

N° 83

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2014-2015

Enregistré à la Présidence du Sénat le 5 novembre 2014

RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1) sur le projet de loi, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE, de **financement de la sécurité sociale pour 2015**,*

Par MM. Jean-Marie VANLERENBERGHE, René-Paul SAVARY, Mme Caroline CAYEUX, MM. Gérard ROCHE et Gérard DÉRIOT,
Sénateurs.

Tome VII :
Examen des articles

(1) Cette commission est composée de : M. Alain Milon, *président* ; M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général* ; M. Gérard Dériot, Mmes Colette Giudicelli, Caroline Cayeux, M. Yves Daudigny, Mme Catherine Génisson, MM. Jean-Pierre Godefroy, Gérard Roche, Mme Laurence Cohen, M. Gilbert Barbier, Mme Aline Archimbaud, *vice-présidents* ; Mme Agnès Canayer, M. René-Paul Savary, Mme Michelle Meunier, M. Jean-Louis Tourenne, Mme Elisabeth Doineau, *secrétaires* ; MM. Michel Amiel, Claude Bérit-Débat, Mme Nicole Bricq, MM. Olivier Cadic, Jean-Pierre Caffet, Mme Claire-Lise Campion, MM. Jean-Noël Cardoux, Daniel Chasseing, Mmes Karine Claireaux, Annie David, Isabelle Debré, Catherine Deroche, M. Jean Desessard, Mme Chantal Deseyne, MM. Claude Dilain, Jérôme Durain, Jean-Yves Dusserre, Mme Anne Emery-Dumas, MM. Michel Forissier, François Fortassin, Jean-Marc Gabouty, Mme Françoise Gatel, M. Bruno Gilles, Mme Pascale Gruny, M. Claude Haut, Mme Corinne Imbert, MM. Éric Jeansannetas, Georges Labazée, Jean-Baptiste Lemoyne, Mmes Hermeline Malherbe, Brigitte Micouleau, MM. Jean-Marie Morisset, Philippe Mouiller, Louis Pinton, Mme Catherine Procaccia, M. Didier Robert, Mme Patricia Schillinger, MM. Michel Vergoz, Dominique Watrin.

Voir le(s) numéro(s) :

Assemblée nationale (14^{ème} législ.) : 2252, 2298, 2303 et T.A. 414

Sénat : 78 et 84 (2014-2015)

SOMMAIRE

| | <u>Pages</u> |
|---|--------------|
| EXAMEN DES ARTICLES | 11 |
| PREMIÈRE PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2013 | 11 |
| • <i>Article 1^{er} Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2013</i> | <i>11</i> |
| • Article 2 Approbation du rapport figurant en annexe A, retraçant la situation patrimoniale des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement et décrivant les modalités de couverture du déficit constaté de l'année 2013 | 23 |
| DEUXIÈME PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2014 | 27 |
| • <i>Article 3 (art. L. 138-19-1 à L. 138-19-7 [nouveaux] et L. 138-20 du code de la sécurité sociale) Institution d'une contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises titulaires des droits d'exploitation de médicaments destinés au traitement de l'hépatite C.....</i> | <i>27</i> |
| • <i>Article 4 Ajustement de la dotation de l'assurance maladie à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam) au titre de l'exercice 2015.....</i> | <i>33</i> |
| • <i>Article 5 Rectification des prévisions de recettes, des objectifs de dépenses et des tableaux d'équilibre pour 2014</i> | <i>35</i> |
| • <i>Article 6 Rectification de l'Ondam 2014.....</i> | <i>43</i> |
| TROISIÈME PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2015 | 47 |
| TITRE 1^{ER} - DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE..... | 47 |
| CHAPITRE 1^{ER} - Rationalisation de certains prélèvements au regard de leurs objectifs..... | 47 |
| • <i>Article 7 (art. L. 130-1, L. 131-1, L. 131-1-1 [nouveau], L. 131-2, L. 131-3, section II du chapitre Ier du titre III du livre Ier, art. L. 133-10, L. 136-2, L. 136-5, L. 136-8, L. 137-11-1, L. 241-3, L. 242-13, L. 243-2, L. 244-1, L. 244-11, L. 244-14 et L. 612-9 du code de la sécurité sociale, art. L. 14-10-4 du code de l'action sociale et de la famille, art. 154 quinquies du code général des impôts, art. L. 761-10 du code rural et de la pêche maritime et art. 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996) Prélèvements sociaux applicables aux revenus de remplacement.....</i> | <i>47</i> |
| • <i>Article 8 (art. L.311-3 du code de la sécurité sociale, art 13 de la loi n° 98-546 du 2 juillet 1998 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier) Affiliation des personnes participant de façon occasionnelle à des missions de service public et suppression de l'exonération de cotisations sociales des indemnités versées aux élus de chambres d'agriculture et de métiers et des indemnités versées aux administrateurs ayant la qualité de travailleur indépendant élus des organismes de sécurité sociale</i> | <i>54</i> |

| | |
|--|-----|
| • Article 8 bis (nouveau) (art. L. 161-1-1, L. 161-6, L. 171-3, L. 171-6 [nouveau], L. 325-1, L. 613-2, L. 613-4, L. 6113-5, L. 613-6, L. 613-7, L. 613-7-1, L. 622-10 du code de la sécurité sociale, L. 732-9 et L. 761-3 du code rural et de la pêche maritime) Aménagement des dispositions de la loi du 18 juin 2014 relative à l'artisanat, au commerce et aux très petites entreprises | 57 |
| • Article 8 ter (nouveau) Réduction forfaitaire de cotisation bénéficiant aux particuliers-employeurs | 59 |
| • Article 8 quater (nouveau) (art. L. 241-10 du code de la sécurité sociale) Exonération des cotisations sociales pour les publics fragiles | 62 |
| • Article 8 quinquies (nouveau) (art. L. 834-1 du code de la sécurité sociale) Taux de cotisation au Fonds national d'aide au logement | 62 |
| • Article 9 (art. L. 242-4-4 [nouveau] du code de la sécurité sociale) Encadrement des assiettes forfaitaires | 63 |
| • Article 10 (art. L. 138-10 à L. 138-13, L. 138-14 [nouveau], L. 138-15 à L. 138-19, L. 162-17-5 [nouveau] et L. 162-22-7-1 du code de la sécurité sociale) Modification des règles relatives aux outils de régulation des dépenses de médicaments | 66 |
| • Article 11 (art. 1600-0 O, 1600-0 Q et 1647 du code général des impôts, art. L. 166 D du livre des procédures fiscales, art. L. 138-9-1, L. 138-20, L. 165-5, L. 241-2 et L. 245-5-5-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale) Simplification des règles d'assujettissement et de recouvrement de certaines contributions pharmaceutiques | 74 |
| • Article 12 (art. L. 171-4, L. 171-5 [nouveaux], L. 376-1, L. 454-1, L. 613-21, L. 643-9 [nouveau], L. 644-4 [nouveau], L. 645-5-1 [nouveau], L. 723-13-1 [nouveau] et L. 723-21-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale, art. L. 733-1 [nouveau], L. 761-16, L. 761-19, L. 762-14 et L. 762-26 du code rural et de la pêche maritime) Généralisation à l'ensemble des régimes de sécurité sociale des dispositions relatives au recours contre tiers | 78 |
| • Article 12 bis (nouveau) (art. L. 131-6 et L. 242-4-5 [nouveau] du code de la sécurité sociale et L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime) Intégration dans l'assiette des cotisations sociales de la fraction du revenu, distribuée aux dirigeants majoritaires de SA et de SAS, qui excède 10 % du capital social | 80 |
| • Article 12 ter (nouveau) (art. L. 136-7 du code de la sécurité sociale) Assujettissement aux prélèvements sociaux des plans d'épargne en actions au moment de leur clôture | 83 |
| • Article 12 quater (nouveau) (art. L. 651-1 du code de la sécurité sociale) Exonération de la C3S pour les sociétés coopératives artisanales et les sociétés coopératives d'entreprises de transport | 84 |
| • Article 12 quinquies (nouveau) (art. L. 575 A du code général des impôts) Alignement de la fiscalité applicable aux cigares et cigarillos sur celle en vigueur pour les cigarettes | 87 |
| CHAPITRE II - Simplification du recouvrement | 93 |
| • Article 13 (art. 995 et 1001 du code général des impôts et art. L. 131-8, L. 137-6, L. 137-7, L. 137-9, L. 138-20, L. 241-6, L. 862-3, L. 862-4, L. 871-1 et L. 911-7 du code de la sécurité sociale) Rationalisation de la fiscalité des contrats d'assurance maladie complémentaire et des contrats d'assurance automobile | 93 |
| • Article 14 (art. L. 136-5 et L. 243-1-3 du code de la sécurité sociale) Versement des cotisations dans les secteurs soumis à l'obligation de mutualisation des congés payés | 100 |
| • Article 15 (art. L. 243-6-5 [nouveau], L. 243-7, L. 243-13 et L. 652-3 du code de la sécurité sociale et art. L. 724-7, L. 724-7-1 [nouveau], L. 725-12 et L. 725-26 [nouveau] du code rural et de la pêche maritime) Dispositions relatives au contrôle et au recouvrement des cotisations et contributions sociales | 107 |
| • Article 15 bis [nouveau] (art. 122 de loi n° 2005-1720 du 30 décembre 2005 de finances rectificative pour 2005) Plan de désendettement social de l'agriculture corse | 110 |

| | |
|--|------------|
| • Article 15 ter [nouveau] Exonérations des cotisations et contributions dues par les employeurs affectés par l'interruption de dessertes maritimes vers la Corse en juin et juillet 2014 | 112 |
| • Article 16 (art. L. 243-6 du code de la sécurité sociale) Simplification de l'action en remboursement de cotisations AT-MP indues..... | 113 |
| • Article 16 bis [nouveau] (art. L. 651-6 du code de la sécurité sociale) Coordination avec l'article 16..... | 117 |
| • Article 17 (art. L. 723-35 et L. 731-13-2 [nouveau] du code rural et de la pêche maritime) Modernisation du recouvrement des cotisations du régime de la mutualité sociale agricole..... | 118 |
| • Article 18 (art. L. 133-5-3, L. 136-5, L. 241-6-2, L. 752-4 et L. 212-3 du code de la sécurité sociale et art. L. 5427-1 et L. 6331-53 du code du travail) Dissolution de la caisse maritime d'allocations familiales..... | 120 |
| • Article 19 (art. L. 225-1-4 du code de la sécurité sociale et art. L. 731-5 du code du code rural et de la pêche maritime) Financement des besoins de trésorerie du régime des exploitants agricoles | 123 |
| • Article 20 Alignement sur le droit commun des circuits financiers et comptables de la caisse de sécurité sociale de Mayotte..... | 125 |
| • Article 21 (art. L. 131-7, L. 131-8, L. 136-8 et L. 651-2-1 du code de la sécurité sociale et art. L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles) Modalités de compensation à la sécurité sociale des pertes de recettes consécutives aux mesures du pacte de responsabilité | 127 |
| • Article 22 (art. L. 136-6 du code de la sécurité sociale) Modification des modalités de transfert des contributions sur les revenus du patrimoine au titre de « l'exit tax »..... | 129 |
| • Article 23 Approbation de la compensation des exonérations, réductions ou abattement d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale..... | 131 |
| TITRE II - CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE | 132 |
| • Article 24 Approbation des prévisions de recettes et du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires..... | 132 |
| • Article 25 Approbation du tableau d'équilibre du régime général pour 2015 | 134 |
| • Article 26 Approbation du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (FSV) ; fixation de l'objectif d'amortissement de la dette sociale et des prévisions de recettes affectées au fonds de réserve pour les retraites et des prévisions de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse | 137 |
| • Article 27 Habilitation d'organismes à recourir à des ressources non permanentes..... | 141 |
| • Article 28 Approbation du rapport figurant à l'état B | 143 |
| QUATRIÈME PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2015..... | 149 |
| TITRE I^{ER} - DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE..... | 149 |
| CHAPITRE I^{ER} - Amélioration de l'accès aux soins | 149 |
| • Article 29 (art. L. 161-35-2 (nouveau), L. 162-16-7 et L. 863-3 du code de la sécurité sociale) Tiers payant intégral pour les bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)..... | 149 |

| | |
|--|-----|
| • Article 29 bis [nouveau] (art. L. 322-4 du code de la sécurité sociale) Exonération des participations forfaitaires et des franchises pour les bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) | 152 |
| • Article 30 (art. L. 322-3 du code de la sécurité sociale) Exonération du ticket modérateur sur les honoraires de dispensation complémentaire en cas d'ordonnance complexe | 154 |
| • Article 30 bis [nouveau] (art. L. 161-36 et L. 162-16-1-2 du code de la sécurité sociale) Facturation par les pharmaciens de la facturation d'un honoraire de dispensation par boîte de médicament | 155 |
| • Article 31 (art. L. 331-6, L. 613-19-3 (nouveau), L. 722-8-4 (nouveau), L. 732-11 et L. 732-12-2 (nouveau) du code de la sécurité sociale ; art. 34 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat ; art. 57 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ; art. 41 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ; art. L. 1225-28 du code du travail) Transfert d'indemnisation liée au congé maternité au parent survivant en cas de décès de la mère | 157 |
| • Article 32 (art. L. 381-30-1 du code de la sécurité sociale) Réforme du financement des soins aux détenus | 159 |
| CHAPITRE II - Promotion de la prévention | 161 |
| • Article 33 Création des centres d'information, de dépistage et de diagnostic gratuit des infections sexuellement transmissibles (CIDDG) | 161 |
| • Article 33 bis Remise d'un rapport du Gouvernement au Parlement sur le dispositif d'accès à la contraception de manière anonyme et gratuite pour les mineures d'au moins quinze ans | 164 |
| • Article 34 (art. L. 3111-11 et L. 3112-3 du code de la santé publique) Prise en charge des vaccins réalisés dans les centres publics de vaccination | 165 |
| • Article 35 (art. L. 1114-5 (nouveau) du code de la santé publique et L. 221-1 du code de la sécurité sociale) Financement des associations d'usagers et des organismes concourant à la promotion de leurs droits | 169 |
| CHAPITRE III - Renforcement de la qualité et de la gratuité du système de soins | 171 |
| • Article 36 (art. L. 162-22-20 et L. 162-30-3 [nouveaux] du code de la sécurité sociale) Incitation à l'amélioration de la qualité et contrat d'amélioration des pratiques | 171 |
| • Article 37 (art. L. 6111-3-1 [nouveau] du code de la santé publique et L. 166-22-8-2 [nouveau] du code de la sécurité sociale) Hôpitaux de proximité | 173 |
| • Article 37 bis Expérimentation de la prise en charge des prestations d'hébergement temporaire non médicalisé proposées par les hôpitaux | 175 |
| • Article 38 (art. L. 1435-4-3 [nouveau] du code de la santé publique) Création d'un praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA) | 177 |
| • Article 39 (art. L. 1435-4-4 [nouveau] du code de la santé publique) Soutien à la médecine ambulatoire en montagne | 178 |
| • Article 40 (art. L. 1432-3, L. 1432-5, L. 1432-6, L. 1435-8, L. 1435-9 et L. 1435-10 du code de la santé publique) Réforme des modalités de gestion et des missions du Fonds d'intervention régional (FIR) | 180 |
| • Article 41 (art. L. 161-37, L. 162-1-7-1, L. 162-1-8 et L. 165-1-1 du code de la sécurité sociale) Financement de l'innovation | 182 |
| CHAPITRE IV - Promotion de la pertinence des prescriptions et des actes | 185 |
| • Article 42 (art. L. 162-1-17 et L. 162-30-3 [nouveau] du code de la santé publique) Renforcement des leviers régionaux d'amélioration de la pertinence des soins en établissement de santé | 185 |

| | |
|---|-----|
| • Article 42 bis Remise d'un rapport sur la diffusion des actions relatives à la pertinence des soins | 187 |
| • Article 43 (art. L. 165-1, L. 165-2 et L. 165-3 du code de la sécurité sociale) | |
| Renforcement des obligations relatives à l'inscription des dispositifs médicaux sur la liste des produits et prestations remboursables | 188 |
| • Article 43 bis (art. L. 5121-1 du code de la santé publique) Extension du répertoire des génériques aux médicaments dont la substance active est d'origine végétale ou minérale | 191 |
| • Article 43 ter (art. L. 5125-23-2 et L. 5125-23-4 [nouveau] du code de la santé publique, art. L. 162-16 du code de la sécurité sociale) Règles applicables à la substitution des médicaments dispensés par voie inhalée | 192 |
| • Article 44 (art. L. 162-22-7-2 [nouveau] du code de la sécurité sociale) Régulation de la prescription de produits sur la liste en sus | 193 |
| • Article 44 bis (art. L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale) Incitation à la prescription de médicaments génériques dans les établissements de santé | 196 |
| • Article 45 (art. L. 322-5 du code de la sécurité sociale) Régulation de l'offre de taxis conventionnés avec l'assurance maladie pour le transport assis de patients | 198 |
| • Article additionnel après l'article 45 (art. L. 1112-1 du code de la santé publique) | |
| Obligation de transmission d'une lettre de liaison à la sortie de l'hôpital | 201 |
| CHAPITRE V - Paiement des produits de santé à leur juste prix | 202 |
| • Article 46 Application du dispositif de l'écart médicament indemnisable aux produits de rétrocession | 202 |
| • Article 47 Modification des modalités de fixation du tarif des médicaments de la liste en sus (art. L. 162-16-6, L. 162-22-7 et L. 165-2 du code de la sécurité sociale)..... | 204 |
| • Article additionnel après l'article 47 (art. L. 161-37, L. 161-39, L. 162-12-15, L. 162-17-6, L. 162-17-7, L. 165-2 et L. 861-3 du code de la sécurité sociale) Evaluation de l'intérêt thérapeutique relatif des médicaments soumis à remboursement | 207 |
| • Article additionnel après l'article 47 (art. L. 162-17 du code de la sécurité sociale) | |
| Obligation de fournir des études comparatives pour obtenir l'inscription au remboursement d'un médicament | 208 |
| • Article additionnel après l'article 47 (art. L. 5123-3 du code de la santé publique, art. L. 162-17 et L. 165-1 du code de la sécurité sociale) Evaluation de l'efficacité des médicaments soumis au remboursement | 209 |
| CHAPITRE VI - Amélioration de l'efficacité de la dépense des établissements de santé | 210 |
| • Article 48 (art. L. 162-22-2-1 [nouveau], L. 162-22-3, L. 162-22-5, et L. 174-15 du code de la sécurité sociale) Extension du mécanisme de réserve prudentielle au champ OQN (objectif quantifié national) | 210 |
| • Article 49 (art. L. 254-2 du code de l'action sociale et des familles, art. L. 162-22-11 et L. 162-22-11-1 du code de la sécurité sociale, art. 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004) Renforcement du pilotage de l'assurance maladie sur les soins urgents | 211 |
| • Article additionnel après l'article 49 Rétablissement de la journée de carence pour les personnels hospitaliers | 213 |
| CHAPITRE VII - Autres mesures | 214 |
| • Article 50 (art. L. 1142-3-1 [nouveau] du code de la santé publique) Réparation des dommages imputables aux actes à visée esthétique | 214 |
| • Article 51 (art. L. 1221-8, L. 1221-9, L. 1221-10, L. 1221-10-2, L. 1221-13, L. 1222-8, L. 1223-1, L. 5121-1, L. 5221-3 et L. 5126-5-2 [nouveau] du code de la santé publique) | |

| | |
|--|-----|
| Adaptation du régime des plasmas thérapeutiques à la qualification des plasmas industriels comme médicaments dérivés du sang | 215 |
| • <i>Article 52</i> (art. L.361-1 et L.361-2 du code de la sécurité sociale) Forfaitisation du capital décès | 218 |
| • <i>Article additionnel après l'article 52</i> (art. 23 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011) Prolongation de l'expérimentation sur le partage du dossier pharmaceutique | 221 |
| • <i>Article additionnel après l'article 52</i> (art. L. 161-38 du code de la sécurité sociale) Report de six mois de l'obligation de certification des logiciels d'aide à la dispensation (LAD) | 221 |
| • <i>Article 53</i> (art. L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles) Dotations 2015 de l'assurance maladie et de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie à divers fonds et organismes | 222 |
| • <i>Article 53 bis</i> Rapport sur la fiscalité des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes | 229 |
| • <i>Article 53 ter</i> Rapport d'évaluation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens | 230 |
| • <i>Article additionnel après l'article 53 ter</i> (art. L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles) Affectation de la contribution de solidarité pour l'autonomie à l'objectif global de dépenses | 231 |
| • <i>Article additionnel après l'article 53 ter</i> (art. L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles) Plan pluriannuel d'investissement dans le secteur médico-social | 233 |
| • <i>Article 54</i> Objectif de dépenses de la branche maladie pour 2015 | 234 |
| • <i>Article 55</i> Objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2015 | 235 |
| TITRE II - DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES D'ASSURANCE VIEILLESSE | 241 |
| • <i>Article additionnel avant l'article 56</i> (art. L. 351-8 du code de la sécurité sociale) Relèvement de l'âge légal de départ à la retraite à 64 ans en 2024 | 241 |
| • <i>Article 56</i> (art. L. 351-14-1 du code de la sécurité sociale) Rachat de trimestres d'assurance vieillesse pour les enfants de harkis | 242 |
| • <i>Article 56 bis</i> (art. L. 161-22-1 A du code de la sécurité sociale) Adaptation des règles du cumul emploi-retraite au cas des danseurs du corps de ballet de l'Opéra national de Paris | 244 |
| • <i>Article 57</i> Objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2015 | 246 |
| TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES DE LA BRANCHE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES | 248 |
| • <i>Article 58</i> Contributions de la branche AT-MP du régime général au Fiva, au Fcaata et à la branche maladie du régime général | 248 |
| • <i>Article 59</i> (art. L. 752-3 et L. 752-5 du code rural et de la pêche maritime) Extension du bénéfice des indemnités journalières aux collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole ainsi qu'aux aides familiaux | 251 |
| • <i>Article 60</i> Objectifs de dépenses de la branche AT-MP pour 2015 | 253 |
| TITRE IV - DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES DE LA BRANCHE FAMILLE | 255 |
| • <i>Article 61 A</i> (art. L. 521-1 du code de la sécurité sociale) Modulation du montant des allocations familiales selon le niveau de ressources des bénéficiaires | 255 |
| • <i>Article 61</i> (art. L. 531-2 du code de la sécurité sociale) Modulation de la prime à la naissance ou à l'adoption selon le rang de l'enfant | 258 |
| • <i>Article 62</i> Objectif de dépenses de la branche famille pour 2015 | 260 |

| | |
|---|-----|
| TITRE V - DISPOSITIONS RELATIVES AUX ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES | 262 |
| • <i>Article 63 (art. L. 135-2 du code de la sécurité sociale)</i> Participation du Fonds de solidarité vieillesse au financement du minimum contributif | 262 |
| • <i>Article 64</i> Fixation des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale | 264 |
| TITRE VI - DISPOSITIONS RELATIVES A LA GESTION DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DES ORGANISMES CONCOURANT A LEUR FINANCEMENT AINSI QU'AU CONTRÔLE ET A LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE | 266 |
| • <i>Article 65 A</i> Rationalisation des systèmes d'information de la branche famille | 266 |
| • <i>Article 65 (art. L. 114-17 du code de la sécurité sociale)</i> Proportionnalité des sanctions prononcées en cas de fraudes aux prestations famille et vieillesse | 267 |
| • <i>Article 66 (art. L.242-1-3 du code de la sécurité sociale et L. 725-12-1 du code rural et de la pêche maritime)</i> Prise en compte des droits à l'assurance vieillesse acquis par les salariés d'une entreprise en redressement suite à un contrôle, sans condition du paiement du redressement par l'entreprise | 269 |
| • <i>Article 67 (art. L114-12-1 du code de la sécurité sociale)</i> Ajout du montant des prestations en espèces servies par les organismes de protection sociale aux données contenues dans le répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS) pour mieux lutter contre la fraude aux prestations sociales | 271 |
| • <i>Article 68 (art. L133-4-2 du code de la sécurité sociale)</i> Remboursement des réductions et exonérations de cotisations sociales en cas de recours au travail dissimulé | 273 |
| • <i>Article 69 (art. L.8224-2, L.8234-1 et L.8243-1 du code du travail et L. 133-6-8-4 et L. 243-7-7 du code de la sécurité sociale)</i> Lutte contre la fraude aux cotisations sociales | 275 |
| EXAMEN EN COMMISSION | 277 |

**Répartition de l'examen des articles
entre les rapporteurs du PLFSS**

1^{re}, 2^e et 3^e parties :

Equilibres financiers généraux

- articles 1 à 28 M. Jean-Marie Vanlerenberghe,
rapporteur général

4^e partie :

Assurance maladie

- articles 29 à 53 M. Jean-Marie Vanlerenberghe,
rapporteur général

Médico-social

- articles 53 *bis* à article additionnel après l'article 53 *ter*
..... M. René-Paul Savary

Assurance vieillesse

- article additionnel avant l'article 56 à article 57, articles 63 et 64
..... M. Gérard Roche

Accidents du travail et maladies professionnelles

- articles 58 à 60 M. Gérard Dériot

Famille

- articles 61 A à 62..... Mme Caroline Cayeux

Gestion des régimes obligatoires de base

- articles 65 A à 69..... M. Jean-Marie Vanlerenberghe,
rapporteur général

EXAMEN DES ARTICLES

PREMIÈRE PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2013

Article 1^{er}

Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2013

Objet : Cet article a pour objet d'approuver les données définitives de 2013, dernier exercice clos.

I - Le dispositif proposé

Conformément aux dispositions de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article comporte des dispositions figurant obligatoirement dans les lois de financement de la sécurité sociale.

Article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale (extrait du A du I)

« A - Dans sa partie comprenant les dispositions relatives au dernier exercice clos, la loi de financement de la sécurité sociale :

1^o Approuve les tableaux d'équilibre par branche du dernier exercice clos des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, du régime général et des organismes concourant au financement de ces régimes, ainsi que les dépenses relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie constatées lors de cet exercice ;

2^o Approuve, pour ce même exercice, les montants correspondant aux recettes affectées aux organismes chargés de la mise en réserve de recettes au profit des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et ceux correspondant à l'amortissement de leur dette ; [...] »

En application de ces dispositions, le présent article prévoit l'approbation de trois tableaux d'équilibre distincts relatifs au dernier exercice clos : le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base, le tableau d'équilibre, par branche, du régime général et le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes de sécurité sociale, cette catégorie ne comportant que le fonds de solidarité vieillesse (FSV). Ces tableaux comportent le résultat, le montant total des produits et le montant total des charges.

Cet article établit également les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam), les recettes affectées au fonds de réserve pour les retraites (FRR), celles mises en réserve par le fonds de solidarité vieillesse (FSV) et le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades).

L'avis de la Cour des comptes sur la cohérence des tableaux d'équilibre pour 2013

Dans le cadre de la mission d'assistance du Parlement et du Gouvernement définie à l'article 47-1 de la Constitution, en application du 2° du VIII de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, la Cour des comptes produit un avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre relatifs au dernier exercice clos.

Sur la base des vérifications effectuées et au regard des éléments d'information qui lui ont été communiqués, la Cour, dans son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, « estime que les tableaux d'équilibre soumis à l'approbation du Parlement à l'article 1^{er} du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 fournissent une représentation cohérente des produits (recettes), des charges (dépenses) et du résultat (solde) qui en découle, en exprimant cependant les quatre observations suivantes :

« 1. A l'instar des années précédentes, les tableaux d'équilibre procurent une **information partielle sur les résultats des régimes de sécurité sociale pour l'exercice 2013** en raison d'une présentation du résultat (« solde ») du fonds de solidarité vieillesse distincte de ceux de l'ensemble des régimes de sécurité sociale et, en leur sein, de celui du régime général, conduisant à **ne pas faire apparaître le déficit véritable** de ces derniers ;

« 2. Au-delà de risques d'erreurs dans leur détermination, les produits (« recettes ») et les charges (« dépenses ») font l'objet, comme les exercices précédents, **de contractions contraires au cadre normatif fixé par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale** pour l'établissement des comptes sociaux (principe général de non-compensation), qui induisent des distorsions significatives dans l'évolution des montants de « recettes » et de « dépenses » mentionnés dans les tableaux d'équilibre soumis à son approbation ;

« 3. A l'instar des exercices précédents, le Parlement ne dispose pas dans l'annexe 4 au projet de loi de financement de la sécurité sociale d'une information suffisante **sur la nature, l'évolution par rapport à l'année précédente et les écarts par rapport aux prévisions des produits (« recettes ») et des charges (« dépenses ») à l'origine de la formation des résultats**, mentionnés dans les tableaux d'équilibre soumis à son approbation ;

« 4. Si les états financiers de la totalité des régimes financiers des régimes de sécurité sociale sont désormais certifiés, avec ou sans réserve(s), à l'exception du régime social des indépendants (RSI), les opinions exprimées par la Cour et par les commissaires aux comptes continuent à souligner leur qualité perfectible, compte tenu de la persistance **d'insuffisances des dispositifs de contrôle interne et de difficultés comptables.** »

Si les observations de la Cour se répètent d'année en année, la certification de l'ensemble des régimes permet d'éviter que la Cour ne constate, comme pour l'exercice 2012, un écart entre le résultat comptable présenté et le résultat comptable effectif tant pour le régime général (- 13,5 milliards d'euros au lieu de - 13,3 milliards d'euros) que pour le fonds de solidarité vieillesse (- 4,2 milliards d'euros au lieu de - 4,1 milliards d'euros).

Soldes 2013 de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du fonds de solidarité vieillesse

| <i>(en milliards d'euros)</i> | Solde |
|-------------------------------|--------------|
| Maladie | - 6,9 |
| Vieillesse | - 3,6 |
| Famille | - 3,3 |
| AT-MP | 0,7 |
| Total | - 13,1 |
| FSV | - 2,9 |
| Total avec FSV | - 16,0 |

Source : PLFSS 2015

Le déficit global s'est réduit de 3,2 milliards d'euros, soit 0,1 % du PIB entre 2012 et 2013, passant de 19,2 milliards d'euros en 2012 à 16 milliards d'euros en 2013.

Le présent article prévoit ainsi successivement :

L'approbation du tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

Ce tableau fait apparaître un **déficit global de 13,1 milliards d'euros** pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale¹ en 2013, contre 15,1 milliards d'euros en 2012, soit une amélioration du solde de 2 milliards d'euros d'une année sur l'autre. L'amélioration du solde est moitié moindre par rapport à la réduction du déficit observé entre 2011 et 2012, le solde de 2011 s'étant établi à 19,1 milliards d'euros.

- *Trois des quatre branches sont déficitaires*

La branche maladie enregistre un solde négatif de 6,9 milliards d'euros en 2013 contre 5,9 milliards d'euros en 2012 et 8,5 milliards d'euros en 2011.

Le déficit de la branche vieillesse est de 3,1 milliards d'euros en 2013, contre 6,1 milliards d'euros en 2012 et 7,9 milliards d'euros en 2011.

Le solde négatif de la branche famille s'est dégradé à 3,3 milliards d'euros en 2013 contre 2,5 milliards d'euros en 2012 et 2,6 milliards d'euros en 2011.

La branche accidents du travail-maladies professionnelles enregistre en revanche un solde positif de 700 millions d'euros alors qu'elle était en déficit de 600 millions d'euros en 2012 et de 100 millions d'euros en 2011.

**Soldes 2013 de l'ensemble des régimes obligatoires de base
pour les années 2011 à 2013**

| <i>(en milliards d'euros)</i> | Résultats 2011 | Résultats 2012 | Résultats 2013 |
|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Maladie | - 8,5 | - 5,9 | - 6,9 |
| Vieillesse | - 7,9 | - 6,1 | - 3,6 |
| Famille | - 2,6 | - 2,5 | - 3,3 |
| AT-MP | - 0,1 | - 0,6 | 0,7 |
| Total | - 19,1 | - 15,1 | - 13,1 |

Source : LFSS 2013 et 2014

Si le solde effectif pour 2013 est relativement proche du solde prévisionnel de la loi de financement pour 2013, avec une dégradation de 300 millions d'euros, il recouvre des évolutions très contrastées.

¹ Cet ensemble comporte 35 régimes : douze régimes d'assurance vieillesse, trois régimes d'assurance maladie, huit régimes accidents du travail-maladies professionnelles, six régimes mixtes d'assurance vieillesse et d'assurance maladie et cinq régimes mixtes d'assurance maladie, d'assurance vieillesse et d'accidents du travail - maladies professionnelles.

**Comparaison du solde effectif 2013 avec le solde prévisionnel
de l'ensemble des régimes obligatoires de base pour 2013**

| <i>(en milliards d'euros)</i> | LFSS 2013 Solde prévisionnel 2013 | LFSS 2014 Solde prévisionnel 2013 | PLFSS 2015 Solde effectif 2013 | Écart LFSS/ solde effectif |
|-------------------------------|--|--|---|---------------------------------------|
| Maladie | - 5,1 | - 7,7 | - 6,9 | - 1,8 |
| Vieillesse | - 5,5 | - 4,1 | - 3,6 | 1,9 |
| Famille | - 2,6 | - 2,8 | - 3,3 | - 0,7 |
| AT-MP | 0,4 | 0,4 | 0,7 | 0,3 |
| Total | - 12,8 | - 14,2 | - 13,1 | - 0,3 |

Source : LFSS 2013 et 2014

Le solde négatif de la branche maladie est beaucoup plus dégradé que prévu avec 1,8 milliard d'euros de plus tandis que le solde de la branche vieillesse apporte une contribution moindre au déficit de 1,9 milliard d'euros par rapport au solde prévisionnel.

Cette évolution du solde global est due à l'apport massif de recettes nouvelles issues des lois de financement pour 2012 et pour 2013.

Toutes branches consolidées, les recettes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ont crû de près de 17 milliards d'euros entre 2012 et 2011, soit une augmentation de 4 % et de 13,3 milliards d'euros entre 2012 et 2013, soit une augmentation de 3 %.

**Évolution des recettes de l'ensemble des régimes obligatoires
de base entre 2011 et 2013**

| <i>(en milliards d'euros)</i> | 2011 | 2012 | 2013 | Évolution 2011-2013 |
|-------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------------------------|
| Maladie | 171,8 | 178,9 | 182,2 | 10,4 (+6 %) |
| Vieillesse | 194,6 | 203,4 | 212,2 | 17,6 (+9 %) |
| Famille | 52,3 | 54,1 | 54,9 | 2,6 (+5 %) |
| AT-MP | 12,8 | 13,1 | 13,5 | 0,7 (+5 %) |
| Total | 419,6 | 436,5 | 449,8 | 31,3 (+7 %) |

Cette augmentation est moindre que celle qui avait été anticipée par la loi de financement 2013, laquelle prévoyait une augmentation de plus de 20 milliards d'euros entre les recettes de 2012 et les recettes de 2013.

Comparaison des recettes effectives avec les prévisions pour 2013 pour l'ensemble des régimes de base

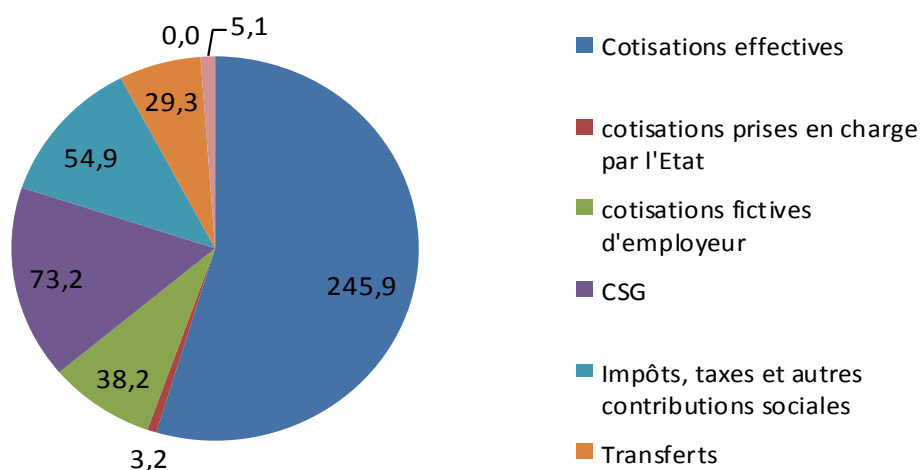
| (en milliards d'euros) | LFSS 2013 | LFSS 2014 | PLFSS 2015 | Écart LFSS/ solde effectif |
|------------------------|------------|--------------|--------------|-------------------------------|
| Maladie | 185 | 181,7 | 182,2 | - 3,3 |
| Vieillesse | 213,1 | 212,1 | 212,2 | - 1 |
| Famille | 55,9 | 55,2 | 54,9 | - 0,7 |
| AT-MP | 13,7 | 13,2 | 13,5 | - 0,5 |
| Total | 457 | 449,4 | 449,8 | - 7,2 |

Source : LFSS 2013 et 2014

Un écart en recettes de 7,2 milliards d'euros a été constaté en exécution, dont la loi de financement pour 2014 a tenu compte en rectifiant les prévisions de recettes.

