sur le projet de loi de financement et non plus à son issue comme c'était auparavant l'usage.

Fidèle à la tradition qu'elle a instituée en la matière, elle a apporté, outre deux modifications rédactionnelles, sept ajouts ou précisions aux orientations retenues par le Gouvernement :

- dans le cadre du plan de lutte contre le cancer, lancé en mars dernier par le Président de la République, elle a souhaité faire une mention particulière du cancer du sein, en confirmant la généralisation du dépistage et la prise en charge des mammographies par l'assurance maladie. Cette disposition s'appuie sur les premiers travaux conduits au sein de l'OPEPS, l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, institué l'an dernier par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003, et qui a choisi comme premier terrain d'investigation les conditions de dépistage du cancer du sein en France ;

- comme elle l'avait fait l'an passé en faveur plus spécifiquement des masseurs-kinésithérapeutes - ce qui vient précisément d'être transcrit dans le projet de loi relatif à la politique de santé publique en cours d'adoption -, elle a demandé le rétablissement d'un ordre des pédicures-podologues ;

- elle a précisé que la politique nationale menée en faveur de l'hôpital devait prendre en compte les inégalités territoriales, notamment à travers l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie, afin d'organiser le rattrapage des régions sous-dotées. Sans nier la réalité de ces inégalités en matière de santé publique, on observera que cette disposition n'est pas compatible avec la réforme de la tarification, puisque les hôpitaux détermineront désormais leur budget en fonction de leur activité effective ;

- elle a appelé le Gouvernement à organiser, dès 2004, un système de fidélisation des étudiants infirmiers au sein des établissements de santé qui assurent leur formation, pour qu'ils continuent d'y exercer leurs fonctions après l'obtention de leur diplôme. Elle a toutefois circonscrit cette exigence au bénéfice des seuls « établissements de santé de certaines zones frontalières » pour limiter le phénomène d'émigration des infirmiers, une fois formés et diplômés, vers des pays qui partagent notre pénurie de personnel para-médical – l'exemple suisse est bien connu – mais leur assurent des conditions de travail plus favorables ;

- elle a instauré le principe d'une formation continue des professions de santé « obligatoire, financée et évaluée », renvoyant à un décret le soin de préciser les conditions de mise en œuvre de cette disposition ;

- elle a voulu accorder un intérêt particulier aux problèmes liés à la fin de vie – auxquels elle consacre par ailleurs une mission d'information constituée en octobre dernier – en demandant l'augmentation du nombre de lits disponibles en soins palliatifs et d'équipes mobiles ;

- enfin, elle a soumis le Gouvernement à l'obligation de présenter au Parlement, « à compter de 2004, ... un rapport faisant état de la pertinence de modifier les conditions portant sur l'exercice antérieur d'une activité professionnelle permettant l'ouverture du droit au complément de libre choix d'activité ». Ce rapport, dont on ne sait clairement s'il doit être ponctuel ou annuel, concerne l'un des aspects de la réforme de la politique familiale, que l'article 50 du présent texte met en œuvre par la création d'une aide spécifique, la prestation d'accueil du jeune enfant.

Cette PAJE prévoit le versement d'un complément d'allocation, dit de libre choix d'activité, destiné aux parents qui interrompent leur activité professionnelle pour élever leurs jeunes enfants. On peut trouver singulière la demande de l'Assemblée nationale pour reconsidérer par avance les conditions d'application d'une mesure non encore définitivement adoptée.

III - La position de votre commission

Ainsi qu'elle l'a déjà rappelé les années précédentes, votre commission a pris le parti de ne pas apporter de modifications au texte du rapport annexé, dont les orientations n'ont pas la portée normative qui s'attache aux dispositions de la loi de financement *stricto sensu*, conformément à la décision du Conseil d'État du 5 mars 1999.

Pour autant, elle apporte son entier soutien au programme de travail que s'est fixé le Gouvernement, dont elle partage et la philosophie et les lignes directrices.

Elle se réjouit ainsi de l'annonce de la suppression du FOREC, qu'elle avait elle-même continuellement souhaitée dans le souci de parvenir, enfin, à la clarification des circuits financiers de la protection sociale à laquelle le contribuable, comme l'assujetti, a légitimement droit.

Elle confirme le très grand attachement qu'elle porte à la révision de la loi d'orientation du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées, qui avait été annoncée pour l'année 2003 et qu'elle espère voir soumise à son examen dans les toutes prochaines semaines, conformément aux engagements du Gouvernement.

Elle se prépare à étudier le projet de loi relatif à la politique de santé publique, qui propose d'établir un programme quinquennal dans lequel pourront s'inscrire les prochains rapports annexés aux projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Sous ces réserves, et au bénéfice de ces observations, votre commission vous propose d'adopter sans modification cet article et le rapport qui y est annexé.

TITRE II

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES

Article 2 A (nouveau)
(art. L. 114-1 du code de la sécurité sociale)
Création d'un Comité des finances sociales

Objet : Cet article additionnel, introduit à l'initiative de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale propose la création d'un comité des finances sociales en charge notamment du suivi des comptes des régimes et organismes sociaux obligatoires.

I – Le dispositif proposé

Introduit à l'initiative du rapporteur de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, M. Pierre Morange, avec l'avis favorable du Gouvernement, cet article additionnel crée une nouvelle section au sein du chapitre 4 du code de la sécurité sociale, intitulé « *comité des finances sociales* ».

Cette section comporte un article unique, l'article L. 114-5 qui définit respectivement en son I les missions du comité, en son II sa composition et précise ses modalités d'organisation en son III.

Le **paragraphe I** du texte proposé par cet article pour l'article L. 114-5 du code de la sécurité sociale assigne au comité les missions suivantes : le suivi des comptes de tous les régimes, organismes et dispositifs de protection sociale obligatoire (1°), et leur étude dans un cadre pluriannuel (3°). Il serait en outre tout spécialement chargé de vérifier l'application effective de la compensation intégrale des exonérations de cotisations sociales, et de suivre l'évolution respective des périmètres financiers du budget général et des organismes de sécurité sociale (2°). Il pourrait en outre proposer des mesures de simplification des relations financières entre les différentes collectivités publiques et les régimes et devrait enfin être consulté sur tout

projet de loi ou décret ayant des incidences importantes sur les relations financières entre les collectivités publiques et la sécurité sociale (4°).

Le dernier alinéa du I prévoit qu'il établit un rapport annuel rendu public avant le 15 septembre.

Le **paragraphe II** précise sa composition : huit parlementaires, quatre pour chaque Assemblée, désignés respectivement par les présidents de l'Assemblée nationale et du Sénat, les huit présidents des conseils d'administration des principaux régimes obligatoires de base (ACOSS, CNAMTS et accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), CNAV, CNAF, MSA, CANAM, CNRACL) et quatre représentants de l'État nommés par décret. Présidé par l'un des parlementaires, désigné d'un commun accord entre les présidents des deux Assemblées, le comité est renouvelable tous les trois ans.

Le **paragraphe III** précise ses conditions de travail : il est doté d'un secrétaire général qui assure l'organisation de ses travaux, lui-même également désigné d'un commun accord entre les présidents des deux Assemblées ; il élabore son règlement intérieur et il tient ses réunions sur un ordre du jour fixé par son président. Le comité peut se faire communiquer tout document par les organismes sociaux ou les administrations de l'État dans la mesure où ceux-ci sont nécessaires à sa mission.

La création du comité des finances sociales est effective au 1^{er} janvier 2004.

II - La position de votre commission

Votre commission prend acte de la création par l'Assemblée nationale d'un comité des finances sociales, création déjà proposée par M. Yves Bur, précédent rapporteur pour les équilibres généraux financiers de la loi de financement de la sécurité sociale le 10 octobre 2002 lors du débat sur les prélèvements obligatoires et leur évolution.

Celui-ci justifiait cette proposition en cohérence avec le projet de suppression du FOREC qu'il soutenait : l'éclatement des recettes et des dépenses du fonds entre les différentes branches de la sécurité sociale.

« Simplifier les financements croisés entre l'État et la sécurité sociale signifie garantir à la sécurité sociale des ressources pérennes, stables et dynamiques. La loi de financement doit déterminer de manière autonome les recettes des régimes de sécurité sociale sans qu'il soit toujours nécessaire de quémander des rallonges sur le budget de l'État (...).

« Cela implique notamment, à terme, la suppression du trop fameux FOREC : comment en effet discuter sereinement avec les gestionnaires de la sécurité sociale s'il faut chaque année, et même deux fois par an, trouver de nouvelles recettes pour

compenser des dépenses relevant de la politique de l'emploi et dont la dynamique d'évolution n'a aucun lien avec celle des produits ?

« Mais soyons clairs : de mon point de vue, la suppression du FOREC ne doit pas se faire au détriment de la sécurité sociale. Bien au contraire, il s'agit d'affecter directement aux branches de la sécurité sociale les recettes fiscales de ce fonds, en fonction de leur nature. Ainsi les droits sur les tabacs et les alcools doivent-ils naturellement revenir à l'assurance maladie. Le budget de l'État, financeur unique et naturel de la politique de l'emploi, doit seulement être la variable d'ajustement des exonérations de cotisations sociales, compensant lui-même ce qui ne l'est pas par l'affectation directe de recettes fiscales.

« Je propose l'installation d'un comité des finances sociales, associant parlementaires de nos deux commissions, gestionnaires des caisses et Gouvernement, qui permettrait de s'assurer de manière tout à fait transparente de la réalité des compensations d'exonérations de cotisations ».

Prévu par le projet de loi de financement pour 2004, la suppression du FOREC procède d'une tout autre manière, les recettes et les dépenses du fonds étant rebudgétisées. Dès lors que ne se trouvent pas reconstitués au sein de chaque branche des « mini-FOREC », l'aboutissement naturel de la solution préconisée par Yves Bur, la proposition d'un comité des finances sociales, perd un peu de sa pertinence.

Réservée sur cette proposition, votre commission y objecte trois raisons majeures :

- la création d'un comité des finances sociales fait volontairement ou involontairement référence au comité des finances locales avec lequel pourtant aucun rapprochement ne peut être établi. Le comité des finances locales est en effet doté de la compétence décisionnelle de partager les différentes dotations votées au bénéfice des collectivités locales. Il ne saurait être confié une quelconque compétence analogue au comité des finances sociales ;

- son articulation avec la Commission des comptes de la sécurité sociale n'est pas assurée. En effet, il semble que la première version de l'amendement présenté par les députés prévoyait que le comité des finances sociales soit substitué à cette Commission. La rédaction transmise au Sénat superpose, pour sa part, le comité à la Commission, sans en rabattre pour autant sur les compétences du comité, qui conserve un rôle de suivi de l'évolution des comptes de tous les régimes, organismes et dispositifs de protection sociale rendus obligatoires par la loi ;

- il s'apparente enfin à un nouveau démembrement des compétences des commissions parlementaires permanentes en matière de contrôle. En effet, il appartient à la commission des Affaires sociales, au titre de la loi de financement, ou à la commission des Finances au titre du budget, d'assurer, au besoin par l'exercice de contrôles « *sur pièces et sur place* », l'effectivité de la compensation intégrale des exonérations de cotisations sociales.

En réalité, cette initiative apparaît certainement prématurée dans un contexte de réforme de grande ampleur de la sécurité sociale (création du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, hypothèse de la création d'une sixième branche de la sécurité sociale dédiée à la dépendance et au handicap, et perspective d'une réforme, au demeurant nécessaire, des lois organiques relatives aux lois de financement de la sécurité sociale).

En l'état donc, votre commission s'interroge sur la pertinence d'un dispositif qui témoigne néanmoins de l'attachement des parlementaires à ce que les relations financières entre l'État et la sécurité sociale soient totalement transparentes, au contraire du passé.

Aussi, estime-t-elle que, plutôt que de préconiser la suppression, en quelque sorte à titre conservatoire, du comité des finances sociales et bien que consciente de la nécessité de parfaire à l'avenir ce dispositif, elle proposera *a minima* quatre amendements permettant de mieux assurer la coordination de ce comité avec la Commission des comptes de la sécurité sociale :

- le premier supprime la compétence du comité des finances sociales en matière de suivi de l'évolution des comptes et de son étude dans un cadre pluriannuel, missions continuant à relever de la Commission des comptes ;

- le deuxième décale la date de remise du rapport du comité des finances sociales du 15 septembre au 30 septembre, afin qu'il puisse conduire ses travaux à partir des comptes servant à la préparation de la loi de financement. Ainsi, le comité disposera d'une quinzaine de jours pour prendre connaissance des comptes présentés par la Commission et élaborer son rapport, tout en laissant un délai identique à l'Assemblée nationale pour en prendre connaissance dans le cadre d'un projet de loi de financement de la sécurité sociale ;

- le troisième supprime la création d'un poste de secrétaire général propre au comité des finances sociales. Il semble en effet que le secrétaire général de la Commission des comptes, dont l'indépendance serait renforcée s'il était nommé sur proposition du Premier président de la Cour des comptes, pourrait sans difficulté assurer la cohérence des travaux des deux instances ;

- le dernier précise les conditions de consultation du comité des finances sociales sur les projets de textes législatifs ou réglementaires. La notion « *d'incidence importante* » étant par trop imprécise, il propose que le Comité soit saisi pour avis à l'initiative du Gouvernement ou des rapporteurs de la loi de financement.

Sous les réserves formulées ci-dessus, votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Article 2
(articles 2 et 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996)
**Remboursement par la CADES de la seconde moitié
de la dette 2000 du FOREC**

Objet : Cet article vise à faire rembourser, par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), la moitié de la dette due à la sécurité sociale au titre du déficit 2000 du FOREC.

I – Le dispositif proposé

• Historique de la dette due à la sécurité sociale au titre du FOREC

Le Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC) a pour mission de compenser, aux régimes de base de sécurité sociale, les pertes de cotisations liées aux mesures d'allégements structurels de cotisations patronales portant sur les bas salaires ou liées à la réduction du temps de travail.

Institué par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 (article 5 de la loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999, codifié aux articles L. 131-8 à L. 131-11 du code de la sécurité sociale), le FOREC ne fut, en réalité, véritablement constitué qu'à l'occasion de la publication du décret n° 2001-968 du 25 octobre 2001 qui en a fixé, avec près de deux ans de retard, les conditions d'organisation, de fonctionnement et de gestion.

Dans l'attente de la publication des textes réglementaires d'application et conformément aux dispositions transitoires de l'article 5 précité de la loi de financement pour 2000, les recettes fiscales affectées au FOREC pour l'année 2000 ont été versées à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS). En l'absence de création effective du FOREC, la répartition de ces recettes entre les différents régimes de sécurité sociale, au titre de la compensation des pertes de recettes résultant des exonérations de cotisations, a été effectuée par l'ACOSS sur la base d'une lettre du 22 février 2001 du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie et du ministre de l'emploi et de la solidarité (l'article 12 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 ayant, depuis, donné une base légale à cette instruction ministérielle).

Or, les recettes du FOREC pour l'année 2000 ne couvraient pas l'intégralité des exonérations de cotisations à sa charge. Conformément aux dispositions des articles L. 131-9 et L. 131-7 du code de la sécurité sociale,

cette dette, d'un montant total de 2,4 milliards d'euros, était due aux régimes de sécurité sociale concernés, non pas par le FOREC mais par l'État.

Le précédent gouvernement ayant annoncé, à l'occasion de la réunion de la Commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2001, que l'État n'avait pas l'intention d'honorer cette dette, l'article 12 précité de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 proposait :

- d'une part, de l'annuler purement et simplement ;
- d'autre part, d'imputer la perte correspondante des régimes de sécurité sociale sur leurs comptes de l'exercice 2000, ceux-ci étant « *modifiés pour tenir compte de cette annulation* ».

Saisi par le Sénat, le **Conseil constitutionnel a annulé cette disposition** (décision n° 2001-453 DC du 18 décembre 2001), considérant que l'annulation d'une créance sur l'État garantie par la loi et constituée à l'actif des bilans des régimes de sécurité sociale était contraire à « *l'exigence constitutionnelle qui s'attache à l'équilibre financier de la sécurité sociale, eu égard au montant de cette créance et à la situation financière de ces régimes* ».

En janvier 2002, et selon une procédure inhabituelle, Mme Elisabeth Guigou, alors ministre de l'emploi et de la solidarité, demanda à M. François Monier, secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale, d'actualiser les comptes prévisionnels de la sécurité sociale pour 2001. A cette occasion, celui-ci proposa de provisionner la dette due à la sécurité sociale dans les comptes 2001 des différents régimes concernés, ce qui fut fait en février 2002, à nouveau sur simple instruction épistolaire du ministre de l'économie, des finances et de l'industrie et du ministre de l'emploi et de la solidarité.

Cette provision diminua d'autant les résultats de la sécurité sociale pour 2001. Par une heureuse coïncidence, les recettes de l'exercice avaient été parallèlement révisées à la hausse dans le rapport de M. Monier en raison, d'une part, d'une croissance de la masse salariale plus forte que prévu, d'autre part, de la correction d'une importante erreur dans l'évaluation, en comptabilité de droits constatés, des produits (recettes) à recevoir au titre de l'exercice 2000.

• **Le premier remboursement en loi de financement de sécurité sociale pour 2003**

Décidé à rompre avec les pratiques contestables de son prédécesseur, l'actuel Gouvernement a annoncé son intention de rembourser à la sécurité sociale la dette qui lui est due au titre du déficit 2000 du FOREC. Toutefois, l'importance de la somme en jeu, 2,4 milliards d'euros, n'avait pas permis de réaliser un remboursement unique et immédiat.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 avait donc confié à la CADES, établissement public créé en 1996 pour apurer d'ici 2014 les dettes cumulées par la sécurité sociale, le soin de procéder à ce remboursement, selon les modalités suivantes :

- un versement de 1.097 millions d'euros à l'ACOSS, représentatif de la moitié de la dette due aux trois caisses nationales du régime général (CNAMTS, CNAF, CNAVTS) au titre du FOREC ;

- le remboursement de l'intégralité de la dette due au régime des salariés agricoles (171,5 millions d'euros), au régime d'assurance maladie des clercs et employés de notaires (10,5 millions d'euros), au régime de sécurité sociale des mines (2,1 millions d'euros) et au régime de sécurité sociale des marins (1,8 million d'euros).

• **Les dispositions du présent article**

Le **paragraphe I** de cet article insère un VI dans l'ordonnance du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, complétant les missions de la CADES, en mettant à sa charge le versement d'une somme de 1.097 millions d'euros. Ce versement est effectué au 1^{er} avril à l'ACOSS au bénéfice des trois caisses nationales du régime général (CNAMTS, CNAVTS et CNAF).

Le **paragraphe II** de cet article précise que cette somme est comptabilisée à l'ACOSS en déduction des montants inscrits en provision au 31 décembre 2001 pour les créances du régime général sur le FOREC au titre de la compensation des exonérations de cotisations sociales. Le versement est réparti entre les trois caisses au prorata de leurs créances respectives.

II – La position de votre commission

Cette disposition constitue la seconde étape d'un processus engagé l'an dernier et sur lequel votre commission avait alors formulé l'analyse suivante :

Votre commission constate avec satisfaction que la créance contractée au titre du FOREC va, enfin, être remboursée, du moins pour moitié, dans un premier temps.

Certes, le projet de loi opère, ce faisant, un prélèvement sur la CADES, mais l'objectif est louable : rembourser sa créance à la sécurité sociale alors que l'an dernier l'augmentation, décidée par le précédent gouvernement, du versement de la CADES à l'État n'avait pour objectif que de réduire, en affichage, le déficit budgétaire.

En outre, ce prélèvement ne compromet pas le remboursement de la dette sociale et n'allonge pas la perception de la CRDS.

Il reste que ce prélèvement semble, à votre commission, davantage marqué par la continuité que par le souhait de s'inscrire parmi les éléments salutaires de rupture.

Finalement, la CADES se trouve devoir rembourser la dette de l'État à l'égard de la sécurité sociale alors que sa mission initiale univoque devait être de rembourser la dette de la sécurité sociale.

Il y a là un glissement qui n'est pas sans danger quant à l'image de la CADES sur les marchés financiers, et qui constitue de surcroît, un pari sur l'évolution des recettes attendues de la CRDS dans les prochaines années, selon les hypothèses de croissance retenue.

Certes, le versement à la sécurité sociale que permet ce prélèvement améliore le résultat de l'exercice 2003, du moins en limite le déficit et, par conséquent, contient la progression d'une dette nouvelle de la sécurité sociale.

Il reste que, depuis la réouverture de la CADES en 1998, une nouvelle dette sociale se reconstitue, notamment à la CNAMTS.

Votre commission ne saurait bien entendu prôner une nouvelle réouverture de la CADES mais il observe qu'il faudra bien un jour traiter la question de l'endettement croissant de l'assurance maladie.

Il lui semble, à cet égard, prématuré de considérer que l'on puisse ponctionner aujourd'hui la CADES sans conséquence.

A cette analyse qui conserve toute sa pertinence, votre rapporteur qui a réalisé, au mois d'avril dernier, une mission de contrôle sur la CADES², ajoutera cette année deux observations :

- ce versement apure quasiment³ les dettes rattachables juridiquement au FOREC, mais n'épuise pas l'ensemble des créances dont justifient les organismes de sécurité sociale sur l'État au titre de la compensation des allègements et exonérations de cotisations. En effet, plus de 750 millions d'euros de créances sur l'État demeurent à ce jour non recouverts ;

- ce versement s'inscrit dans une période d'incertitude sur l'avenir de la CADES, à l'heure où s'est reconstituée une dette de grande ampleur de la sécurité sociale. Le montage initial de la CADES reposait sur une dualité : à moyen et long termes, l'amortissement de la dette au sein d'un établissement à durée de vie limitée (2008 puis 2014), à court terme le principe d'une fixation dans la loi d'un plafond d'avances de trésorerie pour la sécurité sociale. A la différence de l'État, il fut refusé que la sécurité sociale puisse participer à une fuite en avant budgétaire, en bénéficiant pour ce faire des services d'une caisse de refinancement permanente. Ce montage conserve-t-il sa pertinence, alors que la caisse fut l'objet de nombreuses ponctions étrangères à son objet au cours de la législature passée ?

Sous le bénéfice de ces remarques, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

² Alain Vasselle, « La CADES, nouvel enjeu des finances sociales ? » - Avril 2003.

³ Il semble en effet qu'il demeure dans le « champ FOREC 2000 » une créance impayée de 267.271,03 euros.

Article 3
(art. L. 131-8 à L. 131-11, L. 135-1, L. 137-1 et L. 137-6
du code de la sécurité sociale)
Suppression du FOREC

Objet : Cet article propose de supprimer l'établissement public intitulé Fonds de financement pour la réforme des cotisations sociales patronales (FOREC).

I – Le dispositif proposé

Le **paragraphe I** de cet article propose de supprimer le chapitre premier quater du titre III du livre premier du code de la sécurité sociale consacré au fonds de financement de la réforme des cotisations patronales (FOREC).

Les **paragraphes II, III et IV** abrogent par coordination les mentions faites du FOREC dans plusieurs articles du code de la sécurité sociale, notamment aux articles relatifs au fonds de solidarité vieillesse (FSV) et aux taxes sur la prévoyance et sur les véhicules à moteur, qui étaient dernièrement affectées à ce fonds.

Le **paragraphe V** prévoit la date d'entrée en vigueur de cette abrogation au 1^{er} janvier 2004.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Sur proposition du rapporteur de sa commission des Affaires culturelles, familiales et sociales et avec l'avis favorable du Gouvernement, l'Assemblée nationale a introduit un **paragraphe VI** conférant une base législative aux opérations de liquidation des droits et obligations du FOREC.

Ces opérations de liquidation sont confiées au directeur du FSV, fonds assurant présentement la gestion du FOREC.

Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale sont en tout point identiques à celles figurant dans la version du projet de loi adressée aux caisses de sécurité sociale et retirées, semble-t-il, à la demande du Conseil d'État en raison de leur caractère réglementaire.

Un décret simple aurait sans doute suffi à donner à ce service de liquidation une base légale, l'Assemblée nationale a choisi pour sa part de lui conférer une base législative.

III - La position de votre commission

L'appréciation de votre commission sur le principe de la suppression du FOREC et ses modalités sont précisées dans l'exposé général (cf. tome I). Elle souligne encore une fois que « cette sortie vertueuse » ne permet toutefois ni la restitution à la sécurité sociale des recettes qui lui ont été distraites pour alimenter le FOREC, ni même son indemnisation forfaitaire à ce titre.

Enfin, elle rappelle la nécessité que soient réglées trois difficultés que l'article ne prend pas ou prend imparfaitement en compte :

- la suppression du FOREC ne doit pas avoir pour objet de se traduire par un coût de trésorerie pour la sécurité sociale. En effet, le FOREC versait les sommes dues au titre de la compensation par décade.

Une périodicité de versement plus longue (un mois ?) pour un budget global supérieur à 18 milliards d'euros, aboutirait à un coût de trésorerie élevé pour la sécurité sociale et à un gain pour le budget général.

Elle propose donc d'encadrer par un amendement les dispositions de la convention régissant les relations financières État-sécurité sociale afin de s'assurer du maintien des conditions actuelles de versement par décade ;

- la liquidation du FOREC doit être réalisée par le FSV selon le principe des droits constatés. Les produits et les charges constatés en fin d'année seront rattachés au FOREC. Il convient donc de préciser la date du 1^{er} janvier 2004 qui n'exclut pas une période complémentaire pour inventaire ;

- la suppression du FOREC n'apure pas les dettes de l'État vis-à-vis de l'ACOSS au titre de la compensation des exonérations, celle-ci demeurant pour 2000 et 2001 de l'ordre de 750 millions d'euros. Aussi est-il légitime que la sécurité sociale reçoive le fonds de roulement du FOREC à sa disparition. A ce titre, votre rapporteur s'étonne de la divergence dans l'évaluation du solde cumulé du FOREC par l'annexe F du projet de loi de financement de la sécurité sociale (267 millions d'euros) et par le tome I du bleu budgétaire consacré aux « voies et moyens » (328 millions d'euros).

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Article additionnel avant l'article 4
Répartition des droits de consommation sur les tabacs

Objet : Cet article additionnel a pour objet d'assurer et prévoir la coordination de la loi de financement avec la loi de finances.

La loi de finances, en vertu des dispositions de l'article 36 de la loi organique relative aux lois de Finances, fait apparaître en loi de finances la répartition des recettes fiscales partagée entre l'État et la sécurité sociale.

L'article 24 du projet de loi de finances procède à une nouvelle affectation des droits de consommation sur les tabacs, précédemment prélevés au profit du FOREC, selon la répartition suivante :

- à hauteur de 22,27 % à la caisse nationale d'assurance-maladie ;
- à hauteur de 0,32 % au fond de cessation d'activité anticipée des travailleurs de l'amiante ;
- à hauteur de 50,16 % à la protection sociale des non-salariés agricoles (BAPSA).

En outre, il majore la taxe spécifique prélevée au profit du BAPSA de 0,74 % à 3,17 %.

Pour autant, cette répartition pose un certain nombre de difficultés :

- elle ne modifie pas la répartition dans le code de la sécurité sociale des pourcentages d'affectation des droits tabac à la CNAM, ni dans la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998, de financement de la sécurité sociale pour 1999, relative au FCAATA ;

- elle ignore le fait que les bases de ces droits sont votées dans le présent projet de loi et leurs produits enregistrés dans les prévisions de recettes. En conséquence, ces droits ne peuvent, dès lors que la loi de financement de la sécurité sociale est votée, faire l'objet d'une modification en loi de finances puisque celle-ci aurait pour effet de modifier les agrégats de recettes de la loi de financement. Or, l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale précise, pour sa part, que seule une loi de financement peut modifier une disposition relative aux catégories de prévisions de recettes.

En conséquence, votre commission vous propose d'inscrire « en miroir » la répartition des produits de la fiscalité du tabac affectés aux organismes de sécurité sociale entrant dans le champ de la loi de financement.

Article 4
(article 575 A du code général des impôts)
Majoration du droit de consommation sur les tabacs

Objet : Cet article tend à augmenter les droits de consommation sur les produits de tabac.

I - Le dispositif proposé

Les droits de consommation sur les tabacs portent sur les différents produits manufacturés fabriqués à partir du tabac (cigarettes, cigares, tabacs à rouler, autres tabacs à fumer, tabacs à priser et tabacs à mâcher).

La liquidation de ces droits est effectuée de la façon suivante :

- pour les cigarettes, le droit de consommation se décompose en deux parts établies à partir de la cigarette de la classe de prix la plus demandée (actuellement la Marlboro) : une part spécifique (montant forfaitaire par cigarette) et une part proportionnelle (fonction du prix de vente au détail) ;

- pour les autres tabacs, le montant du droit est proportionnel au prix de vente.

En outre, s'applique, sur certains produits, un minimum de perception destiné à éviter la mise sur le marché de produits à bas prix. Les droits de consommation sur les tabacs sont collectés par la DGDDI (direction générale des douanes et des droits indirects) auprès des fournisseurs, lors de leur mise à la consommation.

Le présent article augmente, tout à la fois, les minima de perception applicables pour les droits de consommation sur les tabacs visés aux articles 575 et suivants du code général des impôts, et le taux normal des produits issus du tabac, à l'exception des cigarettes.

Le **paragraphe I** de cet article propose, en effet, d'augmenter le taux normal du droit de consommation sur l'ensemble des produits issus du tabac, à l'exception des cigarettes, le taux normal appliqué à ces dernières ayant déjà fait l'objet de deux augmentations au cours de l'année 2003.

Taux normal du droit de consommation (en %)

Groupe de produits	Taux normal (en vigueur)	PLFSS 2004
Cigarettes	62,00	62,00
Cigares	20,00	25,00
Tabacs à rouler	51,69	56,00
Autres tabacs à fumer	47,43	49,85
Tabacs à priser	40,89	43,00
Tabacs à mâcher	28,16	29,60

Le **paragraphe II** de cet article propose une augmentation du minimum de perception perçu sur les cigarettes, celui-ci étant porté de 108 euros à 128 euros. Ce minimum assure que les droits de consommation ne puissent être inférieurs à un montant fixé pour mille unités (cigarettes, cigares) ou par mille grammes. Ainsi, l'augmentation de ces minima de perception incite les fabricants à augmenter leurs prix, sous peine de devoir payer un droit de consommation supérieur au profit fait sur un paquet de cigarettes, et de vendre ainsi, à perte.

Le **paragraphe III** majore également fortement les minima de perception pour les tabacs à rouler, les autres tabacs à fumer et pour les cigares.

Minima de perception (en euros)

Produits	Minima en vigueur	PLFSS 2004
Cigares	55	89
Tabacs à rouler	56	68
Tabacs à fumer	45	60

Le **paragraphe IV** précise que ces dispositions entreront en vigueur le 5 janvier 2004.

II - La position de votre commission

Votre rapporteur ne rappellera pas ici la teneur de l'analyse formulée sur la fiscalité du tabac dans le cadre du rapport fait au nom de la commission des Affaires sociales sur l'évolution des prélèvements obligatoires⁴.

⁴ Alain Vasselle : « Les prélèvements sociaux : quelles ressources pour quelle protection sociale ? » - n° 44 - 2003-2004.

Il se bornera à formuler quelques observations sur le dispositif proposé :

- l'augmentation de l'ensemble des taux normaux sur les tabacs autres que les cigarettes s'avère nécessaire pour éviter le phénomène de substitution qui semble avoir été constatée au cours des années 1990. La consommation du tabac sous forme de cigarettes ou de tabacs fumés étant également nuisible à la santé, il n'appartient pas aux pouvoirs publics d'avantager au moyen de la fiscalité une forme de consommation plutôt qu'une autre ;

- l'augmentation du minimum de perception sur les cigarettes proposée par le présent article est également nécessaire, au regard de l'évolution de la fiscalité proportionnelle, afin de maintenir le marché dans une fourchette de prix ciblée. En effet, une augmentation trop rapide de la fiscalité proportionnelle renchérit relativement le coût de la cigarette de référence et favorise les produits les moins chers qui sont, proportionnellement, moins affectés.

Par crainte d'une perte de parts de marché, les fabricants des cigarettes les plus chères diminuent leurs prix. Dans cette configuration de « guerre des prix » entre fabricants, la fiscalité est inopérante pour réduire la consommation. Aussi, après l'augmentation du taux normal intervenue au 1^{er} octobre, et afin de contenir l'écart entre le bas de marché et la cigarette de référence dans une fourchette de l'ordre de 50 centimes, l'augmentation du minimum de perception à 128 euros était un minimum.

- l'augmentation du minimum de perception sur les cigares apparaît toutefois moins bien calibrée, en raison d'une situation du marché du cigare différente. En augmentant le taux proportionnel de 20 % à 25 % (soit une hausse de 25 %) et en relevant le minimum de perception de 55 euros à 89 euros pour 1.000 cigares (soit + 62 %), le projet de loi renforce « l'écrasement » d'un marché déjà très resserré. Pour mémoire, le relèvement du minimum de perception à 55 euros en 2002 a fait qu'en 2003, les acheteurs de 85 % des cigares s'acquittent d'une fiscalité fixe de 55 euros.

Votre rapporteur l'a déjà évoquée dans le rapport susmentionné, la véritable difficulté est posée par l'augmentation de la taxe spécifique affectée au BAPSA, qui introduit un déséquilibre dans un marché déjà affecté par une augmentation de la fiscalité significative au cours des deux dernières années.

L'augmentation du taux normal et du minimum de perception sur les cigarettes constitue un ensemble cohérent afin de préserver la fourchette de prix ci-dessus évoquée. Cet ensemble demeurera articulé dès lors que les fabricants n'augmenteront pas leurs prix consécutivement à la hausse de la taxe BAPSA.

Décomposition du prix public avant et après hausse du BAPSA

	Au début 2003		Au 20/10/2003 (Hausse du droit de consommation)		Après le 01/01/04 sans compensation sur les prix publics		Après le 1/01/04 avec compensation sur les prix publics	
Cigarette la plus vendue en 20		3,9		4,6		4,6		5,70
Cigarette la plus vendue en 1000		195		230		230		285
Evolution du Pvp vs début 2003								46,2%
TVA	16,39%	31,95	16,39%	37,69		37,69		46,70
BAPSA	0,61%	1,20	0,6142%	1,41	2,569%	5,91	2,569%	7,32
Droit de consommation	58,99%	115,03	62,00%	142,60	62%	142,60	62%	176,70
Charge fiscale totale		148,18		181,70		186,20		230,72
Taux de spécifique et montant: 5% de la charge fiscale totale de la catégorie de prix la plus demandée	5%	7,4090	5,00%	9,0850		9,310		11,536
Taux proportionnel	55,19%	107,62	58,05%	133,52	57,95%	133,29	57,95%	165,16
Droit de consommation total calculé		115,0		142,60		142,60		176,70
Application du minimum de perception ou du droit calculé	106	115,0	108	142,60	128	142,60	128	176,70
Remise débiteurs	8%	15,6	8%	18,40		18,40		22,80
Part industrielle unitaire % part industrielle / Cigarette la plus vendue.		31,22		29,90		25,40		31,48
		16,0%		13,0%		11,05%		11,05%

En effet, et comme le souligne le tableau ci-dessus, il faudrait que le fabricant de la cigarette vendue augmente le prix du paquet de 4,60 euros à 5,70 euros pour neutraliser l'effet, sur sa marge, de la hausse de l'augmentation de la taxe affectée au BAPSA.

Même si votre rapporteur souhaite ardemment une augmentation de la fiscalité du tabac, il s'interroge, à bien des égards, sur la possibilité pour un marché d'absorber, sans donner lieu à de grands détournements de trafic, une telle hausse sur une période aussi brève.

Aussi, préconise-t-il pour sa part de simplifier cette fiscalité afin de ne laisser subsister que deux taxes : la TVA affectée à l'État et le droit de consommation affecté aux organismes de protection sociale. Il suggère également que l'augmentation de cette fiscalité s'inscrive dans un cadre

pluriannuel normé (inflation majorée d'un pourcentage), en même temps que soit engagée une négociation au niveau européen aboutissant à un meilleur encadrement des tarifs afin de prévenir et réprimer une concurrence fiscale de grande ampleur favorisant les flux de contrebande.

Sous le bénéfice de ces observations, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 4 bis (nouveau)
(art. 268 du code général des impôts)
**Minima de perception sur les tabacs
dans les départements d'outre-mer**

Objet : Cet article, introduit par l'Assemblée nationale, autorise les conseils généraux d'outre-mer à fixer un minimum de perception départemental.

I - Le dispositif proposé

Le conseil général de la Réunion perçoit une taxe sur la consommation des cigarettes, calculée à partir d'un taux fixé par délibération et sur la base du prix de vente déclaré en France métropolitaine de chacune des classes de cigarettes.

Or, il est apparu que certains industriels déclarent en France métropolitaine, à un prix faible, des classes de cigarettes qu'ils ne commercialisent pas sur le territoire métropolitain mais à la Réunion notamment et ce, à un prix réel nettement supérieur au prix précédemment déclaré, tout en restant inférieur au prix des autres classes.

Ainsi, les auteurs de cet amendement font valoir qu'en un an, ces classes de cigarettes ont acquis 12 % de parts du marché, tout en privant le conseil général du montant considérable des taxes qu'il aurait dû percevoir.

Cet article a donc pour objet de permettre aux conseils généraux d'outre-mer de fixer un minimum de perception pour leur département afin d'empêcher la vente de cigarettes, ce minimum de perception pouvant atteindre, sans le dépasser, le montant déterminé en vertu du taux du droit de consommation.

II - La position de votre commission

Votre commission constate, en premier lieu, que cet article n'a pas sa place en loi de financement de la sécurité sociale, car les recettes provenant de la fiscalité du tabac dans les départements d'outre-mer et en Corse sont affectées aux collectivités locales et non à la sécurité sociale. Il se trouverait sans doute mieux placé en loi de finances.

Toutefois, elle constate, d'une part, que la disposition adoptée à l'Assemblée nationale sur l'initiative de MM. Bertho Audifax et Yves Bur vise à restaurer en quelque sorte l'ordre public et à lutter contre des pratiques condamnables, d'autre part, qu'elle favorise l'augmentation des prix du tabac sur l'île de la Réunion, constituant en cela une mesure de santé publique essentielle pour l'île et pouvant justifier la tolérance en loi de financement de la sécurité sociale de ce dispositif.

En conséquence, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 4 ter (nouveau)
(art. 520 A du code général des impôts)
**Abrogation de l'augmentation du droit spécifique
applicable aux bières fortes**

Objet : Cet article, adopté par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, vise à abroger le droit spécifique applicable aux bières fortes.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Le droit spécifique visé à l'article 520 A du code général des impôts s'applique aux bières et à diverses boissons non alcoolisées (eaux minérales, boissons gazéifiées ou non ne renfermant pas plus de 1,2 % d'alcool). Ce droit est dû par les fabricants, les exploitants de sources et les importateurs. Il est liquidé lors du dépôt, auprès des services administratifs compétents, du relevé des quantités livrées au cours du mois précédent. Ce dépôt et le paiement du droit correspondant doivent intervenir avant le 25 de chaque mois.

La totalité du produit de ce droit spécifique était affectée au Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales (FOREC).

Le droit spécifique plus particulièrement applicable aux bières est actuellement établi comme suit :

- 1,30 euro par degré d'alcool pour les bières dont le titre alcoométrique n'excède pas 2,8 % du volume ;

- 2,60 euros par degré d'alcool pour les autres bières.

S'inspirant des dispositions prises les années précédentes pour limiter la consommation des « premix »⁵ par la jeunesse, l'Assemblée nationale lors de l'examen de la loi de financement pour 2003, avait cherché à atteindre le même objectif en ce qui concerne les bières « fortes », c'est-à-dire les bières dont le titre alcoométrique excède 8 % du volume.

A cette fin, la loi avait donc créé, à l'article 520 A du code général des impôts, un nouveau droit spécifique de 100 euros par degré alcoométrique pour les bières concernées.

Le présent article propose d'abroger cette contribution qui n'a jamais été appliqué.

II – La position de votre commission

Votre rapporteur rappellera la teneur de l'avis de la commission lors de l'examen du projet de loi de financement pour 2003 :

Votre commission adhère à la démarche de santé publique poursuivie par cet article. A cet égard, elle rappelle la diminution sensible de la consommation des « premix » dans la jeunesse, qui a résulté de l'augmentation des droits applicables à cette catégorie de boissons.

Elle émet en revanche des réserves sur la conformité de cette disposition, en sa forme actuelle, au regard, d'une part, du droit européen de la concurrence (les bières concernées étant toutes, dans les faits, des bières importées) et, d'autre part, de la réglementation européenne concernant les droits sur les alcools.

Elle estime donc nécessaire que le Gouvernement, lors du débat parlementaire, puisse améliorer le cadre juridique de cette disposition, à laquelle il a donné son accord et dont votre commission ne conteste pas, rappelons-le, le principe.

Mis en demeure par la Commission européenne d'écarter l'application de cet article contraire au droit de la concurrence, le Gouvernement a, dès le mois d'avril, annoncé son intention d'abroger cette disposition.

Votre commission, qui s'étonne néanmoins que cette disposition ne figure pas dans le projet de loi initial, ne peut que proposer d'adopter cet article sans modification.

⁵ *Mélanges d'alcools forts (whisky, vodka, rhum, gin...) avec des sodas ou des jus de fruits.*

Article 5
(art. L. 376-1 et L. 454-1 du code de la sécurité sociale
et art. L. 211-11 du code des assurances)

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

Objet : Cet article a pour objet de renforcer l'efficacité de la procédure de recours contre les tiers responsables d'accidents ou de dommages entraînant le versement de prestations sociales.

I - Le dispositif proposé

a) La procédure existante

L'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale prévoit que lorsque la lésion de l'assuré social ou de son ayant droit est causée par un tiers, il conserve contre cet auteur le droit de demander réparation du préjudice causé, dans la mesure où celui-ci n'est pas réparé au titre des assurances sociales.

L'assuré bénéficie en réalité d'une action prioritaire en ce qui concerne, selon la jurisprudence du Conseil d'État et de la Cour de cassation, les seules indemnités correspondant au préjudice esthétique, au préjudice de désagrément et, le cas échéant, au préjudice moral des ayants droit.

Pour leur part, les caisses bénéficient d'un droit d'action propre afin d'obtenir du tiers responsable de l'accident ou du dommage le remboursement des prestations servies à l'assuré victime. L'action en remboursement est recevable quel que soit le fondement de la responsabilité encourue, et s'exerce aussi bien au titre de la responsabilité contractuelle que de la responsabilité délictueuse.

L'action en remboursement n'est pas illimitée, les droits des caisses ne s'étendent qu'à la part d'indemnité payée au titre du préjudice matériel (soins, perte de salaire) et non à l'indemnisation perçue au titre du préjudice d'esthétique, moral ou de désagrément.