Cet écart est lié à une moindre progression de la masse salariale du secteur privée, principal déterminant des ressources de la sécurité sociale, qui n'a progressé que de 1,6 % en 2013, contre 2,3 % attendus.

Répartition des recettes par nature



Source : CCSS

L'approbation du tableau d'équilibre pour 2013, par branche, du régime général de sécurité sociale

Le régime général de sécurité sociale présente un déficit global de 12,5 milliards d'euros pour 2013, en diminution de 1,2 milliard par rapport à l'exercice précédent, soit une diminution moindre que celle observée en 2012 par rapport à 2011 (4,1 milliards d'euros).

Soldes 2013 de l'ensemble des différentes branches du régime général pour les années 2011 à 2013

| (en milliards d'euros) | Résultats 2011 | Résultats 2012 | Résultats 2013 |
|------------------------|----------------|----------------|----------------|
| Maladie | - 8,6 | - 5,9 | - 6,8 |
| Vieillesse | - 6,0 | - 4,8 | - 3,1 |
| Famille | - 2,6 | - 2,5 | - 3,2 |
| AT-MP | - 0,2 | - 0,2 | 0,6 |
| Total | - 17,4 | - 13,3 | - 12,5 |

Source : LFSS 2013 et 2014

La réduction du déficit est inférieure à l'objectif défini en loi de financement pour 2013, avec une moindre réduction du déficit de plus de 1 milliard d'euros mais un solde moins dégradé que prévu par rapport aux objectifs révisés en loi de financement pour 2014.

Comparaison du solde effectif 2013 avec le solde prévisionnel de l'ensemble des branches du régime général pour 2013

| (en milliards d'euros) | LFSS 2013 Solde prévisionnel 2013 | LFSS 2014 Solde prévisionnel 2013 | PLFSS 2015 Solde effectif 2013 | Écart LFSS/ solde effectif |
|------------------------|---|--|--------------------------------------|-------------------------------|
| Maladie | - 5,1 | - 7,6 | - 6,8 | - 1,7 |
| Vieillesse | - 4,0 | - 3,3 | - 3,1 | 0,9 |
| Famille | - 2,6 | - 2,8 | - 3,2 | - 0,6 |
| AT-MP | 0,3 | 0,3 | 0,6 | 0,3 |
| Total | - 11,4 | - 13,3 | - 12,5 | - 1,1 |

Source : LFSS 2013 et 2014

Cette évolution du solde est principalement due à l'évolution des recettes, très significative (+ 9 %) entre 2011 et 2013, singulièrement pour la branche vieillesse, dont les produits ont augmenté de 14 % sur la période.

Évolution des recettes du régime général entre 2011 et 2013

| (en milliards d'euros) | 2011 | 2012 | 2013 | Évolution 2011-2013 |
|------------------------|--------------|--------------|--------------|------------------------|
| Maladie | 148,2 | 155,0 | 158,0 | 9,8 (+7 %) |
| Vieillesse | 100,5 | 105,5 | 111,4 | 14,1 (+14 %) |
| Famille | 52,0 | 53,8 | 54,6 | 2,6 (+5 %) |
| AT-MP | 11,3 | 11,5 | 12,0 | 0,4 (+3 %) |
| Total | 301,0 | 314,2 | 324,0 | 26,9 (+9 %) |

Bien que très sensible, l'augmentation des recettes a été moins importante que prévue, ce qui explique la moindre réduction du besoin de financement du régime général.

**Comparaison des recettes effectives du régime général
avec les prévisions pour 2013**

| <i>(en milliards d'euros)</i> | LFSS 2013 | LFSS 2014 | PLFSS 2015 | Écart LFSS/solde effectif |
|-------------------------------|------------|--------------|--------------|---------------------------|
| Maladie | 159,8 | 157,5 | 158,0 | - 1,8 |
| Vieillesse | 111,3 | 111,3 | 111,4 | - 0,1 |
| Famille | 55,5 | 54,8 | 54,6 | - 0,9 |
| AT-MP | 12,2 | 11,8 | 12 | - 0,2 |
| Total | 329 | 323,5 | 324,0 | - 5,5 |

Source : LFSS 2013 et 2014

**Incidence en 2013 des principales mesures de recettes
sur les produits du régime général et du FSV en milliards d'euros**

| | |
|---|------------|
| Effet des mesures 2012 | 4,3 |
| Relèvement du taux du forfait social de 8 à 20 % | 1,6 |
| Hausse de 0,2 point du taux de cotisation retraite au 1 ^{er} novembre 2012 | 0,9 |
| Hausse de deux points du taux du prélèvement social sur les revenus du capital (LFR) | 1,8 |
| Mesures LFI et LFSS 2013 | 3,3 |
| <i>Modifications d'assiette</i> | |
| Réforme des prélèvements sociaux des travailleurs indépendants | 0,8 |
| Élargissement de l'assiette de la taxe sur les salaires et création d'une tranche additionnelle | 0,5 |
| Forfait social sur indemnités de rupture conventionnelle | 0,3 |
| Calcul des cotisations au réel pour les particuliers-employeurs | 0,3 |
| Élargissement de la couverture sociale des élus locaux | 0,1 |
| <i>Modifications de taux et exonérations</i> | |
| Rétrocession à l'assurance maladie de la hausse de la fiscalité sur les bières affectée à la vieillesse des exploitants agricoles | 0,3 |
| Augmentation des cotisations AT-MP (voie réglementaire) | 0,2 |
| <i>Nouveaux prélèvements et affectation au régime général ou au FSV</i> | |
| Rétrocession au FSV du produit de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) assise sur les pensions de retraites affectée à la CNSA | 0,5 |
| Relèvement de la part des droits sur les tabacs affectée au régime général (LFI) | 0,6 |
| <i>Autres mesures de nature fiscale</i> | 0,2 |
| <i>Transferts entre régimes obligatoires et administrations publiques</i> | -0,5 |
| Total | 7,6 |

L'approbation du tableau d'équilibre pour 2013 des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

Ce tableau ne concerne qu'un seul organisme, le fonds de solidarité vieillesse (FSV), qui assure le financement d'avantages vieillesse à caractère non contributifs relevant de la solidarité nationale servis par les régimes de retraite de base de la sécurité sociale.

**Organismes concourant au financement
des régimes obligatoires de base de sécurité sociale**

| (en milliards d'euros) | Résultats 2011 | Résultats 2012 | Résultats 2013 |
|------------------------|----------------|----------------|----------------|
| FSV | - 3,4 | - 4,1 | -2,9 |

Source : LFSS 2012 et 2014, états financiers

Après une dégradation en 2012, le solde du FSV s'est amélioré de près de 1,3 milliard d'euros en 2013 pour atteindre - 2,9 milliards d'euros.

Ce déficit, qui représente 17,2 % des charges nettes du fonds, est corrélé à la situation du chômage : les prises en charge de cotisations au titre du chômage (10,7 milliards d'euros) représentent 63,5 % des charges du fonds.

La réduction du déficit est imputable à la progression ou à la réorientation des recettes, sous l'effet de mesures nouvelles : hausse du taux du forfait social, augmentation de la part de CSG affectée, augmentation du produit de la C3S disponible pour le FSV.

L'isolement du FSV dans un tableau d'équilibre distinct est critiqué par la Cour des comptes. Dans ses rapports sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour estime en effet qu'une telle présentation a pour effet de ne pas faire apparaître le déficit véritable de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

Comme le note la Cour « *en leur procurant des produits, les concours du FSV aux régimes de sécurité sociale, tout particulièrement au régime général, ont pour effet de réduire, toutes choses égales par ailleurs, leurs déficits. Toutefois, les ressources affectées au fonds ne couvrent pas la totalité de ses concours aux régimes de sécurité sociale, ce qui conduit à placer le fonds en déficit. Pour une part, les produits des régimes de sécurité sociale liés aux concours du FSV ont donc pour contrepartie non pas des produits du fonds, mais le déficit de ce dernier* ».

La Cour préconise par conséquent de supprimer le tableau d'équilibre relatif à la catégorie des « organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale » et d'intégrer une rubrique « FSV » dans les tableaux d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général de sécurité sociale.

L'approbation des dépenses constatées en 2013 relevant du champ de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie

Pour 2013, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base était fixé à 175,4 milliards d'euros. Il représentait une enveloppe supplémentaire de 4,6 milliards d'euros pour les dépenses d'assurance maladie en 2013. Ce montant comprenait une mise en réserve de crédits de 545 milliards d'euros.

La construction de l'Ondam 2013 reposait sur une hypothèse d'évolution moyenne « spontanée » des dépenses de 4,1 %, à laquelle devait s'appliquer 2,4 milliards d'économies portant principalement sur les produits de santé.

Avec des **dépenses constatées de 173,8 milliards d'euros**, l'objectif voté par le Parlement est respecté pour la quatrième année consécutive tant en volume, avec une **sous-exécution de 1,6 milliard d'euros** qu'en taux d'évolution (+ 2,2 % par rapport à 2012, contre une progression estimée à + 2,7 %).

Par sous-objectifs, les dépenses constatées sont les suivantes :

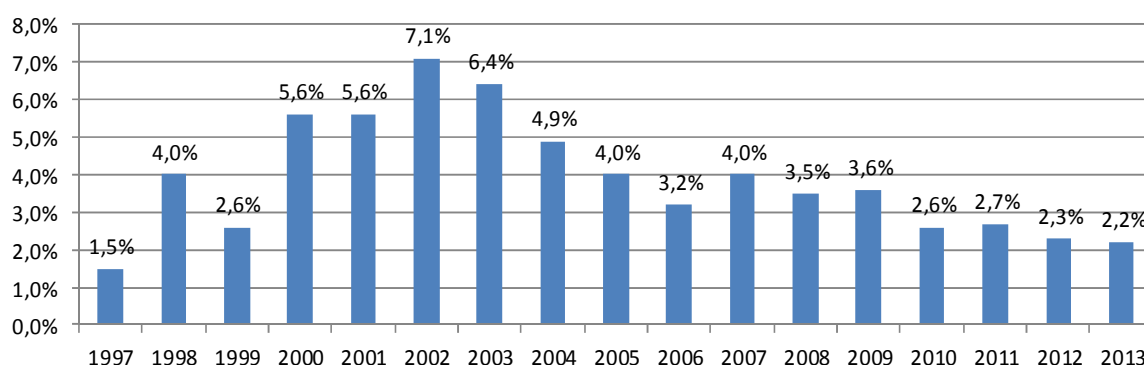
| Sous objectifs | Objectifs de dépenses | Dépenses constatées | Écart |
|---|-----------------------|---------------------|--------------|
| Dépenses de soins de ville | 80,5 | 79,2 | - 1,3 |
| Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité | 56,7 | 76,5 | - 0,4 |
| Autres dépenses relatives aux établissements de santé | 19,8 | | |
| Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées | 8,4 | 8,4 | - |
| Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements pour personnes handicapées | 8,7 | 8,7 | - |
| Autres prises en charge | 1,3 | 1,3 | - |
| Total | 175,4 | 173,8 | - 1,6 |

Le respect de l'Ondam est principalement imputable au sous-objectif des soins de ville dont les dépenses ont atteint 79,2 milliards d'euros et sont inférieures de 1,3 milliard d'euros à l'objectif voté et aux dépenses relatives aux établissements de santé qui présentent une moindre consommation de 400 millions d'euros par rapport à l'objectif.

Les dotations au secteur médico-social, qui sont limitatives, sont par construction conformes à l'objectif voté, de même que les autres prises en charge.

Sur les dernières années, les dépenses entrant dans le champ de l'Ondam ont évolué de la façon suivante :

Évolution des dépenses entrant dans le champ de l'Ondam



Dépenses relevant de l'Ondam constatées entre 2010 et 2013

| (en milliards d'euros) | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|
| Ondam voté | 162,4 | 167,1 | 171,1 | 175,4 |
| Ondam exécuté | 161,8 | 166,3 | 170,1 | 173,8 |
| Augmentation des dépenses | + 3,6 | + 4,5 | + 3,8 | + 3,7 |

Dans son rapport annuel, la Cour des comptes rappelle que, depuis sa création, l'Ondam a été constamment dépassé, sauf en 1997, jusqu'en 2010. Elle note que depuis 2010 le respect de l'Ondam « continue de s'accompagner de déficits élevés et le poids des dépenses de l'assurance maladie dans le PIB ne cesse d'augmenter », l'Ondam voté ayant évolué deux fois plus vite que le PIB en valeur sur la période.

Elle souligne que l'effet base et le mode de calcul de l'évolution tendancielle des dépenses contribue de fait à une surestimation de l'Ondam qui lui fait perdre son caractère d'outil de régulation des dépenses.

L'approbation des recettes affectées au fonds de réserve pour les retraites

Conformément aux dispositions de la loi du 9 novembre 2010, le fonds de réserve pour les retraites a été mis en extinction. Depuis 2011, il ne perçoit plus aucune recette, ses produits (1,3 point de prélèvement sur les revenus du capital) ayant été transférés à la Cades.

Le fonds a pour objet :

- de participer au financement des déficits des organismes chargés d'assurer les prestations du régime de base de l'assurance vieillesse pour les exercices 2011 à 2018 en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. Sur ce fondement, à compter du 1^{er} janvier 2011 et jusqu'en 2024, le fonds verse chaque année 2,1 milliards d'euros à la Cades. A la fin de l'année 2013, il avait ainsi versé 2,3 milliards d'euros ;

- de gérer à l'horizon 2020, pour le compte de la Cnav, la part de la soulte (40 %) versée par la Caisse nationale des industries électriques et gazières (Cnieg) en contrepartie de son adossement au régime général, en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005) ;

- de mobiliser, sur recommandation du comité de suivi des retraites, en application de la loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, ses actifs en cas de dérapage des déficits de la branche vieillesse.

Au 31 décembre 2013, la valeur de marché des actifs du fonds de réserve des retraites, dont la soulte IEG valorisée à 4,1 milliards d'euros, était de 36,3 milliards d'euros. Le résultat financier de l'exercice était de 1,9 milliard d'euros, avec une performance globale de 5,03 % en moyenne annuelle. Le ratio de financement du fonds, le rapport entre son actif net et son passif, constitué des versements restant à effectuer à la Cades et de la soulte IEG, était de 144 %.

L'approbation des recettes mises en réserve par le fonds de solidarité vieillesse

En application de la loi de 2010 portant réforme des retraites, la seconde section du FSV est dédiée à la mise en réserve de recettes destinées à financer le maintien à 65 ans du départ en retraite des parents de trois enfants ou, dans certaines conditions, des parents d'enfants handicapés.

100 millions d'euros ont été mis en réserve en 2013, contre 200 millions d'euros prévus en loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

L'approbation du montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale

Ce paragraphe propose l'approbation du montant de la dette amortie par la Cades en 2013, soit 12,4 milliards d'euros. Ce montant est conforme à l'objectif d'amortissement défini en loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

L'amortissement est égal à la différence entre le produit net des ressources affectées (soit le produit de la CRDS, de 0,48 point de CSG, de 1,3 point de prélèvement social sur les revenus du capital et du versement annuel effectué par le FRR à la Cades) et le montant de ses frais financiers nets.

Les recettes de la caisse se sont élevées à 15,8 milliards d'euros pour l'année 2013.

| Nature des ressources | Montant <i>(en milliards d'euros)</i> |
|--|---|
| CRDS | 6,5 |
| CSG | 5,8 |
| Prélèvement social sur les revenus du capital | 1,4 |
| Versement du FRR | 2,1 |

Source : CCSS

En application de la loi organique pour 2011, qui a organisé le transfert à la Cades, à partir de 2012, des déficits des années 2011 à 2018 de la CNAV et du FSV, dans la limite de 10 milliards d'euros par an et de 62 milliards d'euros au total, un transfert de 7,7 milliards d'euros, correspondant aux déficits 2012 de la branche vieillesse et du FSV (8,9 milliards d'euros diminué de 1,2 milliards d'euros de régularisation des versements prévisionnels effectués en 2011 et 2012 au titre de l'exercice 2011.

Le montant total des dettes reprises par la Cades au 31 décembre 2013 s'élevait à 217 milliards d'euros.

La dette amortie s'élevait à 84 milliards d'euros et la dette restant à amortir à 132,7 milliards d'euros soit 6,7 points de PIB.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Cet article retrace la gestion de la sécurité sociale pour l'année 2013 que votre commission ne peut que constater.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 2

**Approbation du rapport figurant en annexe A,
retracant la situation patrimoniale des régimes obligatoires de base
et des organismes concourant à leur financement et décrivant les modalités
de couverture du déficit constaté de l'année 2013**

Objet : Cet article prévoit l'approbation du rapport figurant en annexe A du projet de loi de financement décrivant la situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2013 ainsi que les modalités proposées pour l'affectation des excédents et la couverture de déficits constatés en 2013, dernier exercice clos.

I - Le dispositif proposé

Cet article fait partie des dispositions figurant obligatoirement dans la loi de financement de la sécurité sociale, conformément aux dispositions de la loi organique du 2 août 2005.

Article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale (*extrait du A du I*)

« A - Dans sa partie comprenant les dispositions relatives au dernier exercice clos, la loi de financement de la sécurité sociale :

3° Approuve le rapport mentionné au II de l'article L.O. 111-4 et, le cas échéant, détermine, dans le respect de l'équilibre financier de chaque branche de la sécurité sociale, les mesures législatives relatives aux modalités d'emploi des excédents ou de couverture des déficits du dernier exercice clos, tels que ces excédents ou ces déficits éventuels sont constatés dans les tableaux d'équilibre prévus au 1° ;

Article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale

II. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année est accompagné d'un rapport décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents ou la couverture des déficits constatés à l'occasion de l'approbation des tableaux d'équilibre relatifs au dernier exercice clos dans la partie de la loi de financement de l'année comprenant les dispositions relatives au dernier exercice clos.

L'annexe A comporte deux parties distinctes décrivant, d'une part, la situation patrimoniale des régimes et organismes de sécurité sociale au 31 décembre 2013 et d'autre part, les mesures prévues pour la couverture des déficits constatés.

La situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2013

Le tableau patrimonial consolide l'ensemble des bilans des régimes et organismes compris dans son périmètre, qui comprend le régime général et seize autres régimes (n'y figurent pas les régimes qui n'ont pas de bilan ou dont le bilan est inférieur à 200 millions d'euros, dont le montant agrégé est inférieur à 0,1 milliard d'euros après neutralisation des effets des relations financières entre eux).

En 2013, le **résultat** d'ensemble de la sécurité sociale s'élève à - 1,6 milliard d'euros contre - 5,9 milliards en 2012, soit une amélioration de 4,3 milliards d'euros. Toutefois, l'amélioration de ce résultat n'est imputable qu'à hauteur de 3,2 milliards d'euros à la réduction des déficits, le reste étant imputable au résultat excédentaire de la Cades et du FRR.

Le **report à nouveau**, qui reflète les déficits des années passées se creuse de 6,8 milliards d'euros à hauteur de **- 152,6 milliards d'euros**, principalement sous l'effet du report à nouveau du régime général (- 4,3 milliards d'euros) qui continue à porter les déficits 2012 des branches maladie, famille et AT-MP en l'absence de transfert de ces déficits à la Cades.

A fin 2013, le **passif net** ou « dette » de la sécurité sociale représentait **110,9 milliards d'euros, soit 5,4 points de PIB**.

Le financement de ce passif est assuré par l'endettement financier, l'endettement financier net s'élevant à 118 milliards d'euros au 31 décembre 2013. Sur ce total, l'endettement financier du régime général s'élevait à 28,3 milliards d'euros au 31 décembre 2013.

En application de l'article 2 de la loi organique du 13 novembre 2010, la Cour des comptes a émis un avis sur « la cohérence du tableau patrimonial du dernier exercice clos » dans son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

Avis de la Cour des comptes sur la cohérence du tableau patrimonial au 31 décembre 2013

La Cour relève en premier lieu que l'annexe 9 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 comprend une information appropriée sur la ventilation de l'actif et du passif circulant par catégorie d'organismes.

Elle estime que le tableau patrimonial qui sera soumis à l'approbation du Parlement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 fournit une représentation cohérente de la situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2013, sous réserve des deux observations suivantes (contre quatre observations en 2012) :

1. s'agissant du régime social des indépendants (RSI), les éléments d'information communiqués à la Cour à l'appui de la dissociation des actifs et des passifs afférents aux régimes complémentaires de ceux des régimes de base retenus dans le cadre du tableau patrimonial demeurent insuffisamment justifiés et ne lui permettent pas de s'assurer de l'exactitude et de l'exhaustivité des montants pris en compte dans le tableau patrimonial ;

2. les opinions exprimées par la Cour et par les commissaires aux comptes continuent à souligner la qualité perfectible des comptes des régimes de sécurité sociale intégrés au tableau patrimonial 2013, en raison notamment des insuffisances des dispositifs de contrôle interne et de la persistance de difficultés comptables.

La couverture des déficits constatés sur l'exercice 2013

L'Annexe A rappelle les soldes des différentes branches du régime général et du FSV pour 2013. En application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, les déficits 2012 à 2018 des branches maladie et famille ont vocation à être transférés à la Cades dans la limite et sous le plafond prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, après transfert, en priorité, du déficit de la branche vieillesse et du FSV.

| <i>(en milliards d'euros)</i> | Solde | Modalités de couverture |
|-------------------------------|-----------------|--|
| Maladie | - 6,8 | Transfert partiel à la Cades |
| Famille | - 3,2 | Transfert partiel à la Cades |
| Vieillesse + FSV | - 6 (3,1 + 2,9) | Transfert à la Cades |
| AT-MP | + 0,6 | Contribution à la réduction des déficits cumulés de la branche |

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification

III - La position de la commission

Cet article retrace les conséquences du dernier exercice clos sur le bilan des comptes sociaux. Votre commission en prend acte.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

DEUXIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2014

Article 3

*(art. L. 138-19-1 à L. 138-19-7 [nouveaux]
et L. 138-20 du code de la sécurité sociale)*

Institution d'une contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises titulaires des droits d'exploitation de médicaments destinés au traitement de l'hépatite C

Objet : Cet article met en place un mécanisme de contribution progressive sur le chiffre d'affaires des entreprises exploitant les médicaments contre le virus de l'hépatite C lorsque le chiffre d'affaires global des entreprises excède un certain seuil.

I - Le dispositif proposé

Le contexte

Les efforts de maîtrise des dépenses de médicaments, qui, avec 95 euros par habitant en 2013, restent les plus élevées d'Europe, sont notamment contrariés par un effet dit «de structure», c'est-à-dire par la croissance de la part des pathologies (cancer, diabète...) donnant lieu à des traitements onéreux.

Des médicaments particulièrement innovants, dont l'amélioration du service médical rendu est exceptionnellement élevée, sont mis sur le marché, avec des conséquences financières lourdes pour l'assurance maladie.

C'est le cas pour le traitement du virus de l'hépatite C par le Sovaldi, médicament commercialisé par le laboratoire américain Gilead, qui atteint de meilleurs résultats avec moins d'effets secondaires par rapport aux molécules précédemment utilisées.

La problématique du Sovaldi est résumée comme suit par l'avis du collège de la Haute Autorité de santé de juin 2014 :

Recommandation du collège de la Haute Autorité de santé

Prise en charge de l'hépatite C
par les médicaments anti-viraux à action directe (AAD)
Juin 2014

L'hépatite C est une maladie infectieuse virale du foie qui se transmet quasi exclusivement par voie sanguine. (...) Cette maladie virale est d'évolution chronique et peut évoluer vers une cirrhose hépatique (stade de fibrose F4) puis parfois vers un cancer du foie. (...) La phase initiale sans symptômes peut durer plusieurs décennies et l'évolution vers la cirrhose hépatique est inconstante et évaluée à 10 à 20 % des malades. (...) L'épidémiologie de l'infection par le VHC en France est mal connue, les données disponibles datant de 2004. Selon ces données, la prévalence serait de près de 360 000 patients séropositifs dont 65 % seraient atteints d'hépatite chronique. Parmi ces 230 000 patients, seuls 60 % seraient effectivement diagnostiqués, soit **environ 140 000 patients**, dont 23 000 seraient co-infectés par le VIH.

Selon une modélisation récente, sur ces 230 000 malades infectés, 43 % seraient au stade de fibrose F0 ou F1, 49 % au stade F2 à F4 et 8% au stade de complications (cirrhose décompensée ou carcinome hépatocellulaire).(...)

Le Collège de la HAS, au vu des prix rapportés dans différents pays et ceux consentis pour ces traitements dans le cadre des autorisations temporaires d'utilisation en France, **considère que se pose avec une réelle acuité la soutenabilité financière par la solidarité nationale d'une innovation thérapeutique.**

Actuellement pris en charge à 100 % par l'assurance maladie sur la base d'un prix libre, comme c'est la règle dans le régime de l'autorisation temporaire d'utilisation (ATU), le Sovaldi fait l'objet de négociations au sein du Comité économique des produits de santé, en vue de la fixation de son prix. Un traitement de trois mois coûte actuellement 56 000 euros, associé à une autre molécule dont le coût est de 35 000 euros.

Environ 15 000 patients pourraient être traités en 2014, 18 000 en 2015.

Selon le directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie, entendu le 21 octobre dernier, par votre commission, celle-ci avait dépensé, au titre de ce traitement, fin septembre, 600 millions de plus qu'en 2013.

Une contribution inspirée du mécanisme existant de la « clause de sauvegarde »

L'article complète le chapitre 8 du titre 3 du livre 1 par une section 3 intitulée « contribution au titre de médicaments destinés au traitement de l'hépatite C ».

La clause de sauvegarde Ondam

Le mécanisme proposé s'inspire du mécanisme actuellement en vigueur de la contribution à la charge des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques prévue par les articles L. 138-10 et suivants du code de la sécurité sociale, la « clause de sauvegarde Ondam », dite « taux K », qui fait l'objet d'une réforme à l'article 10 du présent projet de loi.

La clause de sauvegarde Ondam, taxe de régulation, a pour objectif de conduire au conventionnement avec le Comité économique des produits de santé, les entreprises conventionnées n'y étant pas assujetties. La contribution se déclenche lorsque la croissance du chiffre d'affaires global des entreprises concernées dépasse un taux « K » ; elle est répartie individuellement en fonction de trois critères (30 % pour le niveau du chiffre d'affaires, 40 % pour la croissance de ce chiffre d'affaires, 30 % pour les dépenses de promotion)». La contribution est plafonnée à 10 % du chiffre d'affaires de chaque entreprise. Le rendement de cette taxe est nul, l'ensemble des entreprises étant conventionné. Pour les entreprises conventionnées, le taux « K » continue cependant à servir de référence : en cas de dépassement, les entreprises sont redevables de remises quantitatives négociées avec le Comité économique des produits de santé.

La contribution instituée par le présent article est déclenchée par deux conditions cumulatives :

- le chiffre d'affaires global réalisé au titre de médicaments destinés au traitement de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C est supérieur à un certain seuil ;

- ce même chiffre d'affaires s'est accru de plus de 10 % par rapport à l'année précédente.

Le chiffre d'affaires s'entend hors taxes, minoré des remises prévues aux articles L. 162-16-5-1 (remise versée par le laboratoire lorsque le prix fixé pour le médicament par le Comité économique des produits de santé lors de son inscription au remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché est inférieur au montant de l'indemnité déclarée par le laboratoire dans le cadre d'une autorisation temporaire d'utilisation) et L. 162-18 du code de la sécurité sociale (remises fixées dans un cadre conventionnel). Le chiffre d'affaires de référence de l'année précédente est minoré du montant de la contribution.

Lorsque le chiffre d'affaires hors taxe d'un médicament est inférieur à 10 % du seuil de déclenchement de la contribution, le mécanisme l'exclut de l'assiette.

Pour les médicaments dont le prix n'est pas encore fixé, notamment lorsqu'ils bénéficient d'une autorisation temporaire d'utilisation, le mécanisme prévoit le calcul d'un montant prévisionnel de remise égal au produit du nombre d'unités déclarées sur l'année et de la différence entre l'indemnité maximale et le dernier prix demandé.

La détermination de la contribution

Le seuil de déclenchement est fixé à 450 000 euros de chiffre d'affaires global pour 2014.

Lorsque le chiffre d'affaires de l'ensemble des entreprises redevables est supérieur au seuil de déclenchement et inférieur ou égal à ce même seuil majoré de 10 %, le taux de la contribution est de 50 %.

Il est de 60 % pour la part du chiffre d'affaires comprise entre le seuil de déclenchement majoré de 10 % et ce même seuil majoré de 20 %.

Le taux est de 70 % pour la part du chiffre d'affaires majoré de 20 %.

L'article prévoit que la contribution due par chaque entreprise est déterminée au pro rata de son chiffre d'affaires entrant dans l'assiette de la contribution.

Il plafonne le montant de la contribution cumulée à celle prévue par l'article L. 138-10 à 15 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours de l'année écoulée au titre des médicaments en général. La contribution de l'article L. 138-5 est plafonnée à 10 % du chiffre d'affaires généré par les médicaments objets de l'assiette de la contribution.

L'instauration d'un mécanisme de réduction de la contribution

L'article prévoit un mécanisme de « transformation » de la contribution pour les entreprises redevables ayant conclu une convention avec le Comité économique des produits de santé pour la fixation du prix de l'ensemble des médicaments entrant dans le champ de la contribution. Ces entreprises pourront signer, avec le CEPS, un accord prévoyant le versement « sous forme de remise », de tout ou partie du montant dû au titre de la contribution.

Il prévoit également que si la somme des remises versées est supérieure à 90 % du total des montants dont elles sont redevables au titre de la contribution, elles sont exonérées de ladite contribution.

Le mécanisme est donc fortement incitatif à la conclusion d'un accord avec le CEPS.

L'appartenance des entreprises à un groupe

L'article règle le cas de l'appartenance des entreprises à un groupe dans les mêmes conditions pour la contribution instaurée par l'article L. 138-10.

Les conditions de versement

L'article prévoit que la contribution doit être réglée au plus tard le 1^{er} mars de l'année qui suit l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.

Il affecte le produit de la contribution et des remises à la CNAMTS et en confie le recouvrement aux Urssaf.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Sur proposition d'Olivier Véran, l'Assemblée nationale a adopté, outre quatre amendements rédactionnels ou de précision, deux amendements tendant à préciser les cas dans lesquels est calculé un montant prévisionnel de remise et à ne pas divulguer, *via* ce montant, le prix proposé par l'entreprise au CEPS.

III - La position de la commission

Le dispositif proposé par le projet de loi vise à prévenir ou à régler les cas d'échec des mécanismes de droit commun de fixation des prix des médicaments au sein du Comité économique des produits de santé, en créant une contribution spécifique applicable aux entreprises exploitant certains médicaments, selon un mécanisme comparable à celui de la contribution applicable à la progression du chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques qui n'ont pas passé convention avec le Comité économique des produits de santé, mais avec certaines spécificités.

Le dispositif ne vise que les médicaments destinés au traitement de l'hépatite C, au motif que les dépenses occasionnées pour le traitement de cette pathologie affectent particulièrement la norme de dépenses fixée pour l'assurance maladie dans le cadre de l'Ondam

Il n'est pas exclu que d'autres médicaments de spécialité puissent être commercialisés et remboursés à des prix manifestement trop élevés pour la collectivité. Si le Conseil constitutionnel a admis qu'une catégorie de contribuables puisse comporter un nombre très réduit d'entreprises, ce qui serait le cas de la présente contribution, l'arrivée sur le marché d'autres médicaments coûteux qui ne seraient pas soumis à cette contribution serait susceptible d'entraîner une rupture d'égalité devant les charges publiques.

L'article 34 de la Constitution dispose que la loi fixe les règles concernant « l'assiette, le taux et les modalités de recouvrement des impositions de toutes natures ».

En renvoyant, dans un second alinéa, à la Haute Autorité de Santé, le soin d'établir et d'actualiser la liste des médicaments concernés, le texte semble lui déléguer d'une part substantielle de la détermination de l'assiette, qui devrait relever, de façon suffisamment précise, de la loi.

Pour ce qui concerne les modalités de recouvrement, l'article prévoit un mécanisme de transformation de la contribution en remise, par le biais de la conclusion d'un accord entre l'entreprise et le comité économique des produits de santé « prévoyant le versement sous forme de remise (...) de tout ou partie du montant de la contribution ». Ce mécanisme s'accompagne d'une « ristourne » incitative de 10 % du montant de la contribution lorsqu'elle est acquittée sous forme de remise.

Ce mécanisme est comparable à celui du taux K puisque l'accord-cadre avec le CEPS garantit que le niveau de remises dues en cas de dépassement du taux K ne peut être supérieur au montant de la contribution qui aurait été dû en cas de non-conventionnement.

En 2014, la dépense représentée par le traitement de l'hépatite C, dans l'attente de la fixation du prix, devrait être supérieure à un milliard d'euros.

Sans préjuger du prix qui sera définitivement fixé au sein du CEPS, si l'on retient comme hypothèse un coût final de 800 millions d'euros pour l'assurance maladie, le produit de la contribution devrait être de 230 millions d'euros.

Le montant W fixé pour 2014 devrait donc se traduire par une contribution alors que le montant fixé pour 2015, 700 millions d'euros, ramène le dispositif vers un instrument de régulation.

Tout en partageant l'objectif poursuivi par cet article, votre commission s'interroge sur le mécanisme de « transformation » de contribution en remise. Elle juge préférable de maintenir une alternative entre la taxation et le cadre conventionnel. En conséquence, elle a adopté un amendement prévoyant la déduction des remises conventionnelles de la contribution.

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

*Article 4***Ajustement de la dotation de l'assurance maladie à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam) au titre de l'exercice 2015**

Objet : Cet article vise à réduire le montant de la dotation de l'assurance maladie à l'Oniam pour 2015 afin de tenir compte d'un moindre niveau de dépenses que celui initialement anticipé.

I - Le dispositif proposé

Créé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des accidents iatrogènes et des infections nosocomiales (Oniam) est un établissement public placé sous la tutelle du ministère de la santé et disposant de structures décentralisées, les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (CCI). Il a pour vocation d'assurer l'indemnisation, au titre de la solidarité nationale, des dommages occasionnés par la survenance d'un accident médical.

En application de l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, l'Oniam est notamment financé par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour sa mission d'indemnisation des accidents médicaux ainsi que des préjudices résultant de la contamination par les virus T-lymphotrophique humain (HTLV), de l'immunodéficience humaine (VIH), de l'hépatite C (VHC) et de l'hépatite B (VHB).

Au titre de l'année 2014, **cette dotation avait été initialement fixée à 138 millions d'euros** par l'article 63 de la loi de financement de la sécurité sociale. Les autres produits de l'Oniam, hors dotation de l'Etat, sont estimés à 16,5 millions d'euros.

Alors que les dépenses de l'Oniam pour la même année 2014 avaient été initialement estimées à 150,5 millions d'euros, elles devraient s'établir à hauteur de 137,2 millions.

Selon les informations transmises à votre rapporteur général par l'Oniam, cette modification de la prévision des dépenses s'explique essentiellement par une baisse de 19 %, par rapport à la même date de l'exercice précédent, du nombre des avis rendus par les CCI concluant à l'existence d'un aléa thérapeutique susceptible de faire l'objet d'une prise en charge par la solidarité nationale. Le nombre des avis reconnaissant la responsabilité de professionnels et d'établissements de santé, ce qui entraîne une prise en charge de la réparation des dommages par les sociétés d'assurances, est en revanche en progression de 6 %.

Par ailleurs, en raison d'un retard de communication de pièces complémentaires qui a entraîné un délai significatif dans la liquidation de certaines offres définitives, l'année 2014 a vu le paiement d'un nombre plus élevé d'offres provisionnelles que d'offres définitives¹.

Par ailleurs, en raison de l'arrivée récente sur le marché de nouveaux traitements pouvant amener à une guérison totale de l'infection par le virus de l'hépatite C, les montants affectés à l'indemnisation du VHC transfusionnel sont ramenés de 29 millions à 21 millions d'euros, soit une baisse de 8 millions d'euros.

Il est en conséquence proposé de **réduire de 20 millions la dotation de l'assurance maladie au titre de l'année 2014** et de la porter à 118 millions d'euros. Ce montant est inférieur aux dépenses de l'office en raison de l'importance de son fonds de roulement, qui s'élève à 73 millions d'euros en 2014, pour un niveau de réserves de 34 millions d'euros.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Votre commission prend acte de cette modification d'ordre comptable. Elle rappelle que la persistance de niveaux élevés de réserves ou de fonds de roulement, qui n'apparaissent pas en rapport avec la situation financière de l'assurance maladie dans certains des fonds ou organismes financés par elle, n'est pas de bonne gestion et devra être corrigée au cours des prochaines années.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

¹ Les offres définitives sont d'un montant plus élevé que les offres provisionnelles dans la mesure où elles retracent les postes indemnitaires les plus importants (assistance par une tierce personne, perte de gains professionnels futurs, etc.).

*Article 5***Rectification des prévisions de recettes, des objectifs de dépenses et des tableaux d'équilibre pour 2014**

Objet : Cet article a pour objet de rectifier pour 2014, exercice en cours, les prévisions de recettes et les tableaux d'équilibre, par branche, des régimes obligatoires de base et du régime général, ainsi que les tableaux d'équilibre des organismes concourant au financement de la sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé

Cet article fait partie des **dispositions devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale**, conformément à la loi organique du 2 août 2005.

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

(extraits du B du I)

B. - Dans sa partie comprenant les dispositions relatives à l'année en cours, la loi de financement de la sécurité sociale :

1° Rectifie les prévisions de recettes et les tableaux d'équilibre des régimes obligatoires de base et du régime général par branche, ainsi que des organismes concourant au financement de ces régimes ;

La particularité de cet article est qu'il opère ces rectifications par rapport à la loi du 8 août 2014 de financement rectificative pour 2014 qui a rectifié une première fois ces tableaux.

L'article propose trois tableaux, le premier pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, le deuxième pour le régime général, le troisième pour les organismes concourant au financement des régimes de la sécurité sociale.

La rectification des prévisions de recettes, des objectifs de dépenses et du tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale

La réduction annoncée du déficit en 2014 n'aura pas lieu. Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, le déficit rectifié pour 2014, imputable au régime général de sécurité sociale, devrait s'établir à 11,7 milliards d'euros, soit une dégradation de 1,6 milliard par rapport à la prévision de juillet.

(en milliards d'euros)

| Régimes obligatoires de base | Prévisions de recettes | | | Objectifs de dépenses | | |
|---------------------------------|------------------------|--------------|--------------|-----------------------|--------------|--------------|
| | LFSS 2014 | LFSS 2014 | LFSS 2015 | LFSS 2014 | LFSS 2014 | LFSS 2015 |
| Maladie | 188 | 186,9 | 186,4 | 194 | 193 | 193,8 |
| Vieillesse | 219,4 | 219 | 218,1 | 221 | 220,7 | 219,9 |
| Famille | 56,9 | 56,5 | 56,2 | 59,2 | 59,2 | 59,1 |
| AT-MP | 13,5 | 13,6 | 13,5 | 13,3 | 13,2 | 13,2 |
| Toutes branches hors transferts | 464,6 | 462,9 | 461,2 | 474,5 | 473 | 472,9 |

Par rapport à la loi de financement rectificative, les objectifs de dépenses sont tenus, les écarts très importants sur la maladie étant compensés par un écart de même ampleur sur la vieillesse. Les dépenses de la branche AT-MP sont conformes aux prévisions, tandis que celles de la branche famille sont légèrement inférieures aux prévisions de juillet.

Un écart significatif par rapport aux prévisions est observé en recettes, avec des recettes inférieures de 1,7 milliard par rapport à la prévision de juillet, elle-même révisée de 1,7 milliard à la baisse par rapport à la loi de financement. Cet écart en recettes porte sur la branche maladie (500 millions d'euros) mais surtout sur la branche vieillesse (900 millions d'euros).

(en milliards d'euros)

| Régimes obligatoires de base | Recettes | | Dépenses | |
|---------------------------------|------------|-------------|------------|-------------|
| | écart/LFSS | écart LFRSS | écart/LFSS | écart LFRSS |
| Maladie | -1,6 | -0,5 | -0,2 | 0,8 |
| Vieillesse | -1,3 | -0,9 | -1,1 | -0,8 |
| Famille | -0,4 | -0,3 | -0,1 | -0,1 |
| AT-MP | 0 | -0,1 | -0,1 | 0 |
| Toutes branches hors transferts | -3,4 | -1,7 | -1,6 | -0,1 |

Au total, le solde des régimes obligatoires de base se dégrade de 1,6 milliard d'euros par rapport aux prévisions de juillet, essentiellement sous l'effet de moindres recettes. Cette dégradation du solde est imputable à la branche maladie sous le double effet de recettes notablement moindres que prévues et de dépenses plus élevées.

Soldes des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

| | LFSS 2014 | LFSS 2014 | PLFSS 2015 | écart/LFSS | écart LFRSS |
|-------------------------------------|-----------|-----------|--------------|------------|-------------|
| Maladie | -6 | -6,1 | -7,4 | -1,4 | -1,3 |
| Vieillesse | -1,7 | -1,7 | -1,7 | 0 | 0 |
| Famille | -2,3 | -2,8 | -2,9 | -0,6 | -0,1 |
| AT-MP | 0,2 | 0,4 | 0,3 | 0,1 | -0,1 |
| Régimes obligatoires de base | -9,8 | -10,1 | -11,7 | -1,9 | -1,6 |

Le comportement des recettes est étroitement lié à la conjoncture. Les plus fortes variations par rapport aux prévisions concernent ainsi les prélèvements sur les revenus d'activité : les cotisations sociales (54,5 % des recettes en 2014) sont en recul de 1,4 milliard d'euros par rapport aux prévisions de recettes de juillet et le produit de la CSG est inférieur de 700 millions d'euros à ces mêmes prévisions (16 % des recettes).

Au total, la progression des recettes est de 2,53 % par rapport à 2013, contre 3,29 % prévus en loi de financement initiale.

| | Régimes de base | | | Évolution | |
|--|-----------------|--------------|--------------|-------------|-------------|
| | LFSS 2014 | PLFRSS 2014 | PLFSS 2015 | Écart LFSS | Écart LFRSS |
| (en milliards d'euros) | | | | | |
| Cotisations effectives | 252,7 | 253,1 | 251,7 | 0,4 | -1,4 |
| Cotisations prises en charge par l'État | 3,5 | 3,1 | 3,1 | -0,4 | 0 |
| Cotisations fictives d'employeur | 38,9 | 38,9 | 38,8 | -0,1 | -0,1 |
| Contribution sociale généralisée | 74,7 | 74,3 | 73,6 | -1,1 | -0,7 |
| Impôts, taxes et autres contributions sociales | 61,1 | 59,4 | | -1,9 | -0,2 |
| Transferts | 29,3 | 29,7 | 30 | 0,7 | 0,3 |
| Produits financiers | 0,1 | 0,1 | | -0,1 | -0,1 |
| Autres produits | 4,2 | 4,3 | 4,6 | 0,4 | 0,3 |
| Total | 464,6 | 462,9 | 461,2 | -3,4 | -1,7 |

Source : LFSS 2014 et PLFRSS 2014

La rectification des prévisions de recettes, des objectifs de dépenses et du tableau d'équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale

Pour le régime général, le déficit s'établit à 11,7 milliards d'euros, soit 1,9 milliards de plus que la prévision de juillet 2014. Cette dégradation du solde est largement imputable à des recettes inférieures de 2,2 milliards d'euros par rapport aux prévisions, tandis que les dépenses sont en ligne avec la loi de financement rectificative.

(en milliards d'euros)

| Régime général | Prévisions de recettes | | | Objectifs de dépenses | | |
|------------------------------------|------------------------|--------------|---------------|-----------------------|--------------|---------------|
| | LFSS 2014 | LFSS 2014 | PLFSS 2015 | LFSS 2014 | LFSS 2014 | PLFSS 2015 |
| Maladie | 163,8 | 162,7 | 161,4 | 169,8 | 168,8 | 168,8 |
| Vieillesse | 116 | 115,7 | 115,1 | 117,2 | 117 | 116,7 |
| Famille | 56,9 | 56,5 | 56,2 | 59,2 | 59,2 | 59,1 |
| AT-MP | 12,1 | 12,1 | 12 | 12 | 11,8 | 11,8 |
| Toutes branches hors transferts | 336,6 | 334,9 | 332,7 | 346,1 | 344,7 | 344,3 |

Les dépenses des différentes branches sont conformes aux prévisions de juillet avec une sous-exécution de 400 millions d'euros. En recettes, la réalisation est inférieure aux prévisions de 2,2 milliards d'euros.

Cet écart concerne toutes les branches et singulièrement la branche maladie qui enregistre de moindres recettes à hauteur de 1,3 milliard d'euros.

(en milliards d'euros)

| Régime général | Recettes | | Dépenses | |
|---------------------------------|---------------|-----------------|---------------|-----------------|
| | Écart LFSS | Écart LFRFSS | Écart LFSS | Écart LFRFSS |
| Maladie | -2,4 | -1,3 | -1 | 0 |
| Vieillesse | -0,9 | -0,6 | -0,5 | -0,3 |
| Famille | -0,7 | -0,3 | -0,1 | -0,1 |
| AT-MP | -0,1 | -0,1 | -0,2 | 0 |
| Toutes branches hors transferts | -3,9 | -2,2 | -1,8 | -0,4 |

Au total, le solde du régime général se dégrade de 1,9 milliard d'euros par rapport aux prévisions de juillet, essentiellement sous l'effet de moindres recettes. Cette dégradation du solde est imputable, pour la plus grande part à la branche maladie dont les recettes ont été notablement inférieures aux prévisions.

(en milliards d'euros)

| Régime général | Solde | | | | |
|---------------------------------|--------------|--------------|---------------|---------------|-----------------|
| | LFSS 2014 | LFSS 2014 | PLFSS 2015 | Écart LFSS | écart LFRFSS |
| Maladie | -6 | -6,1 | -7,3 | -1,3 | -1,2 |
| Vieillesse | -1,2 | -1,3 | -1,6 | -0,4 | -0,4 |
| Famille | -2,3 | -2,8 | -2,9 | -0,6 | -0,6 |
| AT-MP | 0,1 | 0,3 | 0,2 | 0,1 | 0,1 |
| Toutes branches hors transferts | -9,5 | -9,8 | -11,7 | -2,2 | -1,9 |

La rectification des recettes, des dépenses et du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

Ce tableau ne concerne *de facto* que le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) dont le déficit devrait s'élever à 3,4 milliards d'euros en 2014.

La loi de financement rectificative a **rectifié le solde à - 3,5 milliards** d'euros sous l'effet de recettes moins élevées que prévues (16,8 milliards d'euros contre 17 milliards d'euros), à prestations inchangées (20,4 milliards d'euros).

Les charges nettes du FSV sont très directement liées à la situation de l'emploi, 56 % étant liées à la prise en charge de cotisations au titre du chômage. Elles continuent à progresser en 2014, de 5,5 % en raison de l'augmentation du nombre de chômeurs pris en compte et de la hausse de la cotisation forfaitaire, mais restent conformes aux prévisions faites lors de la construction du projet de loi de financement.

Le présent article prévoit une nouvelle dégradation du solde négatif à 3,7 milliards d'euros, avec une prévision de recettes, actualisée à 16,9 milliards d'euros et des dépenses de 20,6 milliards d'euros.

Après une amélioration de 1,3 milliard d'euros en 2013, liée à la progression des recettes, le solde se dégraderait par conséquent de près de 800 millions d'euros en 2014.

La rectification de l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Cades

Le 4° du présent article rectifie à 12,7 milliards d'euros l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Cades contre 12,8 milliards d'euros pour l'objectif initial.

Cet objectif avait été révisé en loi de financement rectificative à hauteur de 300 millions d'euros supplémentaires.

Cet amortissement est égal à la différence entre le produit net attendu des ressources affectées à la Cades et le montant de ses frais financiers nets. Sur les 16 milliards de recettes affectées à la Cades, environ 3,5 milliards sont consacrés au paiement des intérêts. L'objectif d'amortissement est par conséquent lié à l'évolution des taux d'intérêt, d'une part, et au dynamisme des recettes, d'autre part.

Ces recettes se composent de la CRDS, de 0,48 point de CSG, de 1,3 point de prélèvement social sur les revenus du capital et du versement annuel effectué par le FRR. Cette diversification des prélèvements est intervenue en 2011, la CSG constituant 36 % des ressources de la Cades, contre 41 % pour la CRDS à hauteur de 6 milliards.

Ainsi que l'a souligné le premier président de la Cour des comptes lors de son audition, les taux d'intérêt actuels ont un effet anesthésiant pour la dette. Pour la Cades, ils s'établissent à 2,44 % en moyenne, ce qui devrait permettre de dégager des marges sur l'année 2014 à hauteur d'environ 200 millions d'euros.

En revanche, la Cades a observé, comme le régime général, un nouveau tassement en 2014, après celui observé en 2013, des recettes liées au prélèvement social sur les revenus du capital qui lui est affecté depuis 2011. A la fin mai 2014, la prévision de moindres recettes pour l'année s'élevait à 300 millions d'euros. L'érosion de cette ressource, constatée également pour le régime général conduisait à s'interroger sur le relèvement de l'objectif d'amortissement qui retrouve donc le niveau initialement fixé avec 100 millions d'euros de moins.

Les prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites

Conformément à la règle définie lors de l'examen de la loi portant réforme des retraites, les recettes courantes du Fonds de réserve pour les retraites ont été transférées au FSV et à la Cades pour contribuer au financement de la reprise des dettes de la Cnav et du FSV.

Pour l'année 2014, aucune recette n'était donc affectée au FRR, ce que le présent projet de loi laisse inchangé.

La mise en réserve de recettes par le FSV

Le 6° du présent article **fixe à zéro le montant des recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse.**

La loi portant réforme des retraites, votée en 2010, a confié au FSV la charge du financement, à compter de 2016, du maintien du bénéfice de l'âge d'annulation de la décote à 65 ans pour les parents de trois enfants les plus proches de l'âge de la retraite ainsi que pour les parents d'enfants handicapés. Les versements à ce titre doivent commencer en 2016.

Aux termes de l'article L. 135-3-1 du code de la sécurité sociale, l'équilibre financier de cette mesure devrait être assuré par la mise en réserve par le Fonds, au sein d'une section comptable spécifique (section 2), du produit issu de 0,5 point de forfait social, de 0,2 point des prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine et les produits de placement et des produits financiers résultant du placement des disponibilités excédant les besoins de trésorerie de la section.

En 2014, le rendement de ces produits, inscrit au présent article s'élevait à 100 millions d'euros, portant le total des sommes mises en réserves depuis 2011 à 1,05 milliard d'euros.

Comptes prévisionnels de la section 2 du FSV avant mesures de l'article 5

| (en millions d'euros) | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|----------------------------|------------|------------|------------|--------------|
| Charges | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Produits | 364 | 400 | 131 | 139 |
| <i>Forfait social</i> | 143 | 148 | 151 | 157 |
| <i>0,2 capital</i> | 221 | 252 | - 21 | - 18 |
| <i>Produits financiers</i> | 0 | 4 | 5 | 5 |
| Solde comptable | 364 | 404 | 136 | 144 |
| Réserves | 364 | 768 | 904 | 1 048 |

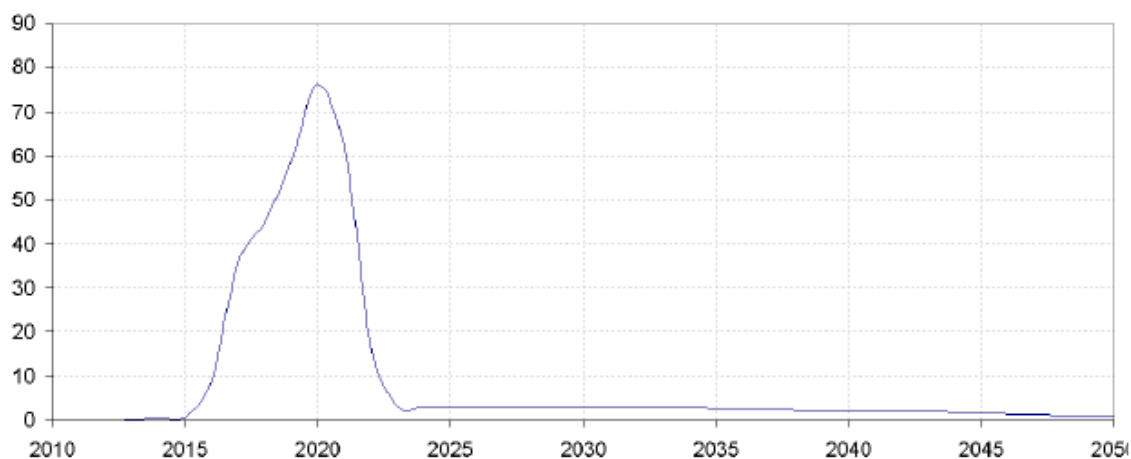
Source : Annexe 8 du PLFSS.

Le **II** de l'article supprime, à compter du 1^{er} janvier 2014, les produits affectés à la section 2 dont les recettes seront désormais uniquement constituées des produits financiers résultant du placement des disponibilités excédant les besoins de trésorerie de la section.

Le **III** de l'article supprime par conséquent la dernière ligne du tableau de l'article L. 137-16 qui prévoyait l'affectation à la section 2 d'une fraction de 0,5 point du forfait social. Le montant du forfait social ainsi réaffecté est estimé à 150 millions d'euros pour 2014.

Dans l'étude d'impact, le Gouvernement estime, d'après les chiffrages réalisés par la Cnav, la charge résultant pour le FSV de ces conditions dérogatoires d'annulation de la décote à 305 millions d'euros à l'horizon 2022 l'impact total de cette mesure et à 373 millions d'euros en 2050, date de son extinction. Le montant des réserves nécessaires à l'intégralité du financement serait donc plus qu'atteint à fin 2013.

Impact de la mesure dérogatoire pour les parents de 3 enfants et plus ayant interrompu leur activité sur les masses de prestations annuelles (en millions d'€ constants 2010)



Source : étude d'impact

Les ressources ainsi réaffectées à la section 1 du FSV doivent assurer le financement de deux mesures annoncées par le Gouvernement : la revalorisation du minimum vieillesse pour un montant d'environ 5,4 millions d'euros (8 euros pour environ 560 000 bénéficiaires) et le versement d'une somme de 40 euros aux retraités dont la pension est située sous le seuil de 1 200 € par mois, pour un montant global d'environ 240 millions d'euros.

Le **IV** de l'article complète l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale qui définit de façon limitative les avantages d'assurance vieillesse à caractère non-contributif relevant de la solidarité nationale que le FSV prend en charge.

Le **12° nouveau** de l'article L. 135-2 prévoit que le FSV prend en charge « *le financement d'avantages non contributifs, instaurés au bénéfice des retraités de l'ensemble des régimes, lorsque les dispositions les instituant le prévoient* ».

Alors que les avantages non-contributifs financés par le FSV sont limitativement énumérés, cette formulation suppose qu'une mesure pourrait être prise en charge simplement parce que le texte l'instituant le prévoit.

Cette formulation ne semble pas suffisamment respectueuse des prérogatives du Parlement et le FSV n'est pas dans une situation financière si florissante qu'il soit possible de mobiliser plus largement ses financements.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Sur proposition de Gérard Bapt, l'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel à cet article.

III - La position de la commission

La Commission prend acte de la gestion de la sécurité sociale pour l'année 2014.

Elle considère qu'il n'est pas opportun d'ouvrir plus largement le financement d'avantages non-contributifs par le FSV, dont le déficit s'est encore aggravé et qui ne reçoit pas de recettes nouvelles mais doit procéder par redéploiement pour financer des dépenses pérennes.

Elle propose de modifier cet article pour viser expressément la prime exceptionnelle versée aux retraités.

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 6
Rectification de l'Ondam 2014

Objet : Cet article rectifie le montant pour 2014 de l'Ondam et de ses sous-objectifs, pour une exécution globalement conforme, après mesures correctrices, aux objectifs fixés.

I - Le dispositif proposé

- Les dispositions de cet article font partie de celles devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale, conformément à l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale. Celui-ci prévoit en effet que, « dans sa partie comprenant les dispositions relatives à l'année en cours, la loi de financement de la sécurité sociale [...] rectifie l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base, ainsi que leurs sous-objectifs ayant été approuvés dans la précédente loi de financement de la sécurité sociale ».

- Le pilotage et le suivi de l'exécution de l'Ondam ont été améliorés au cours des dernières années, notamment sur la base des recommandations formulées en 2010 par le groupe de travail présidé par Raoul Briet sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie. Le caractère contraignant de l'Ondam a été renforcé par la **consolidation du pilotage infra-annuel** et par la mise en place d'un **encadrement pluriannuel** fixé par la loi de programmation des finances publiques.

Le **comité d'alerte** sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie, institué par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et dont le rôle a été notablement renforcé par la loi de financement pour 2011, rend ainsi un avis :

- dès lors qu'il considère qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'Ondam (le seuil au-delà duquel un risque de dépassement est considéré comme sérieux ayant été abaissé à 0,5 % par décret en 2013) ;

- à trois moments précis de l'année : au plus tard le 15 avril, il analyse les anticipations de réalisation de l'Ondam fixé pour l'année précédente ainsi que leurs conséquences sur le respect de l'Ondam en cours ; au plus tard le 1^{er} juin, il évalue le respect de l'Ondam pour l'exercice en cours ; au plus tard le 15 octobre, il contrôle les hypothèses de construction de l'Ondam envisagé pour les années à venir.

Par ailleurs, la loi de programmation des finances publiques pour les années 2012 à 2017¹ dispose en son article 10 qu'une partie des dotations relevant de l'Ondam, dont le montant ne peut être inférieur à 0,3 % de l'objectif voté, est **mise en réserve** au début de chaque exercice. En 2013 comme en 2014, **545 millions d'euros** ont ainsi été mis en réserve en début d'année.

¹ Loi n° 2012-1558 du 31 décembre 2012.

Les modalités de mise en réserve des crédits ont été sensiblement modifiées par l'article 60 de la loi de financement pour 2013. Celui-ci a en effet étendu ce dispositif, qui pesait auparavant sur les seules Migac et concernait donc principalement les établissements publics, à l'ensemble de la masse tarifaire hospitalière. L'article L. 162-22-9-1 du code de la sécurité sociale permet ainsi au Gouvernement de minorer les tarifs des prestations dans les établissements de santé par l'application d'un coefficient pouvant être différencié pour chaque catégorie d'établissements. En fin d'année et selon le niveau d'exécution de l'Ondam, tout ou partie du montant ainsi mis en réserve est reversé aux établissements. Pour l'année 2013, 115 millions d'euros avaient ainsi été prélevés sur les tarifs MCO par application aux établissements publics comme privés d'un coefficient minorateur de 0,35 % puis dégelés.

Par ailleurs, l'article 48 du présent projet de loi tend à étendre le mécanisme de réserve prudentielle aux établissements de santé privés, conventionnés avec l'assurance maladie et ayant une activité en soins de suite et de réadaptation ou en psychiatrie relevant de l'objectif quantifié national (OQN).

- Pour la cinquième année consécutive, les dépenses effectivement réalisées dans le champ de l'Ondam devraient être inférieures au montant voté en loi de financement initiale. Elles seront **conformes à l'objectif révisé à la baisse en loi de financement rectificative** pour tenir compte d'une sous-exécution prévisionnelle de 0,8 milliard d'euros, soit 178,3 milliards d'euros.

Selon le rapport de septembre 2014 de la commission des comptes de la sécurité sociale, la prévision de dépenses rectifiée doit cependant être revue à la hausse d'environ 100 millions euros du fait de plusieurs éléments nouveaux concernant à la fois les réalisations au titre de 2013 et la dynamique des dépenses au cours des premiers mois de l'année 2014.

Plusieurs postes de dépenses de ville ont en effet augmenté plus rapidement que prévu, notamment les indemnités journalières (en raison d'une hausse du nombre des arrêts de travail) et les médicaments (principalement en raison de la diffusion des nouveaux traitements contre l'hépatite C) ; ainsi, sans mesures correctrices, les dépenses de soins de ville devraient être supérieures de 400 millions au sous-objectif rectifié. Ce dépassement devrait être atténué de 100 millions d'euros par la mise en œuvre, notamment, de l'instauration du mécanisme de régulation des dépenses de médicaments contre l'hépatite C.

S'agissant des **dépenses des établissements de santé**, il semble notamment que les dépenses de la liste en sus seraient en net dépassement des prévisions. Un dépassement de 230 millions sur les dépenses MCO des établissements anciennement sous dotation globale serait cependant compensé par une sous-exécution des dépenses prévisionnelles des cliniques privées de l'ordre de 40 millions d'euros. Les mises en réserve hospitalières

effectuées au début de l'année seront partiellement utilisées, ainsi que la correction d'une erreur d'imputation dans ce sous-objectif, permettront d'aboutir à une sous-exécution de 50 millions d'euros du sous-objectif relatif aux établissements de santé.

L'Ondam **médico-social**, qui regroupe les deux sous-objectifs relatifs aux contributions de l'assurance maladie aux établissements pour personnes âgées et handicapées, constitue une enveloppe fermée qui ne peut être dépassée. Il représente 17,6 milliards d'euros en 2013, soit **une légère sous-consommation de l'objectif fixé**. Les mises en réserves effectuées sur ces deux sous-objectifs pour un montant de 99 millions d'euros seront restituées à l'assurance maladie.

Au total, **après application de mesures correctrices, l'exécution de l'Ondam 2014 devrait être conforme à la prévision de dépenses rectifiée.**

Réalisations prévisionnelles dans le champ de l'Ondam 2014

| | 2013 | 2014 | | | <i>(en milliards d'euros)</i> | |
|--|-------------------------------------|----------------------|----------------------------|-----------------------|-------------------------------|---------------------------|
| | Réalisations ramenées au champ 2014 | Objectif voté (LFSS) | Objectif rectifié (PLFRSS) | Prévision d'exécution | Evolution 2013-2014 | Ecart à l'objectif arrêté |
| Soins de ville | 78,6 | 81,2 | 80,7 | 80,9 | 3,0 % | 0,3 |
| Etablissements de santé | 73,6 | 75,5 | 75,2 | 75,1 | 2,1 % | - 0,1 |
| Etablissements et services médico-sociaux | 17,1 | 17,6 | 17,6 | 17,5 | 2,2 % | - 0,1 |
| <i>Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées</i> | 8,4 | 8,6 | 8,6 | 8,5 | 1,7 % | - 0,1 |
| <i>Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées</i> | 8,7 | 9,0 | 9,0 | 9,0 | 2,7 % | 0,0 |
| Fonds d'intervention régional | 2,9 | 3,2 | 3,1 | 3,0 | 4,2 % | - 0,1 |
| Autres prises en charge | 1,6 | 1,7 | 1,7 | 1,7 | 5,8 % | 0,0 |
| Ondam total | 173,8 | 179,2 | 178,3 | 178,3 | 2,6 % | 0,0 |

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Votre commission prend acte de ces rectifications, qui résultent de la gestion de la sécurité sociale pour l'année 2014. Elle souligne l'absence de marge de manœuvre sur l'Ondam 2014, dont l'évolution a finalement atteint 2,6 % par rapport à l'année 2013. Un pilotage infra-annuel rigoureux sera dès lors indispensable pour atteindre les objectifs fixés pour l'année 2015.

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

TROISIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2015

TITRE 1^{ER}

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE

CHAPITRE 1^{ER}

Rationalisation de certains prélèvements au regard de leurs objectifs

Article 7

(art. L. 130-1, L. 131-1, L. 131-1-1 [nouveau], L. 131-2, L. 131-3, section II du chapitre Ier du titre III du livre Ier, art. L. 133-10, L. 136-2, L. 136-5, L. 136-8, L. 137-11-1, L. 241-3, L. 242-13, L. 243-2, L. 244-1, L. 244-11, L. 244-14 et L. 612-9 du code de la sécurité sociale, art. L. 14-10-4 du code de l'action sociale et de la famille, art. 154 quinquies du code général des impôts, art. L. 761-10 du code rural et de la pêche maritime et art. 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996)

Prélèvements sociaux applicables aux revenus de remplacement

Objet : Cet article modifie les seuils d'assujettissement à la CSG sur les revenus de remplacement et procède à des modifications techniques sur les procédures de recouvrement.

I - Le dispositif proposé

Dispositions relatives au recouvrement

L'article procède à un regroupement et à une actualisation des règles relatives au recouvrement des cotisations et contributions sociales sur l'ensemble des revenus de remplacement, auparavant fixées par catégories de revenus, et désormais regroupées dans la section 1 du chapitre I^{er} du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale.

Les articles L. 131-2 et L. 131-3 relatifs aux cotisations sociales sur les revenus de remplacement sont regroupés au sein de cette section. Les différentes références, notamment aux dispositifs de cessation progressive d'activité, sont actualisées à la suite de la nouvelle codification du code du travail ainsi que du code rural et de la pêche maritime.

Créé par le 4° du I, l'article L. 131-1 fixe une règle générale de précompte des cotisations et contributions par l'organisme débiteur des avantages de retraite et d'invalidité, les indemnités journalières, les allocations de chômage, de préretraite ou issues d'autres mécanismes de cessation anticipée d'activité.

Par coordination, le V de l'article modifie l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale relatif au précompte par l'organisme débiteur de la CRDS sur les revenus de remplacement pour opérer un renvoi à l'article L. 131-1 du code de la sécurité sociale. Le dernier alinéa de l'article L. 612-9 est abrogé ainsi que les trois premières phrases de l'article L. 136-5.

Le contenu de l'actuel article L. 130-1 est déplacé dans un nouvel article L. 133-10 au sein d'une nouvelle section 6 consacrée aux règles d'arrondis.

Les K et L du I modifient les articles L. 244 et L. 244-1 relatifs aux contentieux et pénalités, ainsi que le L. 244-14 pour viser d'une façon générale « le cotisant ».

Dispositions relatives au taux de CSG

• *La CSG sur les revenus de remplacement, une assiette et des taux dérogatoires*

Le rendement de la CSG nette, produit de quatre impôts juridiquement distincts et de neuf taux différents, a représenté 90,8 milliards d'euros en 2013, dont 16,9 milliards, soit 18,6 %, sur les revenus de remplacement.

Les revenus de remplacement sont soumis à des taux et une assiette dérogatoires.

Lors de la création de la CSG, en 1991, un mécanisme **d'exemption d'assiette** a d'emblée été prévu pour les allocations de chômage et les pensions de retraite dont le montant était **inférieur au seuil d'assujettissement à la taxe d'habitation** pour les personnes de plus de 60 ans. Cette exemption d'assiette concernait 4,7 des 12,6 millions de foyers pensionnés en 2012. Un mécanisme spécifique permet également, depuis l'origine, d'éviter que la CSG ne diminue le montant de l'allocation de chômage en deçà du SMIC brut mensuel.

A l'occasion de la deuxième hausse du taux de la CSG, en 1997, un **taux réduit** a été mis en place pour les allocations de chômage et les pensions de retraite des personnes redevables d'un **montant d'impôt inférieur au seuil de mise en recouvrement**. 2 millions de foyers étaient concernés par ce taux réduit en 2012.

Dans son rapport annuel 2013, la Cour des comptes évalue à 8 milliards d'euros la perte de recettes liées à ces dérogations : 3,4 milliards du fait de l'exonération totale de pensions, 1,3 milliard du fait du taux réduit, 1,3 milliard du fait de la différence de taux entre actifs et retraités imposables, 2 milliards d'euros pour les régimes de réduction ou d'exonération des indemnités journalières et des allocations de chômage.

Ces différences de taux et d'assiette expliquent que le taux effectif de CSG appliqué aux pensions représente moins d'un tiers (2,33 %) de celui appliqué aux revenus des salariés du secteur privé (7,23 %).

Ces mécanismes, combinés à ceux du même type mis en place pour la CRDS et la Casa, créent d'importants effets de seuil pour les retraités à faibles revenus : 4,3 % de la pension lors du passage de l'exemption d'assiette au taux réduit auquel s'ajoute la perte d'exonération de la taxe d'habitation, 3,1 % lors du passage du taux réduit au taux normal. Dans ce dernier cas, la modification de la part déductible de la CSG peut conduire l'année suivante, pour un même revenu, à repasser au taux réduit.

Prélèvements sociaux actuellement applicables aux revenus de remplacement

| | Critère | CSG | CSG déductible | CASA | CRDS |
|----------------------|--|---|----------------|-------|-------|
| Exemption d'assiette | Assujettissement à la taxe d'habitation : revenu fiscal de référence inférieur à 10 224 € pour la 1 ^{ère} part + 2 839 € pour chaque ½ part supplémentaire | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Taux réduit | Revenu supérieur à 10 224 € et non-assujettissement à l'IR (ou impôt inférieur au seuil de mise en recouvrement (61 €)) | 3,8 % | 3,8 % | 0 | 0,5 % |
| Taux normal | Impôt supérieur au seuil de mise en recouvrement (revenus 2012 supérieurs à 12 144 euros hors réduction d'impôt) | Allocations de chômage, indemnités journalières | | | |
| | | 6,2 % | 3,8 % | 0 | 0,5 % |
| | | Pensions de retraite et d'invalidité | | | |
| | | 6,6 % | 4,2 % | 0,3 % | 0,5 % |

L'étude d'impact de l'article souligne que deux retraités aux revenus identiques peuvent avoir des taux de CSG différents, sous l'effet de réductions d'impôts et que près d'un retraité sur dix connaît un changement de taux de CSG d'une année sur l'autre.

- *La détermination du taux applicable sur le critère du revenu fiscal de référence*

L'article propose de **considérer le seul revenu fiscal de référence pour la détermination du taux de CSG applicable**, en le déconnectant du seuil d'assujettissement à la taxe d'habitation pour l'exemption d'assiette et du seuil de mise en recouvrement pour le taux réduit.

Le **F du I** de l'article modifie l'article L. 136-8, au 1°, relatif au taux applicable aux allocations de chômage et aux indemnités journalières, et au 2°, relatif au taux applicable aux pensions de retraite et d'invalidité, du II pour définir le taux réduit et le taux normal et renvoyer au III les conditions dans lesquelles ils trouvent à s'appliquer.

Le **III** définit les seuils d'application du taux réduit et du taux normal conformément au tableau ci-dessous. Des seuils spécifiques, plus élevés, sont définis pour les départements d'outre-mer.

Prélèvements sociaux après application du critère du revenu fiscal de référence

| | Critère | CSG | CSG déductible | CASA | CRDS |
|----------------------|---|------------------------|----------------|-------|-------|
| Exemption d'assiette | Revenu fiscal de référence inférieur à 10 633 € pour la 1 ^{ère} part + 2 839 € pour chaque ½ part supplémentaire | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Taux réduit | Revenu fiscal de référence supérieur à 10 633 € pour la 1 ^{ère} part + 2 839 € pour chaque ½ part supplémentaire et inférieure à 13 900 € | 3,8 % | 3,8 % | 0 | 0,5 % |
| Taux normal | Revenu fiscal de référence supérieur à 13 900 € pour la 1 ^{ère} part + 26,7 % (3 711 €) pour chaque ½ part supplémentaire | Allocations de chômage | | | |
| | | 6,2 % | 3,8 % | 0 | 0,5 % |
| | | Pensions de retraite | | | |
| | | 6,6 % | 4,2 % | 0,3 % | 0,5 % |

Pour ce qui concerne **l'assujettissement au taux normal**, le seuil est fixé à 13 900 euros de revenu fiscal de référence, soit une augmentation de 14 %.