Le droit en recours des caisses de sécurité sociale est en réalité étendu :

- un partage de responsabilités entre le tiers et l'assuré ne lui est pas opposable ;

- un règlement amiable susceptible d'intervenir entre le tiers et l'assuré n'est opposable aux caisses que dans la mesure où celles-ci ont été invitées à y participer ;

- la jurisprudence a, en outre, admis le recours d'une caisse à l'encontre d'un membre de la famille de la victime, si celui-ci est réputé responsable de l'accident.

Ainsi, une caisse peut formuler un recours contre un assuré responsable d'un accident entraînant des soins à l'un de ses ayants droit : le cas typique de cette disposition concerne la recherche en responsabilité d'un parent dans un accident de la circulation ayant entraîné des blessures à son enfant.

En outre, une indemnité forfaitaire est mise à la charge des tiers responsables d'accident au titre des frais de gestion engagés par la caisse pour obtenir le remboursement des prestations versées aux victimes.

b) Les dispositions du présent article

Le **paragraphe I** de cet article modifie les articles L. 376-1 et L. 454-1 en imposant aux victimes une obligation d'information à l'égard des caisses afin de remédier à la sous-déclaration des accidents.

Il assortit cette obligation d'une pénalité (majoration de l'indemnité forfaitaire de 50 %) en cas de non-respect de cette obligation pour renforcer son efficacité.

Le **paragraphe II** de cet article modifie le code des assurances afin d'autoriser les caisses à présenter aux assureurs une créance provisionnelle imputable sur les prestations versées après avis d'une commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) ou d'une commission départementale de l'éducation spéciale (CDES) .

En effet, ce code prévoit à son article L. 211-11 que le défaut de production des créances dans un délai de quatre mois à compter de la demande émanant de l'assureur entraîne la déchéance des droits.

Or, les COTOREP et les CDES n'ont pas la possibilité de se prononcer dans le délai de quatre mois mentionné ci-dessus, au cours duquel les caisses doivent présenter leurs créances provisionnelles. Aussi, il est proposé d'ajuster la procédure afin d'éviter qu'un défaut de production des créances par les caisses ne conduise à la déchéance de leurs droits.

II – Les modifications adoptées par de l’Assemblée nationale

A l’initiative du rapporteur de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, l’Assemblée nationale a adopté deux amendements, dont le premier fut rectifié en séance, visant à :

- élargir les termes de l’accord conventionnel du 24 mai 1983 conclu entre les organismes de sécurité sociale et les assureurs. Cette convention, qui comporte quelques dispositions exorbitantes du droit commun, présente en outre l’inconvénient de se limiter aux accidents de la route. L’amendement de l’Assemblée nationale invite les caisses et les assureurs à conclure un nouvel accord et précise que la demande de la caisse s’exerce à titre amiable ;

- coordonner ces dispositions avec celles contenues dans l’ordonnance n° 9651 du 24 janvier 1996, détaillant les mesures du « plan Juppé » de sauvegarde de la sécurité sociale.

III – La position de votre commission

Les dispositions proposées dans le cadre de l’article 5 ne sont pas exclusives d’autres mesures figurant dans un plan global de refonte de la procédure « recours contre tiers », ce plan visant notamment à améliorer son rendement. D’après les informations communiquées à votre rapporteur par le Gouvernement, ce plan comporte quatre axes.

1. Remédier à la sous-déclaration des accidents auprès des caisses

Les actions principales sont les suivantes:

- Organisation de la transmission aux caisses des PV de police ou de gendarmerie établis lors d’accidents corporels, à l’instar de la transmission faite aux assureurs

- Amélioration de l’information faites par les établissements de santé aux caisses pour les admissions à l’hôpital qui font suite à un accident impliquant un tiers;

- Organisation par la CNAM d’une campagne de communication sur le recours contre tiers, ce qui permettra aux CPAM d’expliquer la portée du recours des caisses et l’intérêt des déclarations d’accidents par les assurés.

2. Faire évoluer le protocole du 24 mai 1983 relatif à la gestion des recours contre tiers (RCT) en cas d’accident de la circulation

Ce protocole établi entre les caisses d’assurance et maladie, qui fixe les règles d’évaluation des créances des caisses pour éviter les procès, doit être revu car il comporte des dispositions qui limitent la portée du recours contre tiers. Des négociations vont être lancées très rapidement entre les caisses nationales et les assureurs pour faire évoluer le protocole.

3. Introduire dans les COG un objectif ambitieux d'optimisation du recours contre tiers autour de la réorganisation des services concernés à l'échelon régional

Des indicateurs de suivi doivent être mis en place afin de situer l'action de chaque caisse. Ils seront intégrés à la COG. En outre, la réorganisation autour de pôles régionaux spécialisés est de nature à renforcer la compétence des intervenants dans les procédures de recours qui supposent une bonne connaissance des principes de responsabilité civile et de la réparation des dommages corporels

4. Réviser les barèmes relatifs à l'évaluation des créances des caisses

Les barèmes sont anciens et ont tendance à minorer la créance des caisses. Ils doivent être revus.

Source : Gouvernement

Les prévisions de recettes pour l'année 2004 intègrent un montant de recettes supplémentaires dues au titre de cette réforme à hauteur de 100 millions d'euros, c'est-à-dire peu ou prou une augmentation de 11 % des recettes dues au titre du recours contre tiers.

Votre commission, qui soutient cette réforme n'ayant d'autre portée que de réduire le nombre de cas où la sécurité sociale se substitue sans justification aux assureurs, constate néanmoins que la rédaction retenue à l'Assemblée nationale soulève plusieurs difficultés d'ordre rédactionnel.

Elle dispose en effet que *« la demande de la caisse vis-à-vis du tiers responsable s'exerce d'abord à titre amiable sans préjudice des décisions judiciaires rendues sur l'action de la victime »*.

Votre rapporteur proposera en conséquence un amendement tendant à réécrire cette phrase, dans une triple portée rédactionnelle :

- cette rédaction nouvelle remplace le terme *« d'abord »* par le terme *« en priorité »*, afin de ne pas conférer un caractère obligatoire préalable au règlement amiable ;

- elle remplace en outre le terme *« rendues »* par les termes *« à intervenir ou intervenues »*, l'action amiable étant souvent préalable à la décision de justice ;

- elle supprime la référence à *« l'action de la victime »*, trop restrictive, l'action pouvant être engagée par le ministère public notamment.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Article 6

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

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

Objet : Cet article a pour objet de corriger et de prévenir les conséquences d'une erreur de coordination entre les dispositions du code de la sécurité sociale et du code général des impôts pour le calcul des cotisations et contributions salariales des dirigeants de société.

I - Le dispositif proposé

Les travailleurs indépendants doivent s'acquitter, aux termes de l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale, de cotisations sociales calculées sur un revenu identique à celui servant de référence pour le calcul de leur impôt sur le revenu. Toutefois, certains abattements ou déductions dont ils bénéficient au titre de cet impôt ne sont pas applicables aux cotisations sociales, notamment l'abattement de 20 % appliqué aux revenus ressortant de la catégorie des traitements et salaires.

Or, l'article 14 de la loi de finances pour 1997 a supprimé le sixième alinéa de l'article 62 du code général des impôts qui énonçait, par un renvoi au *a* du 5 de son article 158, cette règle d'abattement de 20 % à laquelle se réfère pourtant encore l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale.

La règle d'abattement de 20 % pour le calcul de l'impôt sur le revenu n'est pas remise en cause et figure implicitement à l'article 62 du code général des impôts. Mais la rédaction du code de la sécurité sociale n'ayant pas été coordonnée, l'URSSAF de Paris a décidé de calculer les cotisations des gérants et associés de certaines sociétés en tenant compte de la règle de l'abattement.

En conséquence les demandes individuelles se sont multipliées, exploitant cette faille juridique qui introduit, de surcroît, une inégalité de situation entre les dirigeants des sociétés, les entrepreneurs individuels et les dirigeants de sociétés affiliés en qualité de salariés.

Le 1° du **paragraphe I** coordonne le code de la sécurité sociale et le code général des impôts, en supprimant, dans le premier, la référence au sixième alinéa de l'article 62 du second, désormais disparu. Le 3° du I renvoie explicitement à la référence du code général des impôts qui fixe la règle de l'abattement de 20 %. Le 2° du I coordonne les dispositions de l'article L. 131-6 avec celles de l'article 62 du projet de loi de finances pour 2004 qui précise les mesures d'exonérations fiscales prévues pour l'avènement des plans d'épargne individuelle pour la retraite (PEIR).

Le **paragraphe II** procède à une coordination identique pour les articles L. 136-3 et L. 136-4 du code de la sécurité sociale, fixant les règles relatives à la CSG sur les revenus professionnels des employeurs et indépendants.

Le **paragraphe III** précise que les dispositions de l'article entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2003.

II – Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

A l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté un amendement introduisant un paragraphe IV ayant pour objet de valider les décisions de recouvrement prises depuis le 1^{er} janvier 1999 sur le fondement de l'état du droit relatif à l'assiette des cotisations et contributions sociales antérieures à la loi de finances pour 1997, c'est-à-dire surmontant les conséquences financières de l'interprétation du droit faite par l'URSSAF de Paris.

Jean-François Mattei, ministre de la santé, a justifié cette mesure au motif « *qu'au moment de la rédaction de la loi de finances pour 1997 et en dépit des conséquences juridiques sur le code de la sécurité sociale de la modification du code général des impôts, le législateur n'avait nullement l'intention de modifier l'assiette sociale des travailleurs non salariés.* »

III - La position de votre commission

Les dispositions contenues par l'article 6 témoignent de la grande instabilité des règles relatives aux finances sociales et des difficultés de coordination entre les dispositions votées en lois de financement et les dispositions votées en lois de finances.

Les modifications prévues par les paragraphes I à III de cet article n'appellent pas de commentaire particulier. Il n'en est pas de même de la validation, procédure toujours contestable sur le principe, dans un état de droit. Néanmoins, votre commission rappelle que les associés gérants de société représentent près de 300.000 personnes, soit 16 % de la population totale des employeurs et travailleurs indépendants et que, sans la mesure proposée, la perte de recettes pour l'ensemble des régimes concernés est estimée à 340 millions d'euros par an, dans l'hypothèse où la totalité des associés gérants de société en demanderait le remboursement.

Aussi, afin que ne soient pas mis en difficulté les régimes de protection sociale des travailleurs indépendants, elle vous recommande d'adopter cet article modifié par un amendement de coordination.

Article 7

Exonération de cotisations sociales pour les jeunes entreprises innovantes

Objet : Cet article a pour objet de créer une exonération de cotisations sociales patronales au bénéfice des « jeunes entreprises innovantes » pour leurs salariés employés à des projets de recherche.

I - Le dispositif proposé

Le Gouvernement a proposé la mise en place d'un dispositif en faveur des « jeunes entreprises innovantes », ces dernières étant appelées, à ce titre, à bénéficier d'un statut spécifique dans le cadre d'un « plan innovation ».

En conséquence, cet article prévoit une exonération totale de cotisations patronales de sécurité sociale au bénéfice des employeurs de salariés particulièrement impliqués dans des tâches de recherche, dans la gestion de projets de recherche, ou encore dans des travaux juridiques relatifs à la protection industrielle et aux accords de technologie (le premier alinéa des **paragraphes I, II et III**). De même, sont admis au bénéfice de cette exonération, les mandataires sociaux qui participent à titre principal au projet de recherche-développement de l'entreprise (**paragraphe II**).

Le deuxième alinéa du **paragraphe I** précise les critères qu'une entreprise doit remplir afin d'être qualifiée de « jeune entreprise innovante ». Elle doit employer moins de 250 personnes et réaliser soit un chiffre d'affaires annuel inférieur à 40 millions d'euros, soit justifier d'un bilan inférieur à 27 millions d'euros. Cette entreprise doit, en outre, avoir été créée depuis moins de huit ans et ses dépenses de recherche et développement doivent représenter un minimum de 15 % de ses charges totales. Son capital doit être détenu aux trois-quarts par des personnes physiques, par d'autres « jeunes entreprises innovantes » ou, enfin, par des sociétés de capital-risque.

Devant le caractère précis de ces critères, justifiant la nécessité de connaître si, *a priori*, la situation d'une entreprise la rend éligible à ce dispositif, le **paragraphe IV** prévoit l'extension de la procédure de rescrit fiscal qui permet de rendre opposable à l'administration la réponse que celle-ci a pu, le cas échéant, formuler.

Le **paragraphe V** prévoit que le dispositif est applicable à une société jusqu'à la huitième année après sa création, sauf si celle-ci ne remplit plus les critères d'éligibilité au statut de « jeune entreprise innovante ».

Les **paragraphes VI et VII** prévoient, selon les dispositions d'usage, que l'éligibilité à l'exonération de cotisations prévue par le présent article est

exclusive de tout autre dispositif d'allégement ou d'exonération de cotisations sociales, et qu'elle est subordonnée à la condition que l'entreprise ait satisfait à ses obligations d'employeurs.

Le **paragraphe VIII** prévoit un décret d'application.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

À l'initiative du Gouvernement, avec l'avis favorable de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, l'Assemblée nationale a adopté un amendement de suppression de cet article, au motif qu'il semblait plus pertinent que ces dispositions figurent au sein du « plan Innovation » inscrit au projet de loi de finances pour 2004.

Votre commission vous propose de confirmer cette suppression.

Article 7 bis (nouveau)

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

Plafonnement de la contribution sociale de solidarité sur les sociétés pour les détaillants acheteurs fermes de carburants

Objet : Cet article a pour objet l'étendre aux détaillants de carburant le bénéfice du plafonnement de contribution sociale de solidarité sur les sociétés dont bénéficient les entreprises de négoce en gros de combustible.

I - Le dispositif proposé

À l'initiative de M. Bernard Depierre et du rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, le Gouvernement s'en remettant à sa sagesse, l'Assemblée nationale a adopté un article additionnel qui étend, aux commerçants de détail de carburants, le mécanisme de plafonnement de la contribution sociale de solidarité des sociétés en fonction de la marge, ce dispositif existant déjà au bénéfice des entreprises de négoce en gros de combustible.

II - La position de votre commission

Votre commission ne s'oppose pas à cette disposition qui réduit une distorsion de concurrence entre les entreprises de négoce en gros, notamment les établissements de grandes et moyennes distributions, et les détaillants. Elle note, en outre, que la rédaction du premier alinéa de l'article L. 651 3 du code de la sécurité sociale, relative aux modalités de calcul de la CSSS, prévoit que ce plafonnement n'est qu'une possibilité qui doit être aménagée par décret.

Aussi, votre commission vous propose-t-elle d'adopter cet article sous la réserve d'un amendement visant à en préciser le champ d'application.

Article 8

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

Objet : Cet article a pour objet d'ouvrir le bénéfice d'une exonération de cotisations et contributions sociales aux institutions de retraite supplémentaire (IRS) pour les versements effectués par les employeurs en contrepartie par ces dernières de la constitution de provisions.

I - Le dispositif proposé

En application de l'article 116 de la loi n° du 21 août 2003 portant réforme des retraites, les institutions de retraite supplémentaire (IRS) sont tenues soit de demander un agrément en vue de leur transformation en institutions de prévoyance, ou de leur fusion avec une de ces institutions, soit de se transformer en institutions de gestion de retraite supplémentaire.

Le VII de l'article 116 précité dispose qu'à «*titre exceptionnel, les contributions des employeurs versées pendant la période transitoire prévue à l'article L. 941-1 du code de la sécurité sociale sont exclues de l'assiette des cotisations et contributions sociales dans des conditions prévues par la plus prochaine loi de financement de la sécurité sociale*». Tel est l'objet du présent article.

Le premier alinéa prévoit en conséquence que, à titre exceptionnel et jusqu'en 2008, les cotisations et contributions sociales des employeurs versées à une institution de retraite supplémentaire peuvent faire l'objet d'une

exonération si celle-ci a pour objet exclusif, la constitution de provisions destinées à couvrir les engagements de retraite de l'institution.

Le deuxième alinéa limite le montant des contributions exonérées au niveau du complément nécessaire pour atteindre le minimum de provisions requises pour bénéficier d'un agrément en qualité d'institut de prévoyance.

Le troisième alinéa donne compétence aux URSSAF pour obtenir la communication des éléments nécessaires au calcul de l'exonération par la commission des assurances, des mutuelles et des institutions de prévoyance.

Le dernier alinéa prévoit, enfin, que l'éligibilité de ce dispositif pour une institution est soumise à la réception d'un accusé de réception, par la commission susmentionnée, d'une note technique comprenant, au terme du IV de l'article 116 précité, les informations suivantes :

- le montant des engagements financiers contractés par le régime ;
- le mode de calcul de ces engagements ;
- les modalités de constitution des provisions nécessaires à la couverture de ces engagements ;
- un état relatif à l'exercice clos, comprenant les provisions constituées par l'institution, ses placements ainsi que, le cas échéant, les provisions inscrites au passif du bilan de la ou des entreprises adhérentes à l'institution.

II – Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté quatre amendements à cet article.

À l'initiative du rapporteur pour avis de la commission des finances, elle a adopté un amendement précisant la date de constatation des engagements des IRS, en le fixant non plus à la date de publication du présent projet mais au 31 décembre 2003, date exacte de clôture des comptes de l'exercice. Cet amendement substitue en outre la notion d'engagements « évalués » à celle d'engagements « constitués », ces régimes de retraite étant dans leur majorité des régimes sans droits acquis et dont le bénéfice est conditionné à l'achèvement de la carrière dans l'entreprise.

A l'initiative du rapporteur pour avis de la commission des finances, elle a adopté un amendement précisant la nature de l'avantage consenti aux versements des employeurs, ce dernier étant une « exonération », et non un simple « droit ».

À l'initiative du rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, avec l'avis favorable du Gouvernement, elle a adopté un amendement précisant par un renvoi aux articles L. 941-1, et L. 941-2 (constitution des provisions des IRS), les conditions de plafonnement du montant des contributions exonérées.

Enfin à l'initiative du même rapporteur, elle a rendu obligatoire la communication aux URSSAF des éléments nécessaires à la détermination du montant de l'exclusion de l'assiette sociale.

Votre commission, qui se félicite de voir favorisée la consolidation financière des régimes supplémentaires retraite ainsi qu'il en était convenu lors de la loi portant réforme des retraites, **vous propose d'adopter cet article sans modification.**

Article 9

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

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

Objet : *Cet article a pour objet de redéfinir l'assiette et les taux de la contribution due par les laboratoires pharmaceutiques au titre de leurs dépenses de promotion et d'information à l'intention des professions médicales.*

I - Le dispositif proposé

Après la réforme intervenue en loi de financement de la sécurité sociale pour 2003, cet article propose de modifier à nouveau l'assiette et le taux de la contribution due par les laboratoires pharmaceutiques au titre de leurs dépenses de promotion des médicaments auprès des praticiens.

a) Le dispositif en vigueur : la réforme prévue en loi de financement pour 2003

Cette contribution, instituée en 1983 et recouvrée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), qui en verse le produit à la CNAMTS et au Fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique, a pour finalité d'inciter les laboratoires pharmaceutiques à limiter leurs actions de promotion.

Le dispositif antérieur à 2003 se caractérisait avant tout par une grande complexité car les éléments d'assiette énumérés dans le code de la sécurité sociale (L. 245-2 et R. 245-1) n'avaient pas un caractère exhaustif. Lors du contrôle de l'assiette, chaque inspecteur était donc amené à apprécier l'intégration de certains éléments d'assiette. Ces incertitudes créaient une grande lourdeur des procédures et généraient un contentieux abondant (cf. article 9 bis du présent projet de loi).

En conséquence de la réforme prévue par la loi de financement pour 2003, étaient désormais seuls pris en compte pour le calcul de la taxe :

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

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

- les achats d'espaces publicitaires mentionnant un médicament remboursable.

Une telle précision de la définition devrait permettre de « pacifier » les relations entre les laboratoires pharmaceutiques et l'organisme collecteur de la taxe, l'ACOSS, cette définition restrictive permettant aussi d'exclure de l'assiette, des dépenses qui n'ont pas d'incidence directe sur les prescriptions, comme les frais de colloques scientifiques et les dépenses liées aux éventuelles études post-AMM (autorisations de mise sur le marché)

Les abattements sur l'assiette antérieurement prévus par la loi furent reconduits dans leur principe, mais avec des montants modifiés:

- un abattement général, comportant une part forfaitaire (500.000 euros), qui avantageait les petits laboratoires, et une part proportionnelle (3 % des dépenses salariales exposées pour la promotion des médicaments), qui prenait en compte l'activité de pharmacovigilance des visiteurs médicaux;

- un abattement en faveur des médicaments génériques, étendu à toutes les spécialités pharmaceutiques auxquelles s'appliquait un tarif de responsabilité (pour 30 % au lieu de 40 % du chiffre d'affaires réalisé à ce titre) ;

- un abattement en faveur des médicaments orphelins (pour 30 % au lieu de 40 % du chiffre d'affaires réalisé à ce titre).

Le taux de la contribution due par chaque entreprise demeurait calculé selon un barème comprenant quatre tranches qui étaient fonction du rapport entre, d'une part, l'assiette et, d'autre part, le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France.

Les taux de la contribution due pour chaque tranche ont été augmentés mais tous les seuils de passage d'une tranche à l'autre du barème ont été diminués d'un tiers. Le Gouvernement ayant souhaité maintenir constant le rendement de cette contribution, il a calculé de nouveaux montants d'abattements et un nouveau barème pour compenser la réduction, estimé par lui à 25 % de l'assiette.

Pour apprécier le seuil de 15 millions d'euros en dessous duquel un laboratoire n'est pas redevable de la taxe, il était toujours fait référence au chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours du dernier exercice clos (reprise de l'article R. 245-2 du code de la sécurité sociale), mais il a également été prévu une nouvelle exception à cette exonération: le seuil doit désormais être appliqué globalement si un laboratoire possède au moins la moitié du capital d'un ou plusieurs autres laboratoires.

b) La réforme de la réforme : le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004

En raison du rythme rapide de l'augmentation des dépenses de médicament (près de 20 % entre 1997 et 2001), le Gouvernement propose par le présent article de redéfinir les règles de taxations des dépenses de promotion sur les médicaments, la promotion étant soupçonnée de remplir un rôle non négligeable dans la surprescription et la surconsommation de médicament.

Le présent article met en œuvre cette proposition de réforme.

Le **paragraphe I** du présent article vise à exclure les médicaments sous tarifs forfaitaires de responsabilité de l'abattement concédé au titre des médicaments génériques, inclusion qui avait été prévue par la réforme de 2003.

Le **paragraphe II** détermine un nouveau barème de taxation, n'étant plus fondé sur le rapport entre les dépenses de promotion et le chiffre d'affaires, mais sur les seules dépenses de promotion. Cette nouvelle assiette définie, des taux progressifs sont instaurés (la réforme de 2003 n'avait modifié que les taux).

Le **paragraphe III** précise les conditions d'application du seuil de chiffre d'affaires en deçà duquel le laboratoire n'est pas redevable de cette taxe. Celui-ci demeure inchangé (15 millions d'euros), mais il ne concerne plus que le chiffre hors taxe réalisé sur les spécialités disposant d'une autorisation de mise sur le marché ou faisant l'objet d'un enregistrement et

inscrits sur la liste des médicaments remboursables. Dans le même temps, les règles de consolidation entre chiffre d'affaires de filiales et maison mère sont adaptées pour prendre en compte cette modification du dispositif. Cette évolution de l'exonération permet de calibrer la taxe sur sa cible première : les médicaments faisant l'objet d'un remboursement.

Le **paragraphe IV** prévoit les conditions d'entrée en vigueur de cette réforme.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a profondément modifié la réforme proposée par le présent article qui se trouve, dès lors, atteinte dans ses fondements.

- Un amendement adopté à l'initiative du rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales procède à une réécriture du paragraphe II qui maintient le principe de l'assiette antérieure (rapport entre dépenses de promotion et chiffre d'affaire) tout en modifiant à la marge le dispositif des taux et la règle de l'abattement forfaitaire.

L'abattement forfaitaire est porté de 500.000 euros à 1,5 millions d'euros afin de compenser aux petits laboratoires, favorisés par une taxation sur les seules dépenses et non sur le rapport dépenses/chiffre d'affaires⁶, le coût du maintien de l'assiette en vigueur.

Pour rééquilibrer la perte de recettes occasionnée par l'ajournement de la réforme de l'assiette, la première tranche de taxation est abaissée de 2,5 points à 7,5 %. Cet élargissement est significatif car la plupart des entreprises se situent dans la première tranche. L'abaissement du taux devrait donc assujettir un grand nombre d'entre eux, auparavant demeurés intouchés.

En outre, l'Assemblée nationale a élargi la deuxième tranche dont le taux de taxation est plus élevé.

⁶ En effet, plus le chiffre d'affaire est important, plus le rapport peut être minoré par un ciblage des dépenses de promotion sur certaines spécialités.

LFSS 2003		PLFSS 2004		PLFSS 2004 après Assemblée nationale	
Rapport R entre l'assiette et le chiffre d'affaires	Taux de la contribution par tranche	Part P de l'assiette	Taux de la contribution par tranche	Rapport R entre l'assiette et le chiffre d'affaires	Taux de la contribution par tranche
R < 10 %	13 %	P < 2,5 M€	17 %	R < 7,5 %	15 %
10 % < R < 12 %	19 %	2,5 M€ < P < 6 M€	20 %	7,5 % < R < 12 %	19 %
12 % < R < 14 %	27 %	6 M€ < P < 18 M€	24 %	12 % < R < 14 %	27 %
R > 14 %	32 %	P > 18 M€	28 %	R > 14 %	32 %

- Par ailleurs, afin de boucler la compensation, en 2004, du coût de l'abandon de la réforme, elle a adopté un amendement (paragraphe V nouveau) prévoyant une contribution exceptionnelle assise sur le chiffre d'affaire hors taxe des entreprises pour les seuls médicaments remboursables, en excluant les génériques (mais, semble-t-il, n'excluant pas les médicaments soumis au tarif forfaitaire de responsabilité).

Cette contribution exceptionnelle, qui pourrait rapporter 100 millions d'euros, fait l'objet d'un acompte au 15 avril 2004, le solde étant versé le 15 avril 2005.

- Toujours à l'initiative du rapporteur de sa commission des affaires culturelles, familiales et sociales, elle a adopté trois amendements à caractère rédactionnel ou de coordination.

III – La position de votre commission

Votre commission prend acte de l'ajournement de la réforme de la taxe de promotion sur les spécialités pharmaceutiques par l'Assemblée nationale. Cette réforme intervenait, en effet, tout juste un an après une première réforme. Elle note avec attention les réserves formulées par le Gouvernement à cette occasion. En effet, lors du débat, M. Jean-François Mattei ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, a précisé « *que, même si l'amendement (supprimant la réforme de l'assiette de la taxe) était adopté, il ne renoncerait pas pour autant à réguler la promotion du médicament et à remettre le sujet en discussion ultérieurement. Il n'est pas question de lâcher quoi que ce soit en ce domaine* ».

Votre commission, sous la réserve de précisions pouvant être ultérieurement apportées par le Gouvernement sur certains aspects du dispositif adopté par l'Assemblée nationale, vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 9 bis (nouveau)
**Validation des actions de recouvrement de la taxe
sur la promotion de spécialités pharmaceutiques**

Objet : Cet article a pour objet de valider les actions de recouvrement de la taxe sur la promotion de spécialités pharmaceutiques lorsque celle-ci est due au titre de frais engagés pour des actions de promotion auprès de non-prescripteurs.

I - Le dispositif proposé

Depuis le 1^{er} janvier 1995, les textes en vigueur laissaient supposer que l'on pouvait inclure, dans l'assiette de la contribution des laboratoires pharmaceutiques sur les dépenses de prospection et d'information (prévue à l'article L. 245-1 du code de la sécurité sociale), les frais engagés à l'hôpital lors de visites médicales auprès de non-prescripteurs, les pharmaciens notamment.

Cette lecture des textes avait d'ailleurs été confirmée par l'instruction ministérielle du 3 avril 2001, mais par une décision en date du 2 avril 2003, le Conseil d'État a annulé le **paragraphe I** de cette instruction, en tant qu'il incluait, dans l'assiette de la taxe, les frais de visite auprès des personnes employées par des établissements de santé, des établissements de cure ou de prévention et des dispensaires qui ne sont pas des prescripteurs (cf. société Roche contre ministère de l'emploi et de la solidarité).

Le présent article vise à valider les actions de recouvrement et de contrôle opérées par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale depuis 1995, et qui pourraient être remises en cause pour ce motif d'illégalité.

Votre commission constate que cette validation a pour effet de sécuriser des recettes s'élevant à environ 125 millions d'euros. Elle constate, en outre, que la loi de financement pour 2003 a prévu une réforme de l'assiette intégrant la prise en compte des visites auprès des non prescripteurs.

II – La position de votre commission

Votre commission vous propose, sous le bénéfice de ces informations, d'adopter cet article sans modification.

Article 10

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

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

Objet: *Cet article a pour objet de créer une contribution sur les dépenses de promotion des dispositifs médicaux faisant l'objet d'un remboursement par la sécurité sociale.*

I - Le dispositif proposé

Seules les dépenses engagées par les laboratoires pharmaceutiques pour promouvoir leurs spécialités médicales remboursables ou agréées font l'objet d'une contribution assise et liquidée dans les conditions prévues par l'article 9 du présent projet de loi. En raison de l'évolution rapide du coût de certains dispositifs médicaux, le Gouvernement propose l'instauration d'une contribution sur les produits à usages médicaux remboursés, autres que les médicaments.

Aussi, le **paragraphe I** du présent article vise à insérer, au sein du chapitre 5 du titre IV du code de la sécurité sociale, une section nouvelle comprenant six articles qui crée une contribution à la charge des fabricants et des distributeurs des produits de santé mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

L'article L. 245-5-1 nouveau pose le principe d'une contribution sur la fabrication, l'importation ou la distribution des produits inscrits sur la liste prévue à l'article susmentionné.

Liste des produits prévus à l'article L 165-1 du code de la sécurité sociale :

I - Dispositifs médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie, aliments diététiques et articles pour pansements ;

II - Les orthèses et prothèses externes ;

III - Les dispositifs médicaux implantables, implants issus de dérivés d'origine humaine ou en comportant et greffons tissulaires d'origine humaine.

IV - Les véhicules pour handicapés physiques (VHP), fauteuils roulants.

L'article L. 245-5- 2 (nouveau) en précise l'assiette qui est identique à celle retenue pour la contribution sur les dépenses de promotion des laboratoires pharmaceutiques (cf. article 9 du présent projet). Toutefois, il est procédé sur cette assiette un abattement forfaitaire spécifique de 100.000 euros. Le taux de taxation est unique, fixé à 10 %.

L'article L. 245-5-3 (nouveau) prévoit une exonération pour les entreprises dont le chiffre d'affaire sur ces produits est inférieur à 763.000 euros.

Les articles L. 245-5-4 et L. 245-5-5 (nouveaux) précisent le caractère non déductible de la taxe et les modalités de son recouvrement, confiées à l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).

Le **paragraphe II** de cet article procède à la coordination avec l'article L. 138-20 relatif aux contributions recouvrées directement par l'ACOSS.

Le **paragraphe III** prévoit une entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Sur proposition du rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, l'Assemblée nationale a adopté une série d'amendements visant à restreindre considérablement le champ d'application de la nouvelle contribution.

Un premier amendement réduit l'assiette de cette taxe aux seuls produits figurant au titre premier de la liste précédemment citée c'est-à-dire « *les dispositifs médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie, aliments diététiques et articles pour pansements* ». Sont désormais exclues les autres catégories de produits dont notamment la lunetterie ou les prothèses.

Un deuxième amendement réduit le taux de la taxe de 10 % à 5 %, au motif, selon l'auteur de l'amendement, qu'un taux réduit à 5 % permettra d'atteindre néanmoins, du fait d'une sous-estimation initiale de l'assiette, les 20 millions d'euros escomptés au titre de cette recette.

Un troisième amendement a significativement élargi les conditions d'exonération de cette contribution, décuplant le seuil de 763.000 euros à 7,5 millions d'euros.

L'Assemblée nationale a en outre adopté quatre amendements de précision quant aux modalités d'exigibilité et de recouvrement de la taxe.

III - La position de votre commission

Votre commission prend acte de la proposition formulée par le Gouvernement d'introduire une contribution à la charge des fabricants et des distributeurs de dispositifs médicaux. Toutefois, elle constate avec l'Assemblée nationale que la justification d'une taxation des dépenses de promotion sur ces dispositifs ne saurait être assimilable à celle légitimant les dépenses de promotion de médicaments. Aussi, se félicite-t-elle que cette contribution ait été limitée aux seuls dispositifs du I de la liste prévue par l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale et **vous propose d'adopter cet article sans modification.**

Article 11

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

Individualisation de la contribution sur les ventes en gros de médicaments

Objet: Cet article a pour objet de modifier l'assiette et les taux de la contribution mise à la charge des grossistes en médicaments.

I - Le dispositif proposé

Instituée en 1991 pour permettre à l'État de réguler financièrement la distribution des médicaments, la contribution sur les ventes dues par les grossistes-répartiteurs et les laboratoires est assise sur le chiffre d'affaires de ces établissements.

Actuellement le taux de la contribution dépend de la croissance globale du secteur : il existe six tranches d'imposition selon la croissance constatée du chiffre d'affaires entre le trimestre considéré et le trimestre de l'année précédente (la base de référence est le trimestre n-1). Le taux s'applique de manière uniforme à l'ensemble des grossistes, quelle que soit l'évolution de leur chiffre d'affaires propres.

Paradoxalement, cette contribution favorise donc les entreprises dont la croissance du chiffre d'affaires est la plus importante, proportionnellement moins pénalisées que celles dont la croissance du chiffre d'affaires est la plus faible.

Aussi le **paragraphe I** de cet article propose une modification de l'article L. 138-2 du code de la sécurité sociale redéfinissant l'assiette de cette contribution. Cette nouvelle assiette sera constituée de deux parts, la première composée du chiffre d'affaires hors taxes de l'année et taxée à 1,7 %, la seconde par la différence entre ce chiffre d'affaires et celui réalisé l'année précédente, taxée à 5,5 %.

Toutefois, si le chiffre d'affaires présente une diminution, le grossiste bénéficie en quelque sorte d'une ristourne, c'est-à-dire qu'il lui est possible d'imputer 5,5 % de la diminution du chiffre d'affaires sur le montant dû au titre de la première part.

En outre, le présent article prévoit une « clause de sauvegarde » contenant le montant de la contribution entre un plancher de 1,4 % et un plafond de 4 % du chiffre d'affaires.

Cette redéfinition de l'assiette et des taux de la contribution permet de rendre le calcul de la contribution demandée aux grossistes-répartiteurs plus équitable. Elle permet en outre de mieux cibler la taxation sur les entreprises dont la croissance du chiffre d'affaires est la plus importante. En outre, par un calcul sur des bases annuelles et non plus trimestrielles, de surcroît encadrées par un plancher et un plafond, elle corrige les variations irrégulières des montants mis en recouvrement.

Les **paragraphes II** et **III** précisent les modalités de recouvrement (direct par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale) et d'entrée en vigueur de la taxe.

Le **paragraphe IV** procède à des coordinations en abrogeant plusieurs articles du code de la sécurité sociale concernant les contributions recouvrées directement par l'ACOSS.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

A l'initiative du rapporteur de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, l'Assemblée nationale a adopté quatre amendements modifiant substantiellement l'économie de la réforme proposée.

Elle a tout d'abord exclu de l'assiette de la taxe la part relative à la vente supérieure à 150 euros, afin de ne pas majorer le prélèvement opéré sur les spécialités coûteuses (I A nouveau).

Elle a ensuite revu les barèmes des taux afin de réduire les écarts entre part fixe et part proportionnelle, et en abaissant le plafond.

	PLFSS 2004	PLFSS 2004 après vote de l'Assemblée nationale
Part I	1,7 %	1,90 %
Part II	5,5 %	2,25 %
plancher	1,4 %	1,40 %
plafond	4,0 %	2,70 %

Elle a par ailleurs substitué à la procédure de versement trimestriel un versement annuel opéré en deux fois, par provision versée au 1^{er} septembre (80 % du chiffre d'affaires de l'année civile précédente), la régularisation intervenant au 31 mars de l'année suivante.

Puis, *in fine*, elle a adopté un amendement de précision procédant à la réécriture du IV de cet article (contributions recouvrées par l'ACOSS).

III - La position de votre commission

Votre commission constate, comme à l'article 9, que l'Assemblée nationale a remis en cause la nature de la réforme proposée par le Gouvernement. En effet, elle a singulièrement réduit la seconde part de l'assiette qui frappe les grossistes dont l'évolution du chiffre d'affaires est la plus importante, à la fois à la hausse comme à la baisse (puisque la diminution du chiffre d'affaires est imputable sur la première part). En outre, l'abaissement du plafond du montant prélevé (divisé par deux) permet de limiter le prélèvement sur les chiffres d'affaires les plus considérables.

Alors que le dispositif devait permettre de taxer davantage les grossistes dont la croissance des chiffres d'affaires reste la plus importante, cette taxation restera finalement relativement moins différenciée. Quelque part, cette situation nourrit l'impression « qu'il faut que tout change pour que tout reste pareil ».

En revanche, la présente rédaction maintient le principe d'une taxation individualisée en fonction des chiffres d'affaires de chaque entreprise, acquis essentiel proposé par cet article.

Aussi votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 12

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

Objet : Le présent article fixe à 3 % le taux de progression du chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques au-delà duquel est prélevée une contribution sur le chiffre d'affaires.

I – Le dispositif proposé

L'article 31 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a institué une contribution en cas de dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), due par les laboratoires pharmaceutiques n'ayant pas passé de convention avec le comité économique des produits de santé.

Ceux-ci sont en effet assujettis à une contribution lorsque le taux de progression de leur chiffre d'affaires hors taxe, réalisé en France sur les médicaments remboursables, excède celui de l'ONDAM, dénommé taux K pour le calcul de la contribution.

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

- si le dépassement est de moins de 0,5 %, la contribution due est égale à 50 % du dépassement ;

- s'il est compris entre 0,5 % et 1 %, elle est de 60 % du dépassement ;

- s'il est supérieur à 1 %, elle est de 70 %.

Les entreprises ayant passé une convention avec le comité économique des produits de santé sont exonérées du paiement de cette contribution, à condition que cette convention :

- fixe le prix de tous les produits de la gamme de l'entreprise ;

- comporte des engagements de l'entreprise portant sur le chiffre d'affaires de chacun des produits dont le non-respect entraîne, soit un ajustement des prix, soit le versement d'une remise.

Après que les pharmaciens d'officines ont conclu avec l'État, en 1998, deux protocoles d'accord, un accord sectoriel a été signé le 9 juillet 1999 entre le comité économique du médicament⁷ et le syndicat national de l'industrie pharmaceutique. Il a vocation à couvrir la période 1999-2002.

De fait, cette contribution rapporte très peu (moins de 500.000 euros).

Pour autant, la détermination du taux K est importante car elle fixe le cadre de la négociation des remises conventionnelles entre le comité économique des produits de santé et l'industrie pharmaceutique.

La régulation conventionnelle, instituée par l'accord sectoriel, vise en effet à substituer aux mécanismes de taxation « de sauvegarde » organisés par la loi, et dans les conditions que celle-ci prévoit, un système de remises quantitatives de fin d'année produisant des résultats financièrement équivalents pour la sécurité sociale, mais d'une manière plus adaptée à la différenciation des besoins de santé selon les catégories de médicaments et à la libre concurrence entre les entreprises. En conséquence du taux fixé pour 2003, les laboratoires conventionnés verseront 200 millions d'euros environ à la branche maladie.

Pour les laboratoires exonérés de la clause de sauvegarde, le mécanisme de remise mis en place a conduit de fait à récupérer, en termes bruts, l'équivalent de ce qu'aurait rapporté la clause de sauvegarde si elle s'était appliquée à tous les laboratoires.

Le présent article fixe le taux K à 3 % en 2004, soit un recul de 1 % par rapport à 2003.

II – La position de votre commission

Lors de l'examen des lois de financement de la sécurité sociale antérieures à 2003, votre commission s'était opposée aux taux « K » retenus par le Gouvernement. Avec 2,6 % au titre de 1999, pour la contribution versée en 2000, 2 % au titre de 2000, 3 % au titre de 2001 et de nouveau 3 % au titre de 2002, elle avait jugé ces choix peu réalistes et déconnectés de l'évolution réelle du marché du médicament. Elle s'était en conséquence félicitée du choix effectué en 2003 d'un taux de 4 %, jugé très raisonnable, fixé en rapport avec l'objectif crédible de l'ONDAM.

⁷ Devenu depuis le comité économique des produits de santé.

La proposition formulée par le projet de loi de rabaisser de un point le taux K apparaît de ce fait comme une volonté de « contraindre » une évolution des dépenses de médicaments encore trop rapide. A ce titre, ce taux s'inscrit dans une baisse de progression de l'ONDAM affiché (- 25 %) par rapport à l'ONDAM prévisionnel initial pour 2003. La variation proposée du K ne fait que suivre proportionnellement cette évolution

**Évolution respective des progressions de l'ONDAM et du K
en projets de loi de financement de la sécurité sociale 2003 et 2004.**

	PLFSS pour 2003	PLFSS pour 2004	Variation en %
ONDAM	5,3	4	- 25%
K	4	3	- 25%

La diminution du K de un point pourrait entraîner un surcroît de recettes supplémentaires de 100 millions d'euros pour l'assurance maladie.

Sous le bénéfice de ces observations, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 13

Fixation des prévisions de recettes pour 2004

Objet : Cet article détermine, par catégorie, les prévisions de recettes pour 2004 de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des organismes créés pour concourir à leur financement.

I – Le dispositif proposé

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

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

Dans le projet de loi initial, et avant prise en compte des modifications adoptées par l'Assemblée nationale en première lecture (cf. II ci-dessous), ces prévisions de recettes pour 2004 s'établissent comme suit :

Agrégats de recettes

(en millions d'euros)

	2001	2002	%	2003	%	2004	%
Agrégat cotisations effectives	171.457	178 394	4	184 966	3,7	206 823	11,8
Cotisations sociales effectives	168.452	175.581	4,2	182.451	3,9	187.338	2,7
Cotisations des actifs	168.793	175.368	3,9	181.181	3,3	186.038	2,7
Cotisations des inactifs	613	603	-1,6	636	5,5	654	2,8
Autres cotisations	607	638	5,1	674	5,6	702	4,2
Majorations et pénalités	625	610	-2,4	630	3,3	643	2,1
Reprises nettes de provisions	-6	95		1.065		1.034	
Pertes sur créances irrécouvrables	-2.180	-1.733	-20,5	-1.735	0,1	-1.733	-0,1
Cotisations à la charge de la Sécurité sociale	0	0		0		0	
Cotisations prises en charge par l'État	3.005	2.813	-6,4	2.515	-10,6	19.485	674,8
Cotisations fictives d'employeur	30.148	29.414	-2,4	29.911	1,7	31.393	5,0
Contributions publiques	10.961	10.968	0,1	11.651	6,2	12.007	3,1
Impôts et taxes affectés	88.545	88.987	0,5	90.879	2,1	80.677	-11,2
Transferts reçus	140	239	70,7	230	-3,8	109	-52,6
Revenus des capitaux	743	823	10,7	946	15,0	997	5,4
Autres ressources	5.717	7.491	31,0	4.345	-42,0	4.063	-6,5
Total des produits	307.712	316.316	2,8	322.927	2,1	336.070	4,1

Nota : les montants 2003 sont les prévisions de recettes révisées prévues par le présent projet de loi.

Le total des recettes atteint ainsi 336 milliards d'euros en 2004, contre 322,9 milliards en 2003 (+ 4,1 %).

- Les **cotisations effectives (206,8 milliards d'euros)** comprennent les cotisations effectivement prélevées sur les salaires, les revenus de remplacement et les revenus des entrepreneurs individuels, **ainsi que les cotisations prises en charge par l'État au titre de la politique de l'emploi.**

- Les **cotisations fictives (31,39 milliards d'euros)** correspondent, conformément aux conventions de la comptabilité nationale, aux cas où l'employeur fournit directement des prestations sociales. Elles recouvrent pour l'essentiel des prestations vieillesse servies par certains régimes spéciaux (pensions civiles et militaires, SNCF, RATP, Banque de France) et des

prestations maladie, invalidité et accidents du travail servies également directement, sans contrepartie en termes de cotisations par les salariés.

- Les **contributions publiques (12 milliards d'euros)** sont des participations du budget général de l'État à certains régimes de sécurité sociale pour garantir leur équilibre financier. Elles regroupent deux éléments principaux : des remboursements de prestations dues par l'État ou par des organismes publics (pour l'allocation aux adultes handicapés ou l'allocation de parent isolé) et des subventions d'équilibre versées par l'État à certains régimes spéciaux.

- Les **impôts et taxes affectés (80,6 milliards d'euros)** regroupent l'ensemble des ressources de nature fiscale affectées aux régimes de base et aux fonds de financement (FSV et fonds de réserve des retraites).

- Les **transferts (109 millions d'euros)** sont constitués par la prise en charge de cotisations opérée par un régime au profit de ses bénéficiaires. Les transferts internes aux régimes de base, qui figurent en dépenses selon leur origine, n'entrent pas dans cet agrégat.

- Les **revenus des capitaux (997 millions d'euros)** constituent une recette de trésorerie sur les placements réalisés. Cette ressource doit évoluer en fonction inverse des besoins de trésorerie, lesquels sont d'autant plus grands que le déficit augmente.

- Les **autres ressources (4,07 milliards d'euros)** incorporent les recours contre tiers, les recettes des départements d'outre-mer – pour des motifs tenant à la fiabilité des outils statistiques – et les recettes diverses qui ne figurent pas dans l'une des autres rubriques.

Les prévisions de recettes établies pour 2004 dans le cadre du présent article prennent en compte:

- d'une part, les évolutions tendanciennes de chaque catégorie de recettes, telles qu'elles ont été déterminées par la Commission des comptes de la sécurité sociale dans son dernier rapport, et sur la base des hypothèses retenues dans ce cadre (notamment une progression de la masse salariale de 2,7 % en 2003) ;

- d'autre part, les mesures nouvelles définies, en recettes, par le présent projet de loi.

**Mesures nouvelles de recettes dans le projet de loi de financement
de la sécurité sociale pour 2004**

(en millions d'euros)

Agrégats recettes 2003	Régime général	Autres régimes de base	FSV	Recettes supplém.
CADES (FOREC 2000)	1.097			
Taxe sur la promotion des médicaments	150			
Taxe sur la promotion des dispositifs médicaux	120			
Efficacité du recours contre tiers	100			
Tabac maladie	800			
Loi de réforme des retraites	100			
TOTAL	2.267		-	2.267

Source : annexe C

Les mesures du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 augmentent les recettes des régimes de base de 2,26 milliards d'euros. Il s'agit du remboursement de la seconde moitié de la dette FOREC 2000 par la CADES, de l'augmentation des droits de consommation sur les tabacs.

De même, et toujours selon les conventions adoptées par la Direction de la sécurité sociale, le transfert des majorations de pension pour enfants entre la CNAF et le FSV n'a pas d'incidence sur l'agrégat de recettes. En effet, ce transfert se faisant à l'intérieur du périmètre de l'agrégat, « celui-ci est consolidé » ; il ne correspond donc pas à une recette supplémentaire du champ régime de base-fonds.

II – Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

A l'initiative de sa commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, et avec l'accord du Gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté un amendement visant à corriger le montant évaluatif des revenus des capitaux, en relevant celui-ci de zéro à un milliard d'euros. En effet, la nouvelle présentation des agrégats ne prévoit plus qu'un chiffre après la virgule. Du fait d'un mauvais arrondissement, les 997 millions d'euros de revenus de capitaux ont été comptés pour zéro.

III – La position de votre commission

Votre commission rappellera que les différentes lignes des agrégats de recettes ont été profondément affectées du fait de la rebudgétisation du FOREC. Cette opération crée en effet un mouvement de sens contraire d'environ 11 % entre les cotisations effectives et les impositions et taxes affectées.

Elle s'inquiète, en outre, de l'imprécision croissante des informations transmises aux parlementaires sur les dispositions touchant aux recettes. Ainsi, l'annexe C du présent projet censé récapituler les ressources et les dépenses des régimes de base ne mentionne pas, au titre des droits tabac, les sommes perçues par le BAPSA. Or ce dernier, bien que voté également en loi de finances, constitue un régime de base de plus de 20.000 ressortissants dont les recettes et les dépenses figurent dans les agrégats de la loi de financement. D'ailleurs cette même annexe décrit, pour 2004, un catalogue de taxes et impositions affectées dans un périmètre ne prenant pas en compte la suppression du FOREC et les modalités de refinancement du BAPSA (mention de la TGAP, taxe sur les véhicules de société (TVS), ou de la cotisation TVA affectée au BAPSA). Ce faisant, l'annexe ne fournit pas des informations cohérentes avec le « jaune » consacré aux relations financières entre l'État et la sécurité sociale. En outre ne figurent pas non plus, dans les « mesures nouvelles » récapitulées par cette annexe, les modalités de refinancement du FSV par la CSSS.

Enfin, on peut enfin s'interroger sur les raisons pour lesquelles l'annexe F du projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit un solde cumulé définitif pour 2003 de 266,9 millions d'euros alors que le projet de loi de finances inscrit pour sa part, au titre des recettes non fiscales, une somme de 328 millions d'euros correspondant à l'affectation au budget des réserves du FOREC (divergence de 23 %).

Votre commission vous propose d'adopter cet article sous réserve d'un amendement de coordination qui résultera des votes précédemment exprimés par le Sénat.

Article 14

Fixation des prévisions de recettes révisées pour 2003

Objet : Cet article a pour objet de réviser les prévisions de recettes adoptées dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003, afin de prendre en compte les évolutions constatées depuis lors.

I – Le dispositif proposé

En application du dernier alinéa du II de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, seules les lois de financement peuvent modifier des dispositions faisant partie de leurs domaines obligatoires. Il en est ainsi des prévisions de recettes par catégorie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement.

Le présent article vise à tirer les conséquences des évolutions constatées depuis le vote de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003.

	Prévisions initiales LFSS 2003 (article 20 de la LFSS 2003) (1)	LFSS 2003 révisée (article 14 du PLFSS 2004) (2)	Écart 2003 révisées/2003 initiales (2)-(1)	Écart 2003 révisées/2003 initiales (en %)
Cotisations effectives	181,87	182,5	0,63	0,3
Cotisations fictives	32,48	29,9	- 2,58	- 7,9
Cotisations prises en charges par l'État	2,33	2,5	0,17	7,3
Autres contributions publiques	11,40	11,7	0,30	2,6
Impôts et taxes affectés	94,11	90,9	- 3,21	- 3,4
Transferts reçus	0,21	0,2	- 0,01	- 4,8
Revenus des capitaux	1,04	1,0	- 0,04	- 3,8
Autres ressources	4,07	4,3	0,23	5,7
Total des recettes	327,51	323,0	- 4,51	- 1,4

(milliards d'euros)

Les principaux écarts sont les suivants :

- **cotisations effectives : + 630 millions d'euros**, en raison de la compensation du coût (- 2 milliards) du ralentissement de la croissance de la masse salariale en 2003 (+ 2,3 % contre + 4,1 % prévus dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002) compensé par la requalification comptable des cotisations fictives d'EDF (+ 2,6 milliards d'euros) ;

- **cotisations fictives : - 2,6 milliards d'euros**, du fait de la requalification mentionnée ci-dessus ;

- **contributions publiques : + 300 millions d'euros**, cette augmentation provenant notamment de la révision à la hausse de la subvention d'équilibre versée par l'État au budget annexe des prestations sociales agricoles ;

- **impôts et taxes affectés : - 3,2 milliards d'euros**, en raison de la diminution du produit de la CSG, qu'il s'agisse de la CSG sur les revenus d'activité (effet « masse salariale » - 700 millions) ou de la CSG sur les revenus de patrimoine et de placement (effets du ralentissement de l'activité économique et de la baisse du cours des valeurs mobilières - 700 millions),

d'une moindre progression des produits de la fiscalité des tabacs et d'une baisse de rendement de la contribution sociale de solidarité sur les sociétés ;

- **Autres ressources : + 230 millions d'euros**, du fait, d'une modification des produits de gestion courante de la caisse nationale d'allocations familiales.

II – La position de votre commission

Votre commission rappelle l'engagement pris par le Gouvernement, dans le rapport annexé à l'article premier du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003, de présenter « *au Parlement au début du mois de mai un projet de loi de financement rectificatif, au cas où les prévisions de recettes et de dépenses effectuées dans le cadre de la Commission des comptes de printemps montreraient un décalage significatif avec les objectifs fixés dans la loi de financement pour 2003* ». Aussi regrette-t-elle l'absence de ce collectif pour les raisons précisées dans le tome I.

Sous réserve de cette observation, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

TITRE III

DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSURANCE MALADIE

Article 15 A (nouveau)

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

Objet : Cet article prévoit que le Gouvernement transmet au Parlement, un rapport sur les sommes indûment versées au titre de l'assurance maladie.

I - Le dispositif proposé

Cet article additionnel, adopté par l'Assemblée nationale sur proposition de M. Pierre Morange, rapporteur pour les équilibres financiers, dispose que le Gouvernement transmet au Parlement, avant le 1^{er} septembre 2004, un rapport sur les prestations indûment versées au titre de l'assurance maladie.

Il a pour but de mettre à la disposition du Parlement tous les éléments d'appréciation sur l'évolution des dépenses remboursées par l'assurance maladie.

La date du 1^{er} septembre est symbolique, car ce rapport sera remis à l'aube du débat sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 mais également, selon toute vraisemblance, à l'orée de l'examen du projet de loi de modernisation de l'assurance maladie.

Ainsi, le Parlement disposerait, selon l'exposé des motifs « *d'un état des lieux des pratiques aboutissant, tant du côté des assurés que des professionnels de santé, à verser indûment des prestations en nature et en espèces* ».

II - La position de votre commission

Votre commission adhère à l'idée que l'information du Parlement doit être la plus complète possible.

Elle souligne que l'information dispensée au Parlement sur les comptes de la sécurité sociale est déjà conséquente avec les rapports de la Commission des comptes de la sécurité sociale, le rapport annuel de la Cour des comptes relatif à la sécurité sociale, les annexes du projet de loi de financement de la sécurité sociale, pour ne citer que les principaux.

En revanche, votre commission ne partage pas l'idée selon laquelle multiplier les rapports améliore l'information du Parlement.

Dans le domaine des finances sociales, un certain nombre d'acteurs sont déjà chargés d'assurer une fonction d'information et d'expertise, il leur appartient de la poursuivre et de signaler les anomalies et les fraudes constatées. L'utilisation des supports existants permettra au contraire de valoriser encore les renseignements disponibles et d'éviter une trop grande dispersion des sources d'information.

Par ailleurs, les commissions parlementaires compétentes peuvent recourir en tant que de besoin aux services de la Cour des comptes pour les assister dans le contrôle de l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

En conséquence votre commission vous propose la suppression du présent article.

Article 15

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

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

Objet : Cet article vise à aménager la procédure d'inscription d'un médicament dans un groupe générique.

I - Le dispositif proposé

Un arrêt du Conseil d'Etat (Glaxo Wellcome – CE 31 mai 2000) a condamné l'Association française de sécurité sanitaire et des produits de santé (AFSSAPS) pour avoir inscrit, dans un groupe générique, un médicament sans

avoir vérifié au préalable que les droits attachés au titre de la propriété intellectuelle ont été concédés par le médicament princeps en application de l'article L. 613-8 du code de la propriété intellectuelle.

Ainsi, selon le Conseil d'État, il revient à la charge de l'AFSSAPS d'apporter la preuve que le laboratoire générique dispose d'une licence ou que les droits sont expirés avant d'inscrire un générique au répertoire, car cette inscription vaut autorisation de commercialisation et elle fait grief au laboratoire détenteur du princeps, en incitant les pharmaciens à la substitution.

Cette obligation imposée à l'AFSSAPS de vérifier les droits de propriété entraîne des retards considérables pour la création de nouveaux groupes génériques et la commercialisation de certains médicaments. En effet, l'Agence, dont la mission principale est de veiller à la sécurité sanitaire des produits de santé, n'a ni l'expertise, ni surtout la vocation à intervenir dans les débats juridiques du droit de propriété intellectuelle en matière de médicaments.

Le Gouvernement a donc fort justement estimé qu'il est indispensable d'exonérer clairement l'AFSSAPS de la charge de cette preuve, afin d'accélérer la mise sur le marché de nouveaux génériques.

Le présent article propose une nouvelle rédaction de l'article L. 5121-10 du code de la santé publique pour que l'inscription dans le groupe générique soit faite dès l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) par le générique, avant l'expiration des droits de propriété intellectuelle, tout en prévoyant que la commercialisation de cette spécialité générique ne sera possible qu'après l'expiration de ces droits.

Dans cette configuration, il revient au laboratoire se proposant de mettre un générique sur le marché de s'assurer qu'il n'enfreint pas le code de la propriété intellectuelle.

Le décret en Conseil d'État créant le répertoire (article R. 5143-8 du code de la santé publique) devra également être modifié afin de préciser que l'inscription au répertoire se fera désormais au moment de l'obtention de l'AMM et non de la commercialisation.

Les estimations réalisées sur les données de juin 2003 montrent que le retard provoqué par la décision du Conseil d'État, pour inscrire des génériques au répertoire, a un coût d'un peu plus de 20 millions d'euros pour l'assurance maladie. De plus, des médicaments générant un chiffre d'affaires important vont tomber dans le domaine public dans les mois qui viennent, permettant d'envisager une réévaluation substantielle des économies potentielles pour l'assurance maladie en 2004.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

A l'occasion de l'examen du présent article, l'Assemblée nationale a adopté un amendement, déposé par M. Bruno Gilles de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, visant à proposer une nouvelle rédaction du présent article.

Cette nouvelle rédaction respecte le principe visant à dispenser l'AFSSAPS de toute obligation de vérification des droits de propriété intellectuelle attachés à la spécialité princeps, mais elle introduit une obligation d'information du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché de la spécialité de référence lorsque qu'une autorisation de mise sur le marché d'une spécialité générique est délivrée.

Une période de soixante jours est ouverte entre cette délivrance et l'autorisation de commercialisation afin, lorsque cela s'avère nécessaire, que le laboratoire commercialisant le produit princeps puisse faire valoir ses droits de propriété intellectuelle.

III - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 16

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

Objet : Cet article a pour objet de procéder à la validation d'actes réglementaires qui ont pour effet de modifier le taux de remboursement de certains médicaments.

I - Le dispositif proposé

Le prix de vente public des médicaments est fixé par convention entre le laboratoire et le comité économique des produits de santé (CEPS), ou à défaut par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale.

La fixation du prix tient compte principalement de l'amélioration du service médical rendu apportée par le médicament, des prix des médicaments à

même visée thérapeutique, des volumes de ventes prévus ou constatés ainsi que des utilisations prévisibles ou réelles d'utilisation du médicament.

Le remboursement ou la prise en charge des médicaments par la caisse d'assurance maladie sont subordonnés à leur inscription sur une liste.

L'inscription et le renouvellement de l'inscription des médicaments sur cette liste sont prononcés après avis d'une « commission de la transparence ». Cet avis doit notamment comporter le classement de ces médicaments au regard de la participation des assurés aux frais d'acquisition, dans deux catégories déterminées en fonction du « service médical rendu ».

Conformément aux dispositions de l'article R. 322-1 du code de la sécurité sociale, le taux de remboursement des médicaments, fixé au taux de droit commun de 65 %, est ramené à 35 % :

- pour les médicaments principalement destinés aux troubles et affections sans caractère habituel de gravité ;

- pour les médicaments dont le « service médical rendu » n'a pas été reconnu comme majeur ou important.

Les trois arrêtés pris en septembre 2001, décembre 2001 et avril 2003 dans le cadre de la réévaluation des produits de la pharmacopée engagée en 1999, ont ainsi ramené de 65 % à 35 % le taux de remboursement d'un millier de médicaments.

La modification du taux de remboursement de ces médicaments a été décidée, conformément aux dispositions du code de la sécurité sociale évoquées ci-dessus, après avis de la commission de la transparence.

Dans son arrêt du 20 juin 2003 (société Servier Monde), le Conseil d'État a considéré que l'avis de la commission de la transparence doit être motivé et ne peut se borner « à reprendre les termes de l'article R. 163-3 du code de la sécurité sociale, sans mentionner les raisons qui ont conduit la commission à estimer que le service médical rendu dans cette indication est insuffisant pour justifier sa prise en charge ; que, dans ces conditions, ces avis ne répondent pas aux exigences posées par les dispositions précitées de l'article R. 163-18 du même code ». Il a en conséquence annulé, pour vice de forme, la décision de modification du remboursement de certains de ces médicaments.

Puis, par huit arrêts rendus le 23 juillet 2003, le Conseil d'État a annulé l'arrêté du 14 septembre 2001 à la demande de sept autres laboratoires, pour dix spécialités différentes.

L'article 16 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 reprend la rédaction de l'article 9 de la loi relative à l'organisation du

sport, déclaré contraire à la Constitution par le Conseil constitutionnel, car dépourvu de lien avec le projet de loi, dans sa décision n° 2003-481 du 30 juillet 2003.

Son objet n'est pas de remettre en cause les décisions de justice passées en force de chose jugée, mais seulement d'éviter qu'à l'avenir, et sur le même fondement, d'autres annulations ne remettent en question une politique engagée dans le domaine du médicament par le précédent gouvernement et poursuivie par le Gouvernement actuel et qui a permis une économie de plus de 500 millions d'euros.

II - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 17

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

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

Objet : Cet article vise à modifier les règles relatives à l'acquisition et à la cession des médicaments par les pharmacies hospitalières, en aménageant une nouvelle procédure d'acquisition et en fixant un prix maximum de vente.

I - Le dispositif proposé

A travers cet article, le Gouvernement propose d'établir une nouvelle procédure de fixation des prix des médicaments achetés par les établissements de santé pour être ensuite vendus dans le cadre de la rétrocession hospitalière.

La rétrocession est l'activité de distribution et de vente, par les pharmacies des établissements de santé de médicaments figurant sur une liste arrêtée par le ministre chargé de la santé (« liste rétrocession ») *a priori* non disponibles en officines de ville (sauf exceptions) à des patients ambulatoires (ex. : trithérapie pour les malades atteints du Sida).

Or, ces médicaments, souvent très coûteux, bénéficient d'une liberté des prix, ce qui peut conduire les laboratoires pharmaceutiques à choisir ce marché plutôt que de demander leur inscription en médecine de ville.

De leur côté, les établissements de santé, remboursés sur le prix d'achat de ces médicaments, sont parfois peu enclins à négocier les tarifs qui leur sont proposés.

Ainsi, selon une estimation provisoire de la direction générale de la comptabilité analytique, les dépenses liées à la rétrocession s'élèveraient à 1,2 milliard d'euros en 2002, soit une augmentation de 30 % par rapport à 2001.

En conséquence, le **paragraphe I** de cet article, qui insère un article L. 162-16-5 nouveau dans le code de la sécurité sociale, prévoit qu'un prix maximum de vente aux établissements de santé, pour les médicaments inscrits sur la liste de rétrocession et disposant d'une autorisation de mise sur le marché (AMM), sera fixé selon une procédure identique à celle applicable aux médicaments remboursables en ville, soit par la conclusion d'une convention entre les laboratoires et le comité économique des produits de santé (CEPS), soit en cas d'échec de cette négociation, par la publication d'un arrêté ministériel pris après avis du CEPS.

Le **paragraphe II** de cet article modifie le 1° de l'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale et prévoit d'exclure la détermination, dans le cadre des conventions passées entre le comité économique des produits de santé et les laboratoires, du prix des médicaments qui ne disposent pas d'une autorisation de mise sur le marché. En effet, pour les médicaments inscrits sur la liste « rétrocession » disposant d'une autorisation temporaire d'utilisation, les préparations magistrales et les préparations hospitalières, le prix d'achat par les établissements de santé reste libre.

La Cour des comptes, dans son rapport 2002, avait souligné les risques de cette liberté tarifaire accordée aux médicaments titulaires d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU).

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement présenté par M. Bruno Gilles, rapporteur de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, qui proposait une nouvelle rédaction de cet article.

Cet amendement prévoit que le prix de cession au public des médicaments par les établissements de santé sera égal au prix de vente déclaré par l'entreprise exploitante, majoré d'une marge.

A défaut d'acceptation du prix par le CEPS, le prix de cession sera fixé par arrêté ministériel au plus tard soixante-quinze jours après l'obtention de l'AMM. Durant cette période, pour des médicaments inscrits antérieurement sur la liste de rétrocession au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU), la prise en charge par l'assurance maladie s'effectuera sur présentation des factures.

Le prix de cession au public sera égal à la somme de la marge et du prix de vente déclaré par l'entreprise exploitante et publié si le comité n'a pas fait opposition à ce prix.

A défaut de déclaration ou en cas d'opposition du comité, le prix de cession au public sera fixé par arrêté après avis du CEPS.

III - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 18

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

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

Objet : Cet article vise à étendre le bénéfice du tiers payant à l'ensemble des établissements participant à l'exécution du service public hospitalier ainsi qu'à ceux bénéficiant d'une convention avec une agence régionale d'hospitalisation.

I - Le dispositif proposé

Cet article est le premier des douze articles du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 dont les dispositions visent à mettre en œuvre un nouveau mode d'allocation de ressources pour les établissements de santé, la tarification à l'activité (T2A).

Si l'article 18 contient la première mesure nécessaire au basculement d'un système de financement par dotation globale vers la T2A, il n'est pas pour autant l'article fondateur du nouveau mode de financement. En effet le Gouvernement a fait le choix d'une rédaction article par article qui respecte la numérotation du code de la sécurité sociale.

Cette première disposition, indispensable au passage vers un financement à l'activité, organise la généralisation du tiers payant. Elle favorisera ainsi la convergence, souhaitée par les pouvoirs publics, entre les établissements publics et les établissements privés.

En effet, la législation actuelle ne prévoyait l'application du tiers payant, c'est-à-dire le fait de dispenser les assurés sociaux de l'avance des frais d'hospitalisation pour la part garantie par les régimes obligatoires d'assurance maladie, qu'aux établissements de santé financés par dotation globale.

Le **paragraphe I** de cet article crée une sous-section au sein de la section V «Etablissements de soins » dans le chapitre II « Dispositions générales relatives aux soins » du titre VI « Dispositions relatives aux prestations et aux soins - contrôle médical - tutelle aux prestations sociales » du livre premier du code de la sécurité sociale. Cette nouvelle sous-section comprend les articles L. 162-20, L. 162-21, L. 162-21-1 et L. 162-22.

Le **paragraphe II** propose une nouvelle rédaction de l'article L. 162-21 qui dispose que *« l'assuré ne peut être couvert de ses frais de traitement dans les établissements de soins de toute nature que si ces établissements sont autorisés à dispenser des soins aux assurés sociaux »*. Or, la catégorie juridique correspondante la plus large, visée par la sixième partie du code de la santé publique, est l'« établissement de santé », qu'il soit public ou privé.

Le **paragraphe III** propose une nouvelle rédaction de l'article L. 162-21-1, article issu de l'article 4 de la loi n° 91-738 du 31 juillet 1991 portant diverses dispositions d'ordre social. Cette nouvelle rédaction étend aux établissements privés, ayant conclu un contrat pluriannuel d'objectifs avec l'agence régionale d'hospitalisation, la dispense d'avance de frais dont peuvent bénéficier les assurés sociaux.

II - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 19

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

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

Objet : Cet article vise à modifier la rédaction des articles L. 162-22-1 à L. 162-22-5 du code de la sécurité sociale, afin d'adapter les dispositions législatives relatives aux établissements sous objectif quantifié national à la mise de la tarification à l'activité, pour les activités psychiatriques et les soins de suite et de réadaptation.

I - Le dispositif proposé

La mise en œuvre de la tarification à l'activité pour les activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique oblige à une redéfinition du périmètre couvert par l'objectif quantifié national (OQN).

En effet, seuls les soins de suite ou de réadaptation (SSR) et la psychiatrie demeurent concernés par les dispositions relatives à la classification des prestations d'hospitalisation des établissements de santé privé.

Le présent article tire les conséquences de cette évolution et adapte les dispositions relatives aux conditions d'allocation des ressources.

Avant d'étudier les modalités nouvelles proposées par cet article, il convient de rappeler que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 avait procédé à une réforme des modes de régulation des cliniques privées, fondée sur la contractualisation et sur une meilleure prise en compte de l'activité médicale dans la tarification.

Le **paragraphe I** de l'article crée une sous-section à la section V Etablissements de soins du chapitre II du titre VI du livre premier du code de la sécurité sociale. Cette section est intitulée « Frais d'hospitalisation afférents aux activités de soins de suite ou de réadaptation et aux activités de psychiatrie de certains établissements de santé privés ».

Le **paragraphe II** propose une nouvelle rédaction de l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale. Pour tenir compte de la mise en place de la T2A qui met fin à la distinction entre établissements publics et établissements privés sous OQN, au profit de nouveaux critères d'attribution des ressources et de régulation des dépenses, il substitue la référence aux

établissements de santé privés pour la remplacer par une référence aux activités de psychiatrie et aux soins de suite et de réadaptation.

Le **paragraphe III** propose de modifier la rédaction de l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale afin de tirer les conséquences de la nouvelle rédaction de l'article précédent du même code. En conséquence, le champ d'application de l'OQN est désormais limité aux seules activités de SSR et de psychiatrie exercées par les établissements privés autres que ceux participant au service public hospitalier.

Le montant de l'objectif quantifié national sera arrêté par l'État, en fonction du montant de l'ONDAM.

Le 2° intègre la nouvelle procédure budgétaire qui ne sera plus déterminée sur la base des recettes de l'année précédente mais en fonction des prévisions d'activité de l'année à venir.

Le **paragraphe IV** insère, à l'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale, les nouvelles modalités de détermination des tarifs et les modes de régulation applicables.

Il prévoit que l'État arrête l'évolution moyenne nationale des tarifs des prestations psychiatriques et de SSR, comme il détermine les tarifs nationaux applicables aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique, alors que cela relevait jusqu'à présent d'un accord national conclu entre les fédérations de l'hospitalisation privée et l'État.

Enfin il organise les conditions dans lesquelles la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés diffuse des informations statistiques relatives aux dépenses imputables, par région, par établissement et par activités, aux soins de suite et de réadaptation ainsi qu'aux activités psychiatriques.

Le **paragraphe V** prévoit la nouvelle rédaction de l'article L. 162-22-4 du code de la sécurité sociale. Il dispose qu'un arrêté fixera les règles et critères de modulation des taux d'évolution des tarifs de prestations au sein de la région, ce qui relevait jusqu'à maintenant d'un accord régional annuel.

Enfin, le **paragraphe VI** prévoit que les tarifs des prestations afférentes aux activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation seront, pour les établissements privés concernés, fixés dans le cadre d'un avenant aux contrats d'objectifs et de gestion. Ils prendront effet le 1^{er} mars de chaque année.

Pour les établissements privés non signataires d'un contrat d'objectifs et de gestion, les tarifs de responsabilité applicables aux activités de

psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation seront fixés par l'État, par l'intermédiaire du directeur de l'agence régionale d'hospitalisation.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Sur proposition de M. Jean-Luc Prével, l'Assemblée nationale a adopté un amendement qui vient compléter le paragraphe III du présent article en introduisant la prise en compte des conversions d'activités parmi les critères retenus pour la variation des sommes allouées à un établissement, dans le cadre de l'objectif quantifié national (OQN).

III - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter un amendement à cet article, afin de favoriser la cohérence entre le régime d'autorisation d'activité et les règles de financement de ces activités.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 19 bis (nouveau)
(art. L. 165-1 du code de la sécurité sociale)
**Inscription des dispositifs médicaux sur la liste
des produits et prestations**

Objet : Cet article vise à prévoir les modalités suivant lesquelles le directeur de l'agence régionale d'hospitalisation établit la liste des établissements de santé pour lesquels l'assurance maladie prend en charge les produits et prestations en fonction de critères géographiques ou professionnels.

I - Le dispositif proposé

Cet article additionnel a été adopté par l'Assemblée nationale à la suite d'un amendement présenté par M. Jean-Pierre Door et complète la rédaction de l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

Dans sa rédaction actuelle, cet article dispose que le remboursement par l'assurance maladie des dispositifs médicaux à usage individuel, des

produits de santé autres que les médicaments et des prestations de services et d'adaptation associées, est subordonné à leur inscription sur une liste.

Cette liste des produits et prestations (LPP) est venue se substituer au tarif interministériel des prestations sanitaires, elle regroupe donc l'ensemble de « l'appareillage » pris en charge par l'assurance maladie.

L'amendement adopté à l'Assemblée nationale propose que le directeur de l'agence régionale d'hospitalisation établisse une seconde liste regroupant les établissements de santé pour lesquels l'assurance maladie prend en charge les dispositifs médicaux, et notamment les plus lourds tels les défibrillateurs cardiaques. Cette liste est établie en fonction des capacités hospitalières considérées comme nécessaires pour établir un maillage sanitaire qui réponde aux besoins de la population et tienne compte de l'implantation, de l'équipement des établissements et de la spécialisation de leurs équipes médicales.

Ce dispositif permettra à l'agence régionale d'hospitalisation de prévoir l'implantation d'un dispositif médical dans un établissement public ou privé en fonction des spécificités de l'établissement.

Il s'agit d'introduire plus de souplesse dans les conventions d'objectifs et de gestion qui lient les ARH et les établissements de santé en faisant en sorte « *que les établissements dont l'activité le justifie ne soient pas privés de certains dispositifs au seul motif qu'ils ne figurent pas dans la nomenclature* »⁸.

Le ministre de la santé s'est déclaré favorable à cette proposition qui répond à une vraie demande et a indiqué qu'« *il est tout à fait légitime que l'assurance maladie puisse prendre en charge l'implantation de certains dispositifs médicaux dans les établissements de soins privés* »⁹.

II - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

⁸ Jean-François Mattei, Assemblée nationale, 2^{ème} séance du jeudi 30 octobre.

⁹ Ibidem.

Article 20

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

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

Objet : Cet article vise à déterminer les différentes conditions nécessaires à la mise en œuvre de la tarification à l'activité : les activités et les établissements concernés, les tarifs et la rémunération, les sanctions éventuelles.

Cet article concentre les dispositions principales indispensables à la mise en œuvre de la tarification à l'activité. Il détermine le champ médical de la tarification à l'activité, les établissements concernés, les modes de rémunération, la fixation des tarifs et les sanctions applicables en cas de non-respect du dispositif.

Tout au long de ses dispositions, il détaille les nouvelles modalités d'allocation des ressources en fonction des activités concernées.

Il précise les conditions dans lesquelles seront calculées les trois principales sources de financement liées à l'activité réalisée : les tarifs des groupes homogènes de séjour (GHS), les tarifs des prestations non décrites par les GHS (urgences autorisées, prélèvements d'organes, hospitalisation à domicile, consultations et actes externes), le paiement en sus de certains consommables sur la base de tarifs de responsabilité (médicaments, dispositifs médicaux implantables).

Il détermine les modalités de financement mixte et enfin, les modalités de financement ne relevant pas d'une tarification à l'activité, c'est-à-dire le financement des activités d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

Le **paragraphe I** de l'article vise à créer une sous-section au sein de la section V « Etablissements de soins » dans le chapitre II « Dispositions générales relatives aux soins » du titre VI « Dispositions relatives aux prestations et aux soins - contrôle médical - tutelle aux prestations sociales » du livre I^{er} du code de la sécurité sociale.

Cette nouvelle sous-section est intitulée : « Frais d'hospitalisation afférents aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie des établissements de santé ». Elle comprend les articles L. 122-22-6 à L. 122-22-18.

Le présent article propose donc une nouvelle rédaction pour les **articles L. 122-22-6 à L. 122-22-8 et crée des articles nouveaux L. 122-22-9 à L. 122-22-18.**

Cette sous-section détermine le champ des activités et des établissements concernés, à savoir l'ensemble des activités de médecine, de chirurgie, d'obstétrique et d'odontologie, y compris la dialyse en centre et l'hospitalisation à domicile.

La nouvelle rédaction de l'article **L. 162-22-6** du code de la sécurité sociale pose les fondations de la T2A.

Cet article détermine à la fois les prestations et actes concernés en premier lieu par la réforme : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et les établissements.

Au sein de cette catégorie, il exclut de la réforme les hôpitaux locaux et les établissements dispensant des soins aux personnes incarcérées. Cette exclusion est motivée soit par l'activité de ces hôpitaux qui ne peuvent exercer des activités MCO, soit par leur spécificité (Saint-Pierre-et-Miquelon, Mayotte).

Selon les dispositions de cet article, un décret en Conseil d'État détermine :

- les catégories de prestations donnant lieu à facturation ;
- les catégories de prestations donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ;
- les catégories de prestations pour exigence particulière qui donnent lieu à facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de la sécurité sociale ;
- les modalités de facturation des prestations d'hospitalisation faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie.

L'article **L. 162-22-7** est relatif aux spécialités pharmaceutiques et aux prestations (essentiellement les dispositifs médicaux implantables) qui font l'objet d'une prise en charge en sus du groupe homogène de séjour (GHS). Cette liste est fixée par arrêté des ministres en charge de la sécurité sociale et de la santé.

Ces mesures visent certains médicaments qui sont onéreux (comme certaines molécules de chimiothérapie) ou qui introduisent une hétérogénéité dans les forfaits de séjour (GHS) en raison de leur prescription variable. Cette mesure est dérogatoire à la pratique commune en vertu de laquelle les médicaments ont vocation à être inclus dans les tarifs des GHS.

A l'identique, certains dispositifs médicaux implantables, notamment les implants d'origine humaine ou comportant des produits d'origine humaine sont facturables en sus de certains GHS. Mais, de manière générale, les DMI ont vocation à être inclus dans les tarifs de GHS.

Cette possibilité d'une facturation supplémentaire est l'une des nouveautés importantes introduites dans le traitement des pathologies et elle doit permettre la diffusion des médicaments innovants dans les établissements privés qui n'avaient pas, jusqu'à présent, les moyens de prendre en charge ces dépenses.

Ces mesures auront également un effet structurant sur les pharmacies internes aux établissements de santé puisque le dispositif vise à inciter au bon usage des médicaments. A ce titre, le remboursement intégral de la part prise en charge par les organismes d'assurance maladie est subordonnée à la signature, par l'établissement et par l'agence régionale d'hospitalisation, d'un contrat de bon usage.

Un tel accord devrait permettre la refonte de la gestion des pharmacies hospitalières et améliorer substantiellement la traçabilité des médicaments.

Ces recommandations de bon usage s'appliquent également aux dispositifs médicaux implantables.

En l'absence d'un tel accord, l'établissement est sanctionné financièrement, le remboursement pouvant être réduit dans la limite de 30 % de la part prise en charge par l'assurance maladie.

L'article **L. 162-22-8** vise les activités qui, par leur nature, mobilisent des moyens importants et peuvent donc bénéficier d'un financement conjoint ou mixte, sous la forme de tarifs de prestations d'hospitalisation et d'un forfait annuel. Les services d'urgences bénéficieront d'un financement de ce type, tout comme les activités de prélèvements d'organes et les prestations d'hospitalisation à domicile.

Ce tarif de prestations d'hospitalisation, encore dit « au passage », est national, sa valeur est unique quelle que soit la nature de la prise en charge, il n'est pas cumulable avec la facturation d'un groupe homogène de séjour.

La liste des activités concernées par les financements mixtes sera fixée par décret.

L'article **L. 162-22-9** prévoit la création d'un objectif de dépenses d'assurance maladie commun aux activités de MCO incluses dans le périmètre de la T2A, ou ODMCO pour objectif de dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

Sont suivies au travers de cet objectif, les facturations des établissements MCO à la charge des régimes obligatoires d'assurance maladie.

L'ODMCO regroupe les GHS, les forfaits techniques (scanner, IRM, PET-Scan), le forfait de passage aux urgences, les forfaits annuels (urgences et prélèvements d'organes), les actes et consultations externes, l'hospitalisation à domicile, les suppléments journaliers (réanimation), les médicaments et les dispositifs médicaux implantables payés en sus.

Cet objectif est un sous-ensemble de l'ONDAM, il est fixé en tenant compte des prévisions d'évolution des coûts hospitaliers et des prévisions de croissance d'activités.

Le **paragraphe II** de l'article prévoit qu'un décret en Conseil d'État précise les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminés les tarifs nationaux des prestations, les montants des forfaits annuels et, le cas échéant, les coefficients géographiques compatibles avec le respect de l'objectif.

Le décret précise en outre les conditions dans lesquelles les tarifs de responsabilité peuvent être modifiés de manière à assurer le respect de l'objectif.

L'article **L. 162-22-10** précise que les établissements de santé inclus dans le périmètre facturent des groupes homogènes de séjour (GHS) ainsi que les prestations (réanimation, dispositifs médicaux implantables) sur la base d'un tarif national.

Ce tarif national est déterminé par l'État tout comme le montant des forfaits annuels (urgences, prélèvements d'organes).

Un coefficient MCO, ou coefficient correcteur, est appliqué aux tarifs nationaux, il intègre lui-même trois coefficients :

- un coefficient de haute technicité lié au classement de l'établissement. Il est destiné à rémunérer les surcoûts liés à la mise en place d'environnements particuliers dans des conditions précisées par l'arrêté de classements en soins particulièrement coûteux du 29 juin 1978 ;

- un coefficient lié aux éventuels surcoûts géographiques. Il s'agit de prendre en compte les spécificités liées à la localisation géographique de certains établissements, qui pèsent sur leurs coûts de fonctionnement ;

- un coefficient de transition qui vise à lisser l'impact de la réforme. Il est destiné à gérer la période de convergence des tarifs des GHS propres aux établissements vers les tarifs nationaux. A titre d'exemple, les tarifs des prestations d'IVG et d'urgences étant d'ores et déjà fixés sur le plan national, il n'y a pas lieu d'y appliquer un coefficient correcteur ; en revanche, une

transition spécifique sera mise en place pour chacune des prestations de dialyse et d'hospitalisation à domicile.

L'article **L. 162-22-11** vise à prévoir que les tarifs nationaux servent de base à la facturation des prestations, que le patient soit assuré social ou non. Il en est de même dans le cas d'un recours contre tiers. Ce dispositif permettra éventuellement d'accueillir des patients étrangers ne pouvant pas être pris en charge par leur système de santé national, par exemple en raison de phénomènes de « file d'attente ».

L'article **L. 162-22-12** a pour objet de fixer la compétence des agences régionales de l'hospitalisation dans le processus d'allocation de ressources.

Le directeur de l'agence arrête, au plus tard dans un délai de quinze jours suivant la publication de l'arrêté national, les montants des forfaits annuels des établissements (forfaits mentionnés à l'article L. 162-22-8 du code de la sécurité sociale et relatifs aux activités à coûts fixes élevés).

En revanche, la fixation des tarifs des prestations d'hospitalisation, effectuée par l'arrêté interministériel visé à l'article L. 162-22-10, ne requiert par l'intervention de l'agence régionale de l'hospitalisation.

L'article **L. 162-22-13** rappelle que la mise en œuvre de ce nouveau mode d'allocation de ressources ne se traduit pas par un financement unique mais par le maintien de sources de financement déterminées en dehors du principe général de la tarification à l'activité.

Ces ressources concernent :

- les missions d'intérêt général, et en particulier l'enseignement et la recherche, l'innovation et le rôle de recours, qui constituent un ensemble de missions intrinsèquement liées ;

- l'accompagnement des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), notamment la qualité et la mise en œuvre des schémas régionaux d'organisation sanitaire (sites isolés, accueil de populations spécifiques).

Certaines activités telles que le SAMU, le centre 15, les centres anti-poison pourront également être financées au titre des MIGAC

Ces ressources attribuées au titre des missions d'intérêt général et de l'aide à la contractualisation (MIGAC) sont allouées contractuellement par les ARH aux établissements, sur leur enveloppe régionale de financement des MIGAC et en fonction de règles définies nationalement.

L'article **L. 162-22-14** dispose que l'État fixe le montant de la dotation des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, en fonction des missions prévues dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de chaque établissement. Ce montant est fixé dans le cadre d'un avenant à ces contrats.

L'article **L. 162-22-15** propose de déterminer les modalités de versement des forfaits annuels (ceux mentionnés à l'article L. 162-22-8) et des dotations de financement des MIGAC. Les versements seront réalisés par douzièmes :

- par les caisses visées à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale (caisses dites « caisses pivots ») pour les établissements publics et privés auparavant financés par la dotation globale ;

- par les caisses visées à l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale (« caisse centralisatrice des paiements ») pour les établissements privés mentionnés au d) de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

Il est prévu que les régimes de l'assurance maladie prennent intégralement en charge les montants correspondants. Ils sont répartis entre les régimes, en fonction des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés l'année précédente et supportées par chacun de ces régimes dans le cadre des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie des établissements auparavant financés par dotation globale (pour les versements opérés par les caisses pivots) et au prorata des charges afférentes aux établissements de santé privés à but lucratif (pour les versements opérés par les caisses centralisatrices des paiements). Un décret en Conseil d'État déterminera les conditions d'application de l'article.

L'article **L. 162-22-16** détermine les modalités de financement des hôpitaux, qui bien qu'exerçant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), sont exclus du périmètre de la réforme par l'article L. 162-22-6, c'est-à-dire les hôpitaux locaux et les établissements dispensant des soins aux personnes incarcérées.

Ces hôpitaux recevront une dotation annuelle de financement.

L'article **L. 162-22-17** prévoit qu'un décret en Conseil d'État organise les modalités de contrôle, après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, du respect par les établissements, des obligations légales et réglementaires qui s'imposent à eux. Ce contrôle est assuré par les ARH.