Alors que le seuil actuel d'application du taux normal correspond au niveau de pension médian, 12 144 euros, soit 1 248 euros mensuels, le seuil proposé par l'article 7, 1 456 euros mensuels, est plus proche du SMIC brut.

Le D du I modifie les 1° et 2° de l'article L. 136-2 relatif à **l'exemption d'assiette**. Le seuil est relevé de 4 %, comme le seuil d'assujettissement à la taxe d'habitation, ce qui aura pour effet d'augmenter le nombre de foyers bénéficiaires. Cette augmentation n'est pas chiffrée par l'étude d'impact du projet de loi.

Le II de l'article modifie l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles pour appliquer ces taux à la contribution de solidarité pour l'autonomie (Casa).

Le III de l'article modifie par coordination l'article 154 *quinquies* du code général des impôts relatif à la déductibilité de la CSG.

- *Un relèvement du seuil cumulatif avec la réduction exceptionnelle d'impôt sur le revenu pour certains bénéficiaires*

Adoptée en loi de finances rectificative pour 2014, une réduction forfaitaire d'impôt sur le revenu de 350 euros pour une personne seule est accordée aux foyers dont le revenu fiscal de référence est inférieur à 14 145 euros. Cette mesure produit un effet maximal jusqu'à un revenu fiscal de référence de 13 795 euros et fait l'objet d'un lissage au-delà.

La réduction d'impôt exceptionnelle applicable aux revenus de 2013 aurait dû se traduire en 2015 par la hausse du nombre de personnes bénéficiant de la CSG à taux réduit et de l'exonération de la Casa, le critère applicable étant celui de l'impôt acquitté. **La perte de recettes pour la sécurité sociale était estimée, par le rapport de la commission des finances de l'Assemblée nationale, à 700 millions d'euros au titre de la CSG et de 65 millions d'euros au titre de la Casa, pour l'année 2015.**

Le dispositif proposé par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 étant applicable « *aux revenus de remplacement dus au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2015* », la réduction d'impôt instaurée par la loi de finances rectificative pour 2014 n'a plus d'incidence directe sur les recettes de CSG et de Casa en 2015.

En fixant à 13 900 euros de revenu fiscal de référence le seuil de passage au taux normal, la mesure permet aux foyers fiscaux de chômeurs et de retraités dont le revenu est inférieur à ce montant, de **bénéficier de manière cumulative de la mesure de réduction d'impôt exceptionnelle et du taux réduit de CSG.**

Dans son étude d'impact, le Gouvernement estime que la réforme proposée devrait se traduire par le passage au taux réduit de 3,8 % pour 700 000 personnes qui étaient assujetties au taux normal auparavant, soit 3 % des titulaires de revenus de remplacement. Ces personnes sont situées pour 80 % d'entre elles dans les troisième, quatrième et cinquième déciles ; le gain moyen s'établirait à 46 euros par ménage, soit environ 34 euros par personne et 408 euros par an en moyenne et un coût global de 285 millions d'euros. En effet, pour tous les ménages ne bénéficiant pas de réductions d'impôt, quelle que soit la configuration du foyer fiscal, le nouveau critère est plus favorable que l'actuel.

Les personnes devenues non imposables du fait de la réduction d'impôt, mais dont le revenu fiscal de référence est supérieur à 13 900 euros (majoré le cas échéant de 3 711 euros par demi-part supplémentaire), ne bénéficieront pas de la baisse du taux de CSG qui leur aurait profité en l'absence de la réforme de la CSG à taux réduit : elles ont bénéficié de l'avantage en impôt, pour celles dont le revenu fiscal de référence est inférieur à 14 145 euros, mais leur situation à l'égard du taux de CSG sera inchangée par rapport à 2014.

Dans son étude d'impact, le Gouvernement estime que 460 000 personnes, un peu moins de 2,3 % des bénéficiaires de revenus de remplacement, réparties entre les quatrième et dixième déciles, et dont le montant de pension brut est supérieur à 1 456 euros par mois pour un célibataire, perdront le bénéfice du taux réduit de CSG et ne seront plus exonérées de CASA alors qu'elles en bénéficiaient précédemment sous l'effet de réductions d'impôt. Comme indiqué précédemment, le passage du taux réduit au taux normal se traduit par une perte de 3,1 % du montant total de la pension. La perte qui en résulte s'élèverait en moyenne à 66 euros par ménage (soit environ 46 euros par personne et 540 euros par an).

Le V de l'article prévoit que les seuils sont fixés pour l'année 2015. Ils seront revalorisés chaque année en fonction de l'évolution des prix à la consommation hors tabac. Ils ne seront donc plus liés à l'évolution du seuil d'assujettissement à l'impôt sur le revenu.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale, sur proposition de Gérard Bapt, a adopté six amendements rédactionnels ou de précision à cet article.

III - La position de la commission

Un changement de référence nécessaire pour le bénéfice du taux réduit

Le choix de retenir un critère stable, le revenu fiscal de référence, pour l'assujettissement au taux réduit de CSG est une mesure de clarification qui permet d'éviter les changements de taux d'une année sur l'autre sans variation significative du revenu. Pour les personnes concernées, elle améliore aussi la prévisibilité de l'impôt.

Si l'on considère les mesures proposées par le Gouvernement qui visent à faire « sortir de l'impôt » un nombre significatif de foyers imposables, **cette mesure est même indispensable à la préservation des recettes de la sécurité sociale**, qui se trouverait privée par cette disposition de la loi de finances rectificative d'août 2014, de quelque 700 millions d'euros de CSG.

Une mesure de pouvoir d'achat pour les retraités à faible revenu

Ce dispositif est, dans le même temps, une mesure de pouvoir d'achat au bénéfice des titulaires de revenus de remplacement.

Le passage du taux normal au taux réduit se cumule pour les ménages pensionnés avec la mesure de réduction de l'impôt sur le revenu et avec la prime exceptionnelle prévue par le présent projet de loi.

Comme l'indique l'étude d'impact, le dispositif précédent retenait de facto comme seuil, hors réduction d'impôt, un montant (12 144 euros) proche du **niveau médian des pensions** conduisant à ce que la moitié des retraités bénéficient du taux réduit ou de l'exonération. Le nouveau seuil est équivalent au niveau du Smic brut en 2014. **Pour un même niveau de revenu, un actif serait taxé à 8 % de CSG-CRDS et un pensionné à 4,3 %, soit un différentiel de 3,7 % contre 0,9 % actuellement.**

Si l'on s'en tient au chiffrage du Gouvernement, soit un coût de 285 millions d'euros pour les personnes passant du taux normal au taux réduit et une recette de 254 millions d'euros pour les personnes passant du taux réduit au taux normal, sans chiffrage pour les personnes passant du taux réduit à l'exonération, la réforme a un coût de l'ordre de 31 millions d'euros pour la sécurité sociale.

La commission vous propose d'adopter un amendement de coordination à cet article.

Article 8

(art. L.311-3 du code de la sécurité sociale, art 13 de la loi n° 98-546 du 2 juillet 1998 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier)

Affiliation des personnes participant de façon occasionnelle à des missions de service public et suppression de l'exonération de cotisations sociales des indemnités versées aux élus de chambres d'agriculture et de métiers et des indemnités versées aux administrateurs ayant la qualité de travailleur indépendant élus des organismes de sécurité sociale

Objet : Cet article modifie les règles d'affiliation des personnes participant de façon occasionnelle à des missions de service public et supprime des exonérations de cotisations pour certaines fonctions électives.

I - Le dispositif proposé

Collaborateurs occasionnels du service public

L'ensemble des rémunérations perçues en lien avec l'exercice d'une activité professionnelle est assujéti à cotisations et doit donner lieu à une affiliation préalable à un régime de sécurité sociale, y compris lorsque l'activité est exercée à titre occasionnel et que la personne concernée est déjà affiliée à un régime de sécurité sociale.

Dans ce dernier cas, le code de la sécurité sociale prévoit, au 21° de l'article L. 311-3, introduit par la loi de financement pour la sécurité sociale pour 1999, des modalités particulières d'affiliation pour les « collaborateurs occasionnels du service public » (COSP) définis comme « *les personnes qui exercent à titre occasionnel pour le compte de l'État, d'une collectivité territoriale ou d'un de leurs établissements publics administratifs, d'une autorité publique indépendante dotée de la personnalité morale ou d'un organisme privé chargé de la gestion d'un service public à caractère administratif ou d'un organisme privé chargé de la gestion d'un service public à caractère administratif, une activité dont la rémunération est fixée par des dispositions législatives ou réglementaires ou par décision de justice* ». La liste en est fixée par un décret du 17 janvier 2000.

Ce dispositif permet à l'employeur de déclarer les sommes versées aux URSSAF en bénéficiant d'un abattement de 20 % sur les cotisations patronales. Si le COSP est un travailleur indépendant, il peut déclarer la somme versée au régime social des indépendants (RSI), afin d'éviter une double affiliation.

Pour les activités ne figurant pas dans le décret, qui se sont développées depuis, les URSSAF déterminent un régime d'affiliation qui peut poser des difficultés à la personne concernée en l'obligeant à des démarches complexes pour des sommes qui ne relèvent pas de son activité principale. La présentation de l'impact financier de la mesure laisse même

supposer qu'en l'absence de solution, certaines sommes ne sont pas soumises à cotisations comme les indemnités compensatrices pour pertes de revenus et vacations versées aux membres des comités de protection des personnes qui évaluent les protocoles de test de nouveaux médicaments sur des personnes ou les indemnités pédagogiques versées par les universités aux médecins accueillant dans leur cabinet des étudiants en médecine stagiaires, ce qui représente une assiette de 23,7 millions d'euros.

L'article 8 propose une nouvelle rédaction du 21° de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale qui vise « *les personnes qui contribuent à l'exécution d'une mission de service public à caractère administratif pour le compte d'une personne publique ou privée, lorsque cette activité revêt un caractère occasionnel* ».

Les conditions actuelles d'affiliation au régime général sont maintenues mais l'article prévoit que lorsque l'employeur principal maintient tout ou partie de la rémunération, les sommes correspondantes peuvent, avec l'accord de l'ensemble des parties, lui être versées. Cette faculté déroge au principe selon lequel l'employeur à l'origine du versement des sommes doit précompter les cotisations. Elle est comparable au dispositif mis en place pour les membres du conseil ou administrateurs salariés des organismes de sécurité sociale qui remboursent aux employeurs les salaires maintenus pendant le temps consacré à leurs fonctions (article L. 231-12).

L'article préserve également la possibilité pour les non-salariés d'intégrer les sommes reçues dans leurs revenus professionnels au sein du régime dont ils relèvent.

Un décret précisera les possibilités d'affiliation ouvertes en fonction de la nature des activités concernées.

Suppression des exonérations sur les indemnités électives

Par analogie avec les indemnités versées aux élus locaux, les indemnités versées aux élus des chambres d'agriculture et de métiers, ainsi que celles versées aux administrateurs élus des organismes de sécurité sociale lorsqu'ils ont la qualité de travailleur indépendant, bénéficient, en application de la loi du 2 juillet 1998 portant diverses mesures d'ordre économique et financier, d'une exonération de cotisations de sécurité sociale. Elles sont soumises à la CSG-CRDS.

Les indemnités versées aux élus locaux étant, en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, soumises à cotisations sous certaines conditions de montant ou de cessation d'activité, l'article supprime cette exonération.

Le tableau suivant fait apparaître un montant moyen de 522 euros d'indemnités, auquel serait appliqué un taux de 36,8 %, soit une recette de 2,8 millions d'euros.

| Organismes | Effectif | Assiette en millions d'euros |
|--|---------------|------------------------------|
| Chambres de commerce et d'industrie | 5 150 | 2 |
| Chambres d'agriculture | 4 200 | 1,4 |
| Chambres des métiers et de l'artisanat | 3 000 | 1,2 |
| RSI | 1 000 | 3,1 |
| CNAVPL | 250 | |
| CNBF | 40 | |
| MSA | 1 100 | |
| Total | 14 740 | 7,7 |

L'ensemble des dispositions de l'article s'applique au 1^{er} janvier 2015.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté trois amendements rédactionnels à cet article présentés par Gérard Bapt ainsi qu'un amendement du Gouvernement de coordination avec le code rural et de la pêche maritime.

III - La position de la commission

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

Article 8 bis (nouveau)

(art. L. 161-1-1, L. 161-6, L. 171-3, L. 171-6 [nouveau], L. 325-1, L. 613-2, L. 613-4, L. 6113-5, L. 613-6, L. 613-7, L. 613-7-1, L. 622-10 du code de la sécurité sociale, L. 732-9 et L. 761-3 du code rural et de la pêche maritime)

**Aménagement des dispositions de la loi du 18 juin 2014
relative à l'artisanat, au commerce et aux très petites entreprises**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit la possibilité pour les travailleurs indépendants pensionnés ou pluriactifs de conserver leur affiliation au RSI ou au régime général pour les prestations en nature d'assurance-maladie.

I - Le dispositif proposé

L'Assemblée nationale a adopté un amendement présenté par le Gouvernement, reprenant un amendement initialement proposé par Dominique Orliac, au nom du groupe RRDP mais qui tombait sous le coup de l'article 40.

Cet amendement apporte plusieurs aménagements et précisions aux règles définies par la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 relative à l'artisanat, au commerce et aux très petites entreprises, dite « loi ACTPE », qui a mis en place le nouveau régime simplifié (ex régime des autoentrepreneurs) applicable à compter du 1^{er} janvier 2015. La loi ACTPE permet notamment aux bénéficiaires du régime simplifié d'opter pour le paiement de la cotisation minimale applicable aux travailleurs indépendants du régime de droit commun afin d'acquiescer des droits supplémentaires.

L'amendement simplifie les règles applicables à la polyactivité ou à des situations de pluriaffiliation et étend la faculté d'opter pour une cotisation minimale ouverte par la loi aux bénéficiaires du régime simplifié à d'autres catégories, dont les bénéficiaires du RSA.

Le 1^o de l'article modifie l'article L. 171-3 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la loi ACTPE, qui prévoit actuellement que les personnes qui exercent simultanément une activité non salariée agricole et une activité non salariée non-agricole sont affiliées au régime dont relève leur activité principale. Il renvoie au décret la détermination des conditions dans lesquelles elles ne relèvent que d'un seul régime.

Le 2^o de l'article ajoute un article L. 171-6 pour prévoir des règles de coordination entre régimes d'assurance-maladie et maternité pour les personnes n'exerçant pas d'activité professionnelle les assujettissant à un régime de sécurité sociale qui ont relevé de régimes différents ou sont pluri-pensionnées.

Le 3° de l'article modifie l'article L. 613-2 qui définit les exceptions à l'affiliation à la branche maladie et maternité du RSI pour supprimer, parmi les cas limitativement énumérés, la référence aux travailleurs indépendants relevant du régime simplifié « tant qu'ils n'ont pas déclaré un montant positif de chiffres d'affaires ou de recettes ».

En conséquence, le 8° abroge l'article L. 622-10 dans sa rédaction résultant de la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 qui prévoit l'affiliation simultanée aux branches maladie et vieillesse du régime des travailleurs indépendants des personnes n'ayant pas déclaré un montant positif de chiffre d'affaires.

Le 4° modifie le second alinéa de l'article L. 613-4 dans sa rédaction résultant de la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 pour faire du choix du régime non plus une disposition dérogatoire, mais la règle, dans des conditions fixées par décret.

Le 5° abroge les articles L. 161-6, L.613-5 et L.613-6 qui prévoient qu'un assuré qui a des droits ouverts dans plusieurs régimes d'assurance vieillesse continue à relever, pour la maladie, du régime auquel il était rattaché lors de sa cessation d'activité. Le 10° supprime par coordination la référence à l'article L. 161-6 à l'article L. 325-1.

Le 6° de l'article modifie l'article L. 613-7 dans sa rédaction résultant de la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 en renvoyant au décret pour la détermination du régime dans lequel est ouvert le droit aux prestations d'assurance-maladie pour les personnes bénéficiaires d'un avantage de retraite ou d'une pension d'invalidité exerçant une activité professionnelle qui cotisent aux deux régimes, celui dont elles relèvent au titre de leur pension et celui dont elles relèvent au titre de leur activité professionnelle.

Le 7° modifie l'article L. 613-7-1 dans sa rédaction résultant de la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 pour prévoir que les bénéficiaires du RSA peuvent demander à acquitter une cotisation minimale.

Le 9° modifie l'article L. 161-1-1 et renvoie au décret pour définir les conditions dans lesquelles les cotisations dues par les bénéficiaires de l'aide à la création ou à la reprise d'entreprise (ACCRE) font l'objet d'une régularisation au titre de la période courant à compter de la date à laquelle ils ont dépassé les seuils et perdu le bénéfice de l'exonération.

Le II de l'article adapte par coordination des dispositions du code rural et de la pêche maritime.

II - La position de la commission

Cet article vise à permettre aux travailleurs indépendants pluriactifs ou pensionnés de bénéficier, sur option, des prestations en nature de l'un ou l'autre des régimes d'assurance maladie, RSI ou régime général.

Il ouvre plus largement le droit d'option pour la cotisation minimale applicable au sein du régime des travailleurs indépendants qui peut permettre d'ouvrir des droits à certaines catégories de personnes bénéficiant d'une exonération de cotisations ou du paiement de cotisations réduites.

Il soulève des enjeux de coordination entre les régimes et des enjeux d'information des bénéficiaires pour l'exercice de leur droit d'option.

Votre commission propose d'adopter un amendement de coordination à cet article.

Article 8 ter (nouveau)

**Réduction forfaitaire de cotisation
bénéficiant aux particuliers-employeurs**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, double le montant de la réduction forfaitaire de cotisations par heure travaillée pour les particuliers employeurs pour la garde d'enfants sous réserve d'un recours à la PAJE emploi.

I - Le dispositif proposé

Cet article résulte d'un amendement du Gouvernement adopté par l'Assemblée nationale.

La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale avait initialement adopté un amendement prévoyant le doublement de la réduction forfaitaire par heure travaillée pour les particuliers employeurs.

Il faut rappeler que, lors de l'examen du projet de loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014, votre commission, puis le Sénat, avaient adopté un amendement similaire sur proposition de notre collègue rapporteur général, Yves Daudigny.

Contraint par le Gouvernement à rejeter le texte par une deuxième délibération, le Sénat n'avait pu mettre cette disposition en navette. Reprise par l'Assemblée nationale avec une distinction selon les types d'activités concernés (garde d'enfants, personnes faiblement dépendantes), elle a été déclarée non-conforme à la Constitution par le Conseil constitutionnel en application de la règle de l'entonnoir.

Cet amendement avait pour objet de compenser l'impact pour les particuliers employeurs de la suppression de l'abattement de 15 points sur les cotisations sociales, suivie de la suppression de la possibilité d'acquitter les cotisations sur une base forfaitaire.

Le Gouvernement, qui avait estimé cette mesure à 150 millions d'euros en juillet, la chiffre désormais à 200 millions d'euros et ne souhaite pas aller jusqu'à ce niveau de dépenses.

Il a donc proposé à l'Assemblée nationale un amendement alternatif à celui proposé par la commission des affaires sociales qui a conduit à l'adoption du dispositif suivant :

- la réduction de 75 centimes par heure travaillée reste inchangée ;
- elle est portée, pour les activités de garde d'enfants de 6 à 14 ans, à 1,5 euro sous réserve d'un nombre d'heures fixé par décret, qui devrait être de 40 heures par mois, et d'un recours à mode de déclaration spécifique, la « Pajemploi » ;
- la réduction reste fixée à 3,70 euros par heure travaillée dans les départements d'outre-mer, conformément à l'article 27 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

II - La position de la commission

Votre commission rappelle que les mesures d'allègements de cotisations consenties aux particuliers-employeurs avaient pour objectif premier de structurer le secteur des emplois à domicile en favorisant l'emploi déclaré.

Dans la fiche consacrée à ce dispositif à l'annexe 5 du projet de loi de financement de la sécurité sociale, l'objectif de la mesure est ainsi décrit : « *Diminuer le coût du travail et inciter à la régularisation du travail non-déclaré pour les ménages souhaitant recourir aux services à la personne* ».

Il s'agit en effet d'un secteur où les contrôles sont pratiquement impossibles et où la déclaration aux organismes sociaux des heures travaillées est fortement sensible au coût du travail.

Il est ainsi probable que la baisse du nombre d'heures déclarées de - 4,8 % et de la masse salariale déclarée (- 3,7 %) ne soit pas la conséquence de suppressions d'emplois mais de la non-déclaration, en tout ou partie, d'heures effectuées. En proportion, le nombre d'employeurs a en effet moins fléchi (2,4 % par an). Ce recours à la non-déclaration de tout ou partie des heures, qui peut s'effectuer par accord des parties, est préjudiciable aux droits des salariés, notamment en matière de prestations en espèces de l'assurance maladie et en matière de retraite.

La position de votre commission n'a pas changé depuis l'examen du projet de loi de financement rectificative en juillet 2014.

Elle considère qu'une mesure de réduction des cotisations est nécessaire à l'emploi déclaré dans ce secteur afin qu'il ne s'installe pas durablement dans des pratiques de travail dissimulé.

Elle estime que le système doit être simple et uniforme et qu'il conviendrait de réviser la liste définie par l'article D. 7231 du code du travail, pour en exclure les activités qui ne doivent pas bénéficier d'une réduction forfaitaire, plutôt que de prévoir une réduction plus importante pour certaines activités.

Cette révision relève du pouvoir réglementaire, comme la fixation du montant de la réduction forfaitaire et votre commission invite le Gouvernement à s'engager dans cette voie.

Article D. 7231 du code du travail

I. - Les activités de services à la personne soumises à agrément, en application de l'article L. 7232-1, sont les suivantes :

- 1° Garde d'enfants à domicile, en-dessous d'un âge fixé par arrêté conjoint du ministre chargé des services et du ministre chargé de la famille ;
- 2° Assistance aux personnes âgées ou aux personnes qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile, à l'exclusion d'actes de soins relevant d'actes médicaux ;
- 3° Garde-malade à l'exclusion des soins ;
- 4° Assistance aux personnes handicapées, y compris les activités d'interprète en langue des signes, de technicien de l'écrit et de codeur en langage parlé complété ;
- 5° Prestation de conduite du véhicule personnel des personnes dépendantes, du domicile au travail, sur le lieu de vacances, pour les démarches administratives ;
- 6° Aide à la mobilité et transport de personnes ayant des difficultés de déplacement ;
- 7° Accompagnement des enfants de moins de trois ans, des personnes âgées ou handicapées dans leurs déplacements en dehors de leur domicile (promenades, transport, actes de la vie courante).

II. — Les activités de services à la personne soumises à titre facultatif à la déclaration prévue à l'article L. 7232-1-1 sont, outre celles mentionnées au I du présent article, les activités suivantes :

- 1° Entretien de la maison et travaux ménagers ;
- 2° Petits travaux de jardinage, y compris les travaux de débroussaillage ;
- 3° Travaux de petit bricolage dits " homme toutes mains " ;
- 4° Garde d'enfants à domicile au-dessus d'un âge fixé par arrêté conjoint du ministre chargé des services et du ministre chargé de la famille ;
- 5° Soutien scolaire à domicile ou cours à domicile ;
- 6° Soins d'esthétique à domicile pour les personnes dépendantes ;
- 7° Préparation de repas à domicile, y compris le temps passé aux commissions ;
- 8° Livraison de repas à domicile ;
- 9° Collecte et livraison à domicile de linge repassé ;
- 10° Livraison de courses à domicile ;
- 11° Assistance informatique et internet à domicile ;
- 12° Soins et promenades d'animaux de compagnie, à l'exception des soins vétérinaires et du toilettage, pour les personnes dépendantes ;
- 13° Maintenance, entretien et vigilance temporaires, à domicile, de la résidence principale et secondaire ;
- 14° Assistance administrative à domicile ;
- 15° Accompagnement des enfants de plus de trois ans dans leurs déplacements en dehors de leur domicile (promenades, transport, actes de la vie courante) ;
- 16° Activités qui concourent directement et exclusivement à coordonner et délivrer les services mentionnés au présent article.

II - La position de la commission

Votre commission propose de revenir à la solution qu'elle avait adoptée lors de l'examen du projet de loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014, en fixant le montant de la réduction forfaitaire par heure déclarée à 1,50 euro.

Votre commission propose d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 8 quater (nouveau)
(art. L. 241-10 du code de la sécurité sociale)

Exonération des cotisations sociales pour les publics fragiles

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, précise le champ de l'exonération de cotisations sociales des publics fragiles.

I - Le dispositif proposé

Cet article, adopté par l'Assemblée nationale sur proposition de Gérard Bapt, précise que le champ d'application de l'exonération des cotisations patronales de sécurité sociale pour l'emploi à domicile des personnes fragiles prévu à l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale. Il exclut les salariés dont l'activité est financée par une dotation globale de l'assurance maladie, car leurs salaires et les cotisations afférentes sont déjà pris en charge par la solidarité nationale au moyen de la dotation globale.

II - La position de la commission

Votre commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 8 quinquies (nouveau)
(art. L. 834-1 du code de la sécurité sociale)

Taux de cotisation au Fonds national d'aide au logement

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit un décret pour fixer le taux prévu à l'article L. 834-1 du code de la sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé

Sur proposition de Gérard Bapt, l'Assemblée nationale a adopté un amendement précisant que le taux de cotisation au FNAL, prévu par l'article L. 834-1 du code de la sécurité sociale, est fixé par décret.

II - La position de la commission

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

Article 9

(art. L. 242-4-4 [nouveau] du code de la sécurité sociale)

Encadrement des assiettes forfaitaires

Objet : Cet article tend à encadrer les modalités du recours à une assiette forfaitaire pour le calcul des cotisations sociales.

I - Le dispositif proposé

Le recours à une assiette forfaitaire pour le calcul des cotisations sociales peut poursuivre deux objectifs.

Lorsque le forfait est supérieur aux rémunérations perçues, il poursuit un objectif de protection et d'ouverture de droits lorsque la personne effectue un faible nombre d'heures ou perçoit une faible rémunération. On peut citer, parmi les exemples donnés par l'étude d'impact, les personnes détenues effectuant un travail pour le compte de l'administration pénitentiaire (67 fois le SMIC horaire) ou les ministres du culte et membres de congrégations religieuses (SMIC mensuel avec un abattement sur la cotisation maladie).

Lorsqu'il est inférieur aux rémunérations perçues, le forfait s'inscrit dans une logique de baisse du coût du travail, de soutien à l'emploi par la solvabilisation des employeurs et de prévention du travail dissimulé. Dans ce cas, l'assiette forfaitaire est défavorable au salarié, en particulier pour ses droits à retraite et à indemnités journalières, ses droits étant calculés par rapport aux cotisations versées. Les personnes travaillant dans un centre de vacances ou de loisirs pour mineurs (assiette forfaitaire d'un maximum de 100 fois le SMIC horaire) ou les formateurs occasionnels (assiette bénéficiant d'un abattement de 37 à 69 % lorsque la rémunération est inférieure à 1 700 euros par jour).

Pour chacune des différentes branches, le code de la sécurité sociale prévoit la possibilité de fixer forfaitairement l'assiette des cotisations de sécurité sociale « *par arrêté ministériel pour certaines catégories de salariés ou assimilés* ».

Cette relative souplesse s'est traduite par l'accumulation de dispositifs parfois anciens et ne répondent pas à une stratégie d'ensemble. Comme le souligne l'étude d'impact, ces assiettes forfaitaires peuvent entraîner des distorsions de concurrence au sein d'un même secteur d'activité ; elles peuvent se cumuler avec d'autres dispositifs dérogatoires et affecter les droits contributifs des salariés concernés.

Pour encadrer ce dispositif le projet de loi ajoute un article L. 242-4-4 au code de la sécurité sociale prévoyant que les arrêtés pris en application des articles prévoyant la possibilité d'un forfait pour les différentes branches ne peuvent prévoir une base forfaitaire inférieure à 70 % de la rémunération

lorsque celle-ci est supérieure ou égale à 1,5 plafond de la sécurité sociale. Pour 2014, le plafond journalier de la sécurité sociale est fixé à 172 euros, soit 56 320 euros par an. L'abattement serait donc plafonné à partir d'une rémunération de 258 euros et les cotisations calculées, dans ce cas, sur une base de 180 euros.

Pour 2015, le plafond de la sécurité sociale serait de 3170 € par mois. L'encadrement des assiettes forfaitaires aurait, sur cette base, les effets suivants :

| | Plafond | 1,5 Plafond | Assiette minimum pour une rémunération égale à 1,5 plafond |
|-------------------|---------|-------------|--|
| horaire | 24 | 36 | 25 |
| journalier | 176 | 264 | 185 |
| mensuel | 3 170 | 4 755 | 3 329 |
| annuel | 38 040 | 57 060 | 39 942 |

D'après l'étude d'impact de l'article, le dispositif tend à encadrer deux assiettes forfaitaires régies par deux arrêtés du 28 décembre 1987 relatifs aux formateurs occasionnels et du 27 juillet 1994 relatif aux personnes exerçant une activité dans le cadre d'une personne morale à objet sportif, d'une association de jeunesse ou d'éducation populaire.

L'arrêté du 28 décembre 1987 portant fixation de l'assiette forfaitaire des cotisations sociales dues pour les formateurs professionnels concerne les formateurs dont l'activité n'excède pas trente jours civils par an et par organisme de formation ou d'enseignement. Il détermine, en fonction de la rémunération journalière, une assiette forfaitaire en pourcentage du plafond journalier de la sécurité sociale : de 0,31 plafond journalier pour une rémunération brute journalière inférieure à un plafond journalier à 4,42 plafonds journaliers lorsque la rémunération brute journalière est supérieure à 7 plafonds journaliers. Au-delà de dix plafonds journaliers, les règles de droit commun s'appliquent. Dès le deuxième seuil, l'arrêté n'est plus conforme aux règles définies par le projet de loi. L'annexe 5 au projet de loi de financement ne fournit aucun chiffrage pour ce dispositif.

D'après l'étude d'impact, 90 % des 5 000 formateurs occasionnels sont concernés, pour une masse salariale totale de 114 millions d'euros. La nouvelle règle représente une recette supplémentaire de l'ordre de 10 millions d'euros pour la sécurité sociale.

L'arrêté du 27 juillet 1994 fixant l'assiette des cotisations de sécurité sociale dues pour les personnes exerçant une activité dans le cadre d'une personne morale à objet sportif, d'une association de jeunesse ou d'éducation populaire définit quant à lui une assiette forfaitaire mensuelle calculée en fonction du SMIC horaire.

L'étude d'impact estime à 4,85 millions d'euros le rendement de cette mesure, soit un total de 15 millions d'euros pour l'article.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Sur proposition de Gérard Bapt, l'Assemblée nationale a procédé à une nouvelle rédaction de cet article.

Elle a distingué en deux alinéas différents les assiettes forfaitaires selon qu'elles ont vocation à garantir les droits de salariés dont la rémunération ou la quotité de travail est faible en visant « *certaines catégories de travailleurs salariés ou assimilés auxquels ne s'applique pas le salaire minimum de croissance ou qui sont soumis à l'obligation d'affiliation prévue à l'article L.311-3* » ou une vocation « défensive » de baisse du coût du travail.

Dans ce dernier cas, l'Assemblée nationale a souhaité que les cotisations forfaitaires soient fixées par décret tout en remplissant les conditions fixées par l'article : un abattement maximum de 30 % lorsque les rémunérations concernées sont égales ou supérieures à 1,5 fois le plafond de la sécurité sociale correspondant à la durée du travail.

Cette dernière précision semble particulièrement utile dans la mesure où les exemples donnés par l'étude d'impact ne semblent pas prendre en considération la durée du travail pour rapporter la rémunération au plafond de la sécurité sociale.

En conséquence la nouvelle rédaction supprime, au sein des articles relatifs à chaque branche, ainsi que dans les articles concernés du code rural et de la pêche maritime, la mention de la possibilité d'appliquer des cotisations forfaitaires.

Un III prévoit que les actuels arrêtés restent en vigueur jusqu'à la publication du décret et à défaut jusqu'au 31 décembre 2015.

III - La position de la commission

Votre commission souscrit à l'objectif d'aménagement d'une niche sociale qui, dans le cas des formateurs occasionnels peut trouver à s'appliquer à des rémunérations relativement élevées.

Elle partage l'analyse de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale selon laquelle la définition d'une assiette forfaitaire, dérogatoire au droit commun, ne doit pas être définie par arrêté.

Il lui semble que la comparaison de l'assiette forfaitaire à la rémunération effective avec un abattement maximum de 30 % pourrait être d'application plus simple que la comparaison du montant des cotisations calculées sur la base d'une assiette forfaitaire avec celui des cotisations qui auraient été payées en l'absence de disposition dérogatoire. Elle vous propose par conséquent de rédiger comme suit la condition d'abattement maximum de 30 % : « (...) *l'assiette forfaitaire définie pour le calcul des cotisations soit au moins égale à 70 % de la rémunération* ».

Elle considère également que le Gouvernement doit clarifier le plafond qu'il entend prendre en considération pour l'application de cet article. Si le plafond est rapporté à la durée du travail, comme c'est généralement le cas, l'encadrement de l'assiette forfaitaire ne s'appliquerait pas aux rémunérations des personnes exerçant une activité dans le cadre d'une personne morale à objet sportif.

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 10

(art. L. 138-10 à L. 138-13, L. 138-14 [nouveau], L. 138-15 à L. 138-19, L. 162-17-5 [nouveau] et L. 162-22-7-1 du code de la sécurité sociale)

**Modification des règles relatives aux outils de régulation
des dépenses de médicaments**

Objet : Cet article aménage la clause de sauvegarde et renforce les prérogatives du Ceps dans la négociation conventionnelle.

I - Le dispositif proposé

Cet article propose plusieurs mesures visant à renforcer les outils de régulation de la dépense de médicament. Le plus important d'entre eux, la clause permanente de sauvegarde – souvent désignée par métonymie sous le nom de « taux K » –, se voit substantiellement aménagée quant à son assiette et à ses modalités d'établissement, tandis qu'est introduite une condition de rendement minimum pour le versant conventionnel de ce dispositif.

La rénovation de la clause de sauvegarde : du taux K au taux L

La clause permanente de sauvegarde est **un mécanisme de taxation incitatif** visant à faire participer les laboratoires pharmaceutiques à la régulation des dépenses d'assurance maladie. Mise en place par l'article 31 de la LFSS pour 1999 et codifiée aux articles L. 138-10 et suivants du code de la sécurité sociale, elle consiste en une contribution due par les laboratoires dès lors que le chiffre d'affaires de l'ensemble des entreprises du secteur réalisé au titre de certains médicaments croît plus rapidement qu'un taux de croissance cible, dit taux K¹. Les entreprises ayant passé une convention avec le Comité économique des produits de santé (Ceps) sont cependant exonérées du paiement de cette contribution dès lors qu'elles s'acquittent en contrepartie du paiement de remises conventionnelles équivalentes.

¹ Initialement fixé en fonction de l'Ondam, le taux K est prévu chaque année depuis 2001 par la LFSS, à un niveau inférieur (1 % pour 2010, 0,5 % en 2011 et 2012, 0,4 % en 2013 et 2014).

Au cours des dernières années, la contribution due par application du taux K est demeurée **largement théorique**. Cette situation s'explique en partie par le fait que l'on constate **une certaine stabilisation du marché du médicament** depuis quelques années, qui résulte à la fois du faible nombre d'innovations thérapeutiques majeures au cours de la période récente et de l'accroissement de la régulation des prix ; dans ce contexte, la clause de sauvegarde n'a pas été déclenchée depuis 2008. Surtout, ce mécanisme vise avant tout à encourager les entreprises à faire évoluer leurs pratiques dans le cadre d'une négociation bilatérale avec le Ceps. La quasi-totalité des laboratoires pharmaceutiques potentiellement assujettis ont ainsi conclu une convention en application de laquelle elles s'acquittent de remises conventionnelles dont le montant est calculé en fonction du taux K. En pratique, la clause de sauvegarde sert ainsi d'**étalon**, les remises versées par les laboratoires ne pouvant excéder le montant global qui aurait été payé en l'absence de conventionnement. Le déclenchement de la clause de sauvegarde pourrait cependant être plus fréquent au cours des prochaines années, la montée en charge des nouveaux traitements contre l'hépatite C étant susceptible de donner lieu à une augmentation notable de la dépense de médicaments remboursée.