L'article **L. 162-22-18** dispose que l'objectif du contrôle est double. Il vise à repérer les erreurs de codage des données PMSI (résumés de sorties anonymisés) susceptibles d'introduire un paiement injustifié par l'assurance maladie, mais il a également pour fonction de s'assurer que les établissements

se conforment bien à leurs obligations de produire de l'information médicalisée de qualité car les données utilisées sont utilisées pour d'autres objectifs (organisation des soins par exemple).

Les contrôles pourront prendre plusieurs formes. Soit des contrôles automatisés à l'aide d'un outil informatique appelé DAtIM (dépistage des atypies de l'information médicale) dont l'objet est de détecter d'éventuelles erreurs de description, soit des contrôles classiques sur pièces et sur place menés par des médecins inspecteurs de santé publique et les médecins-conseils de l'assurance maladie.

Le constat d'une erreur entraînant un changement de GHS dans le sens d'une surfacturation conduit à la récupération de l'indu.

Le constat d'erreur préjudiciable à l'assurance maladie (caractère répétitif ou systématique, ampleur des sommes indûment perçues) entraîne l'application d'une pénalité financière.

La rédaction de l'article L. 162-22-18 dispose que la sanction est fonction du pourcentage des sommes indûment perçues par rapport aux sommes dues, dans la limite de 5 % des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissements ou de 5 % des recettes maladie afférentes à l'activité ou la prestation qui fait l'objet du contrôle.

Le **paragraphe II** de l'article crée une sous-section au sein de la section V « Etablissements de soins » dans le chapitre II « Dispositions générales relatives aux soins » du titre VI « Dispositions relatives aux prestations et aux soins - contrôle médical - tutelle aux prestations sociales » du livre I^{er} du code de la sécurité sociale. Cette nouvelle sous-section (la quatrième créée par le présent projet de loi) est intitulée : Dispositions diverses.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

A l'occasion de l'examen du présent article, l'Assemblée nationale a adopté quinze amendements, dont deux déposés par le Gouvernement.

L'ampleur des modifications ainsi apportées aux dispositions prévues par l'article est variable ; elle va de la correction d'une erreur matérielle à l'aménagement du régime de sanctions prévues à l'encontre des établissements coupables de manquement aux règles de facturation.

Ont ainsi été amendés :

- l'article L. 162-22-7, sur proposition de Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, afin de prévoir que le

remboursement des produits et prestations (principalement les DMI) pouvant faire l'objet d'une facturation en sus des prestations s'effectue sur la base d'une facture ;

- l'article L. 162-22-9, sur proposition de Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, afin de préciser que les évolutions de services ou d'activités doivent être prises en compte afin de déterminer l'objectif de dépenses MCO ;

- l'article L. 162-22-10, sur proposition du Gouvernement, afin de supprimer la possibilité de diminuer les tarifs de responsabilité des médicaments et des dispositifs médicaux facturables en sus des prestations d'hospitalisation dans le cadre du dispositif de régulation de l'ODMCO, d'une part, et de prévoir que les charges relatives aux activités de dialyse en centre et d'HAD sont identifiées dans le suivi des charges entrant dans le champ de l'ODMCO, que la CNAMTS communique à l'État et aux fédérations, d'autre part ;

- l'article L. 162-22-10, sur proposition de Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, en vue de permettre la médicalisation des mécanismes de régulation ;

- l'article L. 162-22-10, sur proposition de Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, afin de réaffirmer que pour les médicaments et les produits facturés en sus des tarifs de prestations, la tarif de responsabilité est égal au prix de vente ;

- les articles L. 162-22-10 et L. 162-10-13, sur proposition de Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, afin que l'État recueille l'avis des organisations les plus représentatives des établissements de santé, publics et privés, avant de procéder aux changements de tarifs, avant de fixer le montant des dotations régionales finançant les MIGAC ;

- l'article L. 162-22-13, sur proposition de Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, et de MM. Jean-Luc Prével, Olivier Jardé et Claude Leteurtre, afin de distinguer, dans les dotations régionales, ce qui ressort des missions d'intérêt général d'un côté et des aides à la contractualisation de l'autre ;

- l'article L. 162-22-13, sur proposition de Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, et de MM. Jean-Luc Prével, Olivier Jardé et Claude Leteurtre, afin d'assurer la transmission au Parlement d'un bilan annuel des dotations allouées au titre du MIGAC ;

- l'article L. 162-22-14, sur proposition de Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, afin de clarifier les

compétences entre le directeur de l'agence régionale d'hospitalisation et la commission exécutive pour l'attribution des dotations relatives aux MIGAC ;

- l'article L. 162-22-18, sur proposition du Gouvernement, afin de conserver comme seul plafond pour l'application des sanctions, en cas d'erreur de facturation, le plafond de 5 % de l'ensemble des recettes d'assurance maladie de l'établissement.

III - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter deux amendements à cet article :

- le premier a pour objet d'assurer la prise en compte des créations d'établissements dans le calcul de l'objectif de dépenses en médecine, chirurgie et obstétrique ;

- le second vise à supprimer le dernier alinéa de l'article L. 162-22-10, redondant avec les dispositions contenues à l'article 22.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Article 21

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

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

Objet : Cet article vise à définir les modalités de financement des activités de soins de suite et de réadaptation à l'occasion de la mise en œuvre de la tarification à l'activité.

I - Le dispositif proposé

La mise en œuvre de la tarification à l'activité concerne tous les établissements de santé titulaires d'une autorisation de court séjour, dans les disciplines médecine, chirurgie, obstétrique (MCO).

Lorsque les établissements sont titulaires d'autorisations de lits ou de places de soins de suite et de réadaptation (SSR), seule la partie des activités

concernant les disciplines MCO est couverte par la réforme. Les autorisations relatives aux autres autorisations restent inchangées.

Toutefois, cette réforme rend nécessaire une adaptation des modalités de financement des activités qui restent à l'écart du nouveau mode d'allocation des ressources.

Il convient d'ailleurs de préciser que cette non-intégration s'explique par la volonté du Gouvernement de mettre en œuvre la réforme avec pragmatisme, et c'est la raison pour laquelle il a été décidé de l'entreprendre avec des activités qui peuvent être évaluées sans ambiguïté.

Il n'est pas exclu qu'à terme les soins de suite et de réadaptation puissent faire l'objet d'un nouveau mode de tarification basé sur une notion voisine du groupe de séjour homogène (GHS). Cela semble toutefois moins probable pour les activités de psychiatrie.

L'article 21 propose de modifier la rédaction des articles L. 174-1, L. 174-1-1, L. 174-2 et L. 174-3 du code de la sécurité sociale.

Pour les activités de soins de suite et de réadaptation et de psychiatrie exercées par les établissements de santé publics ou privés à but non lucratif, le **paragraphe I** instaure une dotation annuelle de financement qui se substitue au dispositif actuel de la dotation globale de financement.

L'exposé des motifs indique qu'un décret en Conseil d'État fixera les conditions dans lesquelles le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation déterminera le montant de la dotation de chaque établissement. On constate qu'il s'agit là d'un aménagement à la procédure de la dotation globale.

Le **paragraphe II** de l'article modifie l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale et crée un objectif des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), défini annuellement, qui correspond au montant total des dotations annuelles de financement mentionnées ci-dessus :

- les activités de psychiatrie, de soins de suite ou de réadaptation exercées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale (établissements publics et privés auparavant financés par la dotation globale de financement) ;

- les activités des établissements ou services mentionnés à l'article L. 162-22-16 du code de la sécurité sociale (activités de médecine, chirurgie et obstétrique non financées par la tarification à l'activité) ;

- les activités d'unités de soins de longue durée (article L. 174-5 du code de la sécurité sociale) ;

- les activités de soins dispensés par le service de santé des armées (article L. 174-15 du code de la sécurité sociale) ;

- les activités de soins dispensés par l'Institution nationale des invalides (article L. 174-15 du code de la sécurité sociale) ;

- les activités de soins de l'établissement public de santé de Mayotte (article L. 6414-7 du code de la santé publique).

Cet objectif national est fixé en fonction de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

Selon l'exposé des motifs, un décret viendra préciser que le montant est fixé par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget, dans un délai de quinze jours suivant la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale, sur un modèle similaire à celui qui existait dans l'ancien régime d'enveloppes constitutives de l'ONDAM.

Ce montant national, après imputation de l'enveloppe consacrée au développement des réseaux, est constitué en dotations régionales qui présentent un caractère limitatif.

Le montant de chaque dotation régionale est fixé par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en tenant compte de l'activité des établissements, des orientations des schémas d'organisation sanitaire et des priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire.

Cet ONDAM viendra rejoindre, l'ODMCO, dans le nouveau découpage de l'enveloppe hospitalière de l'ONDAM qui sera constitué de ces deux objectifs auxquels s'ajoutera l'enveloppe MIGAC (missions d'intérêt général et aide à la contractualisation).

Le **paragraphe III** vise à réécrire l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale afin de permettre à une même caisse (dite « caisse-pivot ») d'assurer tous les versements pour un même établissement, quel que soit le régime dont relèvent les patients.

Enfin, s'agissant de la facturation des soins et de l'hébergement des malades non couverts par l'assurance maladie, du calcul de la participation laissée à la charge des assurés et des conditions de l'exercice du recours contre tiers, le **paragraphe IV** de l'article propose d'adapter le périmètre de l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale aux activités qui restent financées par une dotation annuelle.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cinq amendements de coordination déposés par M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Trois d'entre eux visaient respectivement à prendre en compte les spécificités des soins destinés aux détenus et des soins dispensés sur les territoires de Mayotte et de Saint-Pierre-et-Miquelon.

III - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 22

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

Fixation du prix de vente des médicaments aux établissements de santé

Objet : Cet article détermine les modalités de fixation du prix de vente des médicaments aux établissements de santé et les conditions dans lesquelles leur remboursement est pris en charge.

I - Le dispositif proposé

Le présent article traite des conditions d'acquisition des médicaments à l'hôpital. Il complète les dispositions proposées à l'article 17 du présent projet de loi qui organisent les conditions d'achat et de rétrocession des médicaments par les pharmacies hospitalières à destination des patients qui ne sont plus hospitalisés.

Ces deux articles (17 et 22) forment un tout cohérent qui permet de réformer la gestion du médicament à l'hôpital et de répondre ainsi aux remarques faites par la Cour des comptes dans son rapport 2002 consacré à la sécurité sociale.

Dorénavant, un plafond est fixé pour le prix de vente de ces médicaments par les laboratoires aux établissements de santé. Une marge est perçue par les établissements de manière à rémunérer le service rendu par les pharmacies hospitalières.

Ce dispositif financier est complété par l'incitation faite aux pharmacies hospitalières (article L. 162-22-7 nouveau) de conclure un contrat de bon usage des spécialités médicales et des prestations.

Le **paragraphe I** de cet article dispose qu'une convention entre l'entreprise exploitant le médicament et le comité économique des produits de santé fixe le prix de vente maximum aux établissements de santé des médicaments facturables en sus des tarifs des prestations.

Cette convention est fixée en application des règles énoncées par l'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale qui dispose que la convention est d'une durée maximum de quatre ans.

Comme pour les autres médicaments dont le prix est fixé par convention entre le comité économique du médicament et les laboratoires, la fixation du prix tient compte de quatre facteurs :

- le service médical rendu par la spécialité pharmaceutique considérée ;
- le prix des médicaments à même visée thérapeutique ;
- les volumes de vente prévus et constatés ;
- les conditions prévisibles et réelles d'utilisation des médicaments.

Cette convention fixe également, le cas échéant, l'évolution de ce prix en fonction des volumes de ventes et des remises prévus à l'article L. 162-18 du code de la sécurité sociale. A défaut, ce prix est fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'économie, après avis du comité.

L'article propose que le tarif de responsabilité des spécialités pharmaceutiques soit égal au prix de vente maximum, sous la réserve des dispositions prévues par le II de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale. En effet, lorsque l'état définitif des dépenses n'est pas compatible avec les objectifs de l'année en cours, une régulation prix-volume peut-être actionnée et l'État dispose en la circonstance de la possibilité de modifier le tarif de responsabilité.

L'article L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale dispose, en outre, que l'établissement de santé bénéficie d'une partie, définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, de l'écart entre le tarif de responsabilité (égal au prix de vente maximum autorisé) et le prix que l'établissement a effectivement payé. Cette disposition a pour objet d'inciter les établissements à négocier le prix d'achat des médicaments mais également de rémunérer le service rendu.

Le **paragraphe II** de l'article propose de rédiger l'article L. 165-7 du code de la sécurité sociale de sorte qu'il précise les modalités de facturation des frais d'acquisition et de renouvellement des dispositifs médicaux implantables, facturables en sus des tarifs des prestations.

Dans un but identique d'incitation à la négociation des prix par les acheteurs hospitaliers, il propose que l'établissement bénéficie d'une partie, définie par un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, de l'écart entre le tarif de responsabilité et le prix qu'il a payé. Par ailleurs, il précise que les tarifs de responsabilité de ces produits et prestations peuvent être diminués par les pouvoirs publics en cas de dépassement de l'objectif de dépenses.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement déposé par M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, qui vise à déterminer les modalités de fixation du tarif de responsabilité en cas de non-conclusion de la convention prévue par l'article. Dans ce cas, les ministres compétents disposent d'un délai de soixante-quinze jours pour fixer le tarif de responsabilité.

Cet amendement précise qu'en aucun cas la différence entre le tarif de responsabilité et le prix de vente des établissements ne peut être facturée aux patients. Cette mesure vise à éviter de faire supporter directement aux patients la charge qui apparaîtrait si le tarif de responsabilité était inférieur au tarif de la prestation.

III - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 23

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

Réglementation de l'accès aux codes des prestations remboursables

Objet : Cet article vise à adapter la situation professionnelle des personnels des services de facturation des établissements et des services de liquidation

au regard des contraintes imposées par le traitement des informations contenues sur les bordereaux de facturation.

I - Le dispositif proposé

Avec la tarification à l'activité, les personnels de service de facturation auront à gérer des bordereaux de facturation sur lesquels figureront les codes des prestations rénovées, issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), dont l'objet est d'établir un lien entre des caractéristiques relatives à chaque patient et le coût de la prise en charge.

L'accès à ces codes peut entraîner des problèmes de rupture de confidentialité, en dévoilant des informations relatives à l'état de santé des patients.

Le présent article détermine de manière précise la liste des personnes ayant accès aux codes, c'est-à-dire les personnels des services de facturation des établissements et les personnels des services de liquidation. En outre, l'accès n'est possible que dans le cadre des fonctions assurées par ces personnes et pour la durée de leur accomplissement. L'accès n'est autorisé que *« dans l'intérêt de la santé publique et en vue de contribuer à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie »*.

Cet article vise donc à donner aux personnels des services de facturation des établissements et aux personnels des services de liquidation des caisses l'accès aux codes des prestations du PMSI. A cette fin, il modifie le premier et le troisième alinéas de l'article L. 161-29, article compris dans la section IV « Systèmes d'information de l'assurance maladie et cartes de santé » du chapitre premier du titre VI du livre premier du code de la sécurité sociale.

Le premier alinéa de l'article L. 161-29 du code de la sécurité sociale sera modifié afin de tenir compte des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique (dispositions relatives au PMSI) et de l'accès nécessaire aux codes des personnels des établissements de santé chargés de la facturation, ainsi que des directeurs de ces établissements.

II - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 24

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

Réforme de la procédure budgétaire des établissements de santé

Objet : *Cet article vise à aménager la procédure budgétaire des établissements de santé à la suite afin de l'adapter aux modalités prévues par la tarification à l'activité.*

I - Le dispositif proposé

La réforme dite de la tarification à l'activité, refonde de manière importante le mode d'allocation de ressources financières versées aux établissements de santé.

Cette réforme met fin, pour les établissements visés à l'article L. 166-226 du code de la sécurité sociale, à un financement par la dotation globale.

Leur budget sera désormais constitué d'une partie de financement à l'activité pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique sur la base de la tarification par groupe homogène de séjour (GHS). Les établissements pourront également bénéficier d'un financement forfaitaire pour les dépenses de frais fixes relatives aux services d'urgences, les frais occasionnés par ces activités étaient également couverts par la mise en œuvre d'un tarif dit de passage. Les missions d'intérêt général feront l'objet d'une dotation annuelle.

Enfin, les établissements publics pourront, durant la période transitoire qui s'achèvera en 2012, bénéficier d'une dotation annuelle complémentaire décroissante dans le temps.

La mise en œuvre de ces nouvelles dispositions nécessite de réformer la procédure budgétaire, et notamment certaines procédures devenues sans objet.

Le paragraphe I propose de modifier le chapitre III du titre IV du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique. L'article L. 6143-1 du code de la santé publique est modifié afin de supprimer la disposition relative à la délibération du conseil d'administration de l'hôpital sur la dotation globale.

Le conseil d'administration délibérera sur le budget prévu à l'article L. 6145-1 du code de la santé publique, ainsi que sur les propositions de dotation annuelle de financement et les tarifs des prestations mentionnés aux

articles L. 162-22-16 du code de la santé publique (spécialités pharmaceutiques, cf. article 22 du projet de loi), L. 174-1 (activités de SSR et psychiatrie) et L. 174-3 (malades non couverts par un régime) du code de la santé publique.

Le **paragraphe I** prévoit également l'abrogation de l'article L. 6143-3 du code de la santé publique, article relatif à l'établissement d'un rapport d'activité que le directeur de l'établissement doit présenter au conseil d'administration avant le 30 juin de chaque année.

Sont également modifiés le 2° de l'article L. 6143-4 afin de préciser que les délibérations relatives au budget sont réputées approuvées par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, sauf opposition, pour le budget, dans un délai de trente jours suivant la publication des arrêtés prévus à l'article L. 162-22-10 (arrêtés fixant notamment les tarifs nationaux) et au dernier alinéa de l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale (arrêté fixant l'objectif des dépenses d'assurance maladie constitué notamment des activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation exercées par les établissements de santé et les activités des unités de soins de longue durée).

Les motifs pour lesquels le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut refuser son approbation au budget présenté sont déterminés par décret en Conseil d'État.

Le **paragraphe II** vise à modifier la chapitre IV « Organes représentatifs et expression des personnels » du titre IV du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique. Il propose de modifier la disposition relative aux compétences de la commission médicale d'établissement en tenant compte de la nouvelle procédure budgétaire.

Le **paragraphe III** modifie le chapitre V du titre IV du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique.

Cette nouvelle rédaction de l'article L. 6145-1 confie au directeur de l'établissement la préparation du budget. Cette procédure tient compte des tarifs nationaux des prestations, des forfaits annuels, de la dotation de financement des activités d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) et, le cas échéant, des dotations annuelles prévues aux articles L. 162-22-16 (financement des hôpitaux locaux) et L. 174-1 du code de la sécurité sociale, ainsi que de l'activité prévisionnelle de l'établissement.

Le projet de budget est présenté par le directeur de l'établissement au conseil d'administration et voté par ce dernier. Il est adressé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation au plus tard le 15 mars de l'année.

Dans le cas où le budget n'est pas approuvé, le directeur de l'établissement présente au conseil d'administration un nouveau budget intégrant les observations du directeur de l'agence régionale de

l'hospitalisation. Le budget et ses modifications sont approuvés dans les conditions prévues à l'article L. 6143-4.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

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

III - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 25

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

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

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

I - Le dispositif proposé

Le présent article adapte les mesures législatives relatives au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des établissements de santé (CPOM) et aux compétences du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation pour tenir compte des nouvelles dispositions induites par la mise en œuvre de la tarification à l'activité.

En effet, le niveau régional, et plus particulièrement les agences régionales d'hospitalisation, conservent un rôle important dans l'allocation des ressources.

L'ARH alloue aux établissements publics et privés l'enveloppe MIGAC (missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation) dans le cadre de la politique de contractualisation définie en commission exécutive.

Elle notifie également à chaque établissement les tarifs de groupe homogène de séjour (700 références) qui lui sont applicables.

Enfin, la dotation annuelle complémentaire versée aux établissements publics et le montant des forfaits annuels (versés dans le cadre des financements mixtes) sont fixés par le directeur de l'ARH tandis que les coefficients correcteurs dont peuvent bénéficier les établissements privés sont fixés par avenant aux contrats d'objectifs et de moyens.

Le **paragraphe I** de l'article modifie le chapitre IV « Contrats pluriannuels conclus entre les agences régionales de l'hospitalisation et les établissements de santé » du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique.

L'article L. 6114-2 du code de la santé publique est modifié, afin de prévoir que les CPOM comportent les engagements de l'établissement en matière de missions d'intérêt général donnant lieu au versement d'une dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

Le **paragraphe II** modifie le chapitre V « Agences régionales de l'hospitalisation » du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique afin de préciser les compétences du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

Dans cette nouvelle rédaction, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation fixe, après avis de la commission exécutive de l'agence, les règles générales de modulation des tarifs des prestations et arrête les montants des forfaits annuels des établissements.

Il convient de souligner que le rôle du directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation, ainsi que ces dispositions ont déjà été profondément modifiés par l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté deux amendements de M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail :

- le premier supprimant la fixation, par avenant au contrat d'objectifs et de moyens des établissements, des montants des forfaits annuels et de la dotation MIGAC, les articles L. 162-22-12 et L. 162-22-14 du code de la

sécurité sociale - dans la rédaction proposée par le présent projet de loi
- prévoyant leur fixation par l'État ;

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

III - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

*Article 26
(art. L. 162-43, L. 174-12, L. 174-14 à L. 174-17 et L. 315
du code de la sécurité sociale)*

Coordinations

Objet : Mise en cohérence de plusieurs articles du code de la sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé

Cet article procède aux aménagements rédactionnels indispensables pour mettre les articles L. 162-43, L. 174-12, L. 174-14, L. 174-15, L. 174-16, L. 174-17 et L. 315-1 du code de la sécurité sociale en cohérence avec les modifications relatives à la mise en oeuvre de la tarification à l'activité apportées par le présent projet de loi.

II - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 27
(art. L. 6133-2, L. 6161-4, L. 6161-7 et L. 6161-8
du code de la santé publique)

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

Objet : Cet article vise à étendre aux établissements de santé privés à but non lucratif financés par dotation globale et aux établissements privés admis à participer à l'exécution du service public hospitalier, le bénéfice de la tarification à l'activité.

I - Le dispositif proposé

Identique, dans le principe, à l'article précédent, cet article vise à procéder aux modifications nécessaires du code de la santé publique afin, selon l'exposé des motifs, d'étendre « *aux établissements de santé privés à but non lucratif qui avaient opté pour le régime de financement par dotation globale et aux établissements de santé privés admis à participer à l'exécution du service public hospitalier l'ensemble des dispositions créées pour les établissements publics de santé* ».

Sont modifiés l'article L. 6133-2 relatif aux groupements de coopération sanitaire et les articles L. 6161-4, L. 6161-7 et L. 6161-8 comportant des dispositions générales relatives aux établissements privés de santé.

II - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 28

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

Objet : Cet article fixe un échéancier en trois étapes pour la mise en œuvre de la tarification à l'activité.

I - Le dispositif proposé

Le présent article propose que les dispositions des articles 18 à 27 du présent projet soient applicables à compter du 1^{er} janvier 2005, pour les établissements publics et pour les établissements privés participant au service public.

Le basculement vers la tarification à l'activité se fera dès le 1^{er} mai 2004 pour les établissements privés, cette solution a été retenue en raison de la proximité qui existe entre le système de tarification à la journée et à l'acte, actuellement en vigueur dans les établissements privés, et la tarification à l'activité.

Pour les autres établissements, le schéma proposé repose sur la mise en œuvre de trois étapes successives.

En effet, le changement de tarification des établissements publics et privés, auparavant financés par la dotation globale, est un processus lourd et complexe. Compte tenu de l'ampleur de la réforme proposée et de ses enjeux, le Gouvernement a fait le choix du pragmatisme et d'un rythme soutenable, qui permet aux établissements de faire muter leur mode de fonctionnement et aux personnels chargés d'appliquer la réforme de s'approprier cette « révolution culturelle »¹⁰.

En **2004**, le cadre budgétaire et comptable actuel est maintenu. Mais les données du programme de médicalisation du système d'information (PMSI) sont prises en compte pour la détermination et l'ajustement des budgets. Cette première étape s'accompagne d'une modification importante de l'organisation budgétaire (présentation des budgets, modalités d'approbation et nouvelle nature des recettes).

Dès septembre 2004, soit au moment de la préparation budgétaire, et au cours de l'année **2005**, la nouvelle procédure budgétaire se met en place avec une réforme du régime budgétaire et comptable des établissements. Les

¹⁰ Yves Bur, Assemblée nationale, 2^{ème} séance du jeudi 30 octobre.

recettes liées à l'activité sortent du cadre de financement par la dotation globale. En revanche pour des raisons de faisabilité technique (modification du système d'information), les données relatives aux actes externes, aux médicaments et aux dispositifs médicaux facturables en sus transitent par les agences régionales d'hospitalisation qui notifient à la caisse-pivot de l'établissement le montant des recettes à allouer.

Enfin, à partir de **2006**, les établissements concernés pourront facturer directement à l'assurance maladie, sans l'interface de l'ARH, leurs prestations d'hospitalisation ainsi que les médicaments et dispositifs médicaux facturables en sus.

Les processus s'appliquent sous les réserves suivantes.

Le **paragraphe I** de l'article concerne les mesures d'application des dispositions relatives à la transmission des données d'activité des établissements et à leur exploitation par l'agence régionale de l'hospitalisation.

Le mécanisme mis en place par l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale devra conduire les établissements à facturer à la caisse-pivot les prestations d'hospitalisation.

Cependant, à titre transitoire, une procédure impliquant l'agence régionale de l'hospitalisation est organisée. Les établissements transmettront à l'agence leurs données d'activité (y compris celles relatives aux consultations externes ainsi que la consommation de certaines spécialités pharmaceutiques et de certains produits et prestations) qui seront également adressées à la caisse-pivot dont dépend l'établissement.

L'agence régionale de l'hospitalisation procédera, pour chaque établissement, à la valorisation de l'activité (pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie) en appliquant les tarifs des prestations et en prenant en compte la consommation de certaines spécialités pharmaceutiques et de certains produits et prestations. L'agence régionale arrêtera le montant ainsi calculé puis le notifiera à l'établissement et à la caisse-pivot.

Le **paragraphe II** vise à faciliter la prise en compte de la réforme par les organismes d'assurance maladie complémentaire. Il propose que, pour l'année 2005, le calcul du ticket modérateur reste assis sur les tarifs de prestations déterminés selon les modalités antérieures au projet de loi. La participation de l'assuré demeure calculée sur la base des tarifs de prestations fixés par l'agence régionale de l'hospitalisation.

Le **paragraphe III** propose de prévoir des dispositions transitoires relatives à la création en 2005, au sein de l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie, d'un objectif de dépenses relatif aux activités de

médecine, chirurgie et obstétrique et odontologique unique, commun aux établissements publics et privés.

Cette création impose de pouvoir reconstituer les réalisations correspondantes au titre de l'année 2004. Il est donc proposé de préciser que l'état provisoire des charges est constitué à partir des charges constatées au titre des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie des établissements antérieurement financés par dotation globale d'une part, et des établissements de santé privés antérieurement sous objectif quantifié national, d'autre part.

Si la tarification à l'activité est applicable aux établissements de santé privés dès mai 2004, toutefois, l'impact du changement de modalités d'allocation de ressources sur le revenu des établissements conduit à prévoir un dispositif qui régule les recettes. Pour obtenir ce résultat, il a été prévu de mettre en place, durant la période de transition, un coefficient correcteur des tarifs nationaux qui est détaillé au **paragraphe IV**.

Les tarifs de prestations de chaque établissement seront égaux au tarif national, éventuellement corrigé d'un coefficient géographique régional, qui pourra prendre en compte certaines spécificités liées à la localisation géographique des établissements et qui pèsent sur leurs coûts de fonctionnement.

Lorsque cela s'avérera nécessaire, ce tarif national sera pondéré par un « coefficient de transition » et, le cas échéant, par un « coefficient de haute technicité » propre à l'établissement.

- Le coefficient de transition

Ce coefficient est destiné à permettre de gérer une période de convergence des tarifs des groupes homogènes de séjour (GHS) propres aux établissements vers les tarifs nationaux. Il permet donc une entrée progressive dans le nouveau système d'allocation de ressources et autorise ainsi une montée en charge progressive.

Pour la campagne tarifaire 2004, le coefficient de transition est calculé de telle sorte que les recettes que l'établissement aurait reçues en 2003 de l'assurance maladie, en application du nouveau dispositif de tarification, soient égales, à activité identique, à ses recettes d'assurance maladie de l'année 2002 majorées du taux d'évolution des tarifs au titre de l'année 2003. Le coefficient ainsi calculé a ensuite vocation à converger progressivement vers l'unité au plus tard avant le 1^{er} janvier 2009.

La convergence des coefficients de transition est organisée à deux niveaux :

- au niveau national, l'arrêté prévu à l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale fixe les coefficients moyens régionaux, ainsi que les écarts maximums qui peuvent être maintenus entre les tarifs nationaux et les tarifs des établissements des régions après application des coefficients de transition. Les coefficients de transition moyens régionaux sont déterminés chaque année « *de manière à ce que l'écart entre leur valeur et la valeur un soit réduit et que ce coefficient atteigne un au plus tard en 2014* » ;

- sur le plan régional, l'arrêté prévu à l'article L. 162-22-12 du code de la sécurité sociale fixe les modalités de modulation du coefficient de transition entre les établissements de la région, dans le respect du coefficient régional et de l'écart maximum déterminé par l'arrêté visé à l'article L. 162-22-10.

Les tarifs de chaque établissement sont ensuite obtenus par application du coefficient de transition de l'établissement au tarif national, éventuellement corrigé du coefficient correcteur géographique, dans un avenant au contrat d'objectifs et de moyens.

- Le coefficient de haute technicité

Des disciplines médico-tarifaires ont été octroyées à certains établissements qui devaient faire face à des contraintes particulières d'environnement rendues nécessaires par les plateaux techniques et les soins rendus. Ces conditions ont été précisées dans l'arrêté de classement en soins particulièrement coûteux du 29 juin 1978.

La composante « haute technicité » du coefficient correcteur est destinée à rémunérer les surcoûts liés à la mise en place de ces environnements particuliers. Ce coefficient sera appliqué jusqu'à la mise en œuvre des schémas régionaux d'organisation sanitaire relatifs aux activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue.

A ce moment là, ce coefficient sera remplacé par la mise en place d'un supplément journalier aux tarifs de groupes homogènes de séjour. Dans l'attente de la mise en place du dispositif en 2005, ces coefficients sont fixés, en 2004, par les accords national et régionaux mentionnés aux articles L. 162-22-3 et L. 162-22-4 du code de la sécurité sociale.

Toujours dans le souci de rendre progressif l'impact de la tarification à l'activité sur les ressources des établissements publics et privés auparavant financés par la dotation globale de financement, le **paragraphe V** de l'article prévoit que les prestations d'hospitalisation sont prises en charge par les organismes d'assurance maladie sous la double forme d'une fraction du tarif et

d'une dotation annuelle complémentaire, correspondant à la fraction non couverte par le tarif.

La fraction du tarif qui détermine la part des ressources des établissements publics et privés auparavant financés par la dotation globale de financement est fixée par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Afin d'opérer un meilleur suivi des charges constituant l'objectif de dépenses d'assurance maladie commun des activités MCO, il est distingué, dans l'arrêté fixant le montant de cet objectif, la part afférente aux dotations annuelles complémentaires.

Le montant des dotations annuelles complémentaires allouées à chaque région est fixé par l'arrêté mentionné à l'article L. 162-22-10 (arrêté fixant notamment les tarifs des prestations). Le directeur de l'agence régionale d'hospitalisation arrête ensuite le montant de la dotation de chaque établissement dans la limite de sa dotation régionale.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté trois amendements de M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail :

- le premier proposant de reporter la date de l'application de la réforme portant tarification à l'activité dans l'hospitalisation privée du 1^{er} mai au 1^{er} octobre 2004 ;

- le deuxième prévoyant que la transmission à l'agence régionale de l'hospitalisation d'informations relatives à la consommation de spécialités pharmaceutiques et de produits facturés en sus s'effectue simultanément à la transmission régulière des données relatives à l'activité des établissements ;

- le troisième de portée rédactionnelle.

Plus encore, avec l'accord du Gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté un amendement présenté par M Yves Bur, visant « à accélérer le processus de convergence entre hospitalisation publique et privée en fixant l'échéance »¹¹ de 2014 en 2012.

¹¹ Yves Bur, Assemblée nationale, 2^{ème} séance du jeudi 30 octobre.

III - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter à cet article trois amendements.

Les deux premiers sont des amendements de coordination et visent à ramener la fin de la période transitoire prévue pour mener à bien la réforme de la tarification à l'activité de 2014 à 2012, après que l'Assemblée nationale a adopté cette mesure sans corriger toutes les dispositions visées.

Le troisième propose de fixer un objectif intermédiaire à la montée en charge de la réforme en prévoyant que la fraction du tarif des prestations d'hospitalisation ne pourra être inférieure à 50 % en 2008, c'est-à-dire au milieu de la période transitoire.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Article 29

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

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

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

I - Le dispositif proposé

L'article 28 a posé le principe d'un basculement progressif vers la tarification à l'activité, de 2004 à 2014, avec trois premières étapes fondamentales pour la mise en œuvre des nouvelles dispositions techniques en 2004, 2005 et 2006.

Le présent article fixe le régime budgétaire, comptable et financier des établissements de santé pour 2004. En effet, les budgets seront ajustés selon les modalités d'application de la tarification à l'activité.

Le **paragraphe I** de l'article rappelle qu'en 2004 l'allocation des ressources versées aux établissements sous dotation globale sera gérée dans le cadre de la réglementation existante.

Toutefois, les alinéas, A, B et C de ce paragraphe I détaillent les mesures qui seront prises par dérogation au système de financement par dotation globale pour instiller les premiers éléments de tarification à l'activité dans le budget de ces établissements afin de procéder à des décisions modificatives en cours d'année, à partir du 30 juin 2004, puis à partir du 1^{er} octobre 2004, enfin au plus tard le 31 janvier 2005¹² :

- le A concerne les montants des dotations régionales notifiées par les agences régionales d'hospitalisation. Pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, le montant de la dotation sera établi de la manière suivante. Le volume d'activité médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) sera évalué sur la base des informations transmises par l'intermédiaire du programme de médicalisation du système d'information. Ce volume d'activité sera valorisé par application des tarifs nationaux de référence établis par le ministère de la santé et de l'évolution prévisionnelle de l'activité.

S'agissant des activités « non MCO » (activités de psychiatrie et de SSR) exercées par les établissements, les montants des dotations régionales sont fixés en fonction des informations produites en application du PMSI et des orientations des schémas d'organisation sanitaire et des priorités nationales ou locales en matière de politique nationale ;

- le B précise les critères de détermination des dépenses encadrées de l'établissement qui, pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, dépendent de l'activité de l'établissement ainsi que de son évolution prévisionnelle valorisée aux tarifs de référence nationaux. Les orientations des schémas d'organisation sanitaire, les priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire et les dispositions du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens peuvent également être prises en compte. Pour les activités non MCO, les critères sont identiques mais non hiérarchisés, les données d'activités issues du PMSI n'intervenant pas (psychiatrie) ou marginalement (soins de suite ou de réadaptation) ;

- le C fixe les modalités de transmission des données d'activité et de la consommation de certaines spécialités pharmaceutiques et de certains produits et prestations qui peuvent faire l'objet d'un paiement en sus du groupe homogène de séjour et qui doivent donc être prises en compte dans la procédure budgétaire.

Un décret viendra préciser que le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation pourra réviser le montant des dépenses autorisées et fixer les éléments de tarification.

Le **paragraphe II** de l'article propose des adaptations à apporter aux dispositions législatives en vigueur pour permettre la mise en place de la

¹² Source : mission tarification à l'activité, ministère de la santé.

tarification à l'activité en 2004 dans le cadre du dispositif contractuel propre à l'objectif quantifié national (OQN).

L'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale est modifié pour définir les modalités de calcul des nouveaux tarifs des prestations afin de rendre les tarifs compatibles avec le respect de l'OQN arrêté pour 2004. L'article L. 162-22-3 est modifié pour que l'accord tarifaire national fixe les nouveaux tarifs des prestations, des coefficients géographiques et des coefficients de transition qui feront l'objet, dès 2004, d'un premier effort de convergence. Par cohérence, les modifications apportées aux articles L. 162-22-4, L. 162-22-5 et L. 162-22-7 visent à étendre le champ de compétence des accords tarifaires nationaux et régionaux.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté quatre amendements déposés par M. Bruno Gilles, rapporteur de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales : trois amendements de nature rédactionnelle et un amendement complétant le dispositif transitoire s'agissant des médicaments et de certains dispositifs médicaux facturés en sus par les établissements de santé privés.

III - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter un amendement à cet article pour aligner le calendrier budgétaire propre à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) sur le droit commun du calendrier budgétaire des établissements de santé. Cette mesure technique permet de faciliter l'entrée de l'AP-HP dans ce nouveau mode d'allocation de ressources qu'est la tarification à l'activité.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi modifié

Article additionnel après l'article 29
**Création d'un comité chargé de l'évaluation de la réforme
de la tarification à l'activité**

Objet : Cet article vise à créer un comité placé auprès du ministre en charge de la santé et dont la mission sera d'évaluer le déroulement de la réforme de la tarification à l'activité.

I - Le dispositif proposé

Cet article additionnel est proposé par la commission des Affaires sociales du Sénat qui a considéré que l'ampleur des modifications induites par le passage à la tarification à l'activité justifiait la création d'un comité d'évaluation.

Cette structure n'est pas destinée à évaluer la faisabilité de la réforme mais à apprécier les conditions de son exécution. Aussi, il n'est prévu de la constituer que le 1^{er} octobre 2004.

La présidence du comité est confiée au directeur général de l'ANAES afin de garantir la sécurité, la qualité et l'efficacité de la mise en œuvre de la réforme de l'allocation de ressources versée aux établissements de santé.

II - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.

Article 30

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

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

Objet : Cet article vise à explorer, dans le cadre d'une expérimentation menée à l'intérieur de groupements de coopération sanitaire réunissant au moins un établissement public et un établissement privé, des solutions visant à homogénéiser les modes de rémunération des médecins.

I - Le dispositif proposé

La loi du 2 juillet 2003 habilitant le Gouvernement à simplifier le droit l'autorisait à réformer les dispositifs de coopération et de collaboration entre les établissements de santé publics et privés. Ces mesures s'inscrivaient dans le prolongement du plan « Hôpital 2007 » et devaient permettre la création d'un Groupement de coopération sanitaire (GSC) élargi, souple et polyvalent qui remplacerait à terme les autres formules de coopération.

Le titre III (articles 14 à 20) de l'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé¹³, organise une nouvelle formule de coopération sanitaire qui inclut à la fois les actions menées par deux ou plusieurs établissements (politique d'investissement) et la participation des professionnels médicaux qui se voient reconnaître la possibilité d'assurer des prestations médicales, au bénéfice des patients pris en charge, par l'un ou l'autre des établissements de santé membres du groupement.

Le dispositif prévu par le présent article s'inscrit dans le prolongement des dispositions promulguées par ordonnance. Il fait l'objet d'une inscription dans le PLFSS 2004 car ces mesures excèdent le périmètre de l'habilitation accordée au Gouvernement par la loi du 2 juillet 2003.

Elles visent à organiser une expérimentation relative à la rémunération des médecins libéraux et des praticiens hospitaliers exerçant au sein des groupements de coopération sanitaire, pour une durée maximale de trois ans, à compter du 1^{er} janvier 2004.

Dans le cadre de cette expérimentation, les médecins libéraux pourront être rémunérés par l'assurance maladie sous la forme de

¹³ Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.

financements forfaitaires, tandis que les praticiens hospitaliers pourront être rémunérés dans des conditions dérogatoires à celles découlant de leur statut.

Plusieurs conditions doivent être réunies pour la mise en œuvre de cette expérimentation qui s'adresse aux groupements de coopération sanitaire comprenant au moins un établissement public et un établissement privé.

Doivent être obtenues : la délivrance d'une autorisation par le directeur de l'agence régionale d'hospitalisation, une décision conjointe du directeur de l'agence régionale d'hospitalisation et du directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) pour la rémunération des médecins libéraux, la conclusion d'une convention conclue entre le groupement et le directeur de l'agence régionale d'hospitalisation pour la rémunération des praticiens hospitaliers.

Les modalités d'évaluation de ces expérimentations seront fixées par voie réglementaire.

Selon l'exposé des motifs, ces mesures ont pour objet de lever les obstacles à la coopération résultant des modalités différentes de rémunération et de responsabilité des médecins.

II - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 31

(art. L. 322-3 et L. 324-1 du code de la santé publique)

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

Objet : Cet article vise à aménager la procédure d'accès au bénéfice de l'exonération du ticket modérateur pour les assurés sociaux souffrant d'une affection de longue durée.

I – Le dispositif proposé

Les dépenses remboursées aux patients atteints d'une affection de longue durée (ALD) représentent plus de la moitié du total des dépenses remboursées par l'assurance maladie. Cette situation est due notamment au

taux de prise en charge plus élevé de ces personnes puisqu'elles sont exonérées du ticket modérateur pour les frais liés au traitement de leur affection de longue durée.

La progression des dépenses remboursées à ces patients est plus rapide que celle des dépenses remboursées aux autres assurés et elle représente les deux tiers de la croissance des dépenses de soins de ville entre 2000 et 2002. Cette progression est due en particulier au fait que le nombre de personnes admises en ALD s'accroît de plus en plus vite, notamment en raison de la prise en charge très précoce des ALD alors même que les patients ont une vie normale (diabète même à un stade non invalidant). Or, la mise sous ALD a pour conséquence d'entraîner l'exonération du ticket modérateur d'un grand nombre de prestations, dont il est le plus souvent difficile de contrôler, *a posteriori*, le lien avec l'ALD elle-même.

La concentration de ces remboursements est particulièrement forte sur les frais de transport (entre 70 % et 85 % du total des remboursements) ou les médicaments (50 %).

Dans ces conditions, il est indispensable d'améliorer très significativement la maîtrise de ces dépenses :

- en donnant une base législative au protocole de soins sur la base duquel est déclenchée l'exonération ;

- en permettant une définition plus précise des prestations faisant l'objet de l'exonération.

Cet article propose de distinguer les actes et traitements liés à la pathologie qui a provoqué la reconnaissance de l'affection de longue durée de l'assuré social, des autres soins non directement liés à l'affection principale, ce qui soulève certaines difficultés d'appréciation.

En limitant la participation de l'assuré aux actes et prestations figurant dans le protocole mentionné à l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale, il risque d'entraîner des difficultés importantes pour les patients présentant une pathologie lourde leur ayant ouvert le droit à l'exonération du ticket modérateur.

En effet, ces patients nécessitent des soins continus et adaptés en permanence aux évolutions des données scientifiques et à l'évolution de leur état de santé.