Les modifications proposées portent sur la section 2 du chapitre VIII du titre III du livre 1^{er} du code de la sécurité sociale. L'**intitulé** de cette section est modifié par le **2° du paragraphe I** du présent article, la référence à l'article L. 596 du code de la santé publique (abrogé) pour la définition des spécialités pharmaceutiques, qui figure désormais aux articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du même code, étant devenue inutile. Par parallélisme, la même mention est supprimée par le **1° du I** dans les intitulés du chapitre VIII et de la section 1.

Le **2° du paragraphe I** procède ensuite à **une complète refonte de la section 2**, les dispositions des actuels articles L. 138-10 à L. 138-19 étant reprises et modifiées dans huit articles numérotés de L. 138-10 à L. 138-17, dont un nouvel article L. 138-14.

Le déclenchement de la clause de sauvegarde

- La rédaction de l'article L. 138-10 telle que proposée par le présent article définit tout d'abord, dans son premier paragraphe, **l'élément déclencheur** de la clause de sauvegarde : les entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques sont assujetties à une contribution dès lors que le chiffre d'affaires hors taxe (CAHT) réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au titre de certains médicaments par l'ensemble de ces entreprises dépasse un certain seuil, déterminé par l'application au chiffre d'affaires de l'année précédente d'un **taux L** déterminé par la loi. Le déclenchement de ce mécanisme est donc **collectif**.

Les **modalités d'établissement du CAHT pris en compte** sont précisées par le même article.

- Son **alinéa 1^{er}** précise la **déductibilité de ce CAHT de différentes remises ou contributions versées par les laboratoires**, ce qui permet de garantir que seul le chiffre d'affaires ayant eu un réel effet sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie est pris en compte.

Sont tout d'abord déductibles les remises conventionnelles individuelles ou collectives versées au titre de l'exploitation de certains produits pharmaceutiques remboursables, en application des dispositions de l'article L. 162-18 du code de la sécurité sociale.

Sont également visées, pour les médicaments bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU), les remises correspondant au reversement de la différence entre l'indemnité librement fixée par l'exploitant dans les phases d'ATU et de post-ATU et leur prix définitif (art. L. 162-16-5-1 du même code).

Il s'agit enfin, le cas échéant, des remises et de la contribution entrant dans le cadre du nouveau dispositif de régulation introduit par l'article 3 du présent projet de loi pour la prise en charge des médicaments contre l'hépatite C (respectivement aux articles L. 138-19-4 et L. 138-19-1 du code de la sécurité sociale).

La progression du chiffre d'affaires des entreprises concernées est, en toute logique, mesurée au regard du CAHT de l'année précédente net des mêmes remises ainsi que des remises (art. L. 138-13 du même code) et contributions (art. L. 138-10 et L. 138-19-1 du même code) prévues par le présent article.

- L'article 138-10 précise ensuite dans ses alinéas 2 à 4 **le champ des spécialités pharmaceutiques considérées pour l'établissement de ce CAHT**.

Comme c'est le cas actuellement, sont concernés les médicaments dispensés en ville par les officines et pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie (art. L. 162-17 du code de la sécurité sociale), les médicaments pris en charge par l'assurance maladie en sus des tarifs hospitaliers (art. L. 162-22-7 du même code) ainsi que les médicaments rétrocédables par les établissements hospitaliers (art. 5126-4 du code de la santé publique).

Le présent article ajoute à cette liste les médicaments pris en charge à prix libre par l'assurance maladie pendant les phases dérogatoires d'autorisation temporaire d'utilisation (ATU) (art. L. 5121-12 du code de la santé publique) et de post-ATU (art. L. 162-16-5-2 du code de la sécurité sociale).

L'exonération dont bénéficient les médicaments orphelins sous réserve que le CAHT associé ne dépasse pas 30 millions d'euros est conservée dans la rédaction proposée.

Une nouvelle exonération est introduite pour les médicaments génériques, à l'exception de ceux qui sont remboursés sur la base d'un tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) ou dont le prix de vente n'est pas inférieur à celui de la spécialité de référence du groupe générique. Dans la mesure où les médicaments génériques contribuent à faire baisser les dépenses de médicaments, il apparaît en effet justifié de ne pas tenir compte du chiffre d'affaires associé dans le déclenchement de la clause de sauvegarde.

Une assiette élargie et incluant les médicaments destinés au traitement de l'hépatite C

La nouvelle rédaction proposée pour l'article L. 138-11 du code de la sécurité sociale définit **l'assiette de la contribution** par référence au CAHT visé par l'article L. 138-10, minoré des mêmes remises.

Par rapport à la législation actuelle, cette assiette est donc **étendue aux médicaments pris en charge pendant les phases dérogatoires d'ATU et de post-ATU**, tandis que **le CA réalisé au titre des médicaments génériques en est exclu**.

Il est à noter que **le chiffre d'affaires associé aux médicaments destinés au traitement de l'hépatite C**, déjà assujetti à la contribution prévue par l'article 3 du présent projet de loi, **est également soumis à la clause de sauvegarde, diminution faite de la contribution ou de la remise prévues par l'article 3**. L'étude d'impact annexée au présent projet de loi précise que ces deux dispositifs s'appliqueront successivement, ce qui permettra de garantir la prise en compte au titre de la clause de sauvegarde des médicaments qui contribuent le plus à l'accroissement des dépenses d'assurance maladie.

Le même article précise en son deuxième alinéa les modalités d'établissement de l'assiette de la contribution pour les médicaments bénéficiant ou ayant bénéficié d'une ATU et dont la tarification, et donc la remise due, ne sont pas déterminées à la fin de l'année. Pour l'année concernée, un montant prévisionnel provisoire de remise est calculé en prenant en compte le dernier prix proposé par l'entreprise pharmaceutique dans le cadre de ses négociations avec le Ceps.

La détermination du montant de la contribution

Les **modalités de calcul** du montant de la contribution sont fixées par la nouvelle rédaction proposée pour l'article L. 138-12.

- Son premier alinéa définit les modalités d'établissement **du montant total de la contribution**. Il laisse inchangé son **taux** qui, **progressif** par tranche, augmente avec le niveau de dépassement du taux L par le taux d'accroissement du CAHT de l'ensemble des entreprises assujetties pour les médicaments concernés, dit taux T. Ce taux est appliqué à la part du chiffre d'affaires en dépassement du taux L.

| | Taux d'accroissement du CAHT de l'ensemble des entreprises redevables (T) | Taux de la contribution (en % de la part de CA concernée) |
|--------------------------|---|---|
| 1 ^{ère} tranche | T compris entre L et L + 0,5 point | 50 % |
| 2 ^{ème} tranche | T compris entre L + 0,5 et L + 1 point | 60 % |
| 3 ^{ème} tranche | T supérieur à L + 1 point | 70 % |

• Les deux alinéas suivants précisent les modalités de calcul de la contribution due **par chaque entreprise** redevable, qui évoluent sensiblement par rapport à la situation actuelle.

Actuellement, le montant global de la contribution est réparti à hauteur de 30 % sur le CA des entreprises redevables, de 40 % sur sa progression, et de 30 % sur les dépenses de promotion. La rédaction proposée ne tient compte que des **deux premières variables**, à concurrence respectivement de 60 % et de 40 %.

Les entreprises créées depuis moins d'un an – contre deux ans dans la législation actuelle – ne sont cependant pas redevables de la part de la contribution calculée en fonction de la progression de leur chiffre d'affaires, sauf si leur création résulte d'une scission ou d'une fusion d'une entreprise ou d'un groupe.

Comme c'est le cas actuellement, le montant dû par chaque entreprise assujettie est **plafonné à 10 % de son CAHT** réalisé en France au titre de l'ensemble des médicaments commercialisés.

La contribution est par ailleurs minorée des remises éventuellement consenties par voie conventionnelle sur le fondement de l'article L. 138-13 du code de la sécurité sociale.

La possibilité pour les entreprises de s'acquitter de la contribution due sous forme de remises

La nouvelle rédaction proposée pour l'article L. 138-13 prévoit en effet que les entreprises concernées peuvent conclure avec le Ceps une convention prévoyant **le versement aux Urssaf, sous forme de remises, de tout ou partie de la contribution due**. Cette convention doit être conforme aux dispositions figurant dans l'accord-cadre conclu entre le Ceps et les syndicats représentatifs des entreprises du médicament¹.

¹ L'accord-cadre actuellement en vigueur est celui du 5 décembre 2012.

Cette disposition diffère sensiblement de celle prévue par l'actuel article L. 138-10, selon lequel les laboratoires pharmaceutiques ont la possibilité de s'exonérer de cette contribution en passant avec le Ceps une convention fixant des engagements quant à l'évolution de leur chiffre d'affaires pour les médicaments concernés, le non-respect de ces conventions entraînant des baisses de prix ou le versement de remises quantitatives équivalents aux régimes obligatoires d'assurance maladie.

Le choix proposé aux entreprises consiste en effet non pas en une exonération, mais en une possible **transformation de la contribution en remises**, qui viennent ensuite minorer le montant dû par les laboratoires.

Une **exonération** est cependant prévue par le deuxième alinéa de l'article L. 138-13, dans sa nouvelle rédaction, **lorsque le montant des remises consenties dépasse 80 % du montant dû au titre de la contribution**. Cette décote de 20 % doit avoir un effet incitatif au conventionnement avec le Ceps.

Les précisions relatives au régime et au recouvrement de la taxe

L'article 10 du présent projet de loi reprend et modifie par ailleurs les diverses dispositions de détail relatives au régime et au recouvrement de la taxe, qui figurent actuellement aux articles L. 138-13 à L. 138-19 du code de la sécurité sociale.

Un nouvel article L. 138-14 précise tout d'abord les notions d'entreprise et de groupe, par référence à l'article L. 233-16 du code de commerce. Il prévoit également, pour le cas particulier d'un groupe, le régime de l'obligation de déclaration auprès des Urssaf, qui recouvre à la fois une déclaration consolidée pour l'ensemble du groupe et une déclaration individuelle retraçant les éléments relatifs à chacune des entreprises qui le composent.

L'article L. 138-15, dans la rédaction qui en est proposée, fixe les dates limite auxquelles, d'une part, les entreprises doivent remettre à une Urssaf une déclaration permettant la détermination de leur CA pour l'établissement du montant de la contribution, et, d'autre part, s'acquitter du versement de celle-ci.

L'article L. 138-16 prévoit l'affectation à la Cnam du produit de la contribution et des remises versées par les entreprises.

En conséquence de cette réorganisation de la section 2, les dispositions des actuels articles L. 138-17 à L. 138-19, devenues inutiles, sont abrogées par le **3° du paragraphe I** du présent article.

La fixation des niveaux de régulation de la dépense de médicaments pour l'année 2015

Les **paragraphes II et III** du présent article déterminent pour l'année 2015 le seuil de déclenchement, d'une part, de la contribution à la charge de l'ensemble des entreprises pharmaceutiques prévue par le présent article, et, d'autre part, de la contribution touchant spécifiquement les laboratoires fournissant les médicaments destinés au traitement de l'hépatite C, prévue par l'article 3 du présent projet de loi. Ils fixent ainsi indirectement le niveau de la régulation de la dépense de médicaments remboursables.

Le **paragraphe II** prévoit une application du mécanisme du taux L à compter de l'année 2015, avec un niveau fixé à - 1 %. Selon l'étude d'impact annexée au présent projet de loi, ce taux répond à l'objectif fixé par le Gouvernement de garantir la stabilité de la dépense remboursée de médicaments sur la période 2015-2017.

Le **paragraphe III** fixe à **700 millions d'euros** le montant plafond de dépenses W pour le traitement de l'hépatite C au-delà duquel les laboratoires doivent s'acquitter d'une contribution fonction de leur CA ou du versement de remises conventionnelles.

Un renforcement des prérogatives du Ceps dans la négociation conventionnelle

Le **paragraphe IV** rétablit un article L. 162-17-5 du code de la sécurité sociale qui **étend à l'ensemble des médicaments remboursables la faculté pour le Ceps de déterminer un montant de dépenses au-delà duquel il peut décider d'une baisse de prix**. Le Ceps disposera donc désormais de cette compétence, dont il dispose aujourd'hui pour les seuls produits de la liste en sus, pour l'ensemble des produits dont il administre le prix (médicaments remboursables dispensés en ville, produits de rétrocession et produits de la liste en sus).

Le deuxième alinéa de l'article L. 162-17-5, dans la rédaction qui en est proposée, donne la possibilité aux entreprises concernées de solliciter le versement du montant correspondant à la perte de CA annuel résultant d'une décision de baisse tarifaire sous la forme d'une remise à l'assurance maladie.

En conséquence de ces modifications, le paragraphe V procède à l'abrogation de l'article L. 162-22-7-1, dont les dispositions sont reprises par le présent article. Ses dispositions continuent toutefois de s'appliquer dans les cas où une décision du Ceps sur le fondement de cet article est déjà intervenue.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté 8 amendements d'ordre rédactionnel ainsi que deux amendements plus substantiels :

- le premier vise à modifier le mode de calcul du montant prévisionnel de remise pour l'établissement de l'assiette de la contribution s'agissant des médicaments bénéficiant ou ayant bénéficié d'une ATU et dont la tarification, et donc la remise due, ne sont pas déterminées à la fin de l'année. Il est proposé de prendre en compte non pas le dernier prix proposé par l'entreprise pharmaceutique dans le cadre de ses négociations avec le Ceps, mais un montant correspondant à 30 % de l'indemnité maximale déclarée par le laboratoire, dans le but de garantir le secret des affaires ;

- le second vise à donner un poids équivalent de 50 % à chacune des deux variables que constituent le chiffre d'affaires de chaque entreprise et sa progression pour le calcul du montant de la contribution.

III - La position de la commission

Votre commission partage l'objectif poursuivi par cet article, qui procède à un toilettage bienvenu de la clause de sauvegarde, outil central de la régulation de la dépense de médicament. La rédaction proposée vise à **maintenir un niveau de dépenses soutenable dans ce champ en privilégiant la régulation par la voie de la négociation conventionnelle**. Celle-ci permet en effet d'assurer un pilotage fin et d'autant plus efficace qu'il tient compte des spécificités et des évolutions de chacune des classes pharmaco-thérapeutiques de médicaments.

Tout comme dans le système actuel, le mécanisme du taux L ne devrait pas générer de recettes au titre de l'année 2015 : dans la mesure où il constitue une mesure incitative à la régulation par la voie conventionnelle notamment, la clause de sauvegarde ne devrait pas être déclenchée et son rendement demeure théoriquement nul. Le taux d'évolution fixé à - 1 % pour l'année 2015 apparaît cohérent avec l'évolution du CAHT des médicaments remboursables au cours des dernières années : il était respectivement de - 2,2 % et de - 2,3 % en 2012 et 2013.

Selon les informations transmises à votre rapporteur par le Ceps, le montant prévu de l'enveloppe W pour l'année 2015 apparaît réaliste. Cela conduirait, selon l'étude d'impact annexée au présent projet de loi, à un montant de contribution qui s'établirait à 107,1 millions d'euros.

Tout comme dans le cadre de l'article 3, votre commission s'interroge sur le mécanisme de transformation en remise de la contribution déclenchée par la clause de sauvegarde. Elle juge préférable de maintenir une alternative entre la taxation et le cadre conventionnel. Elle a adopté un amendement prévoyant la déduction des remises de la contribution.

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 11

*(art. 1600-0 O, 1600-0 Q et 1647 du code général des impôts,
art. L. 166 D du livre des procédures fiscales, art. L. 138-9-1, L. 138-20,
L. 165-5, L. 241-2 et L. 245-5-5-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale)*

**Simplification des règles d'assujettissement et de recouvrement
de certaines contributions pharmaceutiques**

Objet : Cet article procède à la modification du régime de la taxe sur les premières ventes de dispositifs médicaux en rehaussant son seuil d'exonération et rend obligatoires la déclaration et le paiement par voie dématérialisée de diverses contributions pharmaceutiques recouvrées par les Urssaf.

I - Le dispositif proposé

Instituée par la LFSS pour 2012¹ en remplacement de la taxe sur les dispositifs médicaux² qui finançait jusqu'alors l'Agence française de sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé³, la taxe sur les premières ventes de dispositifs médicaux est due par les personnes assujetties à la TVA qui réalisent la première vente en France, après fabrication sur le territoire national ou importation, d'un dispositif médical ou d'un dispositif médical de diagnostic *in vitro*. Son taux, initialement fixé à 0,25 % du chiffre d'affaires hors taxe, a été porté à 0,29 % lors de cette réforme. Elle est depuis cette date affectée au financement de la Cnam et figure aujourd'hui à l'article 1600-0 O du code général des impôts (CGI).

Le **paragraphe I** du présent article 11 abroge cet article ainsi que les références qui y sont faites dans deux autres articles du même code. Le **paragraphe II** supprime quant à lui de l'article L. 166 D du livre des procédures fiscales la mention selon laquelle la direction générale des finances publiques (DGFiP), chargée du recouvrement de cette taxe, doit transmettre à l'ANSM les données collectées sur les personnes qui en sont redevables. Ces dispositions sont insérées dans le code de la sécurité sociale par le **paragraphe III**.

Ce **III** modifie tout d'abord les modalités de la déclaration obligatoire que doivent effectuer les grossistes-répartiteurs fournissant des médicaments génériques au Comité économique des produits de santé (Ceps). En application de l'article L. 138-9-1 du code de la sécurité sociale, ils

¹ Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, article 26.

² Qui figurait à l'article L. 5211-5-2 du code de la santé publique, abrogé par cette même loi.

³ Devenue l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) en application de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé.

doivent lui fournir chaque année le montant du chiffre d'affaires réalisé pour chaque spécialité ainsi que celui des ristournes et avantages consentis aux officines. Jusqu'à présent renvoyée à un décret, la définition des conditions de déclaration est précisée dans la loi par le 1° qui rend obligatoire sa dématérialisation. A défaut, le Ceps pourra, après mise en demeure, infliger une pénalité d'un montant maximal de 0,2 % du chiffre d'affaires hors taxe (CAHT) relatif aux ventes réalisées en France et dont le recouvrement sera assuré par les Urssaf.

Suivant la même logique, le 2° prévoit la dématérialisation de la déclaration et des sommes dues au titre de diverses contributions finançant les régimes de base et énumérées à l'article L. 138-20 du code de la sécurité sociale, soit la contribution sur les contrats d'assurance de véhicules à moteur (article L. 137-6), la contribution sur les ventes en gros de médicaments (article L. 138-1), la contribution due au titre de la clause de sauvegarde de l'article L. 138-10, les contributions sur les dépenses de promotion des médicaments et des dispositifs médicaux (articles L. 245-1 et L. 245-5-1) et la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques (article L. 245-6). La taxe sur les premières ventes de dispositifs médicaux, que le présent article inscrit dans le code de la sécurité sociale, vient compléter cette liste.

Toute méconnaissance de cette règle entrainera la majoration de la contribution concernée, dans la limite de 0,2 % de son montant initial. Les conditions d'application de cette mesure sont confiées au pouvoir réglementaire.

Dans le même esprit, le 3° impose que soit dématérialisée la déclaration¹ à l'ANSM, par les fabricants ou distributeurs de produits de santé, des produits ou prestations qu'ils commercialisent et font inscrire sur la liste des produits et prestations remboursables par l'assurance maladie. Une fois encore, une pénalité d'un montant maximal de 0,2 % du chiffre d'affaires réalisé en France par l'entreprise concernée pourra être prononcée par l'ANSM, après mise en demeure. Elle sera recouverte par les Urssaf.

Les 4° et 5° du **paragraphe III** procèdent au remplacement, dans un article du code de la sécurité sociale, de la référence à l'article du code général des impôts dans lequel figure jusqu'à présent la taxe sur les premières ventes de dispositifs médicaux par celle du nouvel article du code de la sécurité sociale pour le même dispositif créé par le présent article, ainsi qu'à une coordination dans le titre d'une section de ce même code.

¹ Prévues à l'article L. 165-5 du code de la sécurité sociale.

Le 6° insère dans le code de la sécurité sociale un nouvel article L. 245-5-5-1 reprenant les dispositions relatives à la taxe sur les premières ventes de dispositifs médicaux de l'article L. 1600-0 O du code général des impôts pour en faire une contribution et y apporter quelques ajustements. Il en préserve les principales caractéristiques, notamment le fait générateur et le taux. L'assiette évolue en revanche, puisqu'elle passe du montant total des ventes réalisées au cours de l'année civile précédente à celui des ventes réalisées au cours de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.

La principale modification apportée est **l'introduction d'un seuil d'exonération du versement de la contribution** : elle ne sera pas exigible dès lors que les ventes resteront inférieures à 500 000 euros par an. Elle sera recouvrée par les Urssaf dans les mêmes conditions que la contribution sur les dépenses de promotion des dispositifs médicaux¹. Ce nouvel article maintient également l'obligation de transmission à l'ANSM par l'organisme chargé du recouvrement, prévue auparavant à l'article L. 166 D du livre des procédures fiscales pour la DGFip, des données relatives aux redevables de la contribution.

Le **paragraphe IV** de l'article 11 du projet de loi procède à la modification d'une référence dans le code de la santé publique pour tenir compte du passage de la contribution sur les premières ventes de dispositifs médicaux du code général des impôts au code de la sécurité sociale.

Enfin, le **paragraphe V** fixe les modalités d'entrée en vigueur des différentes dispositions de cet article. La dématérialisation des déclarations et des versements s'applique à ceux réalisés à compter du 1^{er} janvier 2015. La taxe sur les premières ventes de dispositifs médicaux, telle qu'elle figure dans le code général des impôts, continue de s'appliquer pour les ventes de dispositifs médicaux réalisées jusqu'au 31 décembre 2014, tandis que la contribution inscrite dans le code de la sécurité sociale prend le relais à compter du 1^{er} janvier 2015.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cinq amendements sur cet article, quatre rédactionnels de son rapporteur Gérard Bapt et un du Gouvernement procédant à la rectification d'une erreur matérielle dans l'intitulé d'une section du code de la sécurité sociale.

¹ C'est-à-dire avec un versement provisionnel au 1^{er} juin de chaque année représentant 75 % de la contribution due au titre de l'année précédente puis une régularisation au 1^{er} mars de l'année suivante.

III - La position de la commission

Votre rapporteur général salue les mesures de rationalisation et de modernisation des procédures de déclaration et de versement de certaines des contributions dues par les entreprises du secteur des produits de santé grâce à la dématérialisation. L'action des Urssaf devrait gagner en efficacité, tandis que la transmission des informations par les entreprises en sera facilitée, qu'il s'agisse de calculer le montant de ces contributions ou de remplir leurs obligations envers l'ANSM et le Ceps.

Les modifications apportées au régime de la taxe sur les premières ventes de dispositifs médicaux constituent une amélioration notable de ce dispositif, qui gagne ainsi en lisibilité. Les contributions destinées à financer la Cnam sont regroupées dans le code de la sécurité sociale et leur recouvrement est confié de manière uniforme aux Urssaf. Surtout, comme l'indique l'étude d'impact annexée au projet de loi, la mise en place d'un seuil d'exonération de 500 000 euros va permettre de diminuer de près de 50 % le nombre de redevables pour une perte de recettes très limitée, de l'ordre de 550 000 euros sur un rendement annuel total de 31 millions d'euros, soit moins de 2 %. Dans le cadre juridique actuel, seule une dispense de paiement est accordée lorsque le montant de la taxe due est inférieur à 300 euros¹, ce qui correspond à un chiffre d'affaires égal à 103 450 euros. Votre rapporteur général se félicite donc de cette initiative de simplification, qui fait disparaître un poids administratif lourd pour certains professionnels de santé.

Votre commission a adopté un amendement rédactionnel à cet article.

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

¹ En application de l'article 12 de la loi n° 2013-1023 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, qui a modifié l'article L. 1600-0 Q du code général des impôts.

Article 12

(art. L. 171-4, L. 171-5 [nouveaux], L. 376-1, L. 454-1, L. 613-21, L. 643-9 [nouveau], L. 644-4 [nouveau], L. 645-5-1 [nouveau], L. 723-13-1 [nouveau] et L. 723-21-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale, art. L. 733-1 [nouveau], L. 761-16, L. 761-19, L. 762-14 et L. 762-26 du code rural et de la pêche maritime)

**Généralisation à l'ensemble des régimes de sécurité sociale
des dispositions relatives au recours contre tiers**

Objet : Cet article vise à étendre à l'ensemble des régimes de sécurité sociale les dispositions applicables dans le régime général en matière de recours contre les tiers responsables de dommages corporels aux assurés.

I - Le dispositif proposé

Lorsqu'un accident est imputable à un tiers, les caisses de sécurité sociale et celles du régime agricole peuvent engager un recours pour le remboursement par le tiers ou son assureur des sommes correspondant aux dépenses qu'elles ont engagées pour la prise en charge de la victime.

Les modalités des recours contre tiers sont prévues par les articles L. 376-1 et L. 454-1 du code de la sécurité sociale.

Les caisses sont subrogées dans les droits de la victime pour récupérer le montant des prestations servies.

Une indemnité forfaitaire est mise à la charge des tiers responsables en contrepartie des frais de gestion engagés par les caisses.

La victime et son assureur sont soumis à une obligation d'information de la caisse de sécurité sociale. Dans le cadre de procédures juridictionnelles, ils sont tenus de joindre la caisse de sécurité sociale à la cause.

Ces dispositions sont applicables à l'ensemble des prestations de sécurité sociale mais elles ne concernent pas, ou pas totalement, les prestations servies :

- au titre de l'assurance vieillesse et invalidité du régime des professions libérales et des avocats ;

- les prestations d'assurance vieillesse et allocations veuvage du régime des exploitants agricoles.

Pour ce qui concerne les sanctions encourues par l'assureur, les prestations d'assurance maladie et vieillesse du RSI, les prestations servies à raison d'un accident du travail survenu à des salariés agricoles relevant du régime d'Alsace-Moselle et les prestations servies au titre des assurances sociales aux exploitants agricoles de Saint-Barthélemy et Saint-Martin.

L'indemnité de gestion, l'obligation d'information et les sanctions ne sont en particulier pas applicables à ces régimes.

Le présent article rend applicables l'ensemble des dispositions prévues pour les caisses du régime général :

- aux prestations servies au titre de l'assurance vieillesse de base et complémentaire et de l'assurance invalidité-décès du régime des professions libérales (art. L. 643-9 et L. 644-4 [nouveaux] du code de la sécurité sociale) et du régime des avocats (art. L. 723-13-1 et L. 723-21-1 [nouveaux]) ;

- aux prestations d'assurance vieillesse de base et complémentaire et d'allocation veuvage du régime des exploitants agricoles (art. L. 733-1 [nouveau] du code rural et de la pêche maritime) ;

- aux prestations d'AT-MP des salariés (art. L. 761-16 du même code) et des exploitants agricoles (art. L. 761-19) du régime d'Alsace-Moselle ;

- aux prestations maladie invalidité (art. L. 762-14) et vieillesse veuvage (art. L. 762-26) servies aux exploitants agricoles des départements d'outre-mer, de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin.

Ces prérogatives seront étendues également aux régimes spéciaux, *via* une modification de leurs décrets, qui font déjà application de l'article 29 de la loi n° 58-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation.

Par ailleurs, le présent article rend applicable les dispositions spécifiques aux assureurs aux prestations d'assurance maladie et vieillesse du RSI (art. L. 613-21 du code de la sécurité sociale).

Afin de simplifier la gestion des recours contre tiers, l'article prévoit que la Cnam, la CNRSI, la CCMSA, la Cnav, la CNAVPL et la CNBF peuvent conclure, entre elles, des conventions pour déléguer à certaines caisses locales la mise en œuvre des recours contre les tiers responsables d'accidents.

Le **III** de l'article fixe son entrée en vigueur au 1^{er} juillet 2015.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté, sur proposition de Gérard Bapt, un amendement rédactionnel à cet article.

Avec l'avis favorable de la commission des affaires sociales et l'avis défavorable du Gouvernement, elle a adopté un amendement, présenté par Jacqueline Fraysse, posant l'obligation pour les victimes, les établissements de santé, le tiers responsable et son assureur, d'informer non seulement la caisse de sécurité sociale, mais aussi les organismes d'assurance complémentaire de la survenue d'un accident.

III - La position de la commission

Votre commission partage l'objectif de généralisation et de simplification des recours contre tiers.

Elle s'interroge sur la façon dont l'obligation d'information des organismes complémentaires pourrait être concrètement mise en œuvre et sur le volume des sommes en jeu pour ces organismes dans la mesure où, dans les cas d'hospitalisation, le niveau de prise en charge par la sécurité sociale est élevé.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 12 bis (nouveau)

*(art L. 131-6 et L. 242-4-5 [nouveau] du code de la sécurité sociale
et L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime)*

Intégration dans l'assiette des cotisations sociales de la fraction du revenu, distribuée aux dirigeants majoritaires de SA et de SAS, qui excède 10 % du capital social

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à assujettir à cotisations sociales les dividendes versés aux dirigeants de sociétés anonymes (SA) et de sociétés par actions simplifiées (SAS).

I - Le dispositif proposé

Depuis le 1^{er} janvier 2009, en application de l'article 22 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, la fraction des revenus distribués qui excède 10 % du capital social d'une société d'exercice libérale (SEL) doit être réintégré dans l'assiette des cotisations sociales sur les revenus d'activité.

Il s'agissait alors de mettre fin à une forme d'optimisation consistant, pour le travailleur indépendant, à se verser une faible rémunération d'activité soumise à cotisations sociales et à se rémunérer sous forme de dividendes soumis au seul prélèvement social sur les revenus du capital, en augmentant ainsi son revenu net disponible à court terme au détriment de ses droits sociaux futurs, en particulier de ses droits à retraite.

Il s'agissait également de mettre fin à une situation d'insécurité juridique concernant les SEL pour lesquelles certaines caisses de professions libérales réintégraient déjà les dividendes versés dans les revenus d'activité en application d'une jurisprudence de la Cour de cassation de 1993.

Saisi par l'association nationale des sociétés d'exercice libéral, le Conseil constitutionnel a reconnu cet objectif dans sa décision 2010-24 QPC du 06 août 2010 (considérants 8 et 9) estimant « *qu'en incluant dans l'assiette des cotisations sociales une partie des dividendes et produits des comptes courants issus de l'activité d'une société d'exercice libéral et perçus par le travailleur non salarié non agricole, son conjoint ou le partenaire auquel il est lié par un pacte civil de solidarité ou leurs enfants mineurs non émancipés, le législateur a entendu dissuader le versement de dividendes fondé sur la volonté de faire échapper aux cotisations sociales les revenus tirés de l'activité de ces sociétés ; qu'il a souhaité éviter des conséquences financières préjudiciables à l'équilibre des régimes sociaux en cause ; qu'il a également entendu mettre fin à des divergences de jurisprudence sur la définition de l'assiette des cotisations sociales versées par les associés majoritaires des sociétés d'exercice libéral et éviter par là même le développement de contestations* ».

Dès la création des entreprises individuelles à responsabilité limitée (EIRL), une disposition comparable a été prévue.

Cette disposition a été étendue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 à l'ensemble des non-salariés non-agricoles, quelle que soit la forme des sociétés versant les dividendes.

Le présent article, issu d'un amendement de Gérard Bapt adopté par l'Assemblée nationale propose, en modifiant l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale, d'étendre ces dispositions à l'ensemble des travailleurs indépendants en assujettissant à cotisations sociales les dividendes versés aux dirigeants de SA ou de SAS ainsi qu'à leur conjoint et enfants non-émancipés.

Pour les sociétés soumises à l'impôt sur le revenu, la part du revenu provenant de l'activité perçue par les membres de la famille (conjoint et enfants) lorsqu'ils sont associés est également soumise à cotisations, dans les limites prévues.

Le 2° de l'article modifie la sous-section 1 de la section 1 du chapitre II (assiette, taux et calcul des cotisations) du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale pour ajouter un article L. 242-4-5 qui précise que les revenus définis à l'article L. 131-6 sont considérés comme une rémunération.

Il s'applique aux personnes mentionnées au 12° (présidents de conseil d'administration, directeurs généraux et directeurs généraux délégués des sociétés anonymes et des sociétés d'exercice libérale à forme anonyme) et au 23° (présidents et dirigeants des sociétés par actions simplifiées et des sociétés d'exercice libérale par actions simplifiées) de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale.

L'Assemblée nationale a également adopté un sous-amendement présenté par le Gouvernement pour l'application aux dirigeants de SA et SAS affiliés au régime des salariés agricoles du dispositif d'assujettissement social des dividendes des dirigeants de SA et de SAS affiliés au régime général, en remplaçant les références textuelles du code de la sécurité sociale par celles du code rural et de la pêche maritime.

L'étude d'impact de l'article 11 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, estimait à 50 000 travailleurs indépendants les personnes concernées par l'assujettissement des dividendes des sociétés soumises à l'impôt sur les sociétés, pour un montant total estimé de 75 millions d'euros en 2013 et de 65 millions d'euros en 2015.

La mesure proposée par le présent article a certainement un impact beaucoup plus important sans que votre commission soit en mesure d'en déterminer précisément l'assiette, ni le rendement, estimé par la CGPME à un milliard d'euros.

Le nombre de SA et SAS dont le capital est majoritairement détenu par une personne physique est de 120 000. Sur ce total, seraient concernées les entreprises détenues majoritairement par leur dirigeant avec un versement de dividende supérieur à 10 % du capital social.

Les cotisations sociales étant déductibles de l'impôt sur le revenu, cette mesure aurait un impact à la baisse sur les recettes d'impôt sur le revenu de l'année 2016.

Le III de l'article prévoit une entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2015.

II - La position de la commission

Cette mesure a pour objectif principal d'éviter que les dirigeants de SARL ne transforment la forme de leur société pour s'exonérer des obligations nées de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 en matière de cotisations sociales sur les dividendes.

A ce jour, aucune étude n'a mis en exergue ce phénomène.

Après une augmentation sans précédent des prélèvements sociaux applicables aux travailleurs indépendants ces trois dernières années, notamment le dé plafonnement de la cotisation maladie, puis celui de la cotisation vieillesse, cette disposition est certes de nature à apporter des recettes supplémentaires au régime social des indépendants mais elle envoie surtout un signal de défiance aux entrepreneurs.

Cette mesure a été proposée sans qu'un chiffrage des conséquences sur les personnes concernées ne soit disponible.

Votre commission souligne que l'incertitude sur les résultats de leur entreprise conduit les entrepreneurs à privilégier le versement de dividendes à une rémunération, sans qu'il s'agisse de pratiques d'évitement des cotisations sociales.

La commission vous demande de supprimer cet article.

Article 12 ter (nouveau)
(art. L. 136-7 du code de la sécurité sociale)
**Assujettissement aux prélèvements sociaux
des plans d'épargne en actions au moment de leur clôture**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet de soumettre aux prélèvements sociaux les plans d'épargne en actions lorsqu'il est procédé à leur clôture du fait de leur caractère inactif.

I - Le dispositif proposé

Le 5° du II de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale prévoit l'assujettissement à la contribution sociale sur les produits de placement du gain net réalisé ou de la rente viagère versée lors de la clôture d'un plan d'épargne en actions. Cette disposition ne couvre pas les cas de clôtures effectuées en application de la loi du 13 juin 2014¹.

Cette dernière a eu pour objet de clarifier la définition des comptes bancaires inactifs et des contrats d'assurance vie en déshérence et d'organiser leur dépôt obligatoire à la Caisse des dépôts et consignations avant leur transfert à l'Etat. Dans le cas précis des avoirs déposés sur des comptes épargne devenus inactifs, ils doivent être transférés à la Caisse des dépôts et consignations à l'expiration d'un délai de quinze ans puis à l'Etat à l'issue de la prescription trentenaire.

L'objet du présent article, inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative de Gérard Bapt, rapporteur du volet recettes et équilibre général, est d'assujettir ces comptes à la contribution sociale sur les produits de placement lorsque ceux-ci seront transférés à la Caisse des dépôts et consignations. Il s'agit par conséquent d'aligner les règles applicables au cas particulier de clôture prévu par la loi du 13 juin 2014 sur celles définies à l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale.