L'automatisme du lien entre protocole et remboursement, et la nécessité de mettre en œuvre un nouvel examen pour actualiser au fur et à mesure que cela s'avère nécessaire, les protocoles initiaux, sont susceptibles de retarder leur prise en charge médicale ou de laisser à leur charge une part des dépenses de soins liés à leur pathologie.

Pour que le patient bénéficie de la prise en charge à 100 %, le médecin devra, à chaque modification thérapeutique ou à chaque nouvelle investigation, établir un nouvel examen conjoint avec le médecin conseil. Le risque d'inflation de ces protocoles est donc majeur ; or, il faut rappeler que le médecin perçoit une rémunération à hauteur de C 2,5 soit 50 euros pour l'établissement d'un protocole.

Sur le plan administratif, ce lien avec le protocole risque de limiter l'exonération du ticket modérateur aux affections de longue durée disposant de référentiels alors qu'il existe un grand nombre d'autres situations prévues par le code de la sécurité sociale.

Cette disposition implique également une adaptation des systèmes d'information à la disposition des services administratifs des organismes pour permettre un remboursement différencié des actes et prestations selon chaque protocole individualisé.

Outre la question du secret médical qu'elle soulève, cette mise en œuvre pourrait conduire à une gestion par individu des actes et prestations exonérés. La technique médicale évoluant ainsi que l'état du patient, une actualisation permanente des données serait nécessaire.

Par cohérence, le **paragraphe II** complète le 3° et le 4° de l'article L. 322-3 précité afin de préciser que la possibilité de limiter ou de supprimer la participation est limitée aux actes et prestations figurant dans le protocole de diagnostic et de soins.

Enfin, le **paragraphe III** prévoit que les dispositions prévues par cet article sont applicables aux examens effectués à compter du 1er janvier 2004.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Lors de l'examen de cet article, la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale l'avait supprimé en raison de ses imperfections de rédaction.

Ces dispositions ont été rétablies en séance publique sur proposition du Gouvernement. Néanmoins le dispositif retenu est plus souple et insiste principalement sur le rôle du médecin conseil en donnant une valeur législative au protocole de diagnostic et de soins qui permet la reconnaissance de l'affection de longue durée et en rendant opposables les recommandations actuellement élaborées par le Haut comité médical de la sécurité sociale.

III - La position de votre commission

Compte tenu des précisions qui y ont été apportées, **vo**tre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 31 bis (nouveau)
Spécifications relatives à la carte Vitale

Objet : Cet article prévoit l'ajout d'une photo d'identité du titulaire sur chaque carte Vitale.

I - Le dispositif proposé

Cet article additionnel, adopté par l'Assemblée nationale sur proposition de MM. Yves Bur et Rudy Salles, dispose qu'une photographie d'identité du titulaire devra désormais figurer sur chaque carte Vitale, afin d'en faire une véritable carte d'identité de santé.

Cette mesure vise à lutter contre les comportements frauduleux, qu'il s'agisse de vols ou d'utilisation d'une même carte par des utilisateurs autres que les ayants droit du titulaire.

II - La position de votre commission

Votre commission, comme l'ont fait les orateurs à l'Assemblée nationale, ne peut manquer d'attirer l'attention du Gouvernement sur de possibles pratiques frauduleuses et leurs conséquences sur les finances de l'assurance maladie, notamment dans les établissements de santé, où l'admission peut-être enregistrée sans vérification d'identité.

Toutefois, l'adjonction d'une photographie d'identité sur les cartes Vitale est une opération extrêmement coûteuse, de l'ordre de 300 millions d'euros, qui peut s'avérer problématique lorsque la carte est utilisée pour le compte d'un ayant droit du titulaire, le cas le plus fréquent étant celui du conjoint présentant la carte au titre d'enfants communs.

Sans sous-estimer la possibilité de fraudes existantes, mais compte tenu du coût très élevé de la mesure et des problèmes pratiques qu'elle est susceptible de poser, **vo**tre commission propose la suppression de cet article.

Article 32

(art. L. 321-1 du code de la santé publique)

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

Objet : Cet article exclut du bénéfice de la couverture de frais à laquelle peuvent prétendre les assurés sociaux, les actes et prestations effectués en dehors de toute prestation médicale.

I - Le dispositif proposé

L'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale dispose que les assurés sociaux peuvent bénéficier d'une couverture des frais de médecine, de soins dentaires ou encore des examens de laboratoire.

Selon cet article, l'assuré peut donc prétendre au remboursement des dépenses qu'il a été effectuées dans des conditions régulières sur prescription de son médecin traitant, seul qualifié pour apprécier les actes nécessaires au rétablissement du patient.

Toutefois, le code de la sécurité sociale ne définit pas avec exhaustivité les soins et services couverts par les remboursements. La définition d'un tel « panier de soins » est d'ailleurs régulièrement évoquée dans les débats relatifs à la médicalisation des dépenses de santé.

Les dispositions proposées par le présent article complètent la rédaction de l'article L. 321-1 afin d'exclure du remboursement les actes et prestations effectués en dehors de toute justification médicale, principalement ceux réalisés dans le but de délivrer à l'assuré un certificat médical nécessaire à l'obtention d'une licence sportive ou la délivrance d'un brevet ou permis.

Cette mesure vise à responsabiliser l'assuré en lui proposant de distinguer les actes effectués en raison de son état de santé de ceux nécessaires pour répondre à des exigences législatives, réglementaires ou contractuelles.

II - La position de votre commission

Bien que dubitative sur la portée réelle de cette mesure, **vo**tre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 33

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

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

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

I - Le dispositif proposé

Le dispositif prévoit notamment l'obligation pour les professionnels de santé prescripteurs d'indiquer si leur prescription est faite dans le cadre des indications médicales ouvrant droit à la prise en charge.

Cette mesure vient en coordination de l'article précédent qui dispose que les actes non justifiés médicalement ne peuvent pas faire l'objet d'un remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Il a donc été jugé opportun d'étendre le champ du dispositif aux actes que le médecin prescrit dans ce cadre (ex. les analyses de biologie).

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté trois amendements de M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail :

- le premier étendant l'obligation d'inscrire sur l'ordonnance le caractère non remboursable des actes ou prestations prescrits ne remplissant pas les conditions de prise en charge prévues par les différentes nomenclatures, par cohérence avec l'article 34 du projet de loi ;

- le deuxième supprimant la référence à l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale susceptible de créer une ambiguïté sur la portée de l'obligation des professionnels de santé de ne pas établir de feuilles de soins lorsque les actes effectués ne sont pas remboursables ;

- le dernier est rédactionnel.

III - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 33 bis (nouveau)
(art. L. 161-31 du code de la sécurité sociale)

Information des assurés sociaux

Objet : Cet article crée l'obligation pour les pharmaciens d'informer l'assuré social porteur de la carte Vitale du coût, pour les régimes d'assurance maladie, des médicaments prescrits.

I - Le dispositif proposé

Cet article additionnel a été adopté par l'Assemblée nationale à la suite d'un amendement présenté par M. Bruno Gilles, rapporteur de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, et cosigné par M. Bernard Perrut.

Cet amendement propose de compléter la rédaction de l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale qui précise les conditions dans lesquelles est délivrée la carte électronique individuelle inter-régimes, ou carte Vitale.

Le dispositif proposé vise à ce que l'assuré social porteur de la carte Vitale puisse immédiatement connaître le coût des médicaments qui viennent de lui être prescrits et qui sont à la charge de l'assurance maladie. Il appartient au pharmacien qui délivre les médicaments de remettre à l'assuré un relevé de dépenses.

Cette mesure s'inscrit dans une démarche de responsabilisation des assurés.

A l'occasion de ce débat, le ministre de la santé a fait part de son accord quant à la nécessité d'informer les assurés mais s'est inquiété de la faisabilité du dispositif et de la charge qu'il fait peser sur les pharmaciens en leur imposant un surcroît de travail administratif.

II - La position de votre commission

Tout en partageant les réserves exprimées par le ministre de la santé, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 34

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

Mise en œuvre de la classification commune des actes médicaux

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

I - Le dispositif proposé

Cet article vise à améliorer le dispositif de prise en charge des actes et prestations des médecins et auxiliaires médicaux. Ce faisant, il introduit le principe d'opposabilité des indications de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) puis de la classification commune des actes médicaux (CCAM), permettant ainsi, notamment, la prise en charge du traitement de maladies « orphelines » comme l'agénésie dentaire.

Les dispositions prévues par cet article contribuent par ailleurs à la mise en œuvre opérationnelle de la CCAM en précisant que l'ANAES devra se prononcer sur l'inscription de tous nouveaux actes dans la CCAM et non sur l'ensemble des 6.000 actes du stock actuel, disposition souhaitée par la CNAMTS en accord avec l'ANAES.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté deux amendements de M. Bruno Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail :

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

- le second de clarification rédactionnelle.

III - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 35

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

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

Objet : Cet article vise à aménager les modalités relatives à la conclusion des accords de bon usage de soins et des contrats de bonne pratique.

I - Le dispositif proposé

Le **paragraphe I** de cet article modifie la rédaction de l'article L. 162-12-7 du code de la sécurité sociale, qui prévoit actuellement que des accords de bon usage de soins (AcBUS) peuvent être conclus entre les caisses d'assurance maladie et les représentants des professionnels de santé, afin de déterminer des objectifs médicalisés d'évolution des pratiques ainsi que les actions permettant de les atteindre.

L'exemple toujours cité, l'AcBus signé entre la CNAMTS et les représentants des médecins généralistes le 26 août 2002, a permis la mise en place d'une nouvelle tarification pour les visites à domicile, en fonction de la justification médicale.

Le présent article vise à aménager les procédures relatives à la conclusion des AcBus sur deux points.

- Tout d'abord, lorsque les accords comporteront des engagements relatifs à la sécurité, la qualité ou l'efficacité des pratiques, ils ne pourront être conclus qu'après avoir reçu l'avis favorable de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), qui disposera d'un délai de deux mois pour se prononcer.

Cette démarche s'inscrit dans une perspective générale d'évaluation du service médical rendu par les accords conventionnels voulue par le ministre de la santé et qui trouve sa place dans une démarche plus large de maîtrise médicalisée des dépenses.

Lors de son audition devant la commission des Affaires sociales du Sénat, le mercredi 29 octobre, Jean-Marie Spaeth, président du conseil d'administration de la CNAMTS a tenu à préciser « *qu'il était partisan d'une intervention de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) mais que cette intervention, légitime, devait avoir lieu en amont du*

processus conventionnel ». Les représentants des syndicats de médecins auditionnés par votre rapporteur ont eux aussi fait part de leur crainte que cette intervention de l'ANAES soit cause d'une réduction de la liberté contractuelle.

- La seconde modification proposée par l'article est relative au processus d'approbation des accords. Il est prévu que les accords régionaux ne seront plus approuvés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, mais par le directeur de la caisse nationale d'assurance maladie qui est nommé en conseil des ministres et disposera d'un délai de 45 jours pour se prononcer.

Cet aménagement de la procédure a pour objectif de favoriser le développement des AcBus régionaux dont la mise en œuvre, selon l'exposé des motifs, « *est actuellement retardée par un dispositif lourd d'approbation* ».

Le **paragraphe II** de cet article prévoit que les aménagements proposés pour les AcBus (avis favorable de l'ANAES et approbation des contrats régionaux par le directeur de la CNAMTS) sont également appliqués aux contrats de bonne pratique.

Prévus par l'article L162-12-18 du code de la sécurité sociale, les contrats de bonne pratique précisent les objectifs d'évolution de la pratique des professionnels et fixent les engagements pris par ces derniers. Le contrat comporte nécessairement des engagements relatifs à l'évaluation de la pratique professionnelle et aux actions de formation continue. Le principe du contrat de bonne pratique doit être inscrit dans la convention nationale dont relève le professionnel de santé, tandis que l'adhésion se fait sur une base individuelle.

Outre des propositions d'aménagements semblables à celles retenues pour les AcBus, le présent article prévoit que les contrats de bonne pratique ouvrent droit à un complément forfaitaire de rémunération ou à la majoration de la prise en charge, par les caisses d'assurance maladie, d'une partie des cotisations d'allocations familiales (article L. 242-11 du code de la sécurité sociale).

Il est également prévu, dans le cadre de la réforme de l'organisation de la permanence des soins mise en place par le ministre de la santé sur la base du volontariat, que le contrat de bonne pratique peut comporter des engagements spécifiques en matière de permanence des soins.

Le **paragraphe III**, qui modifie l'article L. 162-12-19 du même code, prévoit par ailleurs la consultation de l'ANAES en cas de recours au pouvoir de substitution du ministre, c'est-à-dire lorsque, dans certains cas limités, les AcBUS et les contrats de bonne pratique sont définis par arrêté ministériel.

Afin de tenir compte des modifications introduites par le présent article, les **paragraphes IV, V et VI** procèdent enfin à des modifications de

cohérence des articles L. 162-5-11, L. 645-2, L. 722-4 et L. 162-14 du code de la sécurité sociale.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Les dix amendements adoptés par l'Assemblée nationale sont de trois ordres :

- tout d'abord l'intervention de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé a été aménagée. Le caractère obligatoire de la consultation de l'ANAES pour les accords qui comportent des engagements relatifs à la sécurité, la qualité ou l'efficacité des pratiques a été maintenu. Toutefois, la conclusion de ces accords n'est plus suspendue à un avis favorable de l'Agence, mais à l'émission d'un avis simple qui permet de préserver l'autonomie des partenaires conventionnels ;

- ensuite, alors que le souhait du Gouvernement était d'assouplir la procédure d'approbation en transférant cette compétence vers le directeur de la CNAMTS, pour ce qui concerne les accords régionaux, l'Assemblée nationale a souhaité confier cette compétence à la CNAMTS et à au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie.

Ce choix présente l'intérêt de faire approuver ces accords par deux caisses d'assurance maladie dont au moins la CNAMTS, mais l'Assemblée nationale ne précise pas l'autorité compétente au sein des caisses, président ou conseil d'administration.

Une fois approuvés, les accords sont transmis aux pouvoirs publics (État ou représentants de l'État dans les régions) et s'ils concernent les médecins libéraux, aux URML ;

- enfin, l'Assemblée nationale est revenue sur le caractère automatique de la rémunération qui peut être prévue en contrepartie de l'accord, pour la transformer en simple possibilité à apprécier en fonction des engagements.

III - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter à cet article cinq amendements.

Il s'agit de revenir en partie à la procédure prévue initialement par le Gouvernement en confiant au directeur de la CNAMTS, après avis favorable du directeur d'au moins une autre caisse nationale d'assurance-maladie,

l'approbation des Acbus (un amendement) et contrats de bonne pratique (un amendement).

Cette solution prend en compte la nécessité de ne pas retarder l'approbation des accords par une procédure trop lourde et assure la participation de deux caisses d'assurance maladie au moins, à cette procédure.

Les trois autres amendements ont pour objet de substituer l'appellation « contrat de pratique professionnelle » à celle aujourd'hui utilisée de « contrat de bonne pratique » qui semble porter un jugement négatif sur les pratiques des professionnels de santé qui n'adhèrent pas à ces contrats.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Article 36

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

Conventions entre les URCAM et des groupements de médecins libéraux

Objet : Cet article vise à mettre en œuvre un nouveau dispositif contractuel, conclu entre les URCAM et des groupements organisés de professionnels de santé.

I - Le dispositif proposé

Instituées par l'ordonnance du 24 avril 1996, les Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) rassemblent les caisses des régimes de base d'assurance maladie ayant une représentation territoriale sur la région considérée. Elles sont chargées de définir, dans leur ressort territorial, une politique commune de gestion du risque, notamment dans les domaines des dépenses de soins de ville.

Le présent article prévoit donc que les URCAM, qui n'assurent aujourd'hui aucun rôle propre dans la vie conventionnelle, peuvent passer des conventions avec des groupements organisés de professionnels de santé conventionnés exerçant à titre libéral.

Ces conventions, d'un genre nouveau, peuvent porter sur l'évaluation et l'amélioration des pratiques, la mise en œuvre de références médicales ou encore des actions de prévention. Les conventions prévoient le montant des financements alloués à la structure en contrepartie des engagements. Elles

s'inscrivent dans un mouvement plus large de développement et d'extension des instruments utiles à une amélioration de l'efficacité des soins.

Il convient de souligner que ce dispositif juridique n'est pas proposé à titre expérimental et, lors des débats à l'Assemblée nationale, le ministre de la santé a précisé¹⁴ que le présent dispositif était la transcription juridique, et la généralisation, de pratiques existantes, citant l'exemple d'un accord conclu « *avec les médecins de montagne, afin de définir les bonnes pratiques et les modalités d'exercice sur cette partie du territoire* ».

Votre rapporteur a pu constater, lorsqu'il a reçu les syndicats de médecins, combien le principe de cet article, et sa rédaction, provoquaient des réactions brutales.

Pêle-mêle, il est reproché à ces dispositions d'ouvrir la porte à une remise en cause des conventions nationales en permettant un système de conventionnement individuel et de contester le principe de la représentativité syndicale en faisant référence à des groupements organisés.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

A l'occasion de l'examen du présent article, l'Assemblée nationale a adopté cinq amendements, déposés par la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, le Gouvernement et M. Yves Bur.

Tout d'abord, afin d'éviter tout télescopage avec le dispositif conventionnel existant, l'Assemblée nationale a apporté des précisions sémantiques en remplaçant le mot « convention » par le mot « contrat » qui apparaît ici plus pertinent et en substituant l'expression « réseaux professionnels » à la notion de « groupement organisé de professionnels ».

Comme pour l'article précédent, l'Assemblée nationale a ensuite modifié la procédure d'approbation en l'ouvrant à une autre caisse que l'assurance maladie, modification indispensable dans la mesure où les URCAM réunissent les trois caisses d'assurance maladie.

L'Assemblée nationale a également prévu d'affiner le dispositif en organisant la consultation des Unions régionales des médecins libéraux (URML) qui disposent de trente jours pour donner un avis sur le contrat qui leur est transmis.

Enfin, cette possibilité de contractualisation, initialement prévue pour les médecins libéraux, a été élargie aux médecins exerçant dans des centres de santé.

¹⁴ Séance du vendredi 31 octobre 2003.

III - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter à cet article trois amendements.

Le premier est un amendement de coordination.

Le deuxième précise que la saisine des URML ne concerne que les contrats conclus dans le cadre de l'activité libérale des médecins.

Le troisième aligne la procédure d'approbation des contrats sur celle nouvellement prévue pour les déclinaisons régionales des dispositifs conventionnels, c'est-à-dire en accordant cette compétence au directeur de la CNAMTS, après avis favorable du directeur d'une autre caisse d'assurance maladie.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Article 37

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

Modernisation du régime juridique des contrats de santé publique

Objet : Cet article vise à aménager les modalités relatives à la conclusion de contrats de santé publique, sur le modèle des nouvelles procédures prévues pour les accords de bon usage de soins et les contrats de bonne pratique.

I - Le dispositif proposé

Institués par la loi du 6 mars 2002 relative à la rénovation des rapports conventionnels entre professions de santé libérales et organismes d'assurance maladie, les contrats de santé publique sont prévus par les conventions des professions concernées et reposent sur le principe de l'adhésion individuelle.

Alors que les contrats de bonne pratique comportent des engagements relatifs à la maîtrise médicalisée des dépenses (évaluation, formation continue, recommandations de bonne pratique,...), les contrats de santé publique se composent d'engagements relatifs à la participation des professionnels soit à

des actions destinées à renforcer la permanence et la coordination des soins, soit à des actions de prévention.

Comme pour les accords de bon usage de soins et pour les contrats de bonne pratique, cet article prévoit l'intervention de l'ANAES, la possibilité d'une déclinaison régionale et l'aménagement des procédures d'approbation des contrats régionaux.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

A l'occasion de l'examen du présent article, l'Assemblée nationale a adopté quatre amendements, tous déposés par la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales.

Tout d'abord l'intervention de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé a été aménagée. Le caractère obligatoire de la consultation de l'ANAES pour les accords qui comportent des engagements relatifs à la sécurité, la qualité ou l'efficacité des pratiques a été maintenu. Toutefois, la conclusion de ces contrats n'est plus suspendue à un avis favorable de l'Agence, mais à l'émission d'un avis simple qui permet de préserver l'autonomie des partenaires conventionnels.

Ensuite, alors que le souhait du Gouvernement était d'assouplir la procédure d'approbation en transférant cette compétence vers le directeur de la CNAMTS, pour ce qui concerne les accords régionaux, l'Assemblée nationale a souhaité confier cette compétence aux caisses d'assurance maladie signataires de la convention. L'Assemblée nationale ne précise pas l'autorité compétente au sein des caisses, directeur ou conseil d'administration, ni l'éventuelle obligation de présence de la CNAMTS parmi les signataires.

Une fois approuvés, les accords sont transmis aux pouvoirs publics (État ou représentants de l'État dans les régions) et s'ils concernent les médecins libéraux, aux URML.

Enfin, l'Assemblée nationale est revenue sur le caractère automatique de la rémunération qui peut être prévue en contrepartie de l'accord, pour la transformer en simple possibilité à apprécier en fonction des engagements.

III - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter à cet article un amendement. Il s'agit de revenir en partie à la procédure prévue initialement par le Gouvernement en confiant au directeur de la CNAMTS, après avis favorable du directeur d'au moins une autre caisse nationale d'assurance

maladie, l'approbation des contrats de santé publique. Cet amendement harmonise les procédures d'approbation des Acbus, contrats de bonne pratique et des contrats de santé publique, lorsqu'ils sont conclus régionalement.

Cette solution prend en compte la nécessité de ne pas retarder l'approbation des accords par une procédure trop lourde et assure la participation de deux caisses d'assurance maladie au moins, à cette procédure.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Article 38

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

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

Objet : Cet article élargit les missions du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FASQV) et fixe sa dotation pour l'année 2003.

I - Le dispositif proposé

Le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) a été créé au 1^{er} janvier 1999 par l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999. Il distribue des aides destinées à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins de ville ; ces aides sont attribuées à des professionnels de santé, médecins et auxiliaires médicaux, individuellement ou collectivement, et aux centres de santé. Elles peuvent également soutenir le développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de soins.

L'article 39 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a élargi les missions du fonds au financement des aides aux professionnels de santé, autres que des médecins, en vue de faciliter leur installation dans des zones rurales ou urbaines où est constaté un déficit en matière d'offre de soins. Cette disposition n'a cependant jamais été appliquée, faute de textes réglementaires.

L'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 a étendu les missions du fonds au financement des actions d'évaluation des pratiques professionnelles des médecins libéraux organisées par les unions régionales des médecins exerçant à titre libéral (URML).

Le **paragraphe I** de cet article prévoit d'accorder au FASQV une dotation d'un montant de 15 millions d'euros au titre de l'exercice 2004, contre 20 millions d'euros en 2003 et fixe le montant maximal des dépenses du fonds à 106 millions d'euros, comme dans la LFSS 2003.

La différence significative, entre les dépenses susceptibles d'être engagées au titre de l'année 2004 et les moyens financiers nouveaux attribués au fonds pour la même année, s'explique par l'existence de réserves importantes. A l'occasion de son rapport 2003, la Cour des comptes a d'ailleurs estimé que le fonds est sous-utilisé.

Le **paragraphe II** de cet article vise à étendre les missions du FAQSV au financement de l'expérimentation relative à l'hébergement des données personnelles de santé, prévue entre le 1^{er} janvier 2004 et le 31 décembre 2006, sur la base des conclusions rendues au ministre de la santé par le professeur Marius Fieschi, auquel il avait été confié une mission exploratoire sur le développement des dossiers médicaux partagés.

II - La position de votre commission

Votre commission vous présente un amendement qui a pour objet d'autoriser le FAQSV, à titre dérogatoire, à assurer le financement d'une mission chargée de conduire les expérimentations dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé et de l'assurance maladie.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Article 39

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

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

Objet : Cet article vise à autoriser le Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés à attribuer des aides aux groupements de coopération sanitaire ainsi qu'aux établissements de santé participant à l'expérimentation de l'évaluation des pratiques professionnelles sous l'égide de l'ANAES.

I - Le dispositif proposé

L'article 26 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 a consacré l'absorption du Fonds pour la modernisation des cliniques privées (FMCP) dans le Fonds de modernisation des établissements de santé (FMES), rebaptisé Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).

Cette fusion visait à simplifier le dispositif de financement complémentaire que constituent les fonds et recentrait leur mission sur l'accompagnement financier de la modernisation sociale et technique des établissements de santé.

Dans le cadre du plan « Hôpital 2007 », le FMESPP constitue une source de financement essentielle des investissements prévus à hauteur de 6 milliards d'euros entre 2003 et 2007, soit une augmentation de l'investissement moyen annuel de 30 %, aussi bien dans les établissements de santé publics que privés, participant ou non au service public hospitalier.

Les dispositions prévues par le présent article s'inscrivent dans le prolongement des mesures adoptées l'année dernière, elles accompagnent la progression du plan « Hôpital 2007 » au fur et à mesure de sa mise en œuvre.

Le **paragraphe I** modifie l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 pour étendre le bénéfice des aides du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés aux groupements de coopération sanitaire.

Cette disposition vise à prendre en compte les effets de l'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé¹⁵ dont le titre III simplifie les formules de coopération en promouvant le groupement de coopération sanitaire (GCS).

¹⁵ *Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.*

Un groupement de coopération sanitaire peut être constitué entre des établissements de santé, des établissements médico-sociaux et des professionnels médicaux libéraux. Il a vocation à réaliser ou gérer, pour le compte de ses membres, des équipements d'intérêt commun, y compris des plateaux techniques.

Les buts poursuivis par les groupements de coopération sanitaire justifient que le législateur leur ouvre le bénéfice des financements accordés par le Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés.

Le 2° de ce paragraphe étend les mission du FMESPP au financement des charges supportées par les établissements de santé retenus pour participer aux expérimentations menées en vue de la validation des référentiels de qualité, sous l'égide de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES).

Le 3° de ce paragraphe étend ses dispositions à Mayotte.

Le **paragraphe II** prévoit que le montant de la participation obligatoire des régimes d'assurance maladie au financement du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés est fixé à 470 millions d'euros pour l'année 2004. Ce montant se décompose comme suit :

- 135 millions d'euros au titre des actions de modernisation sociale et de promotion professionnelle ;

- 15 millions d'euros au titre du financement des missions nationales mises en place pour l'accompagnement du plan « Hôpital 2007 » (mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier et ses correspondants régionaux, missions d'expertise et d'audit hospitaliers, mission pour l'expérimentation de la tarification à l'activité) ;

- 320 millions d'euros pour le financement du plan d'investissement « Hôpital 2007 ».

Cette dotation 2004 portera à près de 1,3 milliard d'euros le montant total des crédits alloués au fonds depuis sa création.

II - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 40

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

Objet : Cet article fixe à 70 millions d'euros la dotation de l'ONIAM en 2004.

I - Le dispositif proposé

L'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) est un établissement public administratif créé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé et présidé par notre ancien collègue le professeur Claude Huriet, l'ONIAM a pour missions principales d'indemniser les victimes d'aléas thérapeutiques et d'assurer le bon fonctionnement du dispositif de réparation des accidents médicaux institué par la loi du 4 mars 2002.

L'objectif de ce dispositif est d'améliorer la réparation des dommages liés à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins en permettant aux victimes d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes ou d'infections nosocomiales, ou à leurs ayants droit, d'obtenir, dans le cadre d'une procédure amiable, la réparation intégrale des dommages subis, que ces dommages résultent d'une faute ou non.

Concrètement, ce dispositif repose sur :

- des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux (CRCI) qui rendent, après expertise, un avis indiquant si le dommage est indemnisable ou non (lien avec une activité ou un produit de santé, caractère de gravité des dommages subis), l'étendue des dommages subis et le régime d'indemnisation applicable ;

- l'ONIAM, qui présente une offre d'indemnisation lorsque le dommage résulte d'un aléa thérapeutique.

Si la responsabilité d'un professionnel ou d'un établissement de santé est engagée, l'indemnisation est à la charge de l'assureur du responsable, qui doit faire une offre à la victime. Si ce n'est pas le cas, l'indemnisation est à la charge de l'Office, au titre de la solidarité nationale. Par ailleurs, afin de préserver les droits de la victime, l'Office se substitue à l'assureur qui refuse de faire une offre, ainsi que dans le cas où les plafonds de garantie sont atteints ou en l'absence d'assurance du responsable.

La loi du 4 mars 2002 a également confié à l'ONIAM la mission d'indemniser, pour le compte de l'État, les victimes d'accidents vaccinaux résultant de vaccinations obligatoires.

Enfin, la loi du 30 décembre 2002 relative à la responsabilité civile médicale, qui résulte de la proposition de loi déposée par M. Nicolas About, président de notre commission, a confié deux nouvelles missions à l'ONIAM :

- l'indemnisation des dommages graves résultant d'infections nosocomiales ;

- l'indemnisation des victimes de la maladie de Creutzfeldt-Jacob après traitement du nanisme hypophysaire par hormone de croissance, dans le cadre d'un transfert à l'Office des obligations de l'association France-Hypophyse, aujourd'hui disparue.

En application de l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, l'ONIAM est financé par une dotation de l'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année en loi de financement de la sécurité sociale.

L'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 (n° 2002-1487 du 20 décembre 2002) a ainsi doté l'ONIAM de 70 millions d'euros pour 2002 et 2003.

Le budget alloué a permis à l'Office de recruter son personnel et de fournir aux commissions régionales de conciliation et d'indemnisation les moyens nécessaires à leur fonctionnement (rémunération des présidents et des secrétariats organisés en quatre pôles administratifs implantés à Bagnolet, Nancy, Bordeaux et Lyon), pour un total de quarante-huit agents.

A ce jour, quatorze commissions fonctionnent, présidées par sept magistrats, et couvrent les régions les plus importantes en termes démographiques, soit 85 % de la population. Huit commissions métropolitaines sont en attente de la nomination de leur président. Cette nomination est subordonnée à la publication d'un décret autorisant un magistrat à présider plus de deux commissions. Ce décret, ainsi que l'arrêté nommant les présidents, devrait être publié incessamment.

Plus d'un millier de dossiers de demande d'indemnisation ont été d'ores et déjà déposés et sont en cours d'instruction au sein des commissions régionales. La montée en charge du dispositif s'effectue de manière régulière : 250 à 300 nouveaux dossiers sont déposés tous les mois. Compte tenu du délai de six mois prévu par la loi pour l'instruction des dossiers par les commissions, les premières indemnisations par l'ONIAM devraient intervenir au début de l'année 2004.

Le présent article fixe à 70 millions d'euros la dotation de l'ONIAM en 2004, reconduisant ainsi le montant attribué en 2002 et 2003. Cette dotation

permettra à l'ONIAM de faire face dans de bonnes conditions aux conséquences financières de la montée en charge du dispositif : entre 3.000 et 4.000 nouveaux dossiers de demande d'indemnisation devraient ainsi être déposés en 2004.

II - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 41

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

Mise en œuvre de la décentralisation sanitaire à Mayotte

Objet : Cet article prévoit l'intégration des dispensaires mahorais à l'établissement public de santé de Mayotte et organise les conditions de financement de cette intégration.

I – Le dispositif proposé

L'organisation sanitaire de Mayotte repose sur un hôpital et plusieurs dispensaires.

L'**hôpital**, qui n'a longtemps été qu'un service non personnalisé de la collectivité départementale, a été érigé en établissement public de santé par l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996.

Les **dix-neuf dispensaires**, qui dépendent actuellement de la collectivité départementale, sont désormais rattachés, depuis l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002¹⁶, pour leur gestion à l'établissement public de santé. L'établissement reçoit, à ce titre, une dotation de financement de l'État.

Le présent article prévoit l'intégration – et non plus le rattachement pour la gestion – au 1^{er} janvier 2004 à l'établissement public de santé des activités des dispensaires relevant des missions de l'établissement public et organise les conditions de financement de cette intégration.

¹⁶ Telle que codifiée à l'article L. 6416-1 du code de santé publique.

Il précise, tout d'abord, les **conditions de cette intégration** :

- les droits et obligations, créances et dettes, nés des activités des dispensaires relevant des missions de l'établissement public de santé et antérieurs à la date d'intégration, demeurent à la charge de la collectivité départementale ;

- les modalités de mise à disposition de l'établissement public des personnels, locaux et équipements concernés par ces activités sont définies par convention entre la collectivité départementale et l'établissement public. Mais, en l'absence de convention constatée au 29 février 2004, un décret sera alors chargé de les définir.

Il détermine également les **modalités de financement** de cette intégration.

A l'heure actuelle, le financement des dispensaires est à la charge de la collectivité départementale, qui reçoit de l'État une dotation annuelle de 5 millions d'euros. Or, en l'absence d'actualisation, le montant de cette dotation est devenu bien inférieur au coût effectif global des dispensaires (leur coût prévisionnel estimé pour 2004 est de 18,5 millions d'euros), ce qui pèse lourdement sur les finances de la collectivité départementale.

Le présent article modifie ces conditions de financement, en distinguant entre les dépenses engagées au titre de la prise en charge des assurés sociaux mahorais et celles engagées pour la prise en charge des personnes non couvertes par le système de protection sociale, alignant de la sorte les modalités de financement des dispensaires sur celles de l'établissement public de santé.

Le financement des dispensaires sera, pour les premiers, assuré par le régime de l'assurance maladie. Pour les seconds, dès lors que leurs ressources sont inférieures à un plafond, il sera pris en charge par l'État et la collectivité départementale.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II – La position de votre commission

Le présent article s'inscrit dans la continuité d'un processus, engagé par l'ordonnance du 20 décembre 1996, tendant à améliorer le système sanitaire de Mayotte.

Ce processus repose sur un double constat, qu'avait déjà formulé votre commission tant au moment de l'examen du projet de loi d'habilitation

que du projet de loi de ratification de cette ordonnance¹⁷. Elle avait alors observé que « *la situation sanitaire de Mayotte reste aujourd'hui extrêmement préoccupante* » et que « *la collectivité territoriale n'a plus les moyens de financer seule ce système de santé, pourtant modeste* ».

La logique d'ensemble de ce processus d'amélioration de la santé publique mahoraise vise à rapprocher l'organisation sanitaire applicable à Mayotte du droit commun.

De fait, le présent article s'inscrit effectivement dans cette perspective, notamment pour son volet financier, en mettant à la charge du régime local d'assurance maladie une dépense jusqu'à présent théoriquement supportée par l'État, mais largement assumée en pratique par la collectivité départementale. Le transfert de charges pour le régime d'assurance maladie s'élèvera, en 2004, à 13,6 millions d'euros.

Ce schéma de financement semble alors ne permettre de prévenir qu'imparfaitement une tendance qu'avait fermement critiqué en son temps votre commission : « *L'effort financier considérable accompli en faveur de Mayotte, dans le cadre de l'ordonnance, est essentiellement à la charge des régimes d'assurance maladie de métropole. Il conviendra donc d'être vigilant afin d'éviter, au cours des prochaines années, une progression non maîtrisée des dépenses de l'établissement public de santé territorial de Mayotte.* »¹⁸

L'établissement public de santé de Mayotte est, en effet, actuellement financé pour ses recettes de fonctionnement, à 82 %, par le régime d'assurance maladie métropolitain et à 11 % par deux subventions de l'État (5,5 %) et de la collectivité départementale (5,5 %), la Caisse de prévoyance sociale de Mayotte¹⁹ ne prenant en charge que le solde (7 %). Dès lors, si une part croissante des ressources de la caisse est affectée au financement des dispensaires, la dotation globale qu'elle verse à l'établissement public de santé ne pourra, à ressources égales, que diminuer.

Pour autant, eu égard à la nécessité de poursuivre l'amélioration de la santé publique à Mayotte, à la situation financière de la collectivité départementale et à la prise en charge par l'État du coût de fonctionnement des dispensaires induit par la couverture des soins des non-assurés sociaux – et notamment des étrangers en situation régulière ou irrégulière²⁰ –, lequel s'est d'ailleurs engagé, selon les termes de l'exposé des motifs, à actualiser sa

¹⁷ Pour plus de précisions, on se reportera aux rapports de notre collègue Jean-Louis Lorrain sur le projet de loi d'habilitation (Sénat, n° 72, 1996-1997) et sur le projet de loi de ratification (Sénat, n° 293, 1997-1998).

¹⁸ Rapport n° 293, 1997-1998.

¹⁹ Qui est principalement financée par le produit d'une contribution sociale de 2 % sur les revenus.

²⁰ Votre commission s'était à cet égard inquiétée d'une situation pouvant devenir préoccupante si des parts croissantes de la population anjouanaise prennent l'habitude de se faire soigner gratuitement à Mayotte.

dotation, pour les années à venir, en fonction des coûts constatés, votre commission considère que la solution proposée par cet article semble sans doute la plus praticable.

Sous réserve de ces observations, elle vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 42

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

Objet : Cet article vise à reconduire, pour l'année 2003, la participation de l'assurance maladie à un fonds de concours exceptionnel destiné à financer l'acquisition de moyens de prophylaxie dans le cadre du plan Biotox.

I - Le dispositif proposé

Adopté le 26 septembre 2001, le plan Biotox détermine les responsabilités incombant à chaque ministère en cas d'acte terroriste de nature biologique. L'originalité de ce plan, aboutissement d'un travail interministériel engagé en 1999, est de mettre en exergue la spécificité du risque biologique qui n'était pas expressément pris en compte dans les dispositifs précédents (Piratox).

Le plan d'intervention Biotox comporte quatre axes d'action : la prévention, la surveillance, l'alerte et l'intervention en cas de crise. Il permet de réagir à des attentats revendiqués ou à des menaces sérieuses, face à des objets suspects ou des enveloppes susceptibles de contenir un agent biologique, lors de la découverte d'une souche de nature biologique dans un endroit anormal, ou encore dans en cas de découverte d'un malade avéré.

Le ministère de la santé est concerné en premier chef pour décliner au niveau sanitaire les modes d'intervention nécessaires. Ainsi, la circulaire DHOS/HFD n° 2002/284 du 3 mai 2002 traite de l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux des victimes.

Le plan Biotox fait également appel aux compétences de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé qui a établi des recommandations thérapeutiques pour les personnes exposées à un agent infectieux. Des plans détaillés spécifiques ont par ailleurs été mis au point comme le plan variole, défini par le décret n° 2003-313 du 3 avril 2003.

Le financement du plan Biotox s'effectue selon deux modalités : les crédits budgétaires et l'assurance maladie, en fonction de la nature des opérations à financer.

Le recours à des financements assurés par la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés est destiné à permettre la constitution de stocks de précaution nécessaires à une mobilisation rapide des produits de prophylaxie ou de traitement nécessaires en cas d'exposition d'un grand nombre de personnes à des agents microbiens, toxiques ou chimiques.

Inscrit dans la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2002, pour qui un montant de 198,18 millions d'euros, il a permis l'acquisition, le stockage et la livraison de matériels associés aux pathologies résultant d'actes terroristes :

- antibiotiques : 174 millions d'euros,
- antidotes : 6,42 millions d'euros,
- pastilles d'iode : 5,93 millions d'euros,
- vaccins : 11,57 millions d'euros.

Pour 2004, la participation de la CNAMTS à ce fonds de concours est fixée à hauteur de 154,4 millions d'euros.

II - La position de votre commission

Lors des débats relatifs au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, votre commission s'était interrogée sur la pertinence qu'il y avait à recourir à l'assurance maladie pour financer l'acquisition de vaccins, alors que la lutte contre le bioterrorisme relève des missions régaliennes de l'Etat.

A cette occasion, elle avait proposé que le fonds national d'assurance maladie de la CNAMTS participe de façon exceptionnelle en 2001, sous forme d'avance, à hauteur de 1,3 milliard de francs, aux dépenses du plan Biotox, solution qui n'avait pas été retenue par l'Assemblée nationale.

Saisi par plusieurs sénateurs, le Conseil constitutionnel²¹ avait considéré que « *par la création d'un tel dispositif, le législateur poursuit, dans l'intérêt général, des objectifs de sauvegarde de la santé publique ; qu'ainsi la participation à ce fonds de la CNAMTS prévue par l'article 42 (LFSS 2002) n'est pas étrangère à ses missions* ». Il avait également précisé que le législateur était fondé de « *prévoir à titre exceptionnel, une contribution majoritaire de la CNAMTS* ».

²¹ DC n° 2001-453 DC du 18 décembre 2001

Or, il semble que le présent article porte atteinte au caractère exceptionnel de la contribution demandée à la CNAMTS, dès lors que l'acquisition, le stockage et la livraison de matériels associés aux pathologies résultant d'actes terroristes est une opération qui doit être renouvelée régulièrement pour tenir compte de la péremption des vaccins.

En outre, le caractère répétitif de cette contribution nuit au travail de clarification des relations financières entre l'État et la sécurité sociale. Il conviendrait donc de surseoir à cette opération dans l'attente des propositions du Haut conseil de l'assurance maladie sur les compétences respectives sur l'avenir de l'État et de l'assurance maladie.

En conséquence, **votre commission vous propose la suppression du présent article.**

Article 42 bis (nouveau)

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

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

Objet : Cet article modifie la procédure d'agrément des conventions collectives du secteur social et médico-social, en rendant opposable aux partenaires sociaux de cette branche un taux d'évolution de la masse salariale fixé par arrêté ministériel.

I – Le dispositif proposé

Les mesures de revalorisations des salaires inscrites dans les conventions collectives constituent le principal facteur d'évolution de la masse salariale des établissements sociaux et médico-sociaux et donc, des dépenses de fonctionnement de ces établissements.

Dans la mesure où ces dépenses de fonctionnement sont susceptibles d'être prises en charge, selon les cas, par l'Etat, les départements ou l'assurance maladie, l'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles impose que les conventions collectives de toute nature (conventions de branche, d'entreprise ou d'établissement ou encore accords de retraite) doivent être agréées par les pouvoirs publics avant de pouvoir entrer en vigueur.

L'agrément est délivré, selon le type d'établissement, par arrêté du ministre des affaires sociales ou du ministre de la santé, après avis d'une

commission, composée notamment d'élus locaux, chargée de vérifier que les conséquences financières des accords qui lui sont soumis sont compatibles avec les enveloppes financières prévues en loi de finances (pour les établissements financés par l'Etat) ou fixées en application de l'ONDAM (pour les prestations prises en charge par l'assurance maladie).

Une fois l'accord agréé, sa mise en oeuvre est opposable aux financeurs. C'est la raison pour laquelle la commission consultative adopte le plus souvent une position très prudente : dans la mesure où les autorités compétentes en matière de financement ne peuvent refuser de prendre en charge les éventuels dérapages liés à l'application d'accords agréés, la commission préfère donner un avis négatif, faute de pouvoir évaluer précisément l'impact financier des accords qui lui sont soumis.

Le présent article, introduit à l'Assemblée nationale à l'initiative de son rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, vise à améliorer cette procédure d'agrément, par la **fixation d'un taux annuel d'évolution de la masse salariale, opposable aux partenaires sociaux** : les négociations salariales pourraient alors se dérouler en toute connaissance de cause, sur la base d'une enveloppe financière prédéterminée et les accords qui en résulteraient se verraient moins souvent opposer un refus d'agrément.

II – La position de votre commission

Votre commission est dubitative quant à l'amélioration réelle apportée par un tel aménagement de la procédure d'agrément des accords collectifs applicables aux établissements sociaux et médico-sociaux, tant en matière de maîtrise des dépenses publiques qu'en terme de responsabilisation des partenaires sociaux.

Dans la mesure où la plupart des accords collectifs ont des conséquences financières pluriannuelles, la fixation d'un taux de progression de la masse salariale à l'horizon d'un an ne paraît pas pertinente. La principale difficulté rencontrée par la commission consultative est en effet d'évaluer les conséquences des accords qui lui sont soumis au-delà de l'année en cours.

Par ailleurs, cette nouvelle règle pourrait être **source d'insécurité juridique** pour les établissements : si, une fois agréé, l'accord se révélait avoir des conséquences financières plus importantes que prévues, les autorités de tutelle pourraient se prévaloir de l'opposabilité du taux de progression de la masse salariale pour s'affranchir de la règle selon laquelle tout accord agréé est opposable aux financeurs.

Enfin, loin de responsabiliser les partenaires sociaux, votre commission affirme que la fixation d'un taux directeur d'évolution de la masse salariale aurait un effet exactement inverse : **la fixation d'un tel taux**

reporterait sur les autorités de tutelle la responsabilité de la politique salariale dans ce secteur, les chefs d'établissement pouvant ensuite s'abriter derrière le taux fixé par l'Etat pour justifier leur inaction.

Votre commission estime **qu'en réalité les partenaires sociaux peuvent d'ores et déjà avoir une idée de l'enveloppe financière autorisée**, à la lumière de l'ONDAM, dans sa composante médico-sociale, et des dotations budgétaires définies en loi de finances. Il convient de leur laisser la liberté de répartir cette progression des dépenses de fonctionnement entre les différentes catégories de dépense, et notamment entre augmentation salariale et création de postes.

Au demeurant, votre commission s'interroge sur la constitutionnalité d'une telle limitation de la liberté contractuelle des partenaires sociaux.

Sous ces réserves, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification

Article 43

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

Objet : Cet article fixe à 124,7 milliards d'euros l'ONDAM révisé pour 2003.

I - Le dispositif proposé

En application du 4° du I et du II de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article fixe à titre rectificatif l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale à 124,7 milliards d'euros pour 2003, ce qui correspond à un dépassement de 1,2 milliard d'euros par rapport au chiffre prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003²².

II - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

²² L'analyse de l'évolution de l'ONDAM 2003 figure dans l'exposé général consacré à l'assurance maladie du présent rapport.

Article 44
**Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie
pour 2004**

Objet : Cet article fixe à 129,7 milliards d'euros l'ONDAM pour 2004.

I - Le dispositif proposé

En application du 4° du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article fixe à 129,7 milliards d'euros l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale pour 2004.

Ce montant correspond à une augmentation de 4 % des dépenses par rapport aux prévisions actuelles pour l'ONDAM 2003²³.

II - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 45
Fixation de l'objectif de dépenses de la branche maladie pour 2004

Objet : Cet article fixe à 143,6 milliards d'euros en 2004 l'objectif de dépenses de la branche maladie pour l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de 20.000 cotisants.

En application du 3° du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article fixe à 143,6 milliards d'euros en 2004 l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour l'ensemble

²³ L'analyse de cette disposition figure dans l'exposé général consacré à l'assurance maladie du présent rapport.

des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale comptant plus de 20.000 cotisants, actifs ou retraités titulaires de droits propres.

On notera que, pour la deuxième fois seulement, les objectifs de dépenses de la branche maladie figurent à la suite des mesures qui la concernent et qu'un article spécifique est consacré à l'objectif de dépenses de chaque branche.

Votre commission vous propose d'adopter **un amendement** à cet article.

Cet amendement vise à soustraire de l'objectif pour 2004, les sommes prévues pour assurer le financement des dépenses supplémentaires au titre de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), transférées du budget de l'État vers la CNAMTS.

Votre commission considère qu'il est opportun de surseoir à cette mesure. En effet, la répartition des charges entre régime obligatoire et régime complémentaire est au cœur de la réflexion du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie et il convient donc de ne pas se prononcer sur ces dispositions avant l'achèvement de ses travaux.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

TITRE IV

DISPOSITIONS RELATIVES AUX AUTRES POLITIQUES DE SÉCURITÉ SOCIALE

Section 1

Branche accidents du travail et maladies professionnelles

Article 46

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

Objet : Cet article fixe à 500 millions d'euros en 2004 le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général au financement du FCAATA.

I – Le dispositif proposé

L'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a prévu que serait fixé, chaque année par les lois de financement à venir, le montant de la contribution demandée à la branche AT-MP du régime général pour financer le FCAATA.

Le FCAATA

La loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a créé, dans son article 41, une allocation de cessation anticipée d'activité destinée aux « travailleurs de l'amiante ». Le bénéfice de ce dispositif a d'abord été ouvert aux personnes de cinquante ans et plus :

- travaillant ou ayant travaillé dans un établissement de fabrication de matériaux contenant de l'amiante ;
- reconnues atteintes d'une maladie provoquée par l'amiante.

Les établissements ainsi que les maladies professionnelles en question ont été précisés par arrêté.

Le dispositif a été progressivement étendu :

- aux salariés et anciens salariés des établissements de flochage et de calorifugeage à l'amiante ;
- aux salariés et anciens salariés des établissements de construction et de réparation navales ;
- aux dockers, dans la mesure où ils avaient exercé leur activité dans un port et pendant une période indiquée par arrêté ;
- aux salariés et anciens salariés du régime agricole reconnus atteints d'une maladie professionnelle liée à l'amiante.

Un fonds spécifique, le Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA), prend en charge le financement des allocations et des cotisations de retraite complémentaire qui les accompagnent. Sa gestion est assurée par la Caisse des dépôts et consignations, les prestations étant attribuées et servies par la CNAMTS.

Les recettes du fonds sont constituées par une fraction du produit du droit de consommation sur les tabacs et par une contribution de la branche AT-MP du régime général de la sécurité sociale et du régime des salariés agricoles, fixée chaque année.

Ses dépenses sont constituées par le versement de l'allocation de cessation anticipée d'activité et par la prise en charge des cotisations retraite des allocataires.

Un conseil de surveillance est chargé du suivi et du contrôle des activités du fonds et de son fonctionnement. Il examine les comptes et le rapport annuel d'activité, au plus tard le 30 juin de l'année suivant celle de l'exercice concerné. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 prévoit que le rapport d'activité doit également être transmis au Gouvernement et au Parlement.

Le présent article fixe à 500 millions d'euros le montant de la contribution de la branche AT-MP du régime général pour 2004. Il avait été fixé l'an passé à 450 millions d'euros.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

L'augmentation de la dotation demandée témoigne de la poursuite de la montée en charge rapide du FCAATA, du fait notamment de l'élargissement continu du champ potentiel de bénéficiaires et de la croissance du nombre de maladies professionnelles reconnues liées à l'amiante.

En 2002, parallèlement à l'augmentation continue du nombre d'allocataires²⁴, les charges du FCAATA ont quasiment doublé pour atteindre 325 millions d'euros.

En 2003, cette augmentation des charges devrait se poursuivre, à un rythme toutefois un peu ralenti : le FCAATA les évalue à environ 504 millions d'euros.

Cette croissance des dépenses ne s'est pas accompagnée d'une progression aussi forte des recettes, ce qui conduira alors le FCAATA à afficher probablement un déficit d'environ 20 millions d'euros en 2003.

Comptes du FCAATA

(en millions d'euros)

	1999	2000	2001	2002 ¹	2003 ¹
Dotations	15,2	133,8	238,0	335,0	483,6
. contribution CNAMTS-AT	0	102,9	205,8	300,0	450,0
. contribution du régime des salariés agricoles					0,1
. contribution de l'État	15,2	0,0	0,0	0,0	0,0
. droits sur les tabacs	0,0	30,5	31,5	34,3	32,8
. produits financiers	0,0	0,4	0,6	0,7	0,7
Charges	8,6	54,4	166,4	324,6	503,9
Résultat net	6,6	79,4	71,6	10,4	- 20,3
Résultat net cumulé	-	79,4	150,9	161,13	140,9

¹ prévisions

Source : direction de la sécurité sociale

Votre commission s'était déjà préoccupée l'an passé de la dégradation de la situation financière du FCAATA. Les résultats attendus pour 2003 ne contribuent pas à apaiser ses craintes, même si le FCAATA devrait encore bénéficier fin 2003 de « réserves » non négligeables (de l'ordre de 140 millions d'euros).

Pour 2004, il est demandé de porter la dotation de la branche AT-MP du régime général à 500 millions d'euros.

²⁴ Il est passé de 9.152 fin 2001 à 16.681 fin 2002 et atteint, fin septembre 2003, 21.470.

Il eut été difficile pour votre commission de se prononcer sur ce montant en l'absence de la moindre information sur l'évolution prévisible des comptes du FCAATA en 2004. A cet égard, elle ne peut que constater l'« appauvrissement » du contenu du rapport d'activité annuel du FCAATA : alors que ce rapport comprenait l'an dernier un compte prévisionnel pour 2003²⁵, il ne présente cette année aucune prévision de recettes et de dépenses pour 2004. Cette situation est d'autant plus regrettable que le Parlement avait souhaité l'an passé voir améliorées les informations dont il dispose sur la situation financière du fonds, au moyen notamment d'une transmission plus précoce du rapport d'activité.

Votre rapporteur a néanmoins pu se faire communiquer, certes tardivement, des prévisions d'équilibre financier du FCAATA pour 2004.

Les **charges** prévues s'élèveraient à 632 millions d'euros en 2004, soit un ralentissement de moitié (+ 27 %) du rythme de progression anticipé pour 2003 (+ 54 %), sur la base d'un nombre de bénéficiaire attendu de 27.000 fin 2004, le Gouvernement n'ayant pas prévu de nouvelle extension du périmètre du fonds l'an prochain.

Les **produits** seraient eux moins dynamiques (+ 10 %), la hausse de la contribution de la branche AT-MP s'accompagnant d'une légère diminution du produit des droits sur les tabacs²⁶.

Dès lors, le **résultat net** se détériorerait très rapidement, le déficit atteignant 100 millions d'euros en 2004. Sa situation nette devrait toutefois rester positive (à 44 millions d'euros).

Votre rapporteur craint que ces prévisions, qui apparaissent déjà très préoccupantes, ne soient encore un peu optimistes. Ainsi, elles se fondent sur une progression de seulement 4.000 allocataires sur l'année 2004 alors que le Gouvernement a, par ailleurs²⁷, avancé l'hypothèse d'une entrée de 6.700 allocataires par an au titre des listes d'établissements et d'une croissance annuelle de 10 % du nombre d'allocataires au titre des maladies professionnelles. Or, sur la base de ces dernières hypothèses qui semblent les plus convaincantes au regard du rythme actuel de montée en charge du dispositif et quand bien même seraient pris en compte les allocataires sortant du dispositif, le nombre d'allocataires du FCAATA fin 2004 pourrait plus vraisemblablement augmenter de près de 6.000 personnes. Cela conduirait alors à fragiliser d'autant la situation financière du fonds, jusqu'à ne plus lui garantir une trésorerie positive en fin d'exercice.

²⁵ Et distinguait une « hypothèse haute » et une « hypothèse basse ».

²⁶ Ils passeraient de 31,4 millions d'euros en 2003 à 30,9 en 2004.

²⁷ Dans le rapport précité sur l'impact financier de l'indemnisation des victimes de l'amiante.

Dans ces conditions, votre rapporteur estime que les perspectives financières du fonds pour 2004 rendent d'autant plus urgente la révision en profondeur de ses modalités de financement, voire de son périmètre.

Sous réserve de ces observations, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 47

**Dotation de financement du fonds d'indemnisation
des victimes de l'amiante**

Objet : Cet article fixe à 100 millions d'euros pour 2004 le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général au financement du FIVA.

I – Le dispositif proposé

L'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a prévu que serait fixé, chaque année, par des lois de financement à venir, le montant de la contribution demandée à la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général pour financer le FIVA.

Le FIVA

« L'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a créé un fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) qui permettra à l'ensemble des victimes d'obtenir, sous le contrôle des juridictions, une indemnisation intégrale du préjudice né d'une exposition à l'amiante.

« Ce dispositif couvre un champ très large. Il intéresse les salariés que la CPAM a reconnu atteints d'une maladie professionnelle liée à l'amiante. Il concerne aussi les personnes qui ne bénéficient pas d'une couverture du risque accidents du travail/maladies professionnelles. Enfin, les ayants droit peuvent faire valoir leurs préjudices propres.

« La création du fonds doit permettre une réparation rapide des préjudices. Les délais ne pourront dépasser six mois à compter de la saisine (neuf mois pendant la première année de fonctionnement du fonds). Les salariés ayant obtenu la reconnaissance par un organisme de sécurité sociale du caractère professionnel d'une maladie occasionnée par l'amiante pourront demander au fonds le versement d'une provision sur laquelle il sera statué dans un délai d'un mois.

« L'indemnisation versée par le fonds fait l'objet d'une réévaluation en cas d'aggravation de l'état de santé de la victime.

« La loi prévoit une indemnisation intégrale des victimes.

« La notion d'indemnisation intégrale, à retenir par le FIVA, n'est pas définie juridiquement.

« A la demande des associations de victimes, le législateur a fait obligation au fonds de rechercher la faute inexcusable de l'employeur pour prévenir le risque d'une indemnisation moins favorable que celle qui pourrait être obtenue devant les tribunaux dans le cas d'une reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur. Le fonds a l'obligation d'intervenir devant les juridictions civiles au lieu et place de la victime, en recherche de la responsabilité de l'employeur en cas de faute inexcusable.

« La création du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante entraîne la disparition de procédures pour faute inexcusable de l'employeur engagées par les victimes elles-mêmes dès lors qu'elles acceptent l'offre de réparation du fonds. En revanche, elle n'a pas d'incidence sur d'éventuelles actions pénales.

« Le fonds est financé pour partie par l'Etat et pour partie par la branche AT-MP. »

Source : Cour des comptes, rapport public particulier précité.

Le présent article fixe le montant de cette contribution pour 2004 à 100 millions d'euros, contre 190 l'an passé, le Gouvernement ayant déterminé ce montant *« compte tenu des dotations déjà votées, des besoins à venir du FIVA et afin de lisser sur les différents exercices les dotations de la branche AT-MP au fonds »*²⁸.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission a déjà largement insisté (*cf. Tome IV du présent rapport*) sur les conditions de financement du FIVA.

Après un démarrage tardif, l'installation du FIVA peut enfin être considérée comme achevée : le recrutement des équipes²⁹ est terminé, le système informatique de gestion est mis en place, la délégation transitoire au fonds de garantie contre les accidents de la circulation et de la chasse (FGA) de la gestion des dossiers et de la préparation des premières offres d'indemnisation s'est achevée en juin 2003. Parallèlement, le conseil d'administration a arrêté en janvier dernier son barème indicatif d'indemnisation et a défini en septembre dernier sa politique en matière d'actions récursoires.

Dans ce contexte, le FIVA connaît une rapide montée en charge.

²⁸ Selon les termes de l'exposé des motifs de l'article 47.

²⁹ Le budget 2003 du Fonds autorise le recrutement de 36 salariés.

Au 31 octobre, il avait reçu 9.353 demandes d'indemnisation, soit un flux mensuel moyen de 585 demandes.

A cette date, il avait versé 6.981 provisions pour un montant de 54 millions d'euros et 2.058 indemnisations³⁰ pour un montant de 46 millions d'euros.

Si le taux d'acceptation des offres apparaît pour l'instant élevé - il est aujourd'hui de 96 % -, plusieurs offres ont été refusées, les victimes leur préférant la voie de l'indemnisation judiciaire. Les premiers jugements sont attendus pour la fin de l'année et constitueront un signal important pour la politique d'indemnisation du fonds. Si les tribunaux proposent des indemnisations supérieures à celles présentées par le FIVA, les victimes pourraient privilégier la voie judiciaire alors que la création du FIVA visait justement à prévenir la tendance à la judiciarisation. Dans ce cas, le fonds pourrait être amené à revoir son barème indicatif d'indemnisation, ce qui ne serait pas sans conséquence sur les dépenses à venir.

En 2003, le FIVA prévoit de proposer au total environ 5.000 offres d'indemnisation pour un montant global d'engagements financiers compris entre 350 et 400 millions d'euros, même si les paiements effectifs seront moindres, compte tenu des délais de paiement et d'éventuels refus.

Jusqu'en 2003, le FIVA s'est vu doté de 886 millions d'euros (78 par l'État et 808 par la branche AT-MP du régime général). Au 31 octobre, et en application de la convention du 9 juillet 2002 entre le fonds, la CNAMTS et l'ACOSS, le FIVA n'avait toutefois reçu en trésorerie que 138 millions d'euros de recettes (78 versés par l'État et 60 par la sécurité sociale), le solde des ressources attribuées par la sécurité sociale (soit 748 millions d'euros) restant géré par l'ACOSS dans l'ensemble de la trésorerie du régime général et n'étant versé que par tranches de 30 millions d'euros en fonction des besoins de décaissement en FIVA.

A cette date, le FIVA bénéficie donc de 748 millions d'euros de « réserves », montant lui permettant alors de financer sans difficulté prévisible son activité jusqu'à la fin 2004.

Dès lors, la dotation de 100 millions d'euros pour 2004 prévue par le présent article constitue avant tout une « précaution » et vise en outre à lisser sur plusieurs exercices les dotations de la branche, le montant des « réserves » constituées allant fortement diminuer dans les mois et années à venir. On rappellera à ce propos que le rapport du Gouvernement sur le coût de l'amiante évalue les dépenses annuelles à venir du FIVA entre 323 et 610 millions d'euros.

Sous réserve de ces observations, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

³⁰ Pour 3.540 offres d'indemnisation proposées.

Article 48

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

Objet : Cet article reconduit à 330 millions d'euros en 2004 le montant du reversement forfaitaire de la branche AT-MP du régime général à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles.

I – Le dispositif proposé

L'article 30 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997, codifié à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale, a institué un reversement forfaitaire annuel de la branche AT-MP du régime général vers la branche maladie, afin de prendre en compte les dépenses supportées par cette dernière au titre des affections non prises en charge en application de la législation sur les maladies professionnelles. L'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a étendu ce mécanisme à la prise en compte de la sous-déclaration des accidents du travail.

On rappellera que l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale, issu du même article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, dispose que le montant de ce versement est fixé chaque année en loi de financement de la sécurité sociale et qu'une commission présidée par un magistrat de la Cour des comptes remet tous les trois ans au Parlement et au Gouvernement, après avis de la commission des AT-MP, un rapport évaluant « *le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles* ». Le dernier rapport de cette commission a été rendu le 19 septembre 2002.

Le présent article prévoit de reconduire le montant de ce reversement pour 2004 à un montant identique à celui fixé pour 2003, soit 330 millions d'euros, le Gouvernement estimant que « *les travaux de cette commission étant triennaux, aucun élément nouveau ne justifie de modifier ce montant* »³¹.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

³¹ Selon les termes de l'exposé des motifs de l'article 48.

II - La position de votre commission

Votre commission a déjà longuement analysé ce reversement forfaitaire dans son exposé général sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (*cf. Tome IV du présent rapport*).

A cet égard, elle a notamment fait part de son souci d'aboutir à une meilleure évaluation des coûts pouvant justifier un tel reversement et d'inscrire celui-ci dans le cadre d'une programmation pluriannuelle. Elle considère notamment que la future convention d'objectifs et de gestion entre la branche et l'État constituerait un cadre adapté à la mise en œuvre de ces évolutions.

Pour l'heure, et en l'absence de tout élément objectif nouveau susceptible de modifier l'évaluation réalisée en septembre 2002 par la commission *ad hoc*, elle ne peut que partager la décision du Gouvernement de reconduire le reversement à son niveau de 2003.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 49

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

Objet : Cet article fixe à 9,7 milliards d'euros en 2004 l'objectif de dépenses de la branche AT-MP pour l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de 20.000 cotisants.

I – Le dispositif proposé

En application du 3° du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, la loi de financement de la sécurité sociale « *fixe, par branche, les objectifs de dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres* ».

Pour la branche des AT-MP, l'objectif de dépenses « *rassemble, outre les dépenses des fonds déjà existants (CNAMTS, salariés agricoles, Mines, FCATA, FCAATA, Fonds d'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales), les dépenses effectuées directement par les régimes d'employeurs en contrepartie de cotisations dites « fictives ».* Les maintiens de

salaires ne sont pas retracés dans l'agrégat de dépenses de la branche AT. Le FCAT, ayant moins de 20.000 bénéficiaires, ne rentre plus dans les agrégats de dépenses à compter de 2002 »³².

Le présent article fixe cet objectif de dépenses pour 2004 à 9,7 milliards d'euros, en progression de 3,2 % par rapport à l'objectif retenu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 (mais de 2,1 % seulement par rapport à cet objectif tel que révisé par le présent projet de loi).

Cet objectif de dépenses, défini à partir du total des dépenses brutes de l'ensemble des régimes de base obligatoires de plus de 20.000 cotisants, auquel sont retranchés les transferts entre régimes, a été déterminé comme suit :

Détermination de l'objectif de dépenses pour 2003

(en droits constatés et en millions d'euros)

Dépenses brutes (1)	Transferts intra-branches (2)	Dépenses consolidées (1-2)	Transferts inter-branches (3)	Transferts à consolider (4 = 2+3)	Agrégats de dépenses (1-4)
10.693	655	10.038	330	985	9.708

Source : annexe C

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II – La position de votre commission

Votre commission a longuement analysé l'évolution des dépenses de la branche dans son exposé général (*tome IV*).

Elle vous propose d'adopter cet article sans modification.

³² Annexe C du projet de loi.

Section 2

Branche famille

Article 50

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

Création de la prestation d'accueil du jeune enfant

Objet : *Cet article institue la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) en remplacement de cinq prestations existantes et procède aux modifications nécessaires du code de la sécurité sociale.*

I – Le dispositif proposé

La nouvelle prestation d'accueil du jeune enfant regroupe les cinq prestations existant en faveur de la petite enfance : l'allocation pour jeune enfant (APJE courte et longue), l'allocation d'adoption, l'allocation parentale d'éducation (APE), l'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée (AFEAMA) et l'allocation de garde d'enfant à domicile (AGED).

Le **paragraphe I** du présent article modifie la liste des prestations familiales (article L. 511-1 du code de la sécurité sociale) en conséquence : l'intitulé du 1° de l'article L. 511-1 du code de la sécurité sociale « allocation pour jeune enfant » est remplacé par « prestation d'accueil du jeune enfant », de la même manière l'APE et l'allocation d'adoption sont supprimées (9° et 10° de l'article L. 511-1 du code susmentionné).

Le **paragraphe II** remplace le titre III du livre V du même code relatif aux prestations liées à la naissance et à l'adoption par un titre intitulé : « *Prestation d'accueil du jeune enfant* », composé de trois chapitres : « *Dispositions générales relatives à la prestation d'accueil du jeune enfant* », « *Dispositions relatives au cumul avec d'autres prestations* », « *Dispositions relatives aux examens médicaux de la mère et de l'enfant* ».

· **Dispositions générales relatives à la prestation d'accueil du jeune enfant (chapitre I^{er})**

- *Création de la prestation d'accueil du jeune enfant (article L. 531-1 du code de la sécurité sociale)*

La PAJE comporte deux volets : d'une part, une allocation composée d'une prime à la naissance ou à l'adoption et d'une allocation de base versées sous condition de ressources et, d'autre part, un complément de libre choix, libre choix d'activité et libre choix du mode de garde :

. l'allocation de base est une prestation d'entretien, c'est-à-dire une allocation « *visant à compenser le coût lié à l'entretien de l'enfant* » ;

. le complément de libre choix d'activité est versé à « *celui des parents qui choisit de ne plus exercer d'activité professionnelle ou de travailler à temps partiel pour s'occuper d'un enfant* ».

- *La prime à la naissance ou à l'adoption (article L. 531-2 du code de la sécurité sociale)*

La prime à la naissance a pour objet de permettre aux familles de faire face aux dépenses liées à l'arrivée d'un enfant. Le plafond de ressources, fixé par décret, variera selon le rang, le nombre d'enfants et la taille du ménage afin de prendre en compte les familles monoparentales. Les modalités de versement de cette prime seront fixées par décret, mais l'exposé des motifs précise que :

- le montant de la prime sera de 800 euros ;

- elle sera versée au septième mois de grossesse ;

- le plafond de ressources sera celui de l'allocation de base.

Cette prime à la naissance correspond en partie à l'actuelle APJE courte, de 158 euros mensuels attribuée, sous conditions de ressources, du quatrième mois de grossesse jusqu'au troisième mois de l'enfant.

- *L'allocation de base (article L. 531-3 du code de la sécurité sociale)*

Cet article met en place l'allocation de base versée à partir de la naissance jusqu'aux trois ans de l'enfant, qui correspond à la prise en charge des dépenses occasionnées par son entretien et son éducation (hors mode de garde). Elle est le produit de la fusion de l'APJE courte et de l'APJE longue, servie sous condition de ressources, à partir du quatrième mois et jusqu'au troisième anniversaire de l'enfant.

L'allocation de base est versée par famille. Cependant, en cas de naissances multiples, l'allocation de base s'appliquera pour chaque enfant. En outre, de même que la prime à la naissance, l'allocation de base sera ouverte aux familles adoptantes, quel que soit l'âge de l'enfant, pendant la même durée que pour les enfants naturels (36 mensualités), assurant ainsi l'égalité des droits.

L'exposé des motifs précise que cette allocation sera d'un montant mensuel d'environ 160 euros et que le plafond de ressources sera augmenté de 37 % par rapport à l'actuelle APJE : 90 % des familles (1,9 million) la percevront, soit 200 000 familles nouvelles

- Le complément de libre choix d'activité (article L. 531-4 du code de la sécurité sociale)

Les paragraphes I et II de l'article L. 531-4 du code de la sécurité sociale décline les deux types de complément de libre choix d'activité : le complément à taux plein versé à la personne qui choisit de ne plus exercer d'activité professionnelle et le complément à taux partiel versé à la personne qui exerce une activité ou poursuit une formation professionnelle rémunérée à temps partiel.

Ce complément remplace l'APE mais avec deux améliorations sensibles du dispositif :

- il sera versé dès le premier enfant, pour un montant de 340 euros par mois, pendant les six premiers mois suivant le congé de maternité alors que l'APE est servie aujourd'hui lorsque la naissance, l'adoption ou l'accueil d'un enfant a pour effet de porter le nombre d'enfants à charge à deux ou plus ;

- en cas de travail à temps partiel, le montant du complément à taux partiel sera augmenté de 15 % par rapport à l'APE. Cette revalorisation représente un gain pour 125 000 familles, essentiellement à revenus modestes (49 euros par mois pour un temps partiel au plus égal à 50 %, 37 euros par mois pour un temps partiel entre 50 % et 80 %). Elle a pour objet d'inciter les parents à reprendre une activité professionnelle. Pour les mêmes raisons, il sera possible de cumuler le complément d'activité à temps partiel avec le complément « mode de garde ».

Pour certaines professions, les modalités selon lesquelles ce complément « taux partiel » est attribué seront adaptées par décret en raison des difficultés de calcul du temps partiel : voyageurs-représentants placiers (VRP), employés de maison, travailleurs non salariés des professions non agricoles, professionnels libéraux de santé, agriculteurs ou encore élus locaux.

Le paragraphe III de cet article définit les conditions d'activité donnant droit au versement du complément. Comme pour l'actuelle APE, l'ouverture du droit au complément est subordonnée à l'exercice d'une activité

professionnelle antérieure suffisante pour ouvrir des droits à pension de retraite dans un régime de base.

Selon l'exposé des motifs, pour bénéficier du complément de libre choix d'activité, le parent devra avoir exercé une activité professionnelle durant deux ans dans les deux ans qui précèdent la naissance d'un enfant de rang 1, dans les quatre ans s'il s'agit d'un deuxième enfant ou dans les cinq ans pour les enfants de rang 3 ou plus.

Les conditions d'activité sont donc plus sévères que pour l'actuelle APE qui n'exige qu'une activité professionnelle d'au moins deux ans :

- dans la période de cinq ans qui précède la naissance, l'adoption ou l'accueil de l'enfant portant à deux le nombre d'enfants à charge ;

- dans la période dix ans qui précède ces mêmes événements lorsqu'ils concernent un troisième enfant à charge (article R. 532-6 du code de la sécurité sociale).

Les situations assimilées à une activité professionnelle seront définies par décret. Elles seront les mêmes que pour l'APE :

- les périodes de perception d'indemnités journalières de maladie, maternité, accident du travail ;

- les périodes de perception d'indemnités journalières de repos pour adoption (dans la limite d'un trimestre par enfant quel que soit son rang) et, dans la même limite, les périodes de perception de l'allocation de remplacement pour maternité des non-salariées et des agricultrices ;

- les périodes de chômage indemnisé et les périodes de formation professionnelle rémunérée pour les demandes faites au titre d'un deuxième enfant ;

- les périodes pendant lesquelles l'APE a été attribuée pour les demandes concernant un troisième enfant à charge ou plus.

Ces nouvelles conditions d'activité répondent à l'objectif de la politique familiale de concilier vie familiale et vie professionnelle. En effet, l'APE a pu avoir un effet néfaste sur l'activité des femmes : à l'heure actuelle, 25 % des femmes entrant dans le dispositif sont au chômage et 50 % le restent plusieurs années après la sortie.

Le paragraphe IV de l'article L. 531-4 définit les modalités d'application du complément de libre choix d'activité pour les familles adoptantes.

Le paragraphe V prévoit des dérogations d'âge et de versement pour les naissances multiples et les enfants adoptés. Le complément est versé par famille, sauf pour les naissances multiples ou les arrivées simultanées d'enfants adoptés ou confiés en vue d'adoption, auxquels cas il est versé par enfant.

En droit actuel, l'APE est en principe servie jusqu'au troisième anniversaire du plus jeune des enfants. Toutefois, en cas d'adoption, ou d'accueil en vue de son adoption, d'un enfant de plus de deux ans et de moins de seize ans, elle est versée pour une durée minimale d'un an à compter de son arrivée au foyer. En cas de naissances multiples d'au moins trois enfants, l'APE est attribuée jusqu'à leur sixième anniversaire (article R. 532-1-1). L'adoption simultanée d'au moins trois enfants ouvre droit à l'APE pour une durée maximale de trois ans à compter de l'arrivée des enfants au foyer (article R. 532-4).

Le paragraphe VI de l'article L. 531-4 du code de la sécurité sociale prévoit que, dans certaines conditions, le complément de libre choix d'activité à taux plein peut être cumulé, pendant une durée indéterminée, avec un revenu professionnel.

En droit actuel, en cas de reprise d'activité professionnelle, il est possible de cumuler un revenu d'activité professionnelle avec l'APE à taux plein pendant deux mois en présence d'un enfant âgé de 18 à 29 mois inclus (59 mois s'il s'agit de triplés ou plus). La personne qui reprend une activité professionnelle à temps partiel a droit à l'APE à taux plein pendant deux mois à compter du mois de la reprise, puis à l'APE à temps partiel pour six mois sur la base du pourcentage d'activité exercée le mois de la reprise (loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale).

Le paragraphe VII précise que le montant du complément de libre choix d'activité est majoré pour les familles exclues de l'allocation de base en raison de leurs revenus. Ainsi, selon les chiffres annoncés à la conférence de la famille, le montant du complément libre choix d'activité serait fixé à environ 340 euros s'ajoutant aux 160 euros de l'allocation de base, soit 500 euros par mois. Pour les familles ne percevant pas l'allocation de base, le complément serait également fixé à 500 euros.

- Le complément de libre choix du mode de garde (article L. 531-5 du code de la sécurité sociale)

Cet article met en place le complément de libre choix du mode de garde, qui résulte de la fusion de l'AFEAMA et de l'AGED. Il s'adresse aux parents qui choisissent de continuer à exercer une activité professionnelle, en leur permettant de financer le mode de garde de leur choix pour leur enfant âgé de moins de six ans.

Le paragraphe I de l'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale précise que le complément comprend une prise en charge partielle de la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant et une prise en charge totale ou partielle des cotisations employeur.

Ce complément est versé lorsqu'au moins l'un des membres du couple exerce une activité professionnelle, alors que l'AFEAMA n'exige pas de condition d'activité et que l'AGED requiert la bi-activité.

Cette condition de monoactivité ne s'applique en revanche ni aux parents qui poursuivent des études, ni aux bénéficiaires de l'allocation de parent isolé (API), du revenu minimum d'insertion (RMI), de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et de l'allocation de solidarité spécifique (ASS).

Le paragraphe II de l'article L. 531-5 précise les modalités de prise en charge des cotisations sociales selon que le ménage emploie une assistante maternelle ou une employée de maison (garde des enfants à domicile). Les cotisations sociales restent prises en charge à 100 % en cas de garde par une assistante maternelle et à 50 % pour une garde à domicile.

Le paragraphe III indique que la rémunération de la personne qui assure la garde du ou des enfants est assurée pour tout ou partie par ce complément. Cette aide est calculée par enfant en cas d'emploi d'une assistante maternelle et par ménage en cas d'emploi d'une garde à domicile. Le complément sera donc modulé en fonction des revenus afin de permettre un vrai libre choix pour des parents aux revenus faibles et moyens.

Le paragraphe IV de l'article L. 531-5 prévoit une modulation du complément suivant l'âge des enfants. Il s'agit de la reprise des dispositions applicables à l'AFEAMA et à l'AGED, soit une réduction de moitié du montant versé pour les enfants ayant de trois à six ans, dans la mesure où ils sont scolarisés.

Le paragraphe V précise enfin qu'un décret détermine les conditions de cumul des compléments de libre choix du mode de garde.

- Prise en charge du coût de la garde (article L. 531-6 du code de la sécurité sociale)

Cet article permet aux familles de toucher le complément de libre choix du mode de garde qu'elles soient employeur direct, comme aujourd'hui, ou qu'elles passent par un prestataire de services (association ou entreprise). Ce nouveau dispositif permettra de développer le secteur privé des services aux familles.

- *Ouverture du droit au complément de libre choix du mode de garde (article L. 531-7 du code de la sécurité sociale)*

Cet article définit les délais d'ouverture et de cessation du droit au complément.

- *Le chéquier PAJE (article L. 531-8 du code de la sécurité sociale)*

Cet article décrit les modalités de versement du complément de libre choix du mode de garde. Les circuits de gestion de ce complément sont simplifiés par rapport à ceux existant actuellement pour l'AGED et l'AFEAMA.

Après que la caisse d'allocations familiales aura vérifié les droits à l'allocation, la déclaration des rémunérations versées se fera auprès d'un centre de recouvrement, sur le modèle du chèque emploi service. Les formalités imposées aux familles seront ainsi allégées et les risques de rupture des droits supprimés.

- *Règles de cumul (article L. 531-9 du code de la sécurité sociale)*

Le complément de libre choix du mode de garde n'est pas cumulable avec le complément de libre choix d'activité à taux plein sauf en cas de reprise d'activité professionnelle sous certaines conditions.

- *Décès d'un enfant (article L. 531-10 du code de la sécurité sociale)*

En cas de décès d'un enfant, le complément de libre choix d'activité, versé au titre de cet enfant, est maintenu pendant une durée fixée par décret.

· Dispositions relatives au cumul avec d'autres prestations (chapitre II)

Les articles L. 532-1 et L. 532-2 du code de la sécurité sociale définissent les règles de cumul de la PAJE avec d'autres prestations familiales et sociales. L'allocation de base de la PAJE n'est pas cumulable avec le complément familial. Le complément de libre choix d'activité ne l'est pas avec l'indemnisation des congés de maternité, de paternité ou d'adoption, des congés de maladie ou d'accident du travail ou les pensions militaires.

· Dispositions relatives aux examens médicaux de la mère et de l'enfant (chapitre III)

Cette nouvelle rédaction de l'article L. 533-1 du code de la sécurité sociale tient compte du remplacement de l'APJE et de l'allocation d'adoption par la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), mais ne modifie pas le dispositif existant.

Le **paragraphe III** du présent article prévoit ensuite que la PAJE sera versée dans les départements d'outre-mer dans les mêmes conditions qu'en métropole, grâce à un alignement des plafonds de ressources de l'allocation de base.

Les **paragraphes IV** et **VI** procèdent aux adaptations du code de la sécurité sociale rendues nécessaires par la création de la PAJE, tandis que le **paragraphe V** indique que les modalités d'application de la nouvelle prestation (âges d'ouverture, montants, durée de versement) seront définies par décret.

Le **paragraphe VII** prévoit enfin les conditions d'entrée en vigueur de la PAJE. Elle sera versée à partir du 1^{er} janvier 2004 pour les enfants nés à compter de cette date, y compris pour les enfants nés prématurément. Les familles qui bénéficient des anciennes prestations continueront à les percevoir jusqu'à leur terme. Toutefois, si une nouvelle naissance intervient à compter du 1er janvier 2007, les familles percevront alors la PAJE pour l'ensemble de leurs enfants.

II – Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Lors de la discussion du présent article, l'Assemblée nationale a adopté deux amendements :

- le premier, présenté par le Gouvernement, modifie la rédaction du nouvel article L. 531-10 du code de la sécurité sociale afin de prévoir que, en cas de décès d'un enfant, l'allocation de base de la PAJE continuera, comme le complément de libre choix d'activité, à être versée pendant une durée fixée par décret. Cette période devrait être de trois mois ;

- le second est un amendement de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales. Il modifie le paragraphe VII du présent article, relatif aux conditions de mise en œuvre de la PAJE. Ainsi, les personnes ayant perçu moins de cinq mensualités d'APJE avant le 1^{er} janvier 2004 pourront recevoir la prime à la naissance en janvier 2004 et éviter de ce fait une interruption dans le versement de l'APJE. Elles ne seront ainsi pas pénalisées par le passage d'un système à l'autre, alors qu'elles doivent faire face aux dépenses liées à la naissance à venir.

III – La position de votre commission

Votre commission approuve largement la création de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) qui, en regroupant six prestations existantes, va permettre une véritable simplification et une plus grande lisibilité du système pour les familles ayant de jeunes enfants.

Conformément à sa position traditionnelle sur l'universalité des prestations familiales, elle se réjouit, en outre, de la vocation quasi-universelle de la PAJE, dont la prime à la naissance et à l'adoption et l'allocation de base seront servies à 90 % des familles.

Elle estime enfin très satisfaisant le principe des deux compléments, permettant une véritable liberté de choix pour les familles, du mode de garde de leur enfant comme d'une éventuelle interruption de leur activité professionnelle.

Votre commission considère, en effet, que c'est en offrant ce choix aux familles que la décision d'avoir un enfant sera la plus favorisée, ce qui est le rôle de toute politique familiale.

Saluant à nouveau cet élan ambitieux en faveur des familles, **vo**
tre commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 51

Prise en charge par la CNAF des majorations de pension pour enfants

Objet : Cet article a pour objet, dans le cadre du transfert prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, de mettre à la charge de la branche famille 60 % du coût des majorations de pension de retraite pour enfants.

I – Le dispositif proposé

Le fonds de solidarité vieillesse (FSV), institué par la loi n° 93-936 du 22 juillet 1993, finance des avantages vieillesse à caractère redistributif, relevant de la solidarité nationale (minimum vieillesse, cotisations des périodes validées gratuitement au titre du service national ou du chômage). Il prend également en charge les sommes correspondant au service, par les régimes d'assurance vieillesse (régime général, régimes alignés et régime des

exploitants agricoles), des majorations de pension de retraite pour conjoint à charge et celles qui sont accordées en fonction du nombre d'enfants.

Les majorations pour enfants, instaurées en 1945, ont pour effet d'augmenter, d'un dixième de son montant, la pension de retraite de tout assuré, qui a eu ou a élevé trois enfants ou plus avant leur seizième anniversaire, pendant au moins neuf ans. Elles sont versées sans condition de ressources.

Ce dispositif en faveur des parents de familles nombreuses vise à compenser, au moment de la retraite, les charges de famille et leurs conséquences en termes de pension, compte tenu du fort taux d'inactivité des mères de trois enfants ou plus.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a prévu la prise en charge progressive par la branche famille de ces majorations de pension de retraite pour enfants, par tranche de 15% chaque année, selon un calendrier devant aboutir en 2007 à un transfert total.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 a fortement accéléré ce programme initial en portant à 60 % la participation financière de la CNAF aux majorations de pension pour enfants remboursées au FSV.

Le présent article pérennise ce transfert, dont il maintient le taux à 60 %. Tout comme en 2003, la charge des majorations de pension pour enfant supportée par la branche famille atteindra donc près de 1,9 milliard d'euros.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II – La position de votre commission

A l'occasion de l'examen du projet de loi de financement pour 2001, votre commission avait déjà contesté le principe même de ce prélèvement sur la branche famille.

Les majorations de pension pour enfants constituent, en effet, à ses yeux, un avantage vieillesse, c'est-à-dire un juste retour accordé aux parents qui avaient contribué, en élevant des enfants, à l'équilibre des régimes de retraite par répartition.

Toutefois, elle ne peut que constater la situation financière très dégradée du FSV, résultant de la double ponction dont il a fait lui-même l'objet pour alimenter le fonds de financement des trente-cinq heures (FOREC) et le fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (FAPA). Or, c'est cette situation alarmante qui explique la contribution qu'il est encore demandé à la branche famille d'apporter en 2004.

Comme les années précédentes, votre commission dénonce ce transfert qui, en contraignant les finances de la branche famille, ne permet pas le développement d'une politique familiale de grande ampleur. Elle appelle de ses vœux une clarification des comptes de la CNAF et, plus largement, la fin des transferts entre les différentes branches de la sécurité sociale.

En attendant cette réforme essentielle, qu'elle espère proche, **votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.**

Article 52

Objectifs de dépenses de la branche famille pour 2004

Objet : Cet article fixe à 45,5 milliards d'euros en 2004 l'objectif de dépenses de la branche famille pour l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de 20.000 cotisants.

I – Le dispositif proposé

En application du 3° du paragraphe I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article fixe le montant des dépenses de la branche famille pour 2004 à 45,5 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale comptant plus de 20.000 cotisants, actifs ou retraités titulaires de droits propres.

Les dépenses de la branche famille sont, pour l'essentiel, celles de la CNAF, qui retrace déjà dans ses comptes l'ensemble des prestations légales servies par les différents organismes, ainsi que les charges annexes supportées par les organismes du régime général. Y sont ajoutés les frais de gestion administrative et d'action sociale des régimes agricoles, pour la partie correspondant aux cotisations complémentaires familiales, ainsi que ceux du régime minier. Seules les sommes versées par certains régimes spéciaux, qui ont un caractère de complément de salaire, ne sont pas intégrées dans l'agrégat de dépenses.