Le présent article s'appliquera pour les comptes clôturés à compter du 1^{er} janvier 2015.

¹ Loi n° 2014-617 du 13 juin 2014 relative aux comptes bancaires inactifs et aux contrats d'assurance vie en déshérence.

II - La position de la commission

Votre commission salue une mesure qui s'inscrit dans la ligne de la loi du 13 juin 2014, texte qui a fait l'objet d'un large consensus au sein de la Haute assemblée. Elle a adopté un amendement décalant la date d'entrée en vigueur de la mesure au 1^{er} janvier 2016 afin de l'aligner sur celle de la loi du 13 juin 2014.

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 12 quater (nouveau)

(art. L. 651-1 du code de la sécurité sociale)

Exonération de la C3S pour les sociétés coopératives artisanales et les sociétés coopératives d'entreprises de transport

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, exonère les sociétés coopératives d'artisans et d'entreprises de transport de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) à compter du 1^{er} janvier 2015.

I - Le dispositif proposé

Les sociétés coopératives artisanales et d'entreprises de transport sont, compte tenu de leurs spécificités, exonérées de l'impôt sur les sociétés mais elles ne bénéficient pas du crédit d'impôt compétitivité emploi

Les coopératives, qui ont pris leur essor dans l'entre-deux-guerres, sont régies par les dispositions de la loi n° 47-1775 du 10 septembre 1947 portant statut de la coopération qui en précise les règles de fonctionnement et d'administration par rapport aux autres formes d'entreprises. Elle les définit à son article 1^{er} comme des sociétés constituées « *par plusieurs personnes volontairement réunies en vue de satisfaire à leurs besoins économiques ou sociaux par leur effort commun et la mise en place des moyens nécessaires* » et qui exercent leur activité « *dans toutes les branches de l'activité humaine* ».

Le statut de société coopérative implique le respect des principes suivants : « *une adhésion volontaire et ouverte à tous, une gouvernance démocratique, la participation économique de ses membres* ». Chaque coopérateur dispose en principe d'une voix à l'assemblée générale, quel que soit le capital détenu. La coopérative n'a pas d'objet spéculatif, ses excédents étant prioritairement mis en réserve pour assurer son développement et celui de ses membres.

En vertu de l'article 5 de la loi précitée, tout en conservant une personnalité juridique propre, les coopératives peuvent constituer entre elles, pour la gestion de leurs intérêts communs ou le développement de leurs activités, des sociétés coopératives également appelées unions de coopératives.

Les règles statutaires plus particulièrement applicables aux sociétés coopératives artisanales et aux sociétés coopératives d'entreprises de transport sont définies au titre I^{er} de la loi n° 83-657 du 20 juillet 1983 relative au développement de certaines activités d'économie sociale :

- les sociétés coopératives artisanales ont pour objet la réalisation de toutes opérations et la prestation de tous services susceptibles de contribuer, directement ou indirectement, au développement des activités artisanales de leurs associés ainsi que l'exercice en commun de ces activités. Elles doivent être immatriculées au registre du commerce et des sociétés et faire l'objet d'une immatriculation au répertoire des métiers (ou au registre tenu par les chambres des métiers d'Alsace et de Moselle) ;

- les sociétés coopératives d'entreprises de transport sont quant à elles constituées par des entreprises de transport de marchandises ou de personnes qui regroupent leurs moyens et leurs activités. Elles sont inscrites au registre des transporteurs. Elles peuvent conclure directement des contrats de transport mais travaillent exclusivement pour leurs membres, ce qui les empêche d'être commissionnaires de transport.

Au plan concurrentiel, l'activité des coopératives est en effet strictement encadrée par les règles précises applicables au sociétariat, la limitation de leur objet, le principe d'exclusivisme qui impose que l'activité soit réalisée obligatoirement par les associés (avec une tolérance de 20 % du chiffre d'affaires réalisé avec des tiers non associés), le principe de non-rémunération du capital et la constitution de réserves impartageables.

L'excédent net de gestion, c'est-à-dire le solde créditeur du compte de résultat diminué des pertes reportées, doit ainsi être affecté à hauteur d'au moins 15 % à la constitution d'un compte spécial indisponible destiné à garantir les engagements pris par la société coopérative à l'égard des tiers. Les éventuels reliquats après dotations obligatoires peuvent être affectés à la répartition, à titre de ristournes, entre les associés proportionnellement aux opérations réalisées avec la société coopérative. La part de l'excédent net de gestion résultant des opérations effectuées avec les tiers non associés est portée en totalité à un compte de réserve. Cette réserve ne peut être ni répartie entre les associés, ni incorporée au capital.

Compte tenu de leur mode d'organisation et de fonctionnement spécifiques, qui induit un certain nombre de contraintes d'un point de vue concurrentiel, **les sociétés coopératives artisanales et d'entreprises de transports sont soumises à un régime fiscal spécifique.**

L'article 207 bis du code général des impôts (CGI) prévoit en effet qu'elles sont exonérées de l'impôt sur les sociétés (IS), sauf pour l'activité effectuée avec les tiers.

Les coopératives ne sont cependant pas éligibles au crédit d'impôt compétitivité emploi (Cice) que la Commission européenne juge incompatible avec une exonération de l'IS, sauf pour la partie de leur activité qui est assujettie à l'IS.

Compte tenu de l'assiette à laquelle s'applique la C3S, les coopératives d'entreprises de transport souffrent en outre d'une forme de distorsion de concurrence par rapport aux intermédiaires (comme par exemple les commissionnaires de transport). Chaque coopérateur est en effet assujetti à la C3S à la fois au titre de sa propre entreprise et au sein de la coopérative. Les entreprises intermédiaires ne sont quant à elles soumises à la C3S que pour la partie de leur chiffre d'affaires qui correspond à leur rémunération.

Dans ce contexte, le Gouvernement s'est engagé à renforcer la compétitivité des sociétés coopératives par la mise en place de mesures compensatoires dans le cadre du pacte de responsabilité et de solidarité.

A titre compensatoire, les coopératives agricoles sont d'ores et déjà exonérées de la C3S à compter de 2015

Des mesures compensatoires ont déjà été prévues pour les sociétés coopératives agricoles visées à l'article L. 521-1 du code rural et de la pêche maritime. L'article 3 de la loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 prévoit en effet une exonération anticipée et totale de la C3S pour l'ensemble des coopératives agricoles à compter du 1^{er} janvier 2015.

A l'instar des coopératives en général, les coopératives agricoles ne bénéficient pas du Cice sauf pour la part des rémunérations versées aux salariés affectés à leurs activités non exonérées d'IS. En 2013, 841 coopératives agricoles et sociétés d'intérêt collectif agricoles étaient redevables de la C3S pour un montant global de 14,42 millions d'euros, soit un montant moyen de 17 146 euros.

Le dispositif proposé vise à exonérer les sociétés coopératives artisanales et d'entreprises de transport de la C3S dès 2015

Le présent article résulte d'un amendement de M. Le Roche et plusieurs de ses collègues adopté par l'Assemblée nationale, avec un avis de sagesse du Gouvernement et un avis favorable de la commission des affaires sociales. Il étend la mesure prévue pour les coopératives agricoles aux coopératives d'artisans et de transport.

Il complète à cette fin l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale qui énumère les sociétés ou entreprises qui sont redevables de la C3S. Dans la nouvelle rédaction qui en est proposée, l'alinéa 13 de cet article fait référence, par un renvoi au titre I^{er} de la loi de 1983 précitée, aux sociétés coopératives artisanales et aux sociétés coopératives d'entreprises de transport pour les exclure du champ des personnes morales assujetties à la C3S.

Selon les informations fournies par le Gouvernement en séance publique à l'Assemblée nationale, « l'assiette étant de l'ordre d'un milliard, la somme visée (...) est probablement plus proche du million que de la dizaine de millions d'euros ». Des informations plus précises sur le nombre de coopératives et le montant de C3S concernés n'ont pas été données.

II - La position de la commission

Votre commission accueille favorablement cette mesure légitime qui allège les contraintes pesant sur les sociétés coopératives dans un climat économique dégradé. Il contribue à améliorer la compétitivité d'un secteur riche en main d'œuvre qui ne peut faire l'objet de délocalisations compte tenu des règles de gouvernance spécifiques qui s'appliquent à cette forme de sociétariat.

Votre commission a adopté un amendement qui corrige une erreur de référence.

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 12 quinquies (nouveau)

(art. L. 575 A du code général des impôts)

Alignement de la fiscalité applicable aux cigares et cigarillos sur celle en vigueur pour les cigarettes

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, entend, dans un objectif de santé publique, aligner la fiscalité applicable sur les cigares et cigarillos sur celle applicable aux cigarettes.

I - Le dispositif proposé

Le droit de consommation applicable aux cigares et aux cigarillos est d'un niveau moins élevé que celui en vigueur pour les cigarettes

En vertu de l'article 575 du code général des impôts (CGI), les tabacs manufacturés vendus au détail ou importés dans les départements métropolitains sont soumis à un droit de consommation.

L'assiette du droit de consommation est le prix de vente au détail des tabacs manufacturés.

Le droit de consommation se décompose, pour chaque groupe de produits, en une part spécifique et une part proportionnelle.

- **La part spécifique résulte, pour chaque groupe de produits, de l'application du taux spécifique à la classe de prix de référence.** Elle est exprimée pour 1 000 unités ou 1 000 grammes, identique quel que soit le prix de vente au sein de chaque groupe de produits.

- **La part proportionnelle au prix de vente au détail résulte, pour chaque groupe de produits, de l'application du taux proportionnel au prix de vente au détail homologué¹.**

Le taux proportionnel est égal à la différence entre le taux normal de droit de consommation et le taux spécifique. Ces derniers sont tous deux définis, par groupe de produits, à l'article 575 A du CGI.

Les taux aujourd'hui en vigueur sont résumés dans le tableau ci-dessous.

**Taux normal, taux spécifique et taux proportionnel
pour les produits du tabac résultant de l'article 575 A du CGI**

| Groupe de produits | Taux normal | Taux spécifique | Taux proportionnel |
|--|-------------|-----------------|--------------------|
| Cigarettes | 64,7 % | 15% | 49,70 % |
| Cigares et cigarillos | 28 % | 5 % | 23 % |
| Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes | 62 % | 30 % | 32 % |
| Autres tabacs à fumer | 55 % | 10 % | 45 % |
| Tabacs à priser | 50 % | 0 % | 50 % |
| Tabacs à mâcher | 35 % | 0 % | 35 % |

Pour chaque groupe de produits, **la classe de prix de référence et le prix moyen pondéré sont fixés chaque année par arrêté :**

- **la classe de prix de référence correspond** au prix moyen pondéré de vente au détail exprimé pour 1 000 unités ou 1 000 grammes ;

- **le prix moyen pondéré de vente au détail correspond au prix obtenu en divisant** la valeur totale de l'ensemble des **unités** mises à la consommation pendant une année civile par la quantité totale de ces mêmes **produits** mis à la consommation.

Le prix moyen pondéré et la classe de prix de référence entrés en vigueur le 1^{er} janvier 2014 sont présentés dans le tableau ci-après.

¹ L'article 572 du CGI dispose que le prix de vente au détail doit être homologué par arrêté du ministre chargé du budget. Un arrêté qui entre en vigueur au mois de janvier chaque année homologue ainsi l'intégralité des prix des produits du tabac.

**Prix moyen pondéré de vente au détail
et classe de prix de référence applicables en 2014
pour chaque groupe de produits du tabac vendu en France continentale**

(en euros)

| | Prix moyen pondéré (pour 1 000 unités ou 1 000 grammes) | Classe de prix de référence (pour 1 000 unités ou 1 000 grammes) |
|--|--|---|
| Cigarettes | 321,57 | 325 |
| Cigares et cigarillos | 357,89 | 360 |
| Tabacs fine coupe destinés à rouler des cigarettes | 223,63 | 225 |
| Autres tabacs à fumer | 168,99 | 170 |
| Tabacs à priser | 299,72 | 300 |
| Tabacs à mâcher | 123,06 | 125 |

Source : Article 1^{er} de l'arrêté du 23 janvier 2014 fixant pour 2014 pour chaque groupe de produits du tabac le prix moyen pondéré de vente au détail et la classe de prix de référence au sens des articles 575 et 575 E bis du code général des impôts

En 2014, le prix moyen pondéré pour 20 unités est de 6,43 euros pour les cigarettes, de 7,16 euros pour les cigares et cigarillos. Il est de 6,71 euros pour 30 grammes de tabacs à rouler.

La classe de prix de référence pour 20 unités s'élève à 6,50 euros pour les cigarettes et à 7,20 euros pour les cigares et cigarillos. Elle s'établit à 6,75 euros pour 30 grammes de tabacs à rouler.

Compte tenu de ces éléments, le tableau ci-après indique le montant de la part spécifique pour chaque groupe de produits.

Calcul de la part spécifique

(en euros)

| Groupes de produits | Taux spécifique | Classe de prix de référence | Part spécifique pour 1 000 unités ou grammes |
|--|----------------------------|--|---|
| Cigarettes | 15 % | 325 | 48,75 |
| Cigares et cigarillos | 5 % | 360 | 18,00 |
| Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes | 30 % | 225 | 67,50 |
| Autres tabacs à fumer | 10 % | 170 | 17,00 |
| Tabacs à priser | 0 % | 300 | 0 |
| Tabacs à mâcher | 0 % | 125 | 0 |

Les mécanismes de la fiscalité applicable aux tabacs manufacturés ont été explicités par la circulaire du 12 février 2014 du ministre délégué auprès du ministre de l'économie¹ qui fournit, à titre illustratif, un exemple de calcul du droit de consommation applicable aux cigarettes.

Exemples de taxation au 1^{er} janvier 2014

Selon la circulaire du 12 février 2014 du ministre délégué auprès du ministre de l'économie et des finances relative à la fiscalité applicable aux tabacs manufacturés :

« Pour 1 000 cigarettes vendues à 350 euros en France continentale, le droit de consommation supporté est de 222,70 euros qui se décompose en une part proportionnelle de 173,95 euros (350 euros x 49,70 %) et en une part spécifique de 48,75 euros.

Pour les cigarettes dont le prix de vente au détail correspond à la classe de prix de référence en 2013, l'addition des parts spécifique et proportionnelle revient à appliquer directement le taux normal de 64,70 %. »

En suivant le même raisonnement s'agissant des cigares et cigarillos, pour 1 000 cigares ou cigarillos vendus à 350 euros en France continentale, le droit de consommation supporté est de 98,50 euros qui se décompose en une part proportionnelle de 80,5 euros (350 euros x 23 %) et en une part spécifique de 18 euros (360 x 5 %).

Par ailleurs, pour tous les produits du tabac, hormis les tabacs à mâcher et à priser, le montant du droit de consommation ne peut pas être inférieur à un minimum de perception qui est un montant exprimé pour 1 000 unités ou 1 000 grammes. Au 13 janvier 2014, le minimum de perception est fixé à 210 euros par 1 000 unités pour les cigarettes, 92 euros par 1 000 unités pour les cigares et cigarillos et 143 euros par 1 000 unités pour le tabac à rouler.

Cette différence de traitement apparaît difficilement justifiable au regard de l'enjeu majeur soulevé par le tabac en général pour la santé publique

Au total, les règles fiscales applicables aux produits du tabac prévoient un droit de consommation sur les cigares et cigarillos d'un niveau moins élevé que celui qui s'applique aux cigarettes.

Or la nocivité du tabac, qui est aujourd'hui bien documentée et largement reconnue, reste identique quel que soit son conditionnement. La différence de traitement fiscal entre les cigares et cigarillos et les cigarettes apparaît donc difficilement justifiable.

¹ NOR : BUDD1404184C.

Dans leur récent rapport relatif à la fiscalité comportementale¹, nos collègues sénateurs Yves Daudigny et Catherine Deroche rappellent qu'en dépit d'une certaine prise de conscience le tabagisme représente la première cause de mortalité évitable. Le nombre de décès annuels attribuables au tabac est en effet estimé à 73 000, soit 22 % de la mortalité masculine et 11 % de la mortalité féminine, avec :

- 60 % de décès par cancers ;
- 25 % de décès par maladies cardiovasculaires ;
- 11 % de décès par maladies respiratoires ;
- 4 % de décès liés à d'autres causes.

A cela s'ajoute le « coût social » du tabagisme (dépenses de santé et de prévention notamment), évalué à plus de 47 milliards d'euros en 2006, soit 3,05 % du PIB, dans l'étude réalisée par Kopp et Fénoglio².

Le dispositif proposé par le présent article vise à unifier la fiscalité applicable sur les cigares et cigarillos avec celle en vigueur pour les cigarettes, la nocivité du tabac étant identique quel que soit le produit du tabac consommé

Le présent article résulte d'un amendement de Michèle Delaunay adopté par l'Assemblée nationale avec l'avis défavorable du Gouvernement et de la commission des affaires sociales. Dans un objectif de santé publique, il entend aligner les taux du droit de consommation applicables aux cigarillos et aux cigares sur ceux applicables aux cigarettes. Il modifie en ce sens le tableau présenté à l'alinéa 2 de l'article L. 575 A du CGI.

Le droit de consommation sur les cigares et cigarillos passerait ainsi de 28 % à 64,70 % s'agissant du taux normal et de 5 % à 15 % s'agissant du taux spécifique.

II - La position de la commission

Votre commission souscrit à l'objectif poursuivi par le présent dispositif eu égard à l'enjeu majeur représenté par les produits du tabac pour la santé publique.

Le rapport précité fait au nom de la Mecss relèver en effet que la politique de prix adoptée à l'égard des produits du tabac semble commencer à porter ses fruits en matière de réduction de la consommation. **Comme le montre le tableau ci-après, sous l'hypothèse d'une classe de prix de référence pour 2015 estimée à 350 euros pour les cigarettes et à 370 euros pour les cigares et cigarillos, le dispositif proposé conduirait à faire passer le droit de consommation pour 1 000 sur les cigares et cigarillos de 98,50 euros à 229,45 euros.**

¹ « Fiscalité et santé publique : état des lieux des taxes comportementales », rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale, n° 399 (2013-2014).

² Ibid.

**Estimation de l'évolution du droit de consommation
sur les cigares et cigarillos selon le dispositif proposé
par rapport au droit de consommation sur les cigarettes
(pour 1 000)**

(en euros)

| | | Droit en vigueur | Dispositif proposé |
|----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Prix au détail | Paquet de 20 cigarettes ou cigarillos | 7,00 | 7,00 |
| Prix pour 1 000 | Cigarettes ou cigarillos | 350,00 | 350,00 |
| Droit de consommation pour 1 000 | cigarettes | 222,70 | 226,45 |
| | cigarillos | 98,50 | 229,45* |

* 173,95 euros (350 euros x 49,7 %) + 55,5 euros (370 x 15 %)

NB. La classe de prix de référence pour 2015 est estimée à 350 pour les cigarettes et à 370 pour les cigarillos et cigares.

Dans le même esprit que celui qui préside au dispositif proposé par le présent article, et pour faire suite à une proposition du rapport de la Mecss précité, votre commission a adopté un **amendement qui aligne les taux de taxe applicables aux cigarettes sur ceux du tabac à rouler**. Aucune raison suffisante ne justifie en effet que la fiscalité applicable au tabac à rouler diffère de la fiscalité applicable aux cigarettes.

Une estimation du droit de consommation qui en résulterait figure dans le tableau ci-dessous. Sous l'hypothèse d'une classe de prix de référence pour 2015 estimée à 240 et d'un prix pour 1 000 grammes fixé à 350 euros, le droit de consommation sur le tabac à rouler pour 1 000 grammes passerait de 179,50 euros à 209,95 euros.

**Estimation de l'évolution du droit de consommation sur le tabac à rouler
selon le dispositif proposé par la commission
(pour 1 000 grammes)**

(en euros)

| | | Droit en vigueur | Dispositif proposé |
|---|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Prix pour 1 000 unités ou 1 000 grammes | Tabac à rouler et cigarettes | 350,00 | 350,00 |
| Droit de consommation pour 1 000 | cigarettes | 222,70 | 226,45 |
| | Tabac à rouler | 179,50 | 209,95* |

* 173,95 euros (350 euros x 49,7 %) + 36 euros (240 euros x 15 %)

NB. Sous l'hypothèse d'une classe de prix de référence pour 2015 estimée à 350 pour les cigarettes et à 240 pour le tabac à rouler.

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

CHAPITRE II

Simplification du recouvrement

Article 13

(art. 995 et 1001 du code général des impôts
et art. L. 131-8, L. 137-6, L. 137-7, L. 137-9, L. 138-20, L. 241-6,
L. 862-3, L. 862-4, L. 871-1 et L. 911-7 du code de la sécurité sociale)
**Rationalisation de la fiscalité des contrats d'assurance maladie
complémentaire et des contrats d'assurance automobile**

Objet : Cet article a pour objet de fusionner, à compter du 1^{er} janvier 2016, deux prélèvements s'appliquant aux contrats d'assurance maladie complémentaire ainsi qu'aux contrats d'assurance relatifs aux véhicules terrestres à moteur.

I - Le dispositif proposé

La fiscalité applicable aux contrats d'assurance maladie complémentaire

Les contrats d'assurance maladie complémentaire sont soumis à deux taxes juridiquement différentes mais présentant de grandes similitudes.

Créée par la loi du 31 janvier 1944¹, la **taxe spéciale sur les conventions d'assurance** (TSCA) s'applique, aux termes de l'article 991 du code général des impôts, à « toute convention d'assurance conclue avec une société ou compagnie d'assurances ou avec tout autre assureur français ou étranger [...], quels que soient le lieu et la date auxquels elle est ou a été conclue ». Elle « est perçue sur le montant des sommes stipulées au profit de l'assureur et de tous accessoires dont celui-ci bénéficie directement ou indirectement du fait de l'assuré ».

S'agissant des contrats d'assurance maladie complémentaire, deux régimes juridiques sont applicables selon qu'ils sont dits « non solidaires et responsables » ou « solidaires et responsables ». Ces derniers, jusque-là exonérés du paiement de la taxe, y sont assujettis depuis 2011 à un taux de 7 %. Le produit de la TSCA est alors versé à parts égales à la caisse nationale des allocations familiales (Cnaf) et à la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam). Pour les contrats « non solidaires et responsables », le taux de la TSCA, qui était de 7 % jusqu'en octobre 2011,

¹ Loi du 31 janvier 1944 portant réforme de certaines dispositions du code général des impôts directs et du code de l'enregistrement.

puis de 9 %, a été porté à 14 % par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014. Son produit est destiné aux départements jusqu'au seuil de 9 %, les cinq points supplémentaires étant quant à eux affectés à la Cnam.

En 2013, le produit de la TSCA sur les contrats « solidaires et responsables » s'élevait à 2,1 milliards d'euros et celui de la TSCA sur les contrats « non solidaires et responsables » à 142 millions d'euros.

Prévue à l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, la **taxe de solidarité additionnelle** (TSA) est assise sur le montant des primes ou cotisations destinés au remboursement des soins de santé non pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Elle a remplacé en 2011¹ la contribution qui avait été créée en 1999 pour être affectée au fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, dit « fonds CMU »². Ce fonds est chargé d'assurer le financement du volet complémentaire de la CMU et de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).

Le taux de la TSA est de 6,27 %. Tout comme la contribution qui l'a précédée, elle est intégralement affectée au fonds CMU.

En 2013, le produit de la TSA s'élevait à 2,023 milliards d'euros. Les 609 sociétés d'assurance, mutuelles et institutions de prévoyance redevables de la taxe en 2013 doivent la déclarer et la payer chaque trimestre auprès de l'Urssaf d'Ile de France.

Le présent article propose d'unifier en une seule taxe qualifiée de « TSA rénovée » la TSCA et la TSA applicables aux contrats d'assurance maladie complémentaire.

¹ Article 190 de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011.

² Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

Contrats d'assurance maladie

| | Taxe de solidarité additionnelle | Taxe sur les conventions d'assurance |
|--------------|---|--|
| Références | Article L. 862-4 du code de la sécurité sociale | Articles 991 à 1004 <i>bis</i> du code général des impôts |
| Assiette | Montant des primes ou cotisations destinées au financement des remboursements de soins de santé non pris en charge légalement par un régime obligatoire d'assurance maladie | Montant des sommes stipulées au profit de l'assureur et de tous les accessoires dont celui-ci bénéficie directement ou indirectement du fait de l'assuré |
| Taux | 6,27 % | 14 % pour les contrats d'assurance maladie complémentaire « non solidaires et responsables » 7 % pour les contrats d'assurance maladie « solidaires et responsables » |
| Recouvrement | Urssaf d'Ile-de-France | DGFIP |
| Affectation | Fonds CMU | TSCA contrats « solidaires responsables » : à parts égales entre la Cnam et la Cnaf TSCA contrats « non solidaires et responsables » : 9 points pour les départements ; 5 points pour la Cnam |
| Produit 2013 | 2 023 millions d'euros | TSCA contrats « solidaires responsables » : 2 100 millions d'euros TSCA contrats « non solidaires et responsables » : 142 millions d'euros |

La fiscalité applicable aux contrats d'assurance relatifs aux véhicules terrestres à moteur

Les contrats d'assurance contre les risques de toute nature relatifs aux véhicules terrestres à moteur, à l'exception des contrats relatifs aux poids lourds de plus de 3,5 tonnes et aux véhicules exclusivement destinés au fonctionnement des exploitations agricoles, sont également assujettis à la TSCA.

Les taux varient de 7 % à 30 % selon les risques couverts. La TSCA est déclarée et payée chaque mois par les sociétés d'assurances auprès des services fiscaux. Estimé à 2,8 milliards d'euros, le produit de la TSCA est entièrement affecté aux départements.

Prévue aux articles L. 137-6 à L. 137-9 du code de la sécurité sociale, la **contribution assise sur les contrats d'assurance en matière de circulation de véhicules terrestres à moteur** « est due par toute personnes physique ou morale qui est soumise à l'obligation d'assurance en matière de véhicules terrestres à moteur instituée par l'article L. 211-1 du code des assurances ». Son taux est fixé à 15 % du montant des primes, cotisations ou fractions de primes ou de cotisations afférentes à l'assurance obligatoire.

Elle est perçue par les sociétés d'assurance qui en reversent le produit aux Urssaf tous les deux mois. En 2013, le produit de la contribution s'élevait à 1,023 milliard d'euros.

Le présent article propose de supprimer la contribution sur les véhicules terrestres à moteur et de créer deux taux de TSCA.

Contrats d'assurance relatifs aux véhicules terrestres à moteur

| | Contribution sur les véhicules terrestres à moteur | Taxe sur les conventions d'assurance |
|--------------|--|--|
| Références | Article L. 137-6 à L. 137-9 du code de la sécurité sociale | Articles 991 à 1004 <i>bis</i> du code général des impôts |
| Assiette | Montant des primes, cotisations ou fractions de prime ou de cotisations d'assurance émises au cours de chaque bimestre | Montant des sommes stipulées au profit de l'assureur et de tous les accessoires dont celui-ci bénéficie directement ou indirectement du fait de l'assuré |
| Taux | 15,00 % | 18 % pour les assurances contre les risques de toute nature relatifs aux véhicules terrestres à moteur si la garantie en cause correspond à ses risques couverts par les assurances de responsabilité civile ou de dommages garantissant les risques nés de l'usage d'un VTM 9 % pour la garantie « défense recours » et la garantie « assistance aux personnes » prévoyant l'assistance médicale et le rapatriement du conducteur et des passagers du véhicule 7 %, 9 % ou 14 % pour la garantie « incendie » selon l'affectation du véhicule |
| Recouvrement | Urssaf | DGFIP |
| Affectation | Cnaf | Départements |
| Produit 2013 | 1 049 millions d'euros | 2 800 millions d'euros |

Le dispositif proposé

- *Pour les contrats d'assurance maladie complémentaire*

Le *d*) du 1° du I du présent article ajoute à la liste des exonérations de la TSCA les contrats d'assurance maladie assujettis à la TSA. Du fait de l'introduction de cette exonération générale, le *c*) du 1° du I supprime l'exonération spécifique portant sur les contrats « solidaires et responsables » souscrits par les exploitants agricoles et leurs salariés. Cette exonération a également pour conséquence, au *a*) du 2° du I, la suppression des dispositions de l'article 1 001 du code général des impôts qui fixent à 7 % ou 14 % le taux de la TSCA pour les contrats d'assurance maladie complémentaires selon qu'ils sont « solidaires et responsables » ou « non solidaires et responsables ».

Le **E** du **II** du présent article modifie en conséquence l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale. Son **1°** aligne l'assiette de la TSA sur celle de la TSCA. Son **2°** fait passer de 6,27 % à 13,27 % le taux de la TSA pour les contrats d'assurance maladie « solidaires et responsables ». Pour les contrats ne respectant pas ces critères, il est prévu de majorer le taux de 7 points.

Des exceptions sont malgré tout prévues à ces règles générales au **3°** du **E** du **II**. En premier lieu, les contrats solidaires et responsables souscrits par les exploitants agricoles et leurs salariés étant actuellement exonérés de TSCA, il est prévu de ne leur appliquer qu'un taux minoré de 6,27 % de la taxe nouvellement créée, correspondant au seul taux actuel de la TSA. Il est procédé de même s'agissant des contrats d'assurance maladie de groupes prévus au **1°** de l'article 998 du code général des impôts.

A l'inverse, les contrats dits « au premier euro », souscrits par des personnes qui ne sont pas à la charge d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, sont actuellement exonérés de TSA mais soumis à la TSCA à un taux de 7 %. Il est donc prévu de leur appliquer un taux de TSA de 7 %. De la même façon, les contrats indemnités journalières, actuellement exonérés de TSA, seront soumis à un taux de 7 % ou 14 % de TSA selon qu'ils rempliront ou non les conditions d'un contrat « solidaire et responsable ».

Le **4°** du **E** du **II** du présent article fixe les règles d'affectation de la « TSA rénovée » aux différentes structures qui percevaient autrefois le produit de la TSCA et de la TSA. Dans la limite de 6,27 points, elle sera affectée au fonds CMU. En conséquence, le **D** du **II** du présent article prévoit que seule une fraction et non plus l'intégralité de la TSA soit affectée au fonds CMU. La Cnam et la Cnaf recevront, à parts égales, le reste du produit de la TSA.

TSA nouvelle

| | |
|--------------|--|
| Références | Article L.862-4 du code de la sécurité sociale |
| Assiette | Montant des sommes stipulées au profit de l'assureur et de tous les accessoires dont celui-ci bénéficie directement ou indirectement du fait de l'assuré |
| Taux | Contrats "solidaires et responsables": 13,27% Contrats "non solidaires et responsables": 20,27% Contrats "solidaires et responsables" exploitants agricoles: 6,27% Contrats au 1 ^{er} euro: 7% Contrats indemnités journalières: 7% ou 14% Contrats de groupe: 6,27% |
| Recouvrement | Urssaf d'Île-de-France |
| Affectation | Fonds CMU: 6,27 points A parts égales pour la Cnam et la Cnaf: le reste du produit |

• *La suppression de l'assujettissement à la contribution VTM et la création de deux taux de TSCA pour les contrats d'assurance relatifs aux véhicules terrestres à moteur*

Le **B** du **II** du présent article supprime les dispositions du code de la sécurité sociale instituant une contribution assise sur les contrats d'assurance en matière de circulation de véhicules terrestres à moteur.

L'exonération de TSCA pour les véhicules de plus de 3,5 tonnes ainsi que pour les véhicules nécessaires au fonctionnement des exploitations agricoles est supprimée au 1^o du **I** du présent article pour la part obligatoire des contrats d'assurance en question.

Les *b*) et *c*) du 2^o du **I** redéfinissent les taux de TSCA applicables sur les véhicules terrestres à moteur. Ils seront de 15 % pour les contrats qui étaient jusque-là exonérés de TSCA et de 33 % pour ceux qui y étaient assujettis. Le taux de 18 % est maintenu pour les contrats qui ne sont pas régis par les règles fixées à l'article L. 211-1 du code des assurances.

Enfin, le *d*) du 2^o du **I** définit les règles d'affectation du produit de la TSCA. 13,3 points de la part du produit de la taxe dont le taux est égal à 15 % et à 33 % seront affectés à la sécurité sociale dans les conditions fixées à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale. Le reste du produit sera destiné aux départements.

**TSCA sur les contrats d'assurance
relatifs aux véhicules à moteur**

| | |
|--------------|--|
| Références | Articles 991 à 1004 <i>bis</i> du code général des impôts |
| Assiette | Montant des sommes stipulées au profit de l'assureur et de tous les accessoires dont celui-ci bénéficie directement ou indirectement du fait de l'assuré |
| Taux | Contrats afférents à l'obligation d'assurance en matière de véhicules terrestres à moteur : 33% Contrats afférents à l'obligation d'assurance en matière de véhicules terrestres à moteur concernant des véhicules de plus de 3,5 tonnes et ceux affectés au fonctionnement des exploitations agricoles : 15% |
| Recouvrement | DGFIP |
| Affectation | A parts égales pour la Cnaf et la Cnam: 13,3 points de la taxe au taux de 15% et de la taxe au taux de 33% Le reste du produit aux départements |

Date d'entrée en vigueur des mesures prévues par le présent article

Le **III** du présent article fixe son application aux primes, cotisations ou fractions de primes ou de cotisations dont le fait générateur d'imposition interviendra à compter du 1^{er} janvier 2016. Des dispositions dérogatoires sont malgré tout prévues pour les taxes dues postérieurement au 1^{er} janvier 2016 sur des contrats d'assurance dont le fait générateur d'imposition sera intervenu avant cette date.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté neuf amendements rédactionnels ou de précision. Elle a également adopté un amendement de Gérard Bapt, rapporteur du volet recettes et équilibre général, rendant obligatoire la dématérialisation des déclarations et versements afférents à la nouvelle TSA. Si cette obligation n'est pas respectée, une majoration de 0,2 % sera appliquée aux sommes qui auront été déclarées ou versées sous format papier.

III - La position de la commission

Votre commission salue une mesure destinée à améliorer la lisibilité et simplifier les prélèvements applicables sur les contrats d'assurance maladie complémentaire et sur les contrats d'assurance relatifs aux véhicules terrestres à moteur. Elle demeure cependant attentive à ce que la réforme proposée soit neutre pour l'ensemble des cotisants, notamment s'agissant de la définition des assiettes sur lesquelles porteront les deux taxes nouvellement créées.

A l'initiative de son rapporteur général, elle a adopté **un amendement** tendant à effectuer une coordination avec le projet de loi de finances pour 2015, qui modifie lui aussi l'article 1 001 du code général des impôts.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 14

(art. L. 136-5 et L. 243-1-3 du code de la sécurité sociale)

**Versement des cotisations dans les secteurs soumis à l'obligation
de mutualisation des congés payés**

Objet : Cet article a pour objet, dans les secteurs où existent des caisses de congés payés, de prélever directement sur les cotisations appelées par ces caisses les cotisations et contributions sociales dues au titre des périodes de congés payés.

I - Le dispositif proposé

Origine et fonctionnement des caisses de congés payés

Des caisses de congés payés ont été créées dans certains domaines d'activité où, en raison du fort taux de mobilité des salariés, il était difficile pour les entreprises d'assurer seules le paiement des indemnités de congés. Le secteur des bâtiments et travaux publics (BTP) regroupe 90 % des salariés travaillant dans les entreprises affiliées à ces caisses. Dans ce secteur, c'est l'Union des caisses de France (UCF) qui est chargée d'assurer l'animation, la coordination et la représentation du réseau des 29 caisses de congés payés présentes sur le territoire.

Pour assurer le paiement des indemnités de congés payés, les caisses prélèvent sur les entreprises membres une cotisation qui inclut le montant des cotisations et contributions de sécurité sociale dues sur ces indemnités. En 2014, le taux moyen d'appel des cotisations au sein du réseau de l'UCF s'élève à 20,07 % de la masse salariale. Les dates et modalités de versement des cotisations sont fixées par le règlement intérieur de chaque caisse.

A la mission de paiement des indemnités de congés payés s'est ajoutée celle de mutualisation des risques liés aux intempéries, les caisses remboursant aux entreprises les indemnités dues à leur personnel lors des périodes de chômage causées par les aléas climatiques. Des cotisations facultatives sont par ailleurs prélevées pour les adhérents des organismes professionnels du BTP. Les caisses de congés payés ont également diversifié leurs missions à la lutte contre le travail illégal.