L'objectif de dépenses est fixé en fonction des montants prévisionnels des charges, compte tenu des mesures nouvelles introduites par le projet de loi de financement, de l'évolution prévisible du nombre d'allocataires des prestations familiales, des objectifs des caisses d'allocations familiales en matière d'action sociale, ainsi que du taux retenu pour la BMAF.

Ce taux est de 1,7 % en 2004, soit une évolution identique à celle observée en 2003. En application de l'article L. 551-1 du code de la sécurité

sociale, ce taux est fixé en fonction de l'inflation prévue pour 2004 (soit + 1,5 %) et d'un correctif qui tient compte d'un éventuel décalage entre les prévisions de l'année précédente et l'inflation effectivement constatée (soit + 0,2 %).

Les mesures nouvelles du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 représentent un total de 200 millions d'euros, se décomposant comme suit :

- la création de la prestation d'accueil du jeune enfant pour un coût de 140 millions d'euros ;

- la réforme annoncée du statut des assistantes maternelles, à hauteur de 10 millions d'euros ;

- la mise en place d'un troisième fonds d'investissement pour les crèches, doté en 2004 de 50 millions d'euros.

Par rapport à l'objectif rectifié pour 2003 (44 milliards d'euros), figurant à l'article 54 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, l'objectif de dépenses de la branche famille progresse de 1,5 milliard d'euros (+3,4 %).

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II – La position de votre commission

Prenant acte d'une revalorisation de la BMAF correspondant cette année encore strictement à l'inflation prévisible, et des mesures nouvelles largement satisfaisantes, **vostra commission vous propose d'adopter cet article sans modification.**

Article 52bis (nouveau)
**Rapport d'étape sur la mise en place
de la prestation d'accueil du jeune enfant**

Objet : Cet article prévoit l'établissement d'un rapport d'évaluation sur la mise en place de la PAJE.

I – Le dispositif proposé

Le présent article, introduit par l'Assemblée nationale sur proposition de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, a pour objet d'informer le Parlement sur l'application du projet de loi de financement de la sécurité sociale, dans sa partie relative à la prestation d'accueil du jeune enfant.

A cet effet, un rapport d'évaluation devra être transmis par le Gouvernement avant le 1^{er} septembre 2004.

II – La position de votre commission

S'il apparaît essentiel que le Parlement soit en mesure de suivre l'application des lois qu'il vote, votre commission estime qu'il n'est pas utile que cette information se fasse sous la forme d'un rapport supplémentaire car l'excès de rapports aboutit souvent à un résultat inverse au but recherché.

Elle rappelle en effet que, dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale, les annexes dressent chaque année un bilan des mesures votées l'année précédente.

Il en sera donc de même pour la mise en place de la PAJE, dans les annexes au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005.

A cet égard, votre commission souhaite toutefois que ces documents soient plus complets et plus lisibles afin d'assurer la meilleure information possible des élus de la Nation.

Votre commission vous propose donc d'adopter un amendement de suppression de cet article.

Section 3

Branche vieillesse

Article 53

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

Objet : Cet article fixe à 146,6 milliards d'euros en 2004 l'objectif de dépenses de la branche vieillesse et veuvage pour l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de 20.000 cotisants.

I – Le dispositif proposé

La branche vieillesse rassemble les prestations d'assurance vieillesse correspondant à des droits directs ou dérivés, les prestations d'assurance veuvage et les prestations d'invalidité servies à des bénéficiaires de droits dérivés. Son objectif de dépenses pour 2004 s'élève à 146,6 milliards d'euros et porte sur l'ensemble des dépenses des régimes et non sur les seules prestations.

Ces dépenses comprennent :

- . les prestations sociales légales ou extralégales ;
- . les prestations des services sociaux (notamment la prise en charge partielle des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux) ;
- . les frais de gestion engagés par les organismes de sécurité sociale ;
- . les transferts entre régimes de protection sociale ;
- . les frais financiers et les autres dépenses.

Les objectifs de dépenses par branche du projet de loi de financement sont définis à partir du total des dépenses de l'ensemble des régimes de base obligatoires, de la façon suivante :

- sont soustraites les dépenses des régimes de moins de 20.000 cotisants ou bénéficiaires, les transferts internes aux régimes de base

considérés, ainsi que les dépenses constituant la contrepartie des cotisations prises en charge par la sécurité sociale ;

- sont ajoutées les dépenses dans les départements d'outre-mer (DOM) qui, dans les comptes de la sécurité sociale, sont consolidées avec les recettes perçues dans les DOM.

En 2004, les prestations légales représenteront 97,2 % des dépenses de la branche.

L'objectif de dépenses pour 2004 est en hausse de 4,2 % par rapport à l'objectif de dépenses révisé pour 2003 qui s'élève à 140,7 milliards d'euros. Il confirme ainsi la tendance des dernières années. Les prestations vieillesse des régimes de base tendent, en effet, à s'accroître de 3,5 % à 4 % par an, ce qui correspond aux départs en retraite (entre 500.000 et 600.000 par an) des classes creuses nées pendant la Seconde guerre mondiale. Ce rythme de progression est néanmoins amené à s'accroître dès 2006 avec la première génération issue du « baby boom » dont l'effectif moyen sera supérieur à 800.000 personnes par an.

Cet article a été adopté sans modification par l'Assemblée nationale.

II – La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article additionnel après l'article 53

Alignement de la date d'entrée en vigueur de la réforme des pensions de réversion du régime général des professions libérales sur celle du régime général

Objet : Cet article additionnel fixe au 1^{er} juillet 2004 la date d'entrée en vigueur de la réforme des pensions de réversion du régime des professions libérales.

L'objet de cet article additionnel est purement technique. Il vise à établir une coordination manquante dans le texte de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites et n'affecte en rien le régime des pensions de réversion.

La loi portant réforme des retraites a supprimé les conditions d'éligibilité à la pension de réversion existant précédemment (âge minimum à 55 ans, interdiction de remariage du conjoint, durée minimale de deux ans de mariage) pour n'en garder qu'une seule : la condition de ressources.

Son article 96 dispose que la date d'entrée en vigueur de l'ensemble des dispositions relatives aux professions libérales, y compris l'article 91 qui aligne le régime des pensions de réversion sur celui du régime général, est fixée au 1^{er} janvier 2004. Or, celle du régime général, définie à l'article 31 de la même loi, interviendra le 1^{er} juillet 2004.

Le maintien de la date du 1^{er} janvier 2004 représenterait, en termes de gestion, pour la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL) une source de complication considérable.

Cela impliquerait, en effet :

- que la CNAVPL continue à appliquer jusqu'au 31 décembre 2003 les règles actuelles des pensions de réversion, qui lui sont spécifiques en termes de taux de réversion (50 %), d'absence de condition de plafond de ressources et de clause avantageuse pour les conjoints de cotisants affiliés depuis moins de quinze ans ;

- puis que la CNAVPL mette en œuvre, à partir du 1^{er} janvier 2004, les actuelles règles du régime général qui doivent précisément être modifiées le 1^{er} juillet 2004 ;

- et enfin que la CNAVPL applique, à partir du 1^{er} juillet 2004, les nouvelles règles du régime général.

Aussi votre commission souhaite-t-elle prévenir les problèmes de gestion susceptibles d'être suscités par ces changements successifs, en alignant la date d'entrée en vigueur de la réforme des pensions de réversion du régime des professions libérales sur celle du régime général.

Votre commission vous propose d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.

TITRE V

OBJECTIFS DE DÉPENSES RÉVISÉS POUR 2003

Article 54

Fixation des objectifs révisés de dépenses par branche pour 2003

Objet : *Cet article a pour objet de réviser les objectifs de dépenses par branche fixés par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003, afin de prendre en compte les modifications intervenues depuis lors.*

La révision des objectifs de dépenses des quatre branches prend acte, pour 2003, comme ce fut le cas les années précédentes, d'une dégradation significative en exécution du budget de la sécurité sociale.

Le dérapage s'élève à 0,7 %, soit 2,3 milliards d'euros, imputable pour l'essentiel à l'évolution plus rapide des dépenses d'assurance maladie qui y participe à hauteur de 1,7 milliard d'euros (+ 1,3 %).

	Prévisions initiales LFSS 2003	LFSS 2003 révisée	Écart 2003 révisées/2003 initiales	Écart 2003 révisées/2003 initiales (en %)
Maladie, maternité, invalidité et décès	136,35	138,07	1,72	1,26
Vieillesse	140,36	140,68	0,32	0,23
Accidents du travail	9,40	9,39	- 0,01	- 0,11
Famille	43,62	43,98	0,36	0,83
Total des dépenses	329,73	332,12	2,39	0,72

(en milliards d'euros)

Sous le bénéfice de ces observations, et en réitérant son souhait de discuter désormais de cette procédure de révision dans un projet de loi de financement rectificatif, **votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.**

TITRE VI

**MESURES DIVERSES ET DISPOSITIONS
RELATIVES À LA TRÉSORERIE**

Article 55 A (nouveau)
*(art. L. 136-6 et L. 245-14 du code de la sécurité sociale
et art. L. 1600-0 C et 1600-0 F du code général des impôts)*
**Anticipation de la date de versement à la sécurité sociale
du produit des contributions sur les revenus du patrimoine**

Objet : Cet article additionnel a pour objet de réduire le délai de reversement aux organismes de sécurité sociale de la CSG et de la taxe de 2 % sur les revenus du patrimoine perçue par voie de rôle sur leurs comptes.

I – Le dispositif proposé

La CSG et le prélèvement de 2 % sur les revenus du patrimoine sont liquidés et recouvrés par les services fiscaux sur la base de rôles émis à l'automne de chaque année. Les recettes correspondantes sont reversées aux organismes de sécurité sociale vers le 15 décembre.

Or, le paiement de ces sommes par les contribuables intervient le 15 novembre. Il est donc possible d'avancer la date de reversement de ces recettes par rapport à la pratique actuelle. Cet article prévoit ainsi de les transférer aux organismes concernés le 15 novembre au plus tard, ce qui permettra d'alléger les difficultés de trésorerie que connaît traditionnellement le régime général au début du mois de décembre.

Aussi, le A du **paragraphe I** de cet article complète le paragraphe III de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale consacré aux modalités de recouvrement par voie de rôle de la contribution sociale généralisée. Il prévoit

à ce titre que le produit de cette contribution est versé à ses destinataires (ACOSS) au plus tard le 25 novembre de chaque année.

Le B du paragraphe I de cet article complète la rédaction en vigueur de l'article 1600-0 C du code général des impôts pour y porter la même précision.

Le A du **paragraphe II** de cet article modifie l'article L. 245-14 du code de la sécurité sociale relatif aux prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine et les revenus de placement, en l'espèce la taxe de 2 %, pour y introduire un renvoi aux dispositions du paragraphe III de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale.

Le B coordonne ce changement dans le code général des impôts.

II - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 55

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

Simplification de la procédure d'admission en non-valeur

Objet : Cet article a pour objet de simplifier la procédure d'admission en non valeur des créances de la sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé

Le présent article a pour objet de simplifier les modalités d'admission en non-valeur des créances détenues par les organismes de sécurité sociale. Les textes en vigueur prévoient que l'admission en non-valeur est décidée par le conseil d'administration de l'organisme concerné après avis favorable de l'autorité compétente de l'État (directeur régional des affaires sanitaires et sociales et trésorier payeur général).

Ce contrôle *a priori* exercé par deux tutelles constitue une contrainte trop lourde aujourd'hui. Aussi, est-il proposé de lui substituer un contrôle *a posteriori* assuré par les comités régionaux d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale.

Le **paragraphe I** de cet article modifie l'article L. 133-3 du code de la sécurité sociale (admission en non-valeur des créances autres que les cotisations sociales) pour y formuler une nouvelle procédure à laquelle est soustraite la référence à l'avis de l'autorité de tutelle.

Le **paragraphe II** prévoit le principe d'une même modification pour la procédure d'admission en non-valeur des créances de cotisations.

II – Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement de « simplification rédactionnelle », mais qui supprime la distinction par nature des créances admises en non-valeur (cotisations ou ressources autres que cotisations).

III - La position de votre commission

Votre commission, au demeurant favorable à cette simplification procédurale, propose, en conséquence, une nouvelle rédaction qui reprend la codification en vigueur du code de la sécurité sociale. L'article L. 133-3 précise la procédure d'admission en non-valeur en ce qui concerne les créances relatives aux opérations enregistrées dans leurs comptes par les organismes de sécurité sociale, autres que celles se rapportant aux recettes recouvrées par les organismes de recouvrement. L'article L. 243-3 concerne l'admission en non-valeur des cotisations et contributions sociales ainsi que les pénalités, les majorations et les frais s'y rattachant.

Outre le maintien de cette distinction qui est nécessaire en raison des références dans les textes applicables à ces articles, cette rédaction précise la nature des créances concernées en les mentionnant sous leur dénomination comptable issue de la classification retenue pour les agrégats de la loi de financement de la sécurité sociale.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Article 56
(art. L. 243-5, L. 243-6 et L. 244-3 du code de la sécurité sociale
et art. L. 725-7 du code rural)

**Simplification des modalités de recouvrement des cotisations
et contributions sociales**

Objet : Cet article a pour objet de réviser les règles relatives au recouvrement des cotisations et contributions sociales.

I - Le dispositif proposé

Le présent article propose quatre mesures destinées à simplifier, harmoniser ou renforcer les procédures applicables au recouvrement des cotisations et contributions sociales.

Le **paragraphe I** propose de modifier les premier et troisième alinéas des articles L. 243-6 du code de la sécurité sociale et L. 725-2 du code rural, relatifs aux modalités de prescription des versements indûment effectués ou des prestations indûment perçues. En application des dispositions du présent article, la demande de remboursement des cotisations indûment versées se prescrira par trois ans au lieu de deux ans.

Le **paragraphe II** précise les délais ouvrant désormais la possibilité pour les régimes, de formuler un avertissement ou une mise en demeure de règlement des cotisations. Il est proposé de comptabiliser le délai ouvert à la reprise en année civile (trois ans). Cette disposition a pour conséquence de réduire le délai laissé à l'administration pour effectuer ladite reprise. En revanche, ce paragraphe étend ce délai de deux ans supplémentaires en cas d'infraction, même pour travail illégal.

Le **paragraphe III** reporte de trois à six mois le délai pendant lequel les organismes sociaux doivent inscrire au greffe leurs créances de cotisations ou de contributions sociales, afin de conserver leur caractère privilégié. L'allongement du délai prolonge de fait la période de négociation pendant laquelle les cotisants peuvent aboutir à un règlement amiable de leur dossier.

Le **paragraphe IV** supprime une disposition obsolète du code de la sécurité sociale.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

A l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté un amendement, sous-amendé pour coordination avec le code rural par le rapporteur de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, qui prévoit de fixer une limite au remboursement de l'indu dès lors que l'obligation de remboursement naît d'une décision juridictionnelle, qui révèle la non-conformité de la règle de droit dont il a été fait application à une règle de droit supérieur (hiérarchie des normes et notamment contradiction entre le droit national et communautaire).

Cette disposition, voisine de celle introduite dans le droit fiscal, par la loi de finances pour 1990 et figurant à l'article L. 190 du livre des procédures fiscales, permettra d'accroître la sécurité des ressources de la sécurité sociale.

III - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 57

*(art. L. 243-1-1 du code de la sécurité sociale
et art. L. 741-1-1 du code rural)*

Simplification des obligations déclaratives des employeurs non établis en France

Objet : Cet article a pour objet la mise en place d'un dispositif permettant à un employeur non établi en France de remplir ses obligations relatives aux déclarations et versements de cotisations sociales auxquels il est tenu au titre de l'emploi de salariés travaillant en France.

I - Le dispositif proposé

En l'état du droit en vigueur, le ressortissant d'un État membre de l'Union européenne, qui exerce une activité salariée ou non salariée sur le territoire d'un autre État membre, est obligatoirement soumis à la législation de sécurité sociale de ce dernier. Ce principe est prévu par l'article 13 du règlement Communauté Européenne n° 1408/71 du 14 juin 1971. Cette obligation s'applique même si l'entreprise, ou l'employeur qui l'occupe, a son siège ou son domicile sur le territoire d'un autre État membre.

Des dispositions spécifiques existent toutefois en faveur de catégories particulières de personnes : fonctionnaires, salariés détachés, frontaliers, agents de postes diplomatiques et consulaires.

Dès lors que cette obligation s'adresse à des entreprises qui n'ont pas d'établissements en France, ce principe demeurerait relatif et contingent, son application reposant sur la volonté des entreprises de s'y conformer.

Aussi, dans ce cas précis où l'entreprise n'a pas d'établissement en France, le salarié exerçant son activité sur le sol français est personnellement responsable de toutes les obligations que la législation française de sécurité sociale met à la charge de l'employeur et, notamment, du versement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (article R. 243-4, alinéa 2, du code de la sécurité sociale).

La Cour de cassation³³ a remis en cause la légalité de cette mesure réglementaire au regard du principe énoncé aux articles L. 241-8 et L. 243-1 du code de la sécurité sociale, lesquels prévoient que la contribution de l'employeur aux assurances sociales reste exclusivement à sa charge et que la contribution du salarié est précomptée sur sa rémunération.

Aussi le présent article prévoit-il d'insérer dans le code de la sécurité sociale (**paragraphe I**) et dans le code rural (**paragraphe II**) deux articles additionnels prévoyant que l'employeur, dont l'entreprise ne comporte pas d'établissement en France, devra remplir ses obligations relatives aux déclarations et versements des cotisations et contributions sociales auprès d'un organisme de recouvrement unique, qui sera désigné par décret.

Ces obligations pourront être remplies par l'intermédiaire d'un représentant résidant en France qui sera personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues.

L'employeur étranger, ou son mandataire, pourra effectuer auprès de cet organisme unique toutes les opérations relatives aux déclarations et au versement des cotisations et contributions auxquelles il est tenu au titre de l'emploi de salariés travaillant en France, mais également au titre des personnes qui, bien qu'exerçant leur activité hors du territoire français, sont rattachées au régime français de protection sociale, en application d'accords internationaux auxquels la France est partie.

³³ Cassation, chambre sociale, 19 juillet 2001 – URSSAF de Paris c/ Jehenne.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Sur proposition du rapporteur de sa commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, l'Assemblée nationale a adopté trois amendements :

- le premier tendant à préciser le caractère « légal ou conventionnel » des cotisations et contributions dues ;
- le deuxième renvoyant à un arrêté, et non à un décret, la désignation de l'organisme de recouvrement unique ;
- le troisième de portée rédactionnelle.

III - La position de votre commission

Votre commission se félicite que la proposition formulée par cet article puisse résoudre les difficultés posées par un système inéquitable (la responsabilité pesant sur un salarié n'ayant lui-même pas de pouvoir de contrainte sur son employeur) et condamné, à juste titre, par la Cour de cassation.

Elle s'interroge, en revanche, sur la portée du premier amendement adopté par l'Assemblée nationale, présenté sommairement par l'exposé suivant : *« la création d'un guichet unique, habilité à recouvrer l'ensemble des cotisations et contributions sociales d'origine légale, mais aussi conventionnelle, tel est l'apport de cet amendement, dues au titre de l'emploi de personnel salarié exerçant en France, vise à faciliter et à simplifier, pour tout employeur dont l'entreprise ne comporte pas d'établissement en France, le respect de ces obligations déclaratives »*.

Votre rapporteur s'interroge sur le rapport entre l'exposé de cet amendement et son contenu réel, le texte initial du présent article ayant déjà pour objet de créer un organisme unique de recouvrement (un « guichet unique »). L'amendement des députés ne peut, à l'évidence, satisfaire une deuxième fois cette préoccupation.

La précision sur l'origine des cotisations et contributions, à savoir que celles-ci peuvent être légales ou conventionnelles, semble viser des cotisations décidées par les partenaires sociaux dans le cadre de régimes complémentaires (AGIRC-ARRCO). Il apparaît à votre rapporteur que la notion de cotisations sociales au sens européen (les régimes complémentaires susmentionnés étant considérés par le droit européen comme des régimes de sécurité sociale) suffirait à couvrir ces dispositions.

Toutefois, cette précision n'entamant par l'intelligibilité du texte, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 57 bis (nouveau)

**Validation des redressements et mises en demeure prononcés
par des agents de la branche du recouvrement
n'étant pas légalement agréments**

Objet : Cet article additionnel, adopté à l'initiative du Gouvernement avec l'avis favorable de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, propose de valider les procédures de redressement et de mise en demeure effectuées par des agents des organismes de sécurité sociale dépourvus d'agrément légal.

I - Le dispositif proposé

L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), en application du 3° de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale, recouvre cinq contributions affectées à la sécurité sociale (taxe sur les contrats d'assurance des véhicules terrestres à moteur, sur les ventes en gros de spécialités pharmaceutiques, sur les entreprises n'ayant pas conventionné avec le CEPS, sur les dépenses de promotion des spécialités pharmaceutiques, ainsi que la contribution pesant sur les ventes directes de spécialités, d'ailleurs supprimée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003). L'agence centrale agit dans le cadre de ce « recouvrement direct » comme un organisme de base (URSSAF).

Du fait de la multiplicité des redevables et de leur répartition sur le territoire national, l'ACOSS a pris l'habitude de recourir aux inspecteurs du recouvrement rattachés aux URSSAF en ce qui concerne les opérations de contrôle. Or, ceux-ci doivent, aux termes de l'article L. 243-9 du code de la sécurité sociale, prêter serment « *de ne rien révéler des secrets de fabrication et en général des procédés et résultats d'exploitation dont ils pourraient prendre connaissance dans l'exercice de leur mission* ». En outre, le même article du code prévoit que cette prestation de serment doit être renouvelée à l'occasion de tout renouvellement d'agrément.

Le **paragraphe I** du présent article propose de valider les actions et procédures de contrôle et de recouvrement intervenues, afin de sécuriser les recettes sociales et d'éviter l'engagement des juridictions.

En effet, plusieurs contentieux ont souligné les irrégularités entachant les procédures d'agrément des inspecteurs ainsi que les insuffisances de l'organisation interne de l'ACOSS. La procédure d'agrément des inspecteurs n'ayant pas respecté les règles de procédure, elle serait de ce fait susceptible d'entacher d'illégalité l'ensemble des actions de contrôle menées en ce qui concerne les contributions recouvrées par l'ACOSS et les cotisations et contributions recouvrées par les URSSAF.

En outre, il est apparu nécessaire au Gouvernement d'obtenir du Parlement la validation des délégations de signature internes à l'Agence centrale et des procédures de recouvrement des différentes contributions, leurs limites actuelles devant toutefois être surmontées par la réorganisation en cours de la fonction de « recouvrement direct ».

Selon le Gouvernement, un motif d'intérêt général justifie le recours à ces validations, des recettes considérables étant en jeu. Les montants des contributions recouvrées directement par l'ACOSS se sont élevés à 1,5 milliard d'euros en 2002; les cotisations et contributions sociales recouvrées par les URSSAF ont atteint 190 milliards d'euros en 2002.

Par ailleurs, le **paragraphe II** de cet article propose, en quelque sorte en conséquence, de simplifier la procédure d'agrément des agents chargés du contrôle de l'application de la législation de sécurité sociale. A l'heure actuelle, tout nouvel agrément donne lieu à une nouvelle prestation de serment, cette formalité allongeant le temps de traitement des dossiers et conduisant à des erreurs de procédure.

II – La position de votre commission

Votre commission formulera trois observations sur le présent article:

- elle déplore la multiplication des validations demandées au législateur par le Gouvernement dans le cadre du présent projet de loi. Elle constate, en outre, que cette demande de validation ne figurait pas dans le projet de loi initial, mais qu'elle fut introduite à l'Assemblée nationale par voie d'amendement, échappant ainsi à tout examen préalable par le conseil d'État ;

- elle rappelle que les règles de procédure constituent un fondement essentiel de l'État de droit et que, même pour un motif d'intérêt général financier considérable, l'administration ne saurait requérir du Parlement que ce dernier l'affranchisse des garanties que ces mêmes procédures assurent aux cotisants ;

- toutefois, elle note avec attention que l'origine de l'illégalité de forme est due notamment à un défaut de renouvellement de serment, dans le cadre de la procédure de renouvellement d'agrément prévu à l'article L. 243-9. Elle observe également que cet article prévoit une prestation de serment relatif aux secrets de fabrications, aux procédés et aux résultats d'exploitation, objet au demeurant éloigné de la question du recouvrement des cotisations et contributions sociales.

Aussi, tout en renouvelant une mise en garde solennelle au Gouvernement afin que la sécurité juridique des cotisants soit améliorée, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article additionnel après l'article 57 bis
**Renforcement de la sécurité juridique des usagers de la branche
recouvrement de la sécurité sociale**

Objet : Le présent article additionnel propose de renforcer la sécurité juridique des cotisants dans le cadre de leurs relations avec les organismes de recouvrement.

Les organismes de recouvrement des cotisations et des contributions sociales (URSSAF en métropole et caisses générales de sécurité sociale outre-mer) sont des personnes morales autonomes de droit privé. L'autonomie qu'induit ce statut soulève des difficultés en ce qui concerne l'harmonisation du traitement des cotisants sur l'ensemble du territoire. Cette question se pose tout particulièrement pour les entreprises ayant plusieurs établissements, localisés à des endroits différents et à ce titre relevant de plusieurs organismes, qui peuvent être confrontées à des interprétations juridiques contradictoires de leur part pour des situations comparables au regard de la législation. A l'heure actuelle, seule l'intervention du juge est susceptible de lever - en dernier recours - ces divergences d'appréciation.

Lors de l'examen du projet de loi relatif à la ville et à la rénovation urbaine, en juillet dernier, notre collègue Pierre André a formulé la proposition d'introduire la procédure du rescrit fiscal dans le droit des finances sociales.

Intervention de M. Pierre André, Sénat, séance du 23 juillet 2003

Au cours de la mission qui lui a permis d'élaborer son bilan sur les ZFU, votre rapporteur a constaté une grande variété d'interprétations des dispositions relatives aux exonérations de cotisations sociales par les URSSAF concernées.

Si certaines, telles que les URSSAF des Bouches-du-Rhône ou de la Sarthe, ont établi une doctrine du lancement des zones franches urbaines et procédé à des « contrôles préventifs » dans les entreprises redevables, d'autres se sont caractérisées par une attitude de défiance, voire de parti pris dans l'interprétation de la loi de 1996.

Il en résulte, pour les redevables, que l'interprétation des URSSAF est parfois aléatoire, voire arbitraire. Cet état de fait, critiquable dans son principe pour toutes les entreprises, est susceptible d'occasionner de graves dysfonctionnements dans les zones franches où les exonérations de cotisations jouent un rôle déterminant dans l'implantation d'activités.

Comment un investisseur peut-il accepter, lorsqu'il envisage de s'implanter en ZFU, que l'URSSAF refuse de lui donner une interprétation positive de la façon selon laquelle elle envisage d'appliquer la loi en vigueur, que l'URSSAF, après avoir fourni une interprétation, se ravise, plusieurs mois ou plusieurs années plus tard, et lui fasse part d'un rehaussement inattendu de cotisations motivé par le changement d'interprétation de sa doctrine ?

Pour la commission des Affaires économiques, il importe de mettre bon ordre à cette situation inacceptable et préjudiciable au développement des ZFU.

C'est pourquoi elle vous propose un amendement inspiré des articles L. 64 B, L. 80 A et L. 80 B du livre des procédures fiscales, qui régissent les relations de l'administration fiscale et des contribuables dans des situations analogues à celles qui viennent d'être décrites.

Il est en effet frappant de constater que les chefs d'entreprise rencontrés lors de l'élaboration du bilan précité, ont tous rendu hommage à la volonté manifestée par les services fiscaux de fixer clairement, puis de respecter les règles du jeu en matière d'interprétation des textes relatifs aux ZFU.

Cet amendement tend ainsi à insérer trois articles au code de la sécurité sociale afin de prévoir, que la procédure de rehaussement de contributions n'est pas applicable lorsqu'un redevable bénéficiaire d'une exonération au titre d'une ZFU peut apporter la preuve qu'il a consulté l'URSSAF et que celle-ci ne lui a pas répondu dans un délai de six mois à compter de sa demande ; qu'une URSSAF ne pourra pas procéder à un rehaussement s'il est démontré que l'interprétation sur laquelle est fondée sa première décision a été formellement admise par celle-ci ; que cette même garantie est applicable lorsqu'une URSSAF a formellement pris position sur une situation de fait au regard d'un texte dont elle poursuit la mise en oeuvre ou qu'elle n'a pas répondu dans un délai de trois mois à un redevable qui lui a notifié sa volonté de bénéficier des exonérations au titre d'une ZFU.

Votre rapporteur s'était alors engagé à formuler, dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale, une série de propositions.

Aussi, le présent article additionnel propose de confier à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), caisse nationale du réseau URSSAF, un pouvoir d'harmonisation des interprétations. Dans ce cadre, l'Agence assurera la coordination des positions adoptées par les organismes pour une même entreprise. Elle disposera à cette fin de compétences propres qui lui permettront par ses instructions de proposer une interprétation unique, voire de se substituer aux organismes le cas échéant (I) .

Le rôle de l'Agence centrale est par ailleurs renforcé par la définition de nouvelles missions. Auparavant, l'ACOSS était chargée de « proposer et de promouvoir les orientations en matière de recouvrement et de contrôle [...] dans le cadre de plans triennaux et de [...] coordonner leur mise en œuvre » ; il est proposé qu'elle soit chargée de définir ces orientations nationales et de vérifier leur mise en œuvre par les organismes locaux. L'Agence centrale se

voit confier plus généralement l'application homogène des lois et règlements sur l'ensemble du territoire (II A).

De plus, l'ACOSS assurera la coordination de l'opportunité des recours portés par les organismes devant la Cour de cassation afin de rationaliser des procédures contentieuses. Par ailleurs, dans un souci de clarté, la nouvelle mission d'harmonisation des interprétations divergentes introduite par le nouvel article L.243-6-1 est mentionnée au sein de l'article L. 225-1-1. Enfin, l'Agence centrale est rendue compétente pour mener des actions concertées de contrôle et de recouvrement au niveau national et peut requérir la participation des organismes locaux à ces actions. Cette dernière mission est nécessaire car certaines opérations menées auprès d'entreprises implantées sur l'ensemble du territoire ou de secteurs d'activités particuliers nécessitent une forte coordination qui ne peut être assurée que par l'échelon central (II B).

Ce renforcement de l'harmonisation des interprétations et du rôle de l'ACOSS en tant que caisse nationale a été inscrit dans la convention d'objectifs et de gestion État-ACOSS 2002-2005. Il doit permettre de renforcer l'équité de traitement et la sécurité juridique des cotisants.

Toutefois, votre rapporteur estime que cette avancée essentielle au regard de l'instabilité du droit des finances sociales, démontrée par le (trop !) grand nombre de validations contenues dans le présent projet de loi, ne doit constituer qu'une étape vers l'instauration d'une procédure de rescrit social à court terme.

Votre commission vous propose d'adopter cet article additionnel.

Article 58

Ratification du décret portant relèvement du plafond des avances de trésorerie au régime général de sécurité sociale pour 2003

Objet : Cet article a pour objet de ratifier le décret ayant autorisé le relèvement du plafond des avances de trésorerie consenties au régime général.

La loi de financement pour 2003 avait fixé le montant du plafond d'avance à 12,5 milliards d'euros, correspondant à un triplement de celui déterminé par la précédente loi de financement (4,4 milliards d'euros).

Selon l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), l'évolution du profil de trésorerie du régime général pour l'exercice 2003 présente les caractéristiques suivantes :

- le solde moyen sur l'exercice est estimé à 5 milliards d'euros ;
- le point le plus bas a été atteint le 10 octobre 2003 à 13,3 milliards d'euros;
- le solde de fin d'année est estimé à 13,2 milliards d'euros.

Ces considérations expliquent le relèvement du plafond à 15 milliards d'euros, qui correspond au point le plus bas prévu, majoré, par précaution, d'une marge d'environ 10 %.

Il apparaissait, déjà en mars dernier, que l'évolution des encaissements et des tirages respectifs des différentes branches auprès de l'ACOSS ne permettrait pas de tenir les prévisions initiales.

L'ACOSS considérait de ce fait, dès le mois d'avril 2003, qu'en l'absence de mesures correctives significatives, ce plafond risquait d'être insuffisant. Ceci a motivé, à la demande de son conseil d'administration, une intervention de son représentant à l'occasion de la Commission des comptes de la sécurité sociale du 15 mai 2003. Lors de la commission financière et statistique du 19 mai 2003 et du conseil d'administration du 23 mai 2003, il a été signalé qu'un retour des soldes dans les limites autorisées par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 requérait des mesures de mise en conformité du profil de trésorerie, avec les besoins réels du régime général et la prise de mesures exceptionnelles. En l'absence de ces mesures, un relèvement du plafond des avances semblait inévitable.

Le rapport remis par le Gouvernement, en application de l'article L.O. 111-5 du code de la sécurité sociale, à la suite du relèvement par décret du plafond, indique pour sa part qu'« *il est apparu, en juillet, que le plafond des avances serait dépassé malgré les diverses mesures de lissage de la trésorerie que le régime général et l'État pourraient prendre.*

Or, le premier dépassement pouvait intervenir dès les premiers mois d'octobre. Il n'était donc pas possible, pour le Gouvernement, d'attendre la reprise des travaux parlementaires et de recourir à la partie rectificative du projet de loi de financement pour 2004 pour relever le plafond d'avances de trésorerie ».

Ces éléments l'avaient donc conduit à remédier à cette situation par décret pris en conseil des ministres dès la fin de l'été.

Votre commission, qui réitère le regret que ce relèvement n'ait pas eu lieu au moyen d'un projet de loi de financement rectificatif, vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article 59

Fixation des plafonds d'avances de trésorerie pour 2004

Objet : *Cet article, qui fait partie du contenu « obligatoire » des lois de financement de la sécurité sociale, fixe les limites dans lesquelles les besoins de trésorerie des régimes obligatoires, comptant plus de 20.000 cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres, peuvent être couverts par des ressources non permanentes.*

I - Le dispositif proposé

Le présent article fixe à 33 milliards d'euros le plafond d'avances de trésorerie autorisées pour le régime général en 2004, soit presque un triplement par rapport au niveau défini dans la loi de financement de la sécurité sociale initiale pour 2003, qui était de 12,5 milliards d'euros.

Ce plafond a été déterminé sur la base des évaluations réalisées par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS). Selon ces évaluations, le « point d'entrée » de la trésorerie du régime général (au 1^{er} janvier 2004) se situerait à - 13,2 milliards d'euros. La variation annuelle de trésorerie serait de - 19,3 milliards d'euros, le solde au 31 décembre 2003 atteignant - 29,5 milliards d'euros selon l'ACOSS, et - 32,5 milliards d'euros selon l'annexe C. Le solde moyen sur cet exercice est estimé à - 19 milliards d'euros.

Les plafonds d'avances de trésorerie autorisés par le présent article sont majorés par rapport à ceux qui avaient été définis, en 2003, pour le régime des exploitants agricoles (BAPSA), mais non pour la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) et le Fonds spécial de pension des ouvriers des établissements de l'État (FSPOEIE) ou le régime des mines. Ces plafonds s'établissent comme suit :

(en millions d'euros)

	Plafonds d'avances 2003	Plafond d'avance 2004
BAPSA	2210	4100
CNRACL	500	500
FSPOEIE	80	80
Régime des mines	200	200

En outre, l'avant-dernier alinéa du présent article prévoit que le fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles, créé à partir du 1^{er} janvier 2004 par l'article 23 du projet de loi finances rembourse à la Caisse de mutualité sociale agricole (CMSA) les intérêts d'emprunt contracté pour le financement de la mensualisation des retraites des non-salariés agricoles.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

A l'initiative du rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, l'Assemblée nationale a adopté un amendement supprimant la mention faite par l'avant-dernier alinéa de cet article au fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles au motif qu'une disposition identique figure en loi de finances.

En outre, sur l'initiative du même rapporteur, elle a adopté un amendement réduisant de 80 à 50 millions d'euros le plafond d'avance du fonds spécial des ouvriers de l'État (FSPOEIE), au motif que son profil provisionnel de trésorerie ne présentait pas le risque de dépasser un plafond de 50 millions d'euros.

III - La position de votre commission.

Votre commission prend acte du quasi triplement du plafond d'avance rendue nécessaire par la situation prévisionnelle du régime général, et notamment de la branche maladie. Elle constate qu'en 2004 ses frais financiers s'élèveront à 515 millions d'euros, versés pour l'essentiel par l'assurance maladie, les autres branches réalisant même à l'occasion quelques produits financiers.

(en millions d'euros)

Produits financiers					Frais financiers				
Maladie	AT	Vieillesse	Famille	Total	Maladie	AT	Vieillesse	Famille	Total
0	48,27	46,67	121,04	215,99	730,18	0	1,51	0	731,70

Ces estimations sont réalisées à partir des profils techniques 2003 et 2004. Le taux de référence retenu est l'Eonia³⁴ (actuellement à 2,08).

³⁴ Taux moyen pondéré du marché monétaire.

Elle réitère, en outre, son interrogation sur la capacité de la Caisse des dépôts et consignations à assurer en totalité, dans son risque financier et dans ses aspects techniques, la couverture de trésorerie du régime général.

Sous le bénéfice de ces informations, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

Réunie le mercredi 12 novembre 2003, sous la présidence de M. Nicolas About, président, la commission a procédé à l'examen du projet de loi n° 54 (2003-2004) de financement de la sécurité sociale pour 2004, adopté par l'Assemblée nationale en première lecture sur les rapports de MM. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, Jean-Louis Lorrain, rapporteur pour la famille, Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse, et André Lardeux, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a d'abord rappelé le contexte de stagnation économique qui touche les comptes sociaux depuis deux ans et il a regretté l'absence d'un « collectif social » en cours d'année qui conduit le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 à prévoir des agrégats rectifiés de dépenses et de recettes pour 2003.

Il a indiqué que les recettes pour 2003 présentaient un écart en exécution de près de 1,4 % par rapport aux prévisions initiales, fondées sur une hypothèse de croissance de 1,3 %, et que ce manque à gagner de 4,5 milliards d'euros s'expliquait, d'une part, par de moindres rentrées fiscales, notamment de contribution sociale généralisée (CSG), d'autre part, par la moindre rentrée des cotisations.

S'agissant des dépenses, il a expliqué que le dérapage global de la sécurité sociale, qui s'élève à 0,7 % des objectifs de dépenses initiales, soit 2,3 milliards d'euros, était imputable pour 1,7 milliard d'euros, à l'évolution plus rapide des dépenses d'assurance maladie.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a observé que ces chiffres témoignaient d'une situation paradoxale : l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour 2003 est celui qui a été le mieux exécuté depuis 1997. La sous-estimation initiale des dépenses n'a été que de 1,3 %, alors qu'elle s'était élevée à 3,1 % en 2002.

Il a toutefois indiqué que, dans le même temps, la faiblesse des recettes de la sécurité sociale avait porté le déficit de l'assurance maladie à 10,6 milliards d'euros et que cette situation expliquait le relèvement du plafond d'avance de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) à 15 milliards d'euros. Or, ce plafond avait déjà été porté à 12,5 milliards d'euros par le projet de loi initial pour 2003, mais il s'était avéré insuffisant en raison de l'augmentation significative des tirages des caisses.

Il a expliqué que le volet financier du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 visait donc, avant tout, à contenir l'explosion des comptes sociaux, en général, et de l'assurance maladie, en particulier.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a souligné que les difficultés de l'assurance maladie étaient d'ordre structurel et que la crise économique les rendait simplement plus visibles. Il a rappelé, à cet égard, que si le déficit spontané de la branche s'élevait à 10,6 milliards d'euros pour 2003, il était évalué à 14 milliards d'euros pour 2004. Dans ce contexte, la réforme de l'assurance maladie ne pourrait consister en de simples mesures ponctuelles et qu'elle devait s'attacher à dégager un consensus de l'ensemble des acteurs du système de soins. Il a observé que cela serait le rôle essentiel du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

Il a indiqué que les prévisions de recettes, pour 2004, en hausse de 3,7 %, demeureraient fragiles et qu'elles étaient construites sur deux hypothèses : une croissance du produit intérieur brut (PIB) de 1,7 % et une évolution de la masse salariale de 2,7 %.

Il a tenu à rappeler la part d'incertitude qui entoure ces prévisions : une variation de 0,1 point de la masse salariale se traduit, en effet, par une variation de 150 millions d'euros des recettes et une différence d'évaluation de 1 % de la contribution sociale généralisée (CSG) équivaut à 90 millions d'euros de produit.

S'agissant des dépenses, M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a indiqué que celles-ci augmenteraient en 2004, toutes branches confondues, à un rythme proche de 4 % avec, pour référence, les agrégats 2003 révisés.

Il a noté que le régime général présentait un déficit spontané de 13,5 milliards d'euros, dû à l'évolution des comptes de l'assurance maladie, mais que les mesures prises par le Gouvernement devraient permettre de contenir ce déficit à 10,3 milliards.

Il a ainsi expliqué que des recettes supplémentaires, de l'ordre de 2,2 milliards d'euros, étaient attendues et qu'elles proviendraient, pour 50 %, de la perception d'un versement exceptionnel en provenance de la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) et pour 40 %, du produit de la hausse des taxes sur le tabac. Il a toutefois concédé qu'il s'agissait, à ce stade, de mesures ponctuelles.

Il a ensuite fait état de mesures d'économies en matière de dépenses s'élevant à 1,8 milliard d'euros pour la branche maladie, mais il a estimé qu'elles ne compenseraient qu'imparfaitement l'évolution encore dynamique des dépenses. Au total, il a indiqué que l'ensemble des mesures prises dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale ne permettrait de minorer le déficit attendu du régime général que de 2,7 milliards d'euros.

Par conséquent, il a expliqué que le plafond d'avances de trésorerie de l'ACOSS était fixé à 33 milliards d'euros, un niveau jamais atteint jusqu'ici, ce chiffre ayant été retenu en fonction du niveau de trésorerie le plus bas anticipé pour 2004, majoré d'une marge de précaution de 10 %.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a ensuite évoqué la suppression du Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC).

Il a d'abord rappelé que le FOREC symbolisait l'abcès principal de fixation des relations financières entre l'État et la sécurité sociale et que sa constitution tardive avait suscité une dette de 2,4 milliards d'euros que la CADES finissait de solder seulement cette année.

Il a observé que le FOREC avait été alimenté par des recettes prélevées sur la sécurité sociale, cette dernière se compensant en quelque sorte à elle-même les allègements de cotisations décidés dans le cadre de la réduction du temps de travail.