Entre la date de prélèvement des cotisations et celle du paiement effectif des indemnités de congés payés, les sommes recueillies par les caisses font l'objet de placements financiers. Ce sont ces revenus financiers qui leur permettent, depuis plusieurs années, d'équilibrer un résultat technique légèrement déficitaire. Pour l'exercice arrêté au 31 mars 2013, le montant des produits techniques, dont le prélèvement des cotisations

représente 94 %, s'élevait à 6,87 milliards d'euros et celui des charges techniques, composées à hauteur de 96 % des indemnités versées, était de 6,93 milliards d'euros. Le résultat financier, qui s'est établi à 168,6 millions d'euros a permis de compenser le déficit d'exploitation.

Détail des résultats techniques et financiers consolidés

| <i>en k€</i> | 31/03/2011 | 31/03/2012 | 31/03/2013 | 31/03/2014 <i>(projet)</i> |
|----------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------------------|
| Cotisations collectées | 6 340 378 96% | 6 350 614 94% | 6 479 735 94% | 6 518 665 95% |
| Ristournes distribuées | -8 513 | -5 100 | -5 179 | -5 660 |
| Reprises de provisions | 305 665 | 382 789 | 399 013 | 324 831 |
| PRODUITS TECHNIQUES | 6 637 530 | 6 728 302 | 6 873 568 | 6 837 837 |
| Indemnités versées | -6 453 069 96% | -6 444 918 95% | -6 660 408 96% | -6 605 742 96% |
| Pertes sur créances irréc. | -13 708 | -26 034 | -25 813 | -21 694 |
| Dotations aux provisions | -230 635 | -329 485 | -242 058 | -260 323 |
| CHARGES TECHNIQUES | -6 697 411 | -6 800 437 | -6 928 279 | -6 887 759 |
| RESULTAT TECHNIQUE | -59 881 | -72 135 | -54 711 | -49 922 |
| RESULTAT D'EXPLOITATION | -91 024 | -99 168 | -102 575 | -105 248 |
| Revenus des titres de placement | 24 776 13% | 27 933 13% | 27 262 12% | 28 573 15% |
| Majorations de retard | 15 217 | 18 656 | 16 698 | 21 803 |
| Plus-values de cessions | 87 878 45% | 88 265 42% | 102 745 44% | 83 395 44% |
| Reprises de provisions et autres | 67 237 | 73 491 | 88 388 | 56 377 |
| PRODUITS FINANCIERS | 195 108 | 208 345 | 235 093 | 190 149 |
| Moins-values de cessions | -8 940 | -23 434 | -13 902 | -5 929 |
| Dotations aux provisions | -62 917 86% | -69 520 71% | -46 390 70% | -47 490 81% |
| Autres charges financières | -1 539 | -4 971 | -6 177 | -5 086 |
| CHARGES FINANCIERES | -73 395 | -97 926 | -66 469 | -58 506 |
| RESULTAT FINANCIER | 121 713 | 110 420 | 168 624 | 131 643 |
| RESULTAT EXCEPTIONNEL | -529 | 7 989 | 2 571 | 988 |
| dont vente de biens immobiliers | | 1 746 22% | 2 200 86% | |
| RESULTAT NET | -29 720 | -52 895 | 13 908 | -22 538 |

Source : Liasses de combinaison des caisses CI-BTP

Ces revenus financiers ont également conduit à la constitution de réserves importantes. Au 31 mars 2013, le niveau de la trésorerie s'élevait à 6,7 milliards d'euros et celui des fonds propres à 519 millions d'euros. Ces réserves constituent en premier lieu une obligation pour les caisses de congés payés, leurs statuts prévoyant la mise en réserve systématique d'une fraction des cotisations encaissées. Elles répondent également à un impératif de bonne gestion en permettant d'éviter des hausses trop brutales des taux de cotisations dans les périodes de conjoncture économique difficile.

La commission des finances du Sénat s'est penchée en 2009 sur la gestion des caisses de congés payés dans le secteur des travaux publics. Le rapporteur Jean Arthuis avait insisté sur les marges de manœuvre importantes dont disposaient les caisses du fait de leurs pratiques de gestion : *« si votre rapporteur note que la gestion du réseau s'inscrit dans un cercle vertueux en termes d'équilibre et d'efficience du régime, il note également la marge confortable de gestion qu'offre le niveau élevé et croissant des fonds disponibles, malgré la pratique des rétrocessions de cotisations »*¹.

Les recommandations formulées par la commission des finances avaient alors conduit à une accélération de la restructuration du réseau, à la diminution du plafond des réserves de 50 à 35 jours de cotisations ainsi qu'à l'utilisation à hauteur de 150 millions d'euros de ces réserves pour le financement du plan de relance dans le secteur HLM et des travaux publics.

**Les cinq recommandations
formulées par la commission des finances du Sénat (3 juin 2009)**

1° La gestion du régime des congés payés du BTP doit s'engager dans la présentation des comptes consolidés et synthétiques ainsi que l'élaboration d'un suivi mensuel de l'état de la trésorerie et de la valeur du patrimoine, y compris immobilier, de l'ensemble des caisses. Dans cette optique, il conviendrait d'évaluer l'intérêt de regrouper les caisses par grandes régions, voire de fusionner l'ensemble.

2° Le montant des réserves doit être réduit au strict niveau nécessaire au bon fonctionnement du régime, les excédents devant être redistribués en priorité aux adhérents pour l'exercice écoulé, et vers des actions d'intérêt général pour les excédents antérieurs.

3° La gouvernance des caisses de congés payés doit être améliorée non seulement en direction de l'ensemble des adhérents, mais aussi des salariés qui, *in fine*, bénéficient des indemnités de congés payés. Une réflexion sur une ouverture des conseils d'administration à des personnalités extérieures et à des représentants des salariés doit être engagée.

¹ Rapport d'information n° 67 (2009-2010) fait au nom de la commission des finances par M. Jean Arthuis : *« Pour une gestion transparente des caisses de congés payés du bâtiment et des travaux publics »*.

4° Sans remettre en question les pouvoirs dévolus aux agents de contrôle ainsi que la nécessité d'assurer l'effectivité des congés pays, la mise en recouvrement des cotisations doit faire l'objet d'un examen approfondi des caisses, en liaison avec les services de la tutelle qui peuvent utilement intervenir au titre du recours gracieux, afin d'éviter que les poursuites engagées par les caisses ne conduisent, à elles seules, les entreprises vers des procédures de redressement et de liquidation judiciaires. Cette précaution est essentielle en période de crise, de baisse d'activité et de risques accrus de rupture de trésorerie.

5° Les prélèvements effectués par les caisses doivent être clairement identifiés au regard de leur fondement et de leur affectation. Les adhérents doivent recevoir une information explicite sur leur caractère obligatoire ou facultatif.

Un rapport de l'inspection générale des affaires sociales (Igas) publié en 2011 a permis de dresser le bilan des avancées réalisées suite à la mise en œuvre du plan de modernisation du réseau, lancé en 2008, et à la publication du rapport sénatorial. Elle n'en a pas moins formulé un certain nombre de recommandations visant, notamment, à réduire le nombre de congés non pris et améliorer les pratiques de recouvrement. Toutefois, la mission a exclu la piste d'une suppression des caisses de congés payés : *« la disparition des caisses s'accompagnerait inévitablement de perturbations transitoires avant que la majorité des employeurs ne maîtrise parfaitement une réglementation qu'ils n'ont jamais appliquée. Compte tenu des frais de gestion raisonnables des caisses de congés payés, en partie financés par leurs produits financiers, il n'est pas évident que toutes les entreprises réaliseraient des économies en internalisant le paiement des congés ou en le confiant à un comptable. Il n'existe donc aucune certitude quant aux avantages potentiels d'une disparition des caisses, sauf pour les grandes entreprises »*¹.

Le dispositif proposé : le prélèvement à la source des cotisations et contributions de sécurité sociale

La mise en place d'un prélèvement à la source avait déjà été envisagée par le Gouvernement au moment de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013. L'amendement déposé par ce dernier en première lecture à l'Assemblée nationale avait cependant été modifié pour ne plus porter que sur deux types de prélèvements : le versement transport et la cotisation due au fonds national d'aide au logement (Fnal).

Une telle mesure, devenue l'article 40 de la loi de financement, trouvait une justification particulière puisque, en raison des difficultés liées au calcul du versement transport, les caisses de congés payés avaient été exonérées de son paiement par l'administration². La mise en place d'un prélèvement à la source constituait par conséquent une opportunité pour

¹ Igas, « Audit du réseau des caisses de congés-intempéries du BTP », juin 2011.

² Circulaire Acoiss n° 2005-087 relative à la réglementation applicable en matière de versement transport.

rétablir une équité de traitement entre le secteur du bâtiment et les autres entreprises assujetties au versement transport. Selon les indications fournies par l'UCF, la mise en place du prélèvement à la source pour la cotisation due au Fnal a eu une incidence fonctionnelle mineure sur les caisses de congés payés.

L'article 40 de la loi de financement prévoyait également la remise au Parlement d'un rapport évaluant les conditions d'extension du prélèvement à la source à l'ensemble des cotisations et contributions sociales recouvrées par les caisses de congés payés. Votre commission regrette que ce rapport n'ait à l'heure actuelle toujours pas été communiqué par le Gouvernement au Parlement, et ce alors même qu'il a été écrit. Compte tenu des changements substantiels qu'emporterait l'adoption du présent article sur la gestion des caisses de congés payés, elle juge particulièrement préjudiciable que le Parlement ne dispose pas de tous les éléments susceptibles de lui permettre d'éclairer sa décision.

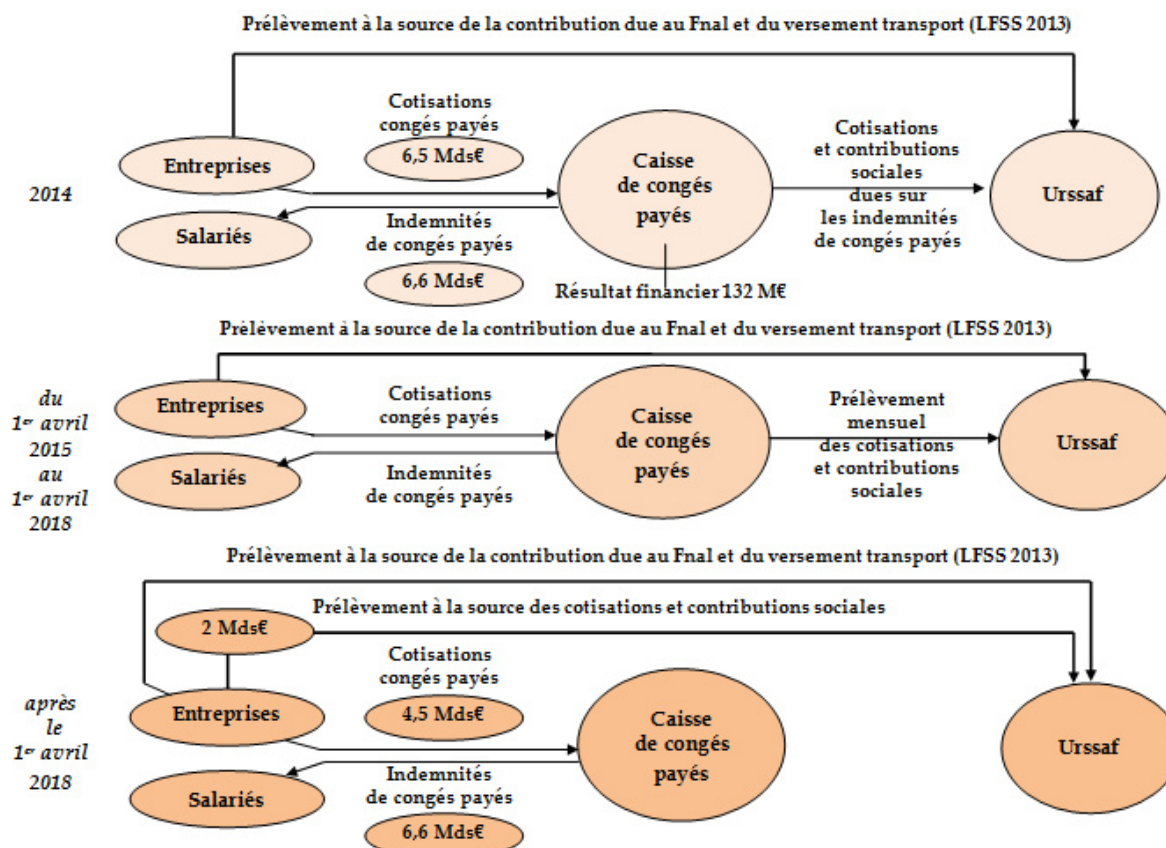
En effet, le présent article propose, alors même que l'étude préalable n'a pas été communiquée au Parlement, de mettre en place, en deux temps, un dispositif de recouvrement à la source des cotisations de sécurité sociale, de la contribution sociale généralisée (CSG), de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) et de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA).

Pour ce faire, le 2° du I du présent article réécrit l'article L. 243-1-3 du code de la sécurité sociale qui avait introduit le prélèvement à la source du versement transport et de la cotisation due au Fnal. Ces dispositions sont reprises aux 1° de l'article L. 243-1-3. Elles sont complétées par un 2° qui prévoit, pour les cotisations de sécurité sociale, la CSG, la CRDS et la CSA, la mise en place d'un versement assis sur les cotisations dues aux caisses de congés payés par les employeurs qui leur sont affiliés. Un décret devra fixer les conditions dans lesquelles ces versements pourront être ajustés en fonction du montant des indemnités de congés payés effectivement versées.

Par cohérence avec ces dispositions, le 2° du I du présent article supprime la dernière phrase du III de l'article L. 136-5 du code de la sécurité sociale qui définit les modalités actuelles de recouvrement de la CSG par les caisses de congés payés.

Le A du II fixe les modalités d'application dans le temps du présent article. Le 1° du I sera applicable à compter du 1^{er} avril 2016. Le 2° du I entrera en vigueur à compter du 1^{er} avril 2015. Un dispositif transitoire est malgré tout prévu au B du II. Jusqu'au 1^{er} avril 2018, les caisses de congés payés seront directement prélevées chaque mois du montant des cotisations et contributions dues par l'application d'un taux au montant de l'assiette des cotisations qu'elles auront encaissées. Pour les entreprises souhaitant écourter cette période transitoire, le C du II dispose qu'un décret fixera les conditions dans lesquelles elles pourront procéder au basculement prévu.

Schéma simplifié des changements prévus pour les années 2015 et suivantes



Source : Commission des affaires sociales

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté trois amendements rédactionnels.

III - La position de la commission

Selon les indications fournies par le Gouvernement, la mise en œuvre du présent article devrait conduire à diminuer de 2 milliards d'euros le niveau des cotisations recouvrées par les caisses de congés payés. L'UCF estime qu'une telle mesure met en danger l'équilibre financier du réseau, qui se fonde sur l'utilisation des produits financiers générés par les placements de trésorerie pour équilibrer les résultats techniques déficitaires. En résulterait inévitablement une augmentation des taux de cotisations jugée difficilement supportable pour un secteur économique déjà en difficulté.

Votre commission souligne que le présent article n'a pas pour objet de supprimer l'ensemble des ressources perçues par les caisses de congés payés et que le niveau consolidé de leurs fonds propres, bien qu'en diminution, devrait permettre aux caisses de faire face aux aléas de la conjoncture économique. En outre, la mise en place du recouvrement à la source pourrait être source d'économies de gestion et encourager la poursuite de la modernisation du réseau engagée au cours des dernières années.

Votre commission n'en demeure pas moins attentive aux conséquences que risque d'avoir le présent article sur les entreprises concernées s'agissant du calcul des cotisations et contributions dues au titre des indemnités de congés payés. L'impact risque d'être d'autant plus fort pour les entreprises de petite taille, qui sont très majoritaires dans le secteur du BTP, et devront certainement faire appel à une expertise extérieure. Devront également être mis en place au sein des Urssaf des dispositifs de régularisation du niveau des cotisations et contributions en fonction du nombre de congés payés effectivement pris. Lors de son audition par votre commission, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss) a ainsi fait part des enjeux que suscitait le présent article en termes de gestion interne au sein des Urssaf, sans pour autant remettre en cause son principe ni sa légitimité.

Introduit dans un chapitre intitulé « Simplification du recouvrement », le présent article constitue également la principale mesure de recettes supplémentaires prévue par le projet de loi de financement de la sécurité sociale. En effet, il génère un gain de trésorerie pour le régime général qui est évalué par le Gouvernement à 1,5 milliard d'euros en 2015 et 500 millions d'euros en 2016. L'examen de la pertinence même du dispositif proposé s'en trouve par conséquent biaisé dans la mesure où refuser cette « simplification du recouvrement » conduirait à remettre profondément en cause l'équilibre général du projet de loi de financement. Or le souci de responsabilité de votre commission face à la nécessité d'un redressement rapide et durable des finances sociales ne peut la laisser indifférente aux conséquences qu'aurait une suppression pure et simple de cet article.

Pour autant, votre commission note que l'impact que doit avoir le présent article sur les finances de la sécurité sociale ne constitue qu'un simple apport de trésorerie, inhérent au principe même du prélèvement à la source : en 2015 et au premier trimestre 2016, les Urssaf collecteront deux fois les cotisations et contributions de sécurité sociale dues sur les indemnités de congés payés. La mesure proposée par le Gouvernement ne procure donc pas de ressources durables même si elle doit contribuer significativement à la réduction du déficit prévue en 2015. Cependant, au regard des inquiétudes légitimes que suscite le présent article, votre commission juge indispensable qu'un effort de pédagogie substantiel soit réalisé pour expliquer les fondements et les modalités de mise en œuvre d'une réforme dont il doit être compris qu'elle n'a pas pour objet de remettre en cause l'existence des caisses de congés payés.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 15

(art. L. 243-6-5 [nouveau], L. 243-7, L. 243-13
et L. 652-3 du code de la sécurité sociale et art. L. 724-7, L. 724-7-1 [nouveau],
L. 725-12 et L. 725-26 [nouveau] du code rural et de la pêche maritime)

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

Objet : *Cet article procède à plusieurs ajustements dans les relations entre les cotisants et les organismes chargés du contrôle et du recouvrement des cotisations et contributions de sécurité sociale.*

I - Le dispositif proposé

Limitation à trois mois de la durée des contrôles effectués par les Urssaf dans les très petites entreprises

Le 1^o du I du présent article introduit un article L. 243-13 dans le code de la sécurité sociale dont le I fixe à trois mois la durée maximale des contrôles effectués par les Urssaf dans les entreprises employant moins de dix salariés ainsi que chez les travailleurs indépendants. Ce délai correspond à celui fixé à l'article 52 du livre des procédures fiscales pour les contrôles fiscaux effectués auprès des très petites entreprises¹.

La durée du contrôle sera calculée de la date du début effectif du contrôle jusqu'à la lettre d'observations. La prorogation du délai de contrôle sera de droit, à la demande de l'employeur contrôlé ou de l'organisme de recouvrement.

Plusieurs exceptions sont malgré tout prévues à la limitation de la durée des contrôles :

- lorsque sera détectée une situation de travail dissimulé ;
- dans les cas où l'entreprise ou le travailleur indépendant aura fait obstacle au contrôle ;
- lorsque sera identifiée une situation d'abus de droit ;
- lorsque les contrôleurs feront le constat que la comptabilité de l'entité contrôlée est insuffisante ou que les documents fournis sont inexploitable.

¹ Dans ce cas, la taille de l'entreprise est appréciée au regard du chiffre d'affaires qui ne doit pas excéder les seuils fixés à l'article 302 septies A du code général des impôts soit « 783 000 €, s'il s'agit d'entreprises dont le commerce principal est de vendre des marchandises, objets, fournitures et denrées à emporter ou à consommer sur place ou de fournir le logement, ou 236 000 €, s'il s'agit d'autres entreprises ».

Le II de l'article L. 243-13 précise également que cette durée maximale de trois mois ne s'appliquera pas aux entreprises qui sont en réalité les filiales d'un groupe employant un nombre supérieur de personnes.

Extension du champ de contrôle des Urssaf

Aux termes du premier paragraphe de l'article L. 243-7 du code de la sécurité sociale, les inspecteurs des Urssaf sont compétents pour contrôler le respect des dispositions du code de la sécurité sociale par « *les employeurs, personnes privées ou publiques y compris les services de l'Etat autres que ceux mentionnés au quatrième alinéa [Gouvernement] et, dans le respect des dispositions prévues à l'article L. 133-6-5, par les travailleurs indépendants ainsi que par toute personne qui verse des cotisations ou contributions auprès des organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général* ».

Or il existe des structures qui, sans être inscrites aux Urssaf, versent des avantages qui peuvent s'apparenter à des rémunérations. L'étude d'impact au présent projet de loi cite notamment le cas d'associations créées pour gérer un parc de véhicules et leur attribution aux salariés d'une entreprise.

Le 2° du I du présent article prévoit donc de compléter l'article L. 243-7 afin d'autoriser les contrôles des inspecteurs des Urssaf dans les structures qui, sans avoir la qualité d'employeur, versent des rémunérations aux salariés d'employeurs faisant eux-mêmes l'objet d'un contrôle. De telles inspections ne pourront donc intervenir que lorsque, au cours d'un contrôle dans une structure, les inspecteurs auront présumé le versement de rémunérations de la part d'une autre entité aux salariés de la structure contrôlée.

Conclusion de transactions entre les cotisants et les organismes de recouvrement

L'article L. 247 du livre des procédures fiscales prévoit la possibilité pour un contribuable de conclure une transaction avec l'administration fiscale. Le 3° du I du présent article propose d'étendre ce dispositif aux relations entre les cotisants et les Urssaf. Il s'agit en réalité d'offrir un cadre juridique à des pratiques déjà existantes dans certaines Urssaf.

Pour ce faire, il est inséré un nouvel article L. 243-6-5 au sein du code de la sécurité sociale prévoyant la possibilité de conclure une transaction lorsque les sommes dues n'ont pas un caractère définitif. Le fait que le cotisant ait mis en œuvre des manœuvres dilatoires visant à nuire au bon déroulement du contrôle ou lorsqu'auront été identifiées des situations de travail dissimulé empêcheront cependant la conclusion de transactions.

L'objet de la transaction est quant à lui circonscrit, sur une période de trois ans, au montant des majorations de retard et pénalités, à la détermination des éléments d'assiette des cotisations ou contributions lorsque ceux-ci sont particulièrement difficiles à définir ainsi qu'au calcul du montant des redressements.

En cas de recours effectué devant la commission de recours amiable de l'organisme de recouvrement, toute possibilité de conclure une transaction sera suspendue. Une fois la transaction conclue, les questions traitées par celle-ci ne pourront faire l'objet d'un recours contentieux. En cas de changement de directeur de l'organisme de recouvrement, la transaction conclue par le directeur précédent continuera d'engager l'organisme. Dans l'hypothèse d'un changement d'organisme de recouvrement, le contenu de la transaction sera applicable au nouvel organisme de recouvrement.

Renforcement de l'efficacité de la procédure d'opposition à tiers détenteur

L'article L. 652-3 du code de la sécurité sociale permet aux organismes de recouvrement d'obtenir, au moyen d'une opposition à tiers détenteur, des créances détenues auprès de tiers par des cotisants redevables de cotisations. La contestation de l'opposition par le débiteur ou le tiers détenteur a pour effet de suspendre le paiement, mécanisme qui est considéré comme constituant un frein à l'utilisation de la procédure d'opposition à tiers détenteur par les organismes de recouvrement. Afin d'y remédier, le 4° du I du présent article propose de définir trois cas pour lesquels, sauf décision contraire du juge, le paiement ne sera pas différé :

- lorsque la créance est liée à une situation de travail dissimulé ;
- lorsqu'il a été fait obstacle au contrôle ayant donné lieu à la définition de la créance ;
- lorsque le titre exécutoire de la créance a donné lieu à un recours jugé dilatoire ou abusif.

Il est également prévu d'étendre la procédure d'opposition à tiers détenteur puisse s'appliquer au recouvrement des indus de prestations sociales dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat.

Le II du présent article précise ses modalités d'application au régime agricole. Son III fixe le calendrier d'application de l'article. Les dispositions relatives à la durée et au champ de contrôle des Urssaf s'appliqueront aux contrôles engagés à partir du 1^{er} janvier 2015. La date d'entrée en vigueur des dispositions relatives à la procédure de transaction sera fixée par décret en Conseil d'Etat, la date butoir étant fixée au 1^{er} octobre 2015. Enfin, les mesures relatives à l'opposition à tiers détenteur s'appliqueront aux titres exécutoires émis à compter du 1^{er} janvier 2015.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre plusieurs amendements rédactionnels, l'Assemblée nationale a adopté un amendement prévoyant la communication des transactions conclues entre les organismes de recouvrement et les cotisants à l'autorité compétente de l'Etat et enjoignant les directeurs de ces organismes de recouvrement à rendre compte, chaque année avant le 30 juin, des transactions conclues l'année précédente.

III - La position de la commission

Votre commission prend acte de ces mesures qui visent à fluidifier les relations entre les cotisations et les organismes de recouvrement. Elle a adopté **un amendement** rédactionnel.

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 15 bis [nouveau]
(art. 122 de loi n° 2005-1720
du 30 décembre 2005 de finances rectificative pour 2005)
Plan de désendettement social de l'agriculture corse

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, vise à mettre en place un plan de désendettement social pour les agriculteurs corses.

I - Le dispositif proposé

L'article 122 de la loi de finances rectificative pour 2005 a mis en place un dispositif de désendettement social de l'agriculture corse. Le présent article vise à réactiver ce plan de désendettement.

Les dettes d'un montant inférieur à 10 000 euros seraient prises en charge par les crédits d'action sociale de la caisse de la mutualité sociale agricole (MSA) dans les conditions prévues à l'article L. 726-3 du code rural et de la pêche maritime. Le Gouvernement évalue à 4 millions d'euros le montant de cette prise en charge.

Pour les dettes d'un montant supérieur à 10 000 euros, un échéancier de paiement sur sept ans des cotisations dues entre 1995 et 2014 serait mis en place, sa réalisation conditionnant l'effacement des dettes antérieures à 1996. Les poursuites seraient suspendues durant la mise en œuvre de cet échéancier. Pour les agriculteurs dont la situation est la plus fragile, les cotisations pourraient être prises en charge dans la limite d'une enveloppe de 1 million d'euros.

II - La position de la commission

La question de l'apurement de la dette sociale agricole en Corse se pose de façon ancienne. Plusieurs solutions ont été mises en œuvre au cours des dernières années dont la Cour des comptes a récemment dressé le bilan¹ :

- en 2001, l'Etat pris en charge 156 dossiers d'arriérés de cotisations datant d'avant 1999 pour un coût de 2,01 millions d'euros ;

¹ Cour des comptes, chapitre XVIII du rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014, « Le recouvrement des cotisations sociales en Corse : une crédibilité à établir », septembre 2014.

- ce dispositif a été complété en 2003 ; sur les 123 dossiers déclarés éligibles, 31 ont donné lieu à la signature d'un accord pour un montant de dettes de 1,43 million d'euros et une charge pour l'Etat de 0,45 million d'euros ;

- enfin, comme cela a été indiqué précédemment, de nouvelles mesures ont été mises en œuvre en 2005 auprès de 465 débiteurs pour un coût de 3,7 millions d'euros ; en janvier 2014, 132 000 plans étaient encore en cours.

Au total, ces trois plans d'apurement de la dette sociale dans le secteur agricole en Corse ont coûté à l'Etat 6,16 millions d'euros. Or les effets pervers de ces mesures ont été clairement dénoncés par la Cour des comptes dans son rapport de septembre dernier. Si les actions menées ont eu un caractère limité – plus des trois-quarts de la dette restent portés par des débiteurs n'ayant bénéficié d'aucune mesure d'apurement –, elles ont en revanche « *eu un clair caractère contre-incitatif au paiement régulier et à échéance des cotisations, du fait de l'effet d'aubaine que constitue l'apurement régulier d'une partie de la dette par les pouvoirs publics* ». En outre, les plans ont été trop peu adaptés à la situation particulière des débiteurs. La Cour conclue que « *renouveler une opération de soutien au désendettement ne pourrait que faire progresser à nouveau l'attentisme et gonfler les restes à recouvrer* ».

Selon la Cour, l'amélioration du recouvrement doit avant tout passer par une réorganisation du fonctionnement de la caisse de la MSA et par la relance des procédures de recouvrement contentieux. De telles mesures ne peuvent être mises en œuvre qu'à la condition d'un soutien réaffirmé de la part de la caisse au niveau national et des pouvoirs publics.

Sur le plan de la méthode, votre commission regrette l'introduction par voie d'amendement gouvernemental d'une disposition aussi lourde de conséquences pour l'avenir du recouvrement en Corse et pour la situation des agriculteurs de l'île. Aucune étude d'impact ne permet d'apprécier de façon précise les implications de la mesure proposée. Or, selon le chiffrage sommaire fourni par le Gouvernement, au moins 5 millions d'euros pourraient être consacrés à la mise en œuvre de ce plan, soit un montant très largement supérieur à celui des plans précédents.

Votre commission s'interroge par ailleurs sur le bien-fondé d'une mesure qui constitue l'exact contraire de la solution préconisée par la Cour des comptes au mois de septembre dernier.

Enfin, il lui semble particulièrement dangereux, dans un contexte économique difficile où l'effort de redressement des finances publiques doit être équitablement partagé par tous, de prévoir, pour une catégorie particulière de la population, des mesures de soutien dérogatoires, à l'efficacité douteuse mais dont le caractère déresponsabilisant a clairement été démontré.

Au regard de ces observations, la commission vous demande de supprimer cet article.

Article 15 ter [nouveau]

**Exonérations des cotisations et contributions
dues par les employeurs affectés par l'interruption
de dessertes maritimes vers la Corse en juin et juillet 2014**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à exonérer de cotisations et de contributions sociales les employeurs qui justifient d'une baisse de leur chiffre d'affaires suite au mouvement social de la Société nationale maritime Corse Méditerranée en juin et juillet derniers sous réserve d'avoir respecté leurs obligations légales et sociales.

I - Le dispositif proposé

Cet article est issu d'un amendement du Gouvernement adopté par l'Assemblée nationale. Il se compose de deux parties.

Le I propose de mettre en place une mesure spécifique pour les employeurs « dont l'activité économique est conditionnée au bon fonctionnement de dessertes maritimes et qui ont été affectés par l'interruption prolongée de celles-ci au cours des mois de juin et juillet 2014 », c'est-à-dire au moment de la grève de la Société nationale maritime Corse Méditerranée (SNCM) titulaire depuis le 1^{er} janvier 2014, et pour une durée de dix ans, de la délégation de service public maritime entre Marseille et les ports de l'île.

Les employeurs affectés seront exonérés des cotisations et contributions sociales, y compris d'un point des cotisations dues au titre des accidents du travail et maladies professionnelles, au titre des gains et rémunérations versés au troisième trimestre 2014.

Le II précise que le préjudice subi pourra être prouvé par une attestation conforme à un modèle fixé par les ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. Les modalités d'obtention de cette attestation sont indiquées pour les entreprises créées avant le troisième trimestre 2013. Les entreprises créées postérieurement prouveront leur situation par des moyens équivalents.

Il fixe également des conditions pour être éligible à l'exonération prévue à cet article :

- être à jour des obligations de déclaration et de paiement ou avoir souscrit un plan d'apurement des cotisations restant dues et acquitter les cotisations à leur date normale d'exigibilité ;

- ne pas avoir fait l'objet d'une condamnation pénale devenue définitive pour fraude fiscale, travail dissimulé, marchandage ou prêt illicite de main d'œuvre.

II - La position de la commission

Votre commission est favorable à cet article qui répond à un engagement du Gouvernement et prend en compte la situation d'un secteur économique particulièrement exposé du fait de la nécessité d'une desserte maritime.

Elle s'interroge néanmoins sur la forme que prennent ces mesures d'aide. Une exonération de cotisations et participations est-elle le meilleur moyen d'aider les entreprises faisant l'objet d'une difficulté ponctuelle ? N'aurait-il pas été préférable, à défaut d'avoir pu prévenir la crise qui a causé ces difficultés, de faire reposer sur l'impôt ces mesures d'aide ?

Est-ce par ailleurs une bonne pratique que d'annoncer ces mesures sans en présenter une estimation ?

La situation des entreprises en Corse du fait de la SNCM appelle néanmoins une réponse.

En conséquence et malgré ses nombreuses interrogations, la commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 16

(art. L. 243-6 du code de la sécurité sociale)

Simplification de l'action en remboursement de cotisations AT-MP indues

Objet : Cet article simplifie la procédure d'action en remboursement de cotisations AT-MP indûment versées de manière à ce que l'employeur ne soit plus contraint de former plusieurs recours à titre essentiellement conservatoire et qu'il puisse se voir rembourser l'intégralité des cotisations indues quelle que soit la date à laquelle celles-ci ont été versées.

I - Le dispositif proposé

Les règles applicables à l'action en remboursement de cotisations AT-MP indues souffrent d'un manque de clarté et de simplicité

- *Modalités de fixation des cotisations AT-MP*

Conformément à la vocation assurantielle de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), le mode de fixation des cotisations AT-MP repose sur une tarification du risque propre à chaque employeur, précisée à l'article L. 242-5 du code de la sécurité sociale.

Cet article prévoit que le taux de cotisation est fixé chaque année par les caisses d'assurance retraite et de santé au travail (Carsat) en fonction de **trois critères** : **l'effectif de l'entreprise**, son **secteur d'activité** et son **taux de sinistralité**. Ce dernier est défini comme le rapport entre le nombre d'AT et

de MP d'une part et le nombre de salariés d'autre part. Les dépenses de sinistralité prises en compte au titre d'une année N sont **celles que l'entreprise a occasionnées au titre de l'antépénultième année (N-2) et des deux années précédant celle-ci (N-3 et N-4).**

Préalablement à la fixation du taux par la Carsat, la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) peut intervenir pour les entreprises d'au moins vingt salariés afin de reconnaître le caractère professionnel d'un AT ou d'une MP et de fixer, le cas échéant, un taux d'incapacité partielle permanente (IPP) pour les salariés victimes.

Le taux de cotisation calculé par la Carsat est notifié par celle-ci à l'entreprise.

Le recouvrement de la cotisation relève de l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf).

- *Modalités de contestation des taux de cotisations AT-MP*

L'article R. 143-21 du code de la sécurité sociale prévoit un délai de **deux mois pendant lequel toute entreprise peut contester le taux de cotisation qui lui est notifié par la Carsat.** Passé ce délai, l'entreprise ne peut plus contester globalement ce taux mais elle peut encore introduire une action contestant le caractère professionnel d'un AT ou d'une MP ou bien le taux d'IPP.

Toute décision favorable à l'entreprise de la part de la Cnam - ou de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail (Cnitaat), juridiction qui statue en premier et dernier ressort sur les contestations en matière de tarification des cotisations dues par les entreprises au titre des AT-MP, - constitue une **décision d'inopposabilité du sinistre.** Cette décision entraîne **l'obligation pour la Carsat de rectifier le taux de cotisation initialement notifié.** Il ouvre droit à un remboursement de cotisations indues auprès de l'Urssaf.

- *Problèmes posés par l'application du principe de la prescription triennale à l'action en remboursement de cotisations AT-MP indues*

Parallèlement, l'article L. 243-6 du code de la sécurité sociale dispose toutefois à son premier alinéa que **la demande de remboursement des cotisations de sécurité sociale indûment versées se prescrit par trois ans à compter de la date à laquelle les cotisations ont été acquittées.** En d'autres termes, un employeur qui estime avoir versé indûment des cotisations à la suite d'une erreur de tarification dispose d'un délai de trois ans, calculé à partir de la date d'acquiescement de ces cotisations, pour contester ce versement et en demander le remboursement. A l'expiration de ce délai, les demandes de remboursement ne sont plus admises et les Urssaf sont en droit de ne plus procéder au remboursement.