Il a souligné que le présent projet de loi proposait un scénario vertueux de suppression du FOREC par la rebudgétisation de ses recettes et de ses dépenses, mais que la sécurité sociale ne récupérerait, de ce fait, aucune des recettes qu'elle avait dû autrefois céder au fonds.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a indiqué que, selon lui, l'enjeu essentiel consistait à sortir du FOREC dans de bonnes conditions pour la sécurité sociale. A cet égard, il a estimé que trois conditions devaient être réunies :

d'abord la neutralité de trésorerie, des versements du budget à l'ACOSS qui nécessitait d'encadrer strictement la révision de la convention régissant les relations financières entre le régime général et l'État ; ensuite la définition d'une période complémentaire d'inventaire après la cessation d'activité du FOREC au 1^{er} janvier 2004 ; enfin, l'affectation du solde résiduel du FOREC, soit 260 millions d'euros, à la réduction des dettes de l'État à l'égard de l'ACOSS.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a ensuite rappelé que la suppression du FOREC ne clôturait pas le débat sur la clarification des comptes et que les missions et moyens respectifs de l'État, de la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) et du fonds de solidarité vieillesse (FSV) n'étaient toujours pas précisément distingués.

Il a, en outre, relevé la confusion croissante entre les missions relevant de l'assurance maladie et celles relevant traditionnellement de la santé publique et il a indiqué que cette confusion des rôles était responsable, en 2003, de la moitié du dépassement de l'ONDAM et que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 ajoutait à l'opacité en prévoyant le financement, par la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), du plan Biotox et d'une partie du volet complémentaire des bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU).

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a concédé qu'une réflexion était nécessaire sur la répartition des compétences entre la CNAMTS et l'État en matière de santé publique, mais qu'elle était engagée au sein du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, et qu'il ne fallait donc pas préjuger de ses propositions. Il a donc proposé de surseoir à ces transferts.

Il a également déploré que la question des règles régissant le remboursement des frais financiers pour services rendus entre l'État et la sécurité sociale n'ait pu être étudiée dès 2004, car une refonte de ces règles sur des bases objectives permettrait de résoudre des conflits anciens, comme la rémunération due au titre de la gestion du revenu minimum d'insertion (RMI). Il a, à cet égard, rappelé les propositions du rapport conjoint de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale des finances (IGF).

Il s'est enfin inquiété des relations futures entre la sécurité sociale et les collectivités territoriales que la décentralisation de certaines prestations, comme le RMI, rendrait de plus en plus fréquentes.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a ensuite évoqué la création, par l'Assemblée nationale, d'un comité des finances sociales qui lui inspirait

quelques réserves, pour trois raisons : cet organisme s'inspire du comité des finances locales, avec lequel pourtant aucun rapprochement ne peut être légitimement établi, car le comité des finances sociales ne saurait être doté de compétences décisionnelles ; il pourrait conduire à un nouveau démembrement des compétences des commissions parlementaires permanentes en matière de contrôle ; enfin, et surtout, son articulation avec la Commission des comptes de la sécurité sociale n'est pas clairement définie.

Cependant, dans la mesure où cette instance pouvait contribuer à améliorer la lisibilité des relations financières entre la sécurité sociale et les collectivités publiques, il a proposé de la conserver, en précisant toutefois son champ d'intervention et son articulation avec la Commission des comptes.

Il a également évoqué les difficultés résultant de la divergence d'interprétation des règles du droit social, citant en particulier l'exemple des Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) qui, lorsqu'elles apportent des réponses contradictoires aux usagers, leur inspirent, parfois, le sentiment d'être confrontés à une administration arbitraire.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a donc proposé de donner à l'ACOSS une « compétence chapeau » sur les URSSAF pour l'interprétation du droit, ainsi que le pouvoir hiérarchique de se substituer à elles dans l'hypothèse où cette interprétation resterait divergente.

Il a indiqué que cet amendement permettrait de résoudre la majeure partie des contradictions d'interprétation dans le secteur du recouvrement et que cette disposition devrait, à terme, être complétée par l'introduction, comme en droit fiscal, d'une procédure de rescrit.

Il a enfin appelé de ses vœux une réforme de la loi organique relative à la loi de financement de la sécurité sociale. Citant l'exemple des droits sur le tabac, il a estimé que l'articulation entre l'examen du budget de la sécurité sociale et celui de l'État était désormais inadaptée.

Il a indiqué qu'il demanderait au ministre, au nom de la commission, et parallèlement avec la réforme de l'assurance maladie, l'examen d'un texte portant réforme des lois organiques relatives à la loi de financement de la sécurité sociale, à partir de la proposition de loi déposée par M. Charles Descours en 2000.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a ensuite présenté les dispositions du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 relatives à l'assurance maladie.

Il a d'abord indiqué que l'ONDAM pour 2003, dont le montant rebasé s'élève à 124,7 milliards d'euros, n'avait été dépassé que d'1,2 milliard d'euros par rapport à l'objectif initial. S'agissant de l'ONDAM pour 2004, il a expliqué que la Commission des comptes de la sécurité sociale avait évalué sa hausse tendancielle à 5,5% mais que, grâce aux mesures de maîtrise médicalisée de 1,8 milliard d'euros proposées par le Gouvernement, ce taux de progression avait pu être ramené à 4 %, soit un total de dépenses fixé à 129,7 milliards d'euros.

Il a ensuite présenté la mesure la plus novatrice du texte, la tarification à l'activité, dont l'objectif était de mettre fin aux différences de financement qui existent actuellement entre les établissements de soins publics et privés sans but lucratif, soumis au régime de la dotation globale, et les cliniques à but lucratif financées en proportion des actes et des journées réalisées.

Il a rappelé que le Gouvernement avait choisi de limiter la tarification à l'activité aux établissements titulaires d'autorisations de médecine, chirurgie ou obstétrique, car l'activité réelle y est plus facilement identifiable et que, par conséquent, en seraient exclus, dans un premier temps, les activités de psychiatrie, les soins de suite et de réadaptation, les soins de longue durée ainsi que le secteur médico-social, les services médicaux pénitentiaires et les hôpitaux locaux.

Il a dressé l'inventaire des bénéfices attendus de cette nouvelle tarification : une meilleure médicalisation du financement, une responsabilisation accrue des acteurs, une égalité de traitement entre les secteurs public et privé et le développement d'outils de pilotage médicaux économiques au sein des hôpitaux publics et privés.

Il a indiqué que l'objectif de la réforme était d'établir un financement adapté en fonction des différentes missions, en distinguant d'un côté, les missions de soins qui seraient financées directement selon leur niveau d'activité et de l'autre, les missions d'intérêt général, qui continueraient à être financées par dotation.

Il a expliqué qu'en conséquence, cinq modalités distinctes de paiement seraient établies, trois relevant directement du financement à l'activité, une restant sous la forme d'un financement mixte et la dernière correspondant à une dotation annuelle.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a indiqué que pour éviter une déstabilisation du système hospitalier, public comme privé, la réforme serait mise en œuvre progressivement, entre 2004 et 2012.

Il a ensuite présenté les principales améliorations qu'il souhaitait apporter au texte. Il a d'abord fait part de son souhait d'inclure les hôpitaux parisiens relevant de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) dans le dispositif, estimant que ces derniers ne devaient pas être tenus à l'écart de la réforme. A cet effet, il a proposé d'aménager leur procédure budgétaire spécifique. Il a ensuite jugé utile de fixer un objectif de mi-parcours à hauteur de 50 % en 2008, car la réforme ne présentait pas d'échéancier sur la période. Il a enfin évoqué la mise en place d'un comité chargé d'évaluer la mise en œuvre de la réforme.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a ensuite mentionné les dispositifs de médicalisation et de rationalisation des dépenses dont l'ambition était de moderniser les outils mis à la disposition des professionnels et de faire évoluer les pratiques médicales, en aménageant, de façon, substantielle, les dispositifs conventionnels fixés par la loi du 6 mars 2002.

Il a indiqué que le projet de loi de financement de la sécurité sociale 2004 prévoyait que l'ensemble des accords et contrats devaient avoir reçu l'aval de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), tandis que la CNAMTS se verrait reconnaître un pouvoir de mise en œuvre directe des dispositifs.

Il a également indiqué que le Gouvernement proposait de rationaliser un certain nombre de dépenses exécutées au détriment de l'assurance maladie, en excluant du remboursement les actes effectués en dehors de toute justification médicale, comme par exemple, l'établissement de certificats médicaux d'aptitude sportive.

Il a ensuite expliqué que, pour tenir compte du fait que les dépenses remboursées aux patients atteints d'une affection de longue durée représentaient désormais plus de la moitié du total des remboursements, le gouvernement avait décidé de donner une base légale au protocole de soins sur la base duquel est accordée l'exonération de ticket modérateur et de renforcer le contrôle médical assuré par les caisses au moment de l'admission.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, s'est ensuite inquiété de la confusion qui règne dans le partage des missions de santé publique entre le budget de l'État et celui de la CNAMTS et que le présent texte accroît en confiant à la CNAMTS la prise en charge du plan Biotox de lutte contre le terrorisme biologique et en modifiant les règles de remboursement des bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) complémentaire.

Sur ces deux points, il a considéré qu'il appartenait au Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie de répartir les rôles et les charges de chacun et qu'il ne fallait pas anticiper sur ses propositions.

***M. Jean Chérioux** a fait valoir que la suppression de la participation de la CNAMTS au financement du plan Biotox reportait sur l'État la charge de ce financement et qu'une coordination serait nécessaire avec les dispositions de la loi de finances.*

***M. Bernard Cazeau** a voulu savoir dans quelle mesure le passage à la tarification à l'activité permettrait de réaliser de véritables économies dans le financement des établissements de santé.*

***M. Jean-Pierre Fourcade** a approuvé la proposition du rapporteur consistant à étendre la tarification à l'activité aux établissements de l'AP-HP, mais il a attiré son attention sur les réticences qu'une telle réforme ne manquerait pas de soulever.*

S'agissant de l'accréditation des établissements par l'ANAES, il a évoqué la difficulté liée au fait que les accréditations étaient accordées établissement par établissement, ce qui ne permettait pas d'identifier, au sein de chacun d'eux, les services plus ou moins performants.

Il a estimé que la tarification à l'activité permettrait enfin une comparaison des coûts entre établissements publics et privés. Il a recommandé d'entamer la mise en oeuvre de ce nouveau mode de tarification pour les pathologies les plus courantes et les plus simples à définir. Il s'est toutefois interrogé sur les raisons qui avaient conduit le Gouvernement à écarter les services de suite de la tarification à l'activité. Il a fait part de son inquiétude de voir certains établissements à but lucratif investir massivement dans ce type de service, afin de continuer à bénéficier de l'ancien mode de tarification.

*Répondant à l'ensemble des intervenants, **M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie**, a concédé qu'il faudrait convaincre la commission des finances du bien-fondé du refus de voir la CNAMTS participer au financement du plan Biotox.*

S'il s'est déclaré intéressé par les propositions d'amélioration de la procédure d'accréditation, il a toutefois expliqué que la prise en compte de l'activité de chaque service serait également améliorée grâce à la tarification à l'activité.

Il a précisé que c'étaient des difficultés de gestion informatique qui avaient conduit à écarter les services de suite de la réforme de la tarification.

***M. Nicolas About, président**, a ajouté que la difficulté à définir des groupes homogènes de patients pour certaines activités, notamment en*

psychiatrie, expliquait qu'elles soient, pour l'heure, exclues de la tarification à l'activité.

M. André Lardeux, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles, a ensuite présenté les dispositions du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, relatives aux accidents du travail.

Rappelant que la commission avait décidé de consacrer désormais un rapport particulier à cette branche, **M. André Lardeux, rapporteur pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles**, a indiqué qu'elle occupait une place à part dans notre système de sécurité sociale, du fait tant de son histoire, de sa structuration et de son financement, et qu'elle connaissait aujourd'hui de profondes évolutions.

Observant que son objectif de dépenses était de 9,7 milliards d'euros en 2004, soit une hausse de 3,2 % par rapport à l'objectif initial pour 2003 et de 2,1 % par rapport à l'objectif révisé, il a noté que cette progression modérée confirmait le ralentissement déjà prévu pour 2003.

Il a toutefois exprimé la crainte que ce moindre dynamisme des charges ne soit que transitoire, les facteurs tirant les dépenses à la hausse étant loin d'avoir tous disparu.

S'agissant des dépenses de prestations, il a indiqué qu'elles évoluaient de manière très contrastée : les prestations d'incapacité permanente progressent plus que lentement, mais celles d'incapacité temporaire, et notamment les indemnités journalières, augmentent désormais de manière très rapide, plus encore que les soins de ville.

Il a également précisé que les transferts croissants vers la branche maladie, pour compenser les dépenses indûment supportées par cette branche au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, étaient passés de 140 millions d'euros en 1997 à 330 en 2003, ce montant étant reconduit pour 2004.

Il a observé, en outre, que les transferts vers les deux fonds destinés à indemniser les victimes de l'amiante (FCAATA et FIVA), encore inexistantes en 2000, avaient atteint 640 millions d'euros en 2003, mais que le présent projet de loi de financement souhaitait interrompre cette progression en les limitant à 600 millions d'euros en 2004.

M. André Lardeux, rapporteur pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles, a observé que si les charges de la branche devaient augmenter moins rapidement en 2003 et 2004, les recettes, assises à plus de 95 % sur les cotisations employeurs, voyaient aussi leur progression se ralentir du fait de la dégradation du contexte économique et que, dans ces

conditions, il n'était pas étonnant que le résultat de la branche se soit fortement dégradé, même si sa situation nette demeure encore très saine.

Il s'est alors interrogé sur les conditions à venir de réalisation de l'équilibre financier, considérant qu'au-delà des facteurs conjoncturels liés au ralentissement de l'activité économique, il était à craindre qu'on ne soit conduit à majorer le taux de cotisation à moyen terme. Il a considéré que l'apparition de nouveaux dispositifs de réparation financés très largement par la branche et dont la montée en charge était loin d'être achevée marquait une tendance lourde appelée à peser durablement sur les comptes de la branche.

***M. André Lardeux, rapporteur pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles,** a alors précisé les perspectives d'une réforme à venir de la branche, et notamment celle de sa gouvernance, la dernière loi de financement de la sécurité sociale ayant déjà prévu un renforcement de son autonomie, en la dotant d'une convention d'objectifs et de gestion (COG) et d'un conseil de surveillance spécifiques.*

Ces premières orientations lui paraissaient positives et répondaient, pour bon nombre d'entre elles, aux propositions que la commission avait pu avancer ces dernières années, mais il a estimé que la COG n'épuisait pas la question de la gouvernance. Il a jugé que la mise en place rapide d'un conseil d'administration propre à la branche était indispensable au renforcement de son autonomie et qu'il faudrait en examiner toutes les implications, notamment pour l'organisation de la CNAMTS, les moyens de la caisse étant partagés entre la branche AT-MP et la branche maladie.

Il a par ailleurs estimé que ce premier chantier ne pouvait faire l'impasse sur la clarification nécessaire des financements.

*S'agissant des transferts vers la branche maladie, **M. André Lardeux, rapporteur pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles,** a rappelé que ce transfert institué en 1997 était censé compenser les charges imputées à tort à la branche maladie au titre des accidents du travail, cette démarche relevant d'un souci légitime, l'autonomie des branches imposant que les dépenses de chacune d'entre elles soient correctement imputées.*

Il n'a pas nié leur légitimité mais il a estimé qu'ils ne pouvaient se fonder que sur des évaluations objectives et que, malgré la constitution d'une commission ad hoc sur ce point, celles-ci étaient encore loin d'être totalement convaincantes. Il convenait de mieux évaluer les charges respectives de chaque branche et d'inscrire ces transferts dans un cadre pluriannuel afin de leur offrir une meilleure visibilité en termes de produits et de charges.

S'agissant du problème de l'amiante, il a rappelé qu'un récent rapport du Gouvernement évaluait le coût de l'indemnisation des victimes

entre 27 et 37 milliards d'euros, dont environ les trois quarts à la charge des deux fonds, FIVA et FCAATA.

Il a déploré que, depuis la création de ces fonds, la clé de répartition des contributions des uns et des autres n'avait cessé de varier, et il a déclaré qu'il convenait que l'État et les branches AT-MP de l'ensemble des régimes y contribuent à proportion de leur responsabilité respective.

Il a alors annoncé que la commission avait demandé à la Cour des comptes de mener une enquête sur le financement, les comptes et la gestion des deux « fonds de l'amiante ».

M. André Lardeux, rapporteur pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles, a enfin abordé la question de l'évolution de notre système de réparation des risques professionnels et du passage éventuel à la réparation intégrale, dont les experts estiment le coût entre 250 millions et 1,9 milliard d'euros.

Estimant que ces sommes, ajoutées au coût prévisible de l'amiante, étaient considérables, il s'est interrogé sur la capacité de la branche à les assumer, tout en s'interrogeant sur la légitimité d'une branche accidents du travail – maladies professionnelles qui n'indemniserait qu'une simple part du risque professionnel.

M. Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a ensuite présenté les dispositions du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, relatives à l'assurance vieillesse.

Il a rappelé, à titre liminaire, les multiples reports de la réforme des retraites et des résistances qu'elle avait toujours inspirées, notamment lors des mouvements sociaux de décembre 1995, suscités par la simple mention d'une réflexion sur la pérennité des régimes spéciaux. Il a déploré qu'une large partie des formations politiques et syndicales n'ait proposé qu'une hausse massive des prélèvements obligatoires pour faire face au problème du financement, sans vouloir envisager une refonte d'ensemble du système. Saluant les travaux menés par le Conseil d'orientation des retraites (COR) qui avaient permis de prendre la mesure du problème, il a rappelé que la nécessité de partager l'effort en prévoyant une augmentation de la durée de cotisations était demeurée largement contestée, dans son principe comme dans ses modalités.

Il a donc estimé que la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites ferait date comme la plus grande réforme de l'assurance vieillesse depuis la Libération. Il a insisté sur le fait qu'elle constituait une étape décisive dans le processus de sauvetage du régime de retraite par répartition et il a formulé le vœu que les différentes formations politiques françaises

parviennent, suivant l'exemple espagnol, à ne plus utiliser ce sujet comme une arme électorale, et à faire prévaloir l'intérêt général.

M. Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a également souhaité rendre hommage à l'esprit de responsabilité de ceux des partenaires sociaux qui avaient mesuré l'enjeu qui s'attachait à la préservation du pacte social et avaient choisi de participer au processus de concertation jusqu'à son terme.

Il a déclaré que le vote de la loi « Fillon » constituait, à ses yeux, un sujet de réflexion d'abord, dans la mesure où il fallait d'ores et déjà penser à préparer les prochaines étapes du processus d'adaptation du régime d'assurance vieillesse ; une grande satisfaction ensuite, en raison de l'ampleur de l'effort structurel qui serait réalisé ; un regret enfin, car l'opposition n'avait pas présenté d'alternative crédible pendant les six semaines de débat parlementaire, en oubliant l'immobilisme de la précédente législature.

Il a déploré que la France n'ait finalement agi pour le sauvetage des retraites par répartition qu'à la veille du choc démographique de 2006, alors que ces échéances étaient connues depuis longtemps et que nombre de responsables politiques avaient fait l'impasse sur le problème des retraites en raison du caractère nécessairement impopulaire des mesures qu'il convenait de prendre. Il a indiqué que les seuls gouvernements qui avaient relevé le défi des retraites étaient ceux d'Edouard Balladur en 1993, d'Alain Juppé en 1995 et de Jean-Pierre Raffarin en 2003.

M. Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a justifié le caractère inéluctable de la réforme des retraites en France par une conjonction de facteurs fragilisant les bases du système par répartition, tel qu'il avait été conçu à la Libération : d'abord l'augmentation du nombre de retraités consécutive à l'accroissement de l'espérance de vie et ensuite l'arrivée, à l'âge de la retraite, des nombreuses classes d'âge issues du « baby boom ».

Il a expliqué qu'à ces facteurs strictement démographiques s'ajoutait un taux de chômage élevé et la diminution, depuis vingt ans, des taux d'activité avant l'âge de vingt-cinq ans et après l'âge de cinquante-cinq ans, du fait, notamment, de la généralisation des préretraites depuis 1982.

Il a déclaré qu'il n'aurait pas été raisonnable d'avoir recours à des hausses incessantes des prélèvements obligatoires, sauf à mettre en péril la compétitivité de l'économie française, dans la mesure où les besoins de financement étaient, à droit constant, évalués à l'horizon 2040 à 4 % de la richesse nationale.

Il a estimé que la loi du 21 août 2003 était à la fois globale et équilibrée : globale parce qu'elle ne se limitait pas aux salariés du régime

général et à ceux des régimes alignés ; équilibrée et même généreuse, car elle comportait de nombreuses mesures urgentes, comme la réforme des pensions de réversion ou le départ anticipé des salariés ayant commencé leur activité professionnelle à l'âge de quatorze, quinze ou seize ans.

M. Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a constaté que la réforme aurait, dans un premier temps, pour conséquence de rendre la CNAV déficitaire en 2004 et 2005, mais qu'elle produirait des économies à partir de 2008, grâce à l'allongement de la durée de cotisation et à l'alignement de la fonction publique sur le régime général. L'impact financier d'ensemble de la loi serait donc progressif et, en 2020, une économie structurelle de 18 milliards d'euros par an, soit plus d'1 % du produit intérieur brut, devrait être dégagée.

Il a toutefois expliqué que cette réforme ne pourrait, à elle seule, assurer le sauvetage du régime français de retraite par répartition, notamment parce qu'elle ne concernait que les seules retraites de base et non l'ensemble de l'assurance vieillesse. Il a estimé que la réflexion devait être désormais étendue à l'ensemble des aspects de l'assurance vieillesse.

Il a également rappelé que l'amélioration de la conjoncture économique et la baisse du chômage devaient permettre, à terme, un transfert, au profit de l'assurance vieillesse, des ressources financières actuellement mobilisées par l'Unédic.

Il a ensuite appelé à une rénovation du dialogue social, afin d'assurer le suivi de la réforme, d'améliorer le fonctionnement du marché du travail et des entreprises et de susciter la redynamisation de la « seconde partie de carrière » des salariés. Il a en effet indiqué que l'allongement de la durée de cotisation devait nécessairement s'accompagner d'une remontée effective du taux d'emploi des « seniors ». Il a estimé que la politique des préretraites avait participé de la hausse des prélèvements publics et sociaux et accéléré la survenance des problèmes de financement des régimes de retraites.

M. Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a ajouté que d'autres dispositifs devaient être, à terme, réformés : les régimes de retraite complémentaire, le fonds de solidarité vieillesse (FSV), le fonds de réserve des retraites (F2R). Il a enfin appelé à un développement de l'épargne retraite, celle-ci devant constituer le « troisième étage » de la retraite des Français.

Il a considéré que le régime d'assurance vieillesse devait désormais entrer dans un processus permanent d'adaptation aux réalités démographiques et économiques. Il a rappelé que la « loi Fillon » n'était pas un résultat acquis « pour solde de tout compte » à échéance 2020, car la dégradation des grands équilibres de l'assurance vieillesse se poursuivrait jusqu'en 2040 au moins, pour des raisons démographiques.

Il a ensuite indiqué que la réforme des retraites devrait être prolongée par une remise à plat de la compensation démographique entre régimes. Il a, d'ailleurs, rappelé que la loi portant réforme des retraites avait déjà permis deux avancées dans cette direction : la suppression, d'ici le 1^{er} janvier 2012, de la surcompensation et le renforcement, à l'initiative du Sénat, des pouvoirs de la commission de compensation.

Il a également souligné les perspectives alarmantes qui s'attachent au financement à long terme des régimes de la fonction publique, observant qu'elles étaient tout aussi inquiétantes s'agissant des régimes spéciaux. Il a rappelé que ces derniers ne représentaient que 5 % des effectifs des assurés sociaux, mais qu'ils mobiliseraient, d'ici vingt ans, 20 % du besoin de financement global de l'assurance vieillesse.

Il a réaffirmé sa conviction qu'une réforme des régimes spéciaux serait à la fois juste et inévitable, estimant que, dans un contexte d'effort amplifié et partagé par l'ensemble des salariés, le maintien de systèmes dérogatoires autorisant des retraites à taux plein dès cinquante ou cinquante-cinq ans n'était pas justifiable pour nos concitoyens.

*A l'issue de cette présentation, **M. Nicolas About, président**, a déploré l'absence d'un grand nombre de commissaires pour l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, qui constitue pourtant un temps fort de la vie de la commission depuis huit ans.*

***M. Jean Chérioux** a regretté que la question des retraites demeure un sujet aussi polémique, alors même que les travaux du Conseil d'orientation des retraites avaient permis d'établir un diagnostic objectif sur la situation du régime de retraite par répartition. Il a rappelé que cette réforme était insérée dans un réseau de contraintes liées aux règles communautaires, aux prélèvements obligatoires et au déficit budgétaire.*

***M. Paul Blanc** a déploré l'entêtement d'une partie de l'opposition à refuser une réforme pourtant nécessaire pour sauver le régime par répartition et pour éviter de faire peser sur les générations futures un fardeau trop lourd.*

*Répondant à l'observation de M. Nicolas About, président, **M. Guy Fischer** a souligné le caractère extrêmement chargé du calendrier des travaux, tant en séance publique qu'en commission, qui empêchait les parlementaires de travailler dans de bonnes conditions et expliquait, du moins pour partie, leur absentéisme.*

S'agissant de la réforme des retraites, il a précisé que son groupe n'était pas opposé à toute réforme, mais seulement à cette réforme particulière qui mettait à la charge des salariés 90 % de l'effort financier du sauvetage.

M. Roland Muzeau a dénoncé le caractère polémique du rapport présenté sur l'assurance vieillesse. Il a estimé que ce ton cachait une inquiétude quant au bien-fondé de la réforme, s'agissant notamment de ses modalités de financement et de l'avenir des retraites complémentaires et que la réforme adoptée reposait sur une illusion, les entreprises n'ayant aucune incitation à changer de comportement vis-à-vis de l'emploi des salariés âgés.

Répondant à l'ensemble des intervenants, M. Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a dénié tout caractère polémique à son rapport. Il a rappelé que l'opposition n'avait proposé qu'une seule solution à la réforme des retraites, l'augmentation massive des prélèvements obligatoires, solution qui s'avérait impraticable dans le contexte européen et international. Il a toutefois précisé que le projet de loi avait prévu la possibilité de recourir, en dernière extrémité, à un relèvement du taux de cotisation.

Il a confirmé son souhait qu'une réflexion soit engagée sur la réforme des régimes spéciaux et qu'elle se fasse dans la transparence, notamment sur les modalités actuelles de financement de ces régimes par les contribuables.

M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur pour la famille, a ensuite présenté les dispositions du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, relatives à la famille.

Il a d'abord indiqué que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 marquait le début d'une politique familiale ambitieuse, telle qu'aucun Gouvernement n'en avait définie depuis la loi famille de 1994, et qu'elle bénéficierait, en premier lieu, aux familles avec de jeunes enfants, conformément aux mesures préconisées par la Conférence de la famille du 29 avril 2003.

Il a expliqué que la mesure centrale de cette politique était la mise en place de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), qui comprendrait une prime à la naissance ou à l'adoption de 800 euros, versée au septième mois de grossesse, puis une allocation de base de 160 euros servie pendant trois ans.

Il a approuvé la simplification apportée par cette nouvelle prestation qui regroupe les cinq prestations existant dans le domaine de la petite enfance. Il a indiqué qu'elle aurait un caractère plus universel que les prestations actuelles puisque, grâce à un relèvement de 37 % du plafond de ressources actuel, 90 % des familles pourraient en bénéficier.

Il a ensuite indiqué que la PAJE comportait un second volet qui tenait compte du libre choix des parents de poursuivre, ou non, leur activité professionnelle après la naissance et qui prendrait la forme de deux compléments à l'allocation de base : le complément de libre choix du mode de garde et celui de libre choix d'activité.

M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur pour la famille, a indiqué que le complément de libre choix du mode de garde s'adressait aux parents qui choisiraient de continuer à exercer une activité professionnelle, en leur permettant de financer le mode de garde de leur enfant et qu'il serait modulé en fonction des revenus afin de cibler l'effort financier en direction des familles à revenus modestes et moyens.

Il a précisé que le complément de libre choix d'activité s'adressait, quant à lui, aux parents qui préféreraient interrompre leur activité professionnelle pour élever leurs jeunes enfants et qu'il avait pour objet de compenser une partie de la perte de rémunération qui en résultait. Il a noté que ce complément pourrait être versé dès le premier enfant, en cas de retrait total de la vie professionnelle, pendant les six mois suivant le congé de maternité, ce qui constituait un réel progrès.

M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur pour la famille, a concédé que l'efficacité de la PAJE était conditionnée par une amélioration de l'offre de garde, qui reste encore insuffisante aujourd'hui. Il a précisé, en effet, que, seul, un tiers des enfants de moins de trois ans bénéficient d'un mode de garde « institutionnel », crèche, assistante maternelle ou garde à domicile par une employée. Il a indiqué que les structures collectives étaient les plus touchées par cette pénurie, en raison de la politique de rigueur budgétaire menée au cours de la seconde moitié des années quatre-vingt-dix et de la sévérité des normes d'hygiène et de sécurité qui y étaient appliquées.

Il a observé que, depuis dix ans, le nombre de places en crèches n'avait que peu progressé et ce, malgré les récents efforts financiers en la matière, avec la mise en place de deux fonds de financement, les FIPE I et II, qui ont permis la création de près de 54.000 places, pour un montant total d'environ 350 millions d'euros. Il a expliqué qu'un troisième fonds d'investissement avait été annoncé par le Gouvernement, doté de 200 millions d'euros, dont 50 millions dès 2004, en vue de financer la création de 20.000 places de crèches supplémentaires, en favorisant les projets innovants en termes d'horaires ou encore d'accueil des enfants handicapés.

Si **M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur pour la famille**, a approuvé le principe de ce fonds, il a déploré que ce dispositif prenne la forme d'un avenant à la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2001-2004 de la CNAF, et non d'une inscription dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, ce qui interdisait au Parlement de se prononcer à son sujet.

Il a expliqué qu'une deuxième innovation figurait dans le projet de loi de finances pour 2004, consistant en un crédit d'impôt familles pour les entreprises qui financeraient des structures de garde ou verseraient des compléments de salaire prenant en compte les contraintes liées à la vie familiale de leurs salariés.

Il a enfin rappelé que le développement de l'offre de garde des jeunes enfants serait également favorisé par l'ouverture de ce secteur aux entreprises privées, à titre expérimental dans un premier temps. S'il ne s'est pas déclaré opposé à une telle expérimentation, il a estimé que certaines garanties devraient être apportées, notamment en matière de contrôle sanitaire de ces structures et d'accessibilité à toutes les familles, quel que soit leur revenu.

M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur pour la famille, a indiqué qu'au total, l'objectif de dépenses de la branche famille s'élevait à 45,5 milliards d'euros pour 2004, soit une augmentation de 3,4 % par rapport à l'objectif rectifié pour 2003, et que cette évolution était principalement le fait des mesures nouvelles et de la revalorisation des prestations familiales en fonction de l'inflation.

Il a toutefois insisté sur le fait que, parallèlement à l'affirmation des ambitions nouvelles de la politique familiale, l'année 2004 verrait, pour la première fois depuis 1998, disparaître l'excédent de la branche famille. L'écart constaté entre l'évolution des recettes et celle des dépenses devrait se creuser encore, avec une augmentation de 2,6 % pour les premières, contre une hausse de 3,2 % des secondes.

M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur pour la famille, a estimé que la dégradation de la situation financière de la branche n'était pas uniquement due à la mauvaise conjoncture économique, mais aussi, et surtout, au transfert à la CNAF de 60% des majorations de pension de retraite pour enfants, jusqu'alors prises en charge par le fonds de solidarité vieillesse, soit 1,9 milliard d'euros en 2004. Il s'est déclaré particulièrement inquiet de cette évolution qui, même si la branche renoue à l'avenir avec les excédents, pénalise largement les familles. Il a estimé que cette évolution hypothéquait, en outre, l'avenir puisque, si le résultat annuel de la branche devenait négatif, les excédents cumulés de la CNAF s'en verraient diminués d'autant.

Il a ensuite plaidé pour l'universalité de la politique familiale, qui justifierait une revalorisation de la base mensuelle des allocations familiales, au-delà du strict niveau de l'inflation car une telle mesure bénéficierait à toutes les familles.

Il a déploré que la situation dégradée des comptes de la branche empêche, pour l'instant, de procéder à cette revalorisation et, plus largement, de financer d'autres réformes attendues par les familles.

M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur pour la famille, a notamment évoqué les demandes nouvelles qui pourraient résulter des travaux de la Conférence de la famille de 2004, consacrée au thème de l'adolescence, ainsi que les propositions récemment présentées par le groupe d'études du Sénat sur les problématiques de l'enfance et de l'adolescence.

M. Jean Chérioux a demandé des précisions sur le nombre d'enfants accueillis dans le cadre d'un système de garde institutionnalisé. Il a souhaité savoir si les chiffres évoqués par le rapporteur incluaient les bénéficiaires de l'allocation de garde d'enfant à domicile (AGED) et du congé parental d'éducation.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a observé que, curieusement, le mouvement familial ne s'était pas ému du fait que les majorations de pension pour enfants aient été mises à la charge de la branche famille. Il a plaidé pour une redéfinition du partage des compétences entre la solidarité nationale et la branche famille, déplorant le fait qu'à l'heure actuelle tout lien, si tenu soit-il, avec la sécurité sociale conduisait à mettre à sa charge les dépenses correspondantes.

Mme Annick Bocandé s'est émue du fait que si moins d'un tiers des enfants étaient accueillis dans le cadre de modes de garde institutionnalisés, ceci signifiait qu'un grand nombre de femmes étaient contraintes de réduire leur activité pour s'occuper de leurs enfants.

Répondant à l'ensemble des intervenants, M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur pour la famille, a confirmé que, seul, un tiers des enfants bénéficiaient d'un mode de garde organisé, 50 % des enfants de moins de trois ans étant gardés par leurs parents et le solde étant accueilli de façon informelle, principalement par les grands-parents ou des voisins.

Il a ensuite rappelé que la commission avait, en 2003, fait une proposition de clarification de la répartition des charges entre la branche famille, l'État et le FSV. Mais, dans la mesure où elle avait pour conséquence de rétrocéder 0,1 point de CSG de la CNAF vers le FSV, elle avait alors été refusée par le mouvement familial, qui craignait de voir disparaître purement et simplement les majorations de pension pour enfants.

M. Nicolas About, président, a considéré qu'il était anormal que les communes qui prennent l'initiative d'organiser des services de garde d'enfant soient entièrement liées par les tarifs fixés par les caisses d'allocations familiales, car ces tarifs sont souvent insuffisants pour financer l'ensemble des coûts de ces structures, le solde pesant alors entièrement sur les budgets communaux, sans qu'il soit possible d'en récupérer une partie auprès des usagers.

M. Guy Fischer a confirmé que l'examen de la deuxième génération des « contrats enfance » faisait apparaître un financement croissant de la part des communes.

La commission a ensuite examiné les articles et les amendements présentés par M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie.

A l'article 2 A (nouveau) (création d'un comité des finances sociales), la commission a adopté quatre amendements. Le premier tend à préciser la répartition des compétences entre le comité des finances sociales et la Commission des comptes de la sécurité sociale. Le deuxième définit les conditions de saisine de ce comité. Le troisième vise à lui accorder un délai supplémentaire pour l'établissement de son rapport afin qu'il puisse intégrer les informations issues des comptes définitifs de la sécurité sociale. Le dernier propose une nouvelle procédure de nomination du secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale et supprime, par conséquent, la création d'un poste de secrétaire général du comité des finances sociales.

A l'article 3 (suppression du FOREC), elle a adopté trois amendements. Le premier vise à organiser les conditions de versement des sommes dues par l'État au titre de la compensation dans des conditions comparables à celles prévues précédemment dans le cadre de ses relations avec le FOREC. Le deuxième affecte le solde cumulé du FOREC au désendettement de l'État vis-à-vis de la sécurité sociale. Le dernier a pour objet de s'assurer que la liquidation du FOREC sera réalisée selon le principe des droits constatés.

La commission a ensuite adopté un amendement tendant à insérer un article additionnel avant l'article 4 qui a pour objet d'assurer la coordination des dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 avec certaines dispositions figurant dans le projet de loi de finances.

A l'article 5 (optimisation des recours contre tiers exercés par les caisses de sécurité sociale), elle a adopté un amendement rédactionnel.

A l'article 6 (non-prise en compte de l'abattement de 20 % pour le calcul de l'assiette des cotisations et contributions sociales des dirigeants de sociétés), elle a adopté un amendement de cohérence.

A l'article 7 bis (plafonnement de la C3S pour les détaillants acheteurs fermes de carburants), la commission a adopté un amendement tendant à préciser les modalités de mise en œuvre de cet article pour supprimer une distorsion en matière de contribution sociale de solidarité des sociétés entre commerçants de détail de carburants et entreprises de négoce en gros de combustibles.

La commission a ensuite adopté un amendement de suppression de l'article 15 A (rapport au Parlement sur les prestations indûment versées au titre de l'assurance maladie).

A l'article 19 (régime tarifaire spécifique des activités de soins de suite, de réadaptation et de psychiatrie exercées par des établissements de santé privés), elle a adopté un amendement visant à favoriser la cohérence entre les règles de planification et les règles de financement auxquelles sont soumis les établissements de santé.

A l'article 20 (mise en œuvre de la tarification à l'activité des établissements de santé), elle a adopté deux amendements. Le premier a le même objet que l'amendement précédent et s'applique aux établissements assurant des activités de médecine-chirurgie-obstétrique. Le second est un amendement de coordination.

A l'article 22 (fixation du prix de vente des médicaments aux établissements de santé), elle a adopté un amendement de coordination.

A l'article 28 (dispositions transitoires relatives à l'application de la tarification à l'activité), elle a adopté deux amendement de coordination, ainsi qu'un amendement tendant à fixer un objectif à mi-parcours pour la mise en œuvre de la tarification à l'activité dans les hôpitaux.

A l'article 29 (dispositions transitoires applicables en 2004 pour le financement des établissements de santé), elle a adopté un amendement tendant à adapter la procédure budgétaire spécifique applicable aux établissements de l'AP-HP, de façon à permettre leur passage à une tarification à l'activité.

La commission a ensuite adopté un amendement tendant à insérer un article additionnel après l'article 29 qui prévoit la création d'un comité d'évaluation de la mise en œuvre de la tarification à l'activité.

Elle a également adopté un amendement de suppression de l'article 31 bis nouveau (spécifications relatives à la carte Vitale).

A l'article 35 (modernisation du régime juridique des accords de bon usage des soins et des contrats de bonne pratique), elle a adopté cinq amendements. Le premier vise à alléger la procédure d'approbation des accords de bon usage des soins conclus au niveau régional. Le deuxième est un amendement rédactionnel. Les trois derniers sont des amendements de coordination.

A l'article 36 (conventions entre les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) et des groupements de médecins libéraux), la commission a adopté trois amendements. Le premier est un amendement de coordination. Le deuxième est un amendement de cohérence. Le dernier vise à prévoir une procédure d'approbation simplifiée des contrats conclus entre les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) et les réseaux de professionnels de santé.

A l'article 37 (modernisation du régime juridique des contrats de santé publique), elle a adopté un amendement tendant à alléger la procédure d'approbation des contrats de santé publique conclus au niveau régional.

A l'article 38 (extension des missions et dotation de financement du fonds d'aide à la qualité des soins de ville), elle a adopté un amendement visant à confier à une mission ad hoc la responsabilité d'assurer, dans le cadre du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), la maîtrise d'ouvrage opérationnelle des expérimentations concernant les données de santé partagées.

Elle a ensuite adopté un amendement de suppression de l'article 42 (participation de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés au financement du plan Biotox en 2003).

A l'article 45 (fixation de l'objectif national de dépenses de la branche maladie pour 2004), elle a adopté un amendement tendant à supprimer la prise en charge par la CNAMTS des dépenses relatives à la CMU-complémentaire.

Elle a également adopté un amendement de suppression de l'article 52 bis (nouveau) (rapport d'évaluation de la mise en place de la prestation d'accueil du jeune enfant).

La commission a ensuite adopté un amendement tendant à insérer un article additionnel après l'article 53 qui repousse au 1^{er} juillet 2004 l'alignement des conditions d'octroi de la pension de réversion des professions libérales sur celles du régime général.

A l'article 54 (fixation des objectifs révisés de dépenses par branche pour 2003), elle a adopté un amendement de coordination.

A l'article 55 (simplification de la procédure d'admission en non-valeur), elle a adopté un amendement tendant à simplifier les modalités d'admission en non-valeur des créances détenues par les organismes de sécurité sociale autres que les cotisations sociales, les impôts et les taxes affectées.

Enfin, la commission a adopté un amendement tendant à insérer un article additionnel après l'article 57 qui prévoit de confier à l'ACOSS un pouvoir d'harmonisation de l'interprétation par les URSSAF des règles relatives au recouvrement des cotisations sociales.

Elle a adopté sans modification les autres articles du projet de loi.

La commission a adopté l'ensemble du projet de loi ainsi amendé.

Rapport sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004

Sommaire abrégé

Tome I - Équilibres financiers généraux et assurance maladie **(Rapporteur : M. Alain Vasselle)**

Exposé général sur les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie

Travaux de la commission - Auditions de :

- MM. Jean-François Mattei, *ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées*, Christian Jacob, *ministre délégué à la famille* et Mme Marie-Thérèse Boisseau, *secrétaire d'Etat aux personnes handicapées* ;
- MM. François Logerot, *Premier président de la Cour des comptes*, Bernard Cieutat, *président de la 6^e chambre* et Christian Babusiaux, *conseiller maître à la 6^e chambre* ; Mme Catherine Démier, *conseillère référendaire, secrétaire générale adjointe* et M. Renaud Séligmann, *auditeur à la 6^e chambre* ;
- M. Jean-Marie Spaeth, *président du conseil d'administration de la CNAMTS* ;
- MM. Pierre Burban, *président du conseil d'administration de l'ACOSS* et Frédéric Van Roeckeghem, *directeur général* ;
- MM. Michel Laroque, *président du conseil d'administration du FSV et du FOREC* et Jacques Lenain, *directeur*.

Annexe :

- Réponses de la Cour des comptes au questionnaire de la commission

Tome II - Famille **(Rapporteur : M. Jean-Louis Lorrain)**

Exposé général sur la famille

Travaux de la commission - Audition de :

- Mme Nicole Prud'homme, *présidente du conseil d'administration de la CNAF*

Tome III - Assurance vieillesse **(Rapporteur : M. Dominique Leclerc)**

Exposé général sur l'assurance vieillesse

Travaux de la commission - Auditions de :

- MM. Michel Laroque, *président du conseil d'administration du FSV et du FOREC* et Jacques Lenain, *directeur* ;
- MM. Marcel Lesca, *vice-président du conseil d'administration de la CNAVTS* et Patrick Hermange, *directeur*.

Tome IV - Accidents du travail et maladies professionnelles **(Rapporteur : M. André Lardeux)**

Exposé général sur les accidents du travail et les maladies professionnelles

Tome V - Examen des articles **(Rapporteur : M. Alain Vasselle)**

Commentaire des articles et propositions d'amendements

Travaux de la commission - Examen du rapport

Tome VI - Tableau comparatif **(Rapporteur : M. Alain Vasselle)**