S'agissant de la période de répétition de l'indu dans le cas où l'obligation de remboursement est imposée par une décision juridictionnelle, le deuxième alinéa de ce même article précise que la demande de remboursement ne peut porter que sur la période postérieure au 1^{er} janvier de la troisième année précédant celle où cette décision juridictionnelle a été rendue (N-3 par rapport à l'année de la décision).

La question des causes interruptives de la prescription et de la période au titre de laquelle est admis un remboursement de cotisations indues a fait l'objet d'une jurisprudence fluctuante de la part de la Cour de cassation.

- Dans un arrêt du 3 mars 2011¹, la Cour de cassation a d'abord considéré, en cohérence avec une circulaire de l'Acoss et de la Cnam en date du 24 juin 2009, que tout recours de l'employeur à l'encontre d'une décision ayant une incidence sur le niveau des cotisations était interruptif de prescription. Cette jurisprudence ne permettait cependant pas de prendre en compte les situations préjudiciables à l'employeur dans lesquelles, pour des raisons tenant par exemple à la longueur des délais d'instruction, la notification des taux minorés intervient plus de trois ans après le versement des cotisations au titre desquelles l'employeur peut prétendre à remboursement.

- Par un revirement de jurisprudence intervenu début 2013², la Cour de cassation a ensuite considéré que les contestations portées devant une Cnam sur la nature d'un sinistre n'interrompaient pas la prescription de l'action en remboursement devant les Urssaf. Il en a été déduit que seul un recours conservatoire auprès de la Carsat ou de la Cnitaat, dans les deux mois suivant la notification du taux de cotisation, était de nature à interrompre la prescription, à condition toutefois que l'Urssaf ait été également informée de cette contestation. Cette position a été confirmée dans un arrêt du 10 octobre 2013³ qui indique par ailleurs que l'interruption de la prescription ne vaut que pour les sinistres visés dans les recours conservatoires.

Cette jurisprudence a contraint les employeurs s'estimant lésés à devoir multiplier le nombre de recours : lorsque la révision d'un taux de cotisation par la Carsat est la conséquence d'une décision favorable d'une Cnam ou d'une décision juridictionnelle relative au caractère professionnel d'un sinistre ou au taux d'IPP qui en découle, **l'employeur doit former un recours non seulement à l'encontre de la décision de la Cnam sur le caractère professionnel d'un sinistre mais aussi plusieurs recours conservatoires devant la Carsat (un pour chaque année au titre de laquelle le taux de cotisation a été notifié par la Carsat), voire devant la Cnitaat.**

¹ Cass. 2^e civ. 3 mars 2011, n° 10-30554 – GEREPE c/Urssaf de Seine-et-Marne.

² Cass. 2^e civ. 24 janvier 2013, n° 11-22.585.

³ Cass. 2^e civ. 10 octobre 2013, n° 1223.477.

Cette évolution jurisprudentielle, qui n'est pas sans avoir généré une certaine insécurité juridique, a conduit à une hausse importante du volume des contentieux tout en alourdissant pour les employeurs la procédure d'action en remboursement de cotisations AT-MP indues. Dans son rapport annuel pour 2013, la Cnitaat indique ainsi que la hausse importante du stock auquel elle doit faire face a pour cause essentielle l'augmentation des recours conservatoires devant la section tarification par les employeurs dans l'attente d'une décision d'une autre juridiction saisie parallèlement. **Ces recours conservatoires sont passés d'à peine 200 en 2011 à près de 2 000 en 2013.**

Ces difficultés ont conduit la Cour de cassation elle-même, dans ses rapports publics annuels pour 2012 et 2013, à souligner la nécessité de clarifier la législation en matière de prescription triennale s'agissant des taux de cotisation AT-MP. La Cour préconise une réécriture de l'article L. 243-6 du code de la sécurité sociale en ces termes :

« Lorsque le remboursement desdites cotisations naît d'une décision administrative ou juridictionnelle qui modifie le taux de la tarification du risque, la demande de remboursement des cotisations d'accident du travail et des maladies professionnelles peut porter sur l'ensemble de la période à laquelle s'appliquent les bases ainsi rectifiées ».

Entre temps, la Cour de cassation a semblé vouloir préciser sa jurisprudence à l'occasion d'une réserve d'interprétation émise dans le cadre d'une question prioritaire de constitutionnalité (QPC)¹. Dans un arrêt en date du 10 juillet dernier, la Cour indique en effet que *« lorsque l'indu résulte d'une décision administrative ou juridictionnelle, le délai de prescription de l'action en restitution des cotisations en cause ne peut commencer à courir avant la naissance de l'obligation de remboursement découlant de cette décision »*. La portée de cette réserve d'interprétation ne pourra être véritablement appréciée qu'à l'appui de la décision au fond sur l'affaire ayant donné lieu à cette QPC. Cette décision devrait intervenir au premier semestre 2015 selon les informations fournies par la direction de la sécurité sociale.

Le dispositif qu'il est proposé d'appliquer aux recours formés à compter du 1^{er} janvier 2015 vise à simplifier le régime de l'action en remboursement de cotisations AT-MP indues afin que l'employeur n'ait plus à multiplier le nombre de recours à caractère essentiellement conservatoire

Dans un souci de simplification, de clarté et de précision, **le 2^o du paragraphe I** du présent article complète l'article L. 243-6 du code de la sécurité sociale pour y introduire une dérogation à l'application du principe de prescription triennale défini au premier alinéa de ce même article. **L'action engagée en matière de tarification, aussi bien devant une Carsat que devant une Cnam, se voit conférer un effet interruptif de la prescription applicable aux cotisations correspondantes, quelle que soit la date à laquelle celles-ci ont été versées.**

¹ Cass. 2^e civ. 10 juillet 2014, n° 13-25985.

Ainsi, lorsqu'un recours devant une Cpm ou une Carsat entraîne une minoration du taux de cotisation AT-MP initialement notifié à l'entreprise par la Carsat, l'entreprise peut prétendre à un remboursement de l'intégralité des cotisations indues. **La demande de remboursement pourra porter sur l'ensemble de la période au titre de laquelle les taux sont rectifiés, même si cette période excède trois années à partir de la date de versement des cotisations.**

Les 1°, 3° et 4° du paragraphe I ont pour objet de modifier des références.

Le **paragraphe II** précise que le dispositif proposé est **applicable aux recours formés à partir du 1^{er} janvier 2015.**

Comme l'a indiqué la direction de la sécurité sociale, l'application du dispositif proposé aux contentieux en cours aurait une incidence financière non négligeable mais qui reste particulièrement difficile à évaluer avec précision. En tout état de cause, la rétroactivité du dispositif n'apparaît pas raisonnable au regard de son impact financier potentiellement important sur le financement de la branche AT-MP.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Votre commission a adopté un amendement de coordination.

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 16 bis [nouveau]
(art. L. 651-6 du code de la sécurité sociale)
Coordination avec l'article 16

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, opère une coordination afin de tirer les conséquences des modifications introduites par l'article 16 du présent projet de loi.

I - Le dispositif proposé

Le dispositif proposé consiste à modifier une référence à l'article L. 651-6 du code de la sécurité sociale pour procéder à une coordination. Celle-ci est rendue nécessaire par la réorganisation de l'article L. 243-6 du même code proposée à l'article 16 du présent projet de loi.

II - La position de la commission

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 17

(art. L. 723-35 et L. 731-13-2 [nouveau]
du code rural et de la pêche maritime)

**Modernisation du recouvrement des cotisations
du régime de la mutualité sociale agricole**

Objet : Cet article a pour objet de simplifier le mécanisme de remises de pénalités et des majorations de retard dans le régime agricole et d'élargir la dématérialisation des déclarations et des versements des cotisations et contributions sociales des non-salariés agricoles.

I - Le dispositif proposé

- *Remises de pénalités et de majorations de retard au sein du régime agricole*

Au sein du régime agricole, l'ensemble des demandes de remises de pénalités et de majorations de retard sont traitées par les commissions de recours amiable (CRA), émanations des conseils d'administration des caisses de la mutualité sociale agricole (MSA). Selon les indications fournies par le Gouvernement en annexe du présent projet de loi, les CRA de la MSA ont rendu en 2010 96 000 décisions portant sur des remises de majorations de retard, des contestations de droits et des remises de dettes. 82 000 concernaient des remises de majorations de retard.

Ce mécanisme diffère des règles applicables dans le régime général ainsi qu'au régime social des indépendants (RSI) où, en deçà d'un seuil fixé par arrêté, les demandes de remises sont directement traitées par les directeurs des Urssaf, les CRA n'intervenant que pour les dossiers les plus lourds financièrement.

Dans une insertion au rapport publié en septembre 2011 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour des comptes recommandait, dans une optique de simplification, un alignement des règles applicables au régime agricole sur celles en vigueur dans les autres régimes : « *il paraîtrait en particulier utile de mieux encadrer la possibilité d'accorder des remises, aujourd'hui compétence exclusive des commissions de recours amiable et qui devrait, comme c'est le cas pour les Urssaf, être de la compétence des directeurs en-deçà d'un seuil à définir* »¹.

¹ Cour des comptes, chapitre XV du rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, « *La réorganisation de la Mutualité sociale agricole* ».

Le présent article procède à cet alignement. Le *a)* du 1° du I complète l'article L. 723-35 du code rural et de la pêche maritime relatif aux pouvoirs des conseils d'administration des caisses de la MSA afin de préciser que celles-ci ne statuent que sur les demandes de remises de pénalités et majorations de retard qu'au-delà d'un seuil défini par arrêté ministériel. Dans les autres cas, ce sont les directeurs de caisses de MSA qui statueront sur les demandes. Selon le Gouvernement, le seuil retenu pourrait être égal à 1 856 euros pour les cotisations sur salaires et 741 euros pour les cotisations des non-salariés.

Afin d'éviter tout vide juridique, le II du présent article prévoit que les conseils d'administration des caisses de la MSA demeurent compétents pour statuer sur les demandes de remises de pénalités et majorations de retard jusqu'à publication de l'arrêté mentionné précédemment.

Le *b)* du 1° du I supprime par ailleurs la procédure d'avis conforme des comités de protection sociale des salariés (CPSS) et des non-salariés (CPSNS), elle aussi prévue à l'article L. 723-35, pour les demandes de remises de pénalité et de majorations de retard.

Dématérialisation des déclarations et versements des cotisations et contributions sociales pour les non-salariés agricoles

Le 2° du I insère dans le code rural et de la pêche maritime un nouvel article L. 731-13-2 créant l'obligation pour les non-salariés du régime agricole d'effectuer par voie dématérialisée les déclarations nécessaires au calcul de leurs cotisations et contributions sociales ainsi que le versement de celles-ci. Ce faisant, il aligne les obligations applicables aux non-salariés agricoles sur celles qui pèsent sur les travailleurs indépendants non agricoles depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014¹.

Cette obligation ne s'appliquera qu'au-delà d'un seuil de revenus qui doit être défini par décret et pourrait, selon le Gouvernement, être égal à 10 000 euros de revenus professionnels, le seuil pouvant être progressivement abaissé dans les années à venir.

En cas de non-respect de cette obligation, le déclarant sera redevable des majorations prévues au II de l'article L. 133-5-5 du code de la sécurité sociale. Celles-ci ne peuvent être supérieures à 0,2 % des sommes déclarées.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

¹ Article L. 133-6-7-2 du code de la sécurité sociale.

III - La position de la commission

Les mesures prévues par le présent article s'inscrivent dans une optique de simplification et d'alignement des règles applicables au régime agricole sur celles en vigueur dans les autres régimes.

Leur impact sur les dépenses de fonctionnement du régime agricole demeure cependant difficile à évaluer. En outre, l'obligation de dématérialisation pourrait avoir un effet limité. En effet, en 2013, plus de 59 % des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole procédaient déjà à leurs déclarations de revenus professionnels par voie dématérialisée. Or si le seuil de revenus de 10 000 euros était bien retenu, ce sont 60 % des cotisants non-salariés agricoles qui seraient concernés par la mesure.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 18

(art. L. 133-5-3, L. 136-5, L. 241-6-2, L. 752-4 et L. 212-3
du code de la sécurité sociale et art. L. 5427-1 et L. 6331-53 du code du travail)

Dissolution de la caisse maritime d'allocations familiales

Objet : Cet article prévoit la dissolution de la caisse maritime d'allocations familiales, ainsi que les modalités du transfert de ses activités aux caisses d'allocations familiales et à l'établissement national des invalides de la marine

I - Le dispositif proposé

Missions confiées à la Cmaf

Aux termes de l'article L. 212-3 du code de la sécurité sociale, la caisse maritime d'allocations familiales (Cmaf), créée en 2002, assure le service des prestations familiales pour les personnes relevant du régime spécial de sécurité sociale des marins (marins pêcheurs et marins de la marine marchande).

Par ailleurs, le code de la sécurité sociale et le code du travail confient à la Cmaf le recouvrement d'un certain nombre de cotisations et contributions :

- cotisations d'allocations familiales, contribution sociale généralisée (CSG) et contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) ainsi que leur contrôle et leur contentieux (art. L. 212-3 du code de la sécurité sociale) ;

- contributions d'assurance chômage pour le compte de l'Unedic (art. L. 5427-1 du code du travail) ;

- contributions finançant la formation professionnelle (art. L. 6331-53 du code du travail).

La Cmaf cumule donc les statuts de caisse d'allocations familiales (CAF) et d'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale (Urssaf). A ce titre, elle relève conjointement de la caisse nationale pour les allocations familiales (Cnaf) et de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss).

Suppression de la Cmaf et transfert de ses activités

Le présent article, qui doit entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2016, dissout la Cmaf et transfère ses activités aux CAF en ce qui concernent le versement des prestations, et à l'organisme gestionnaire du régime spécial de sécurité sociale des marins, à savoir l'établissement national des invalides de la marine (Enim) en ce qui concerne le recouvrement. Il est précisé que le recouvrement des cotisations d'allocations familiales pourra être délégué par convention à des organismes du régime général, dans des conditions qui seront précisées par décret.

L'article L. 752-4 du code de la sécurité sociale prévoit que les caisses générales de sécurité sociale exercent dans les départements d'outre-mer (DOM) les fonctions de recouvrement dévolues en métropole aux organismes chargés du recouvrement des cotisations à l'exception, notamment, des compétences dévolues à la Cmaf, qui exerce son activité aussi bien en métropole que dans les DOM. Cette exception est maintenue par le présent article, en faveur de l'Enim. Concernant le versement des prestations, les marins résidant outre-mer relèveront du droit commun et seront affiliés à la CAF de leur lieu de résidence.

Dans sa version initiale, l'article prévoyait par ailleurs le transfert des contrats de travail ainsi que des biens meubles et immeubles de la Cmaf à la CAF de Charente-Maritime et à l'Urssaf de Poitou-Charentes¹ selon des modalités qui devront être définies par des conventions conclues entre le directeur de la Cmaf et celui de la Cnaf ou celui de l'Acoss.

En revanche, le service social maritime (SSM), qui offre un réseau d'assistants sociaux aux marins, n'est pas affecté, et la subvention qui lui était auparavant versée par la Cmaf sera versée par la Cnaf.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement présenté, au nom de la commission des affaires sociales, par son rapporteur général visant à ce que le contrat de travail des salariés de la Cmaf ne soient pas transférés à la CAF de Charente-Maritime mais à la CAF du département de leur lieu d'activité. En effet, une dizaine de salariés de la Cmaf travaillent sur d'autres sites que celui de La Rochelle.

¹ Le siège social de la CMAF est actuellement situé à La Rochelle.

L'Assemblée a également adopté un amendement rédactionnel concernant l'alinéa 20 du présent article.

III - La position de la commission

Les personnes relevant du régime de sécurité sociale des marins ont la possibilité de s'affilier à la Cmaf ou à la CAF. En pratique, la Cmaf n'est choisie que par 30 % marins, soit 6 513 foyers allocataires en 2013¹. A titre de comparaison, la plus petite CAF métropolitaine couvre 17 000 allocataires. Le montant total des prestations légales versées s'élève à 26 millions d'euros, auxquels s'ajoutent 2,3 millions d'euros versés au titre de l'action sociale.

Dans son rapport d'évaluation de la convention d'objectifs et de gestion (COG) conclue entre l'Etat et la Cnaf pour la période 2009-2013, l'inspection générale des affaires sociales (Igas) estimait que les performances de la Cmaf n'étaient pas satisfaisantes, notamment en raison de coûts de gestion unitaires trop élevés et d'une productivité insuffisante, et préconisait sa dissolution.

Dans le cadre de la COG pour 2013-2017, conclue avec la Cnaf le 13 juillet 2013, l'Etat s'est engagé à proposer des évolutions législatives nécessaires au rapprochement de la Cmaf avec le réseau des CAF, dans le respect des spécificités du service rendu aux allocataires. Le présent article correspond à cet engagement.

La gestion par la CAF de leur lieu de résidence des prestations actuellement servies par la Cmaf ne doit pas avoir d'impact sur la qualité du service rendu. Au demeurant, alors que 70 % des personnes relevant du régime social des marins sont déjà affiliés à une CAF pour le versement des prestations familiales, la Cmaf n'assure pas le versement de certaines prestations comme les aides au logement ou le revenu de solidarité active (RSA). Le transfert des activités de la Cmaf permettra donc la création d'un guichet unique, source de simplification des démarches. De même, le transfert de l'activité de recouvrement à l'Enim permettra également de créer un guichet unique pour le recouvrement des cotisations du régime social des marins.

La mesure devant prendre effet au premier janvier 2016 elle n'a pas d'impact financier en 2015 mais devrait permettre d'économiser 3,5 millions d'euros par an à partir de 2016.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

¹ Source : Caisse maritime d'allocations familiales, Rapport d'activité 2013. Si le nombre des allocataires a fortement diminué au cours des dernières décennies, il a progressé de 5 % depuis 2010.

Article 19

*(art. L. 225-1-4 du code de la sécurité sociale
et art. L. 731-5 du code du code rural et de la pêche maritime)*

Financement des besoins de trésorerie du régime des exploitants agricoles

Objet : Cet article permet au régime des exploitants agricoles de bénéficier pour le financement de sa trésorerie des conditions obtenues par l'Acoss.

I - Le dispositif proposé

La branche maladie du régime des exploitants agricoles est désormais intégrée financièrement au régime général qui supporte ses déficits éventuels.

Pour la branche vieillesse, dont les déficits se sont accumulés malgré un transfert à la Cades pour les années 2009 et 2010 pour un montant de 2,5 milliards d'euros, la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole est autorisée à recourir à des ressources non-permanentes pour les besoins de sa trésorerie. A la fin de l'année 2014, la dette portée en trésorerie devrait représenter 3,1 milliards d'euros.

Le régime des exploitants agricoles se finance exclusivement auprès d'un pool bancaire pour un coût élevé : 36 millions d'euros en 2013 pour un emprunt moyen de 2,5 milliards d'euros. L'Acoss, qui dispose d'une surface financière plus importante, dispose d'un accès aux marchés à des taux plus favorables et a supporté des charges financières moindres, de l'ordre de 20 millions d'euros, alors qu'elle emprunte en moyenne 25 milliards d'euros par jour.

L'article propose de permettre à la CCMSA de recourir à l'Acoss pour le financement d'une partie de sa trésorerie pour une durée supérieure à un mois.

Le I de l'article complète l'article L. 225-1-4, qui définit les conditions dans lesquelles l'Acoss peut actuellement consentir des avances d'une durée inférieure à un mois aux régimes obligatoires de base, autres que le régime général, dans la limite du montant prévisionnel des flux financiers entre l'agence et le régime concerné, par un alinéa prévoyant que l'Acoss peut consentir, contre rémunération, des prêts et avances d'une durée inférieure à douze mois au régime d'assurance vieillesse des non-salariés agricoles.

Cette possibilité devra faire l'objet d'une convention.

Comme c'est le cas pour les avances de trésorerie, les prêts ne pourront intervenir que dans la limite du plafond de recours à des ressources non-permanentes, défini par les lois de financement de la sécurité sociale.

Le II de l'article modifie l'article L. 731-5 du code rural et de la pêche maritime pour autoriser, en miroir, la CCMSA à recourir à des prêts ou avances auprès de l'Acoss.

Le III de l'article fixe un plafond de 3,8 milliards d'euros pour les montants ainsi empruntés auprès de l'Acoss pour les exercices 2015, 2016 et 2017.

D'après l'étude d'impact, le Gouvernement attend de cette mesure une économie de 30 millions d'euros pour le régime des exploitants agricoles et une recette de 3 millions d'euros pour l'Acoss.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Avec un cotisant pour plus de trois bénéficiaires, la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles est structurellement déficitaire avec, en 2014, un taux de couverture prévisionnel des prestations par les cotisations de 17 %.

Sous l'effet de mesures de recul de l'âge du départ à la retraite qui induisent une diminution des prestations et de l'augmentation du produit des cotisations et des recettes fiscales affectées, le déficit du régime se réduit progressivement : 1 milliard d'euros en 2012, 149 millions d'euros en 2015.

La dette du régime, 3,1 milliards d'euros à fin 2014, ne pourra être résorbée à court terme sans un effort significatif en recettes.

La mesure proposée n'est donc pas une mesure de financement de la trésorerie de la CCMSA, mais une mesure de financement de sa dette.

Or, le refinancement à court terme de la dette de la CCMSA n'entre pas plus dans l'objet social de l'Acoss que celui de la dette du régime général. Au sein de l'Acoss, la dette ne fait l'objet d'aucun amortissement et elle se trouve particulièrement exposée à la volatilité des taux à court terme.

Il revient à la Cades, dont c'est la mission de reprendre la dette sociale et de procéder à son amortissement, de porter la dette de la CCMSA.

Tout en partageant les objectifs poursuivis par l'article pour ce qui concerne la trésorerie de la MSA, votre commission préférerait qu'ils se bornent à la trésorerie, dans une logique d'avance infra-annuelle plutôt qu'à un portage de dette qu'elle juge inopportun et risqué.

Le Gouvernement devrait prévoir, pour cette dette, un transfert à la Cades à brève échéance.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

*Article 20***Alignement sur le droit commun des circuits financiers et comptables de la caisse de sécurité sociale de Mayotte**

Objet : Cet article tire les conséquences de la départementalisation de Mayotte en prévoyant l'intégration totale de la caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM) dans les comptes des caisses nationales et en appliquant les règles de droit commun de la tarification à l'activité aux séjours hospitaliers des assurés mahorais réalisés hors de Mayotte.

I - Le dispositif proposé

Le présent article modifie substantiellement les textes relatifs à l'organisation de la protection sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM), à savoir :

- l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte ;

- l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et à la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte.

1. Modification de l'organisation financière et comptable de la caisse de sécurité sociale de Mayotte

Le présent article propose tout d'abord d'aligner les règles de fonctionnement comptable de la CSSM sur celles des organismes de base du régime général. Si sa trésorerie est déjà gérée par l'Acoss, les excédents qu'elle a accumulés à partir des contributions qu'elle perçoit de la part des différentes caisses nationales ne leur sont pas reversés, ce qui représente environ 100 millions d'euros selon l'étude d'impact.

Le **6° du paragraphe II** réécrit ainsi en ce sens l'article 26 de l'ordonnance du 20 décembre 1996. Il est prévu qu'une dotation annuelle des caisses du régime général sera versée à la CSSM pour prendre en charge ses dépenses de gestion technique et administrative, dans la mesure où elles ne sont pas couvertes par ses ressources propres. Elle ne dégagera plus de résultat comptable et ses réserves seront apurées (**paragraphe V**).

2. Clarification de la gestion des prestations familiales

Par ailleurs, la gestion des prestations familiales à Mayotte, jusqu'à présent effectuées par la caisse d'allocations familiales de la Réunion, ainsi que l'action sociale en direction des ressortissants du régime des prestations familiales et de leurs familles sont confiées par le **3° du paragraphe I** et le **2° a), b) et c) du paragraphe II** à la CSSM, qui assure ces missions dans les conditions du droit commun.

Diverses coordinations sont effectuées par les 1°, 2°, 2° bis, 4° du **paragraphe I**, les 2° - d) et e) -, 3°, 4° et 5° du **paragraphe II**, le **paragraphe III** (s'agissant spécifiquement du service des prestations familiales pour les non-salariés des professions agricoles) et le **paragraphe VI**.

3. Fin du régime dérogatoire de tarification des séjours hospitaliers pris en charge en dehors du territoire mahorais

Le 1° du **paragraphe II** met fin au régime dérogatoire de tarification des séjours hospitaliers des mahorais pris en charge hors de Mayotte, principalement à la Réunion et dans l'hexagone. Fixée actuellement sur la base des tarifs journaliers de prestation (TJP), qui servent de base à la tarification des séjours des patients qui ne sont pas couverts par la sécurité sociale française, elle sera désormais soumise au droit commun de la tarification à l'activité (T2A) et ses groupes homogènes de séjours (GHS). Le coût pour l'assurance maladie en sera ainsi diminué à compter du 1^{er} janvier 2016, date d'entrée en vigueur de cette mesure.

Une coordination est par ailleurs effectuée par le **paragraphe IV**.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Votre commission partage l'objectif de ces diverses mesures de clarification et de simplification, qui permettront de poursuivre l'alignement sur les conditions du droit commun de l'organisation de la protection sociale sur le territoire mahorais. Elle souligne que ces évolutions permettront par ailleurs de procéder à une consolidation bienvenue des comptes de la CSSM dans ceux du régime général, ainsi que l'indique l'étude d'impact annexée au présent projet de loi.

A l'initiative de son rapporteur général, elle a adopté un amendement rédactionnel et de coordination.

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 21

(art. L. 131-7, L. 131-8, L. 136-8 et L. 651-2-1 du code de la sécurité sociale et art. L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles)

Modalités de compensation à la sécurité sociale des pertes de recettes consécutives aux mesures du pacte de responsabilité

Objet : Cet article prévoit les modalités de compensation des mesures prises en loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014.

I - Le dispositif proposé

La loi du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 a prévu un renforcement des allègements généraux, des exonérations de cotisations familiales et un abattement sur la contribution sociale de solidarité sur les sociétés pour un montant total de moindres recettes de l'ordre de 6,3 milliards pour la sécurité sociale.

Le projet de loi de finances pour 2015 procède à une modification de flux financiers entre l'Etat et la sécurité sociale en compensation de ces pertes de recettes.

Il transfère à la sécurité sociale l'équivalent du produit de l'impôt sur le revenu correspondant à la fiscalisation des majorations de pensions pour enfants. Il lui affecte le produit du prélèvement de solidarité qui finançait jusqu'à présent les fonds de l'Etat intervenant dans le domaine de la protection sociale (FNSEA, FNAL, fonds de solidarité). La fraction de la TVA affectée à la Cnam est ajustée en conséquence.

Flux financiers 2015 entre l'Etat et la sécurité sociale

(en millions d'euros)

| Pertes | | Gains | |
|----------------------------|----------------|---|---------------|
| Pacte de responsabilité | - 6 300 | Compensation | 6 300 |
| abattement C3S | - 1 000 | Budgétisation APL | 4 750 |
| exonérations TI | - 1 000 | caisses de congés payés | 1 520 |
| zéro charge | - 4 300 | TVA nette | 30 |
| Transferts de charges | - 655 | Transfert de recettes | 655 |
| formations médicales | - 139 | TVA nette | 139 |
| TVA affectée TEPA | - 516 | suppression TEPA | 516 |
| | | Nouvelle recette | |
| | | fiscalisation majorations enfants TVA nette | 1 200 |
| Echange de recettes | | Echange de recettes | |
| réaffectation recettes TVA | - 2 534 | prélèvement de solidarité | 2 534 |
| Total | - 9 489 | | 10 689 |
| Solde | | | 1 200 |

Source : Annexe 6 PLFSS

L'article 21 tire les conséquences de ces modifications en procédant à des réaffectations de recettes entre les branches.

Le I de l'article modifie l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale relatif à la compensation intégrale par l'Etat à la sécurité sociale des pertes de recettes résultant de mesures de réduction ou d'exonération de cotisations.

Il modifie la rédaction de l'article pour rassembler, dans un dernier alinéa, l'ensemble des mesures, qui, faisant l'objet d'une compensation par affectation de recettes supplémentaires ou de moindres dépenses, font exception à cet article, et les compléter par les mesures du pacte de responsabilité.

Il s'agit des mesures visées aux articles :

- L. 242-1 ;
- L. 241-6-1 ;
- L. 241-6-4 ;
- L. 241-13 (allègements généraux) ;
- L. 242-11, 2^{ème} alinéa ;
- L. 651-1 (abattement C3S).

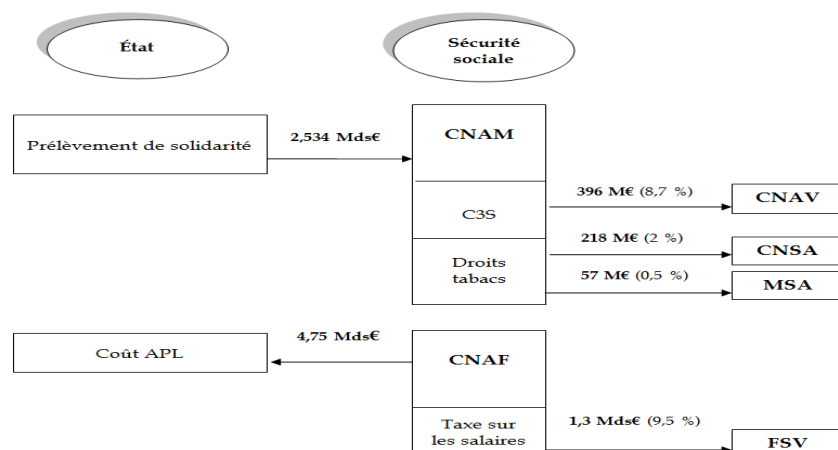
Pour tenir compte des flux de recettes précédemment évoqués, il modifie la répartition du produit de la taxe sur les salaires, des droits sur les tabacs et de la C3S.

Ainsi, la prise en charge intégrale par l'Etat des aides personnelles au logement excédant largement la perte de recettes occasionnée par le pacte de responsabilité pour la Cnaf, une part de la taxe sur les salaires dont celle-ci était affectataire sera réaffectée au FSV, à hauteur de 1,2 milliard. Ce montant représente le gain réalisé par l'Etat en raison de la fiscalisation des majorations de pensions pour enfants.

La CNSA se voit, pour sa part, attribuer, en compensation de l'inclusion de la CSA dans le champ des allègements généraux, une fraction des droits sur les tabacs précédemment attribuée à la Cnam.

Les flux sont résumés par le schéma suivant :

Transferts Etat / Sécurité sociale



Le D. du I de l'article confie à l'Acoss le soin de centraliser et de répartir le produit de la CSG sur le produit brut des jeux réalisés dans les casinos.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a apporté des modifications rédactionnelles à cet article.

III - La position de la commission

La commission a adopté un amendement de coordination à cet article.

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 22

(art. L. 136-6 du code de la sécurité sociale)

Modification des modalités de transfert des contributions sur les revenus du patrimoine au titre de « l'exit tax »

Objet : Cet article modifie les modalités de versement des prélèvements sociaux par l'Etat aux organismes sociaux au titre de « l'exit tax ».

I - Le dispositif proposé

Le dispositif de l'*exit tax* a été mis en place en 2011 afin de soumettre à l'impôt sur le revenu et aux prélèvements sociaux affectés à la sécurité sociale, les plus-values latentes sur les valeurs mobilières et les droits sociaux constatés avant le transfert du domicile fiscal des personnes physiques à l'étranger.

Aux termes de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction actuelle, le montant de la contribution sociale sur les revenus du patrimoine est versée par l'Etat aux organismes sociaux sur la base du rôle des émissions mises en recouvrement. Dans la plupart des cas, l'imposition est assortie d'un sursis de paiement ; elle n'est acquittée que lorsque survient la cession effective des titres. Des dégrèvements ou dérogations peuvent également intervenir dans l'intervalle et le recouvrement s'avère malaisé auprès de contribuables qui ont quitté la France.

Il existe un écart très significatif entre les mises en recouvrement et le recouvrement effectif, que le projet de loi estime à 500 millions d'euros par an.

Cette somme qui est transférée par l'Etat bien que non effectivement recouvrée entraîne une moindre recette d'impôt sur le revenu d'un montant équivalent.

Le présent article modifie les modalités de reversement par l'Etat aux organismes sociaux des contributions sociales dues au titre de l'*exit tax* afin de ne reverser que les montants effectivement recouverts.

Il précise que ce versement ne supporte pas de prélèvement en contrepartie des frais de dégrèvements et de non-valeurs pris en charge par l'Etat.

La mise en œuvre du présent article suppose que les services fiscaux soient en mesure de distinguer, sur le plan comptable, les recouvrements effectués au titre de l'impôt sur le revenu et ceux qui sont effectués au titre des prélèvements sociaux, ce qui n'est techniquement pas encore le cas.

Dans l'immédiat, neutre pour les administrations publiques, cette mesure se traduit, en faisant correspondre les recettes effectives au recouvrement des prélèvements sociaux, par une moindre recette de 445 millions par an pour les organismes sociaux.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Cet article fait suite aux remarques formulées par la Cour des comptes dans son rapport sur l'exécution 2013 du budget de l'Etat.

La CSG étant affectée à la sécurité sociale, il est compréhensible que cette dernière supporte les aléas associés et en recouvre le produit effectif, comme c'est le cas pour les autres assiettes.

Votre commission souligne cependant qu'au vu de l'ampleur des conséquences financières de cette mesure, il eut été souhaitable de la mentionner au nombre des effets de périmètre affectant les flux financiers entre l'Etat et la sécurité sociale. Il s'agissait d'une mesure de transfert *de facto* qui n'interviendra plus désormais.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 23

Approbation de la compensation des exonérations, réductions ou abattement d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale

Objet : Cet article a pour objet d'approuver le montant de la compensation des exonérations, réductions ou abattement d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale qui font l'objet de l'annexe 5 du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé

Les exonérations et exemptions d'assiette, communément appelées « niches sociales », représentent un volume global de 34,2 milliards d'euros pour l'année 2013 et un volume prévisionnel de 35,8 milliards d'euros en 2015.

Depuis 2011, les mesures d'allègements généraux font l'objet d'une compensation par affectation de recettes et n'entrent donc pas dans le champ de cet article. En application de l'article 21 du présent projet de loi, la compensation des exonérations résiduelles applicables aux heures supplémentaires feront l'objet d'une compensation budgétaire.

Le montant global recouvre des exonérations de différentes natures que l'on peut distinguer comme suit :

| Mesures en millions d'euros | 2012 | 2013 | 2014 (p) | 2015 (p) |
|-----------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Allègements généraux | 20 610,0 | 20 724,0 | 20 708,0 | 21 461,0 |
| Exonérations compensées | 6 055,6 | 3 856,5 | 3 870,0 | 3 658,0 |
| exonérations non-compensées | 3 822,3 | 3 207,3 | 3 655,0 | 3 769,0 |
| Exemptions d'assiette | 8 340,0 | 6 444,4 | 6 652,0 | 6 923,0 |
| Total | 38 827,9 | 34 232,2 | 34 885,0 | 35 811,0 |

Source : Annexe 5 PLFSS

Avec un montant soumis à l'approbation du Parlement de 3,7 milliards d'euros, la compensation est en baisse de 5,5 %, soit 212 millions d'euros.

Le coût se réduit pour certains dispositifs visant des territoires spécifiques, certains publics (apprentissage, auto entrepreneurs) ou certains secteurs d'activité (suppression du contrat vendanges).

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

TITRE II

CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 24

Approbation des prévisions de recettes et du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires

Objet : Cet article détermine, par branches, les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre pour 2015 de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé

Cet article fait partie des dispositions **devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale**, conformément aux dispositions de la loi organique du 2 août 2005.

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

(extraits du C du I)

C. - Dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, la loi de financement de la sécurité sociale :

2° Détermine, pour l'année à venir, de manière sincère, les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale compte tenu notamment des conditions économiques générales et de leur évolution prévisible. (...) A cette fin :

d) Elle retrace l'équilibre financier de la sécurité sociale dans des tableaux d'équilibre présentés par branche et établis pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et, de manière spécifique, pour le régime général, ainsi que pour les organismes concourant au financement de ces régimes ;

Il présente le tableau d'équilibre contenant, par branche, les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses des régimes obligatoires de base de sécurité sociale pour 2015.

Ce tableau fait apparaître une prévision de déficit de **10,3 milliards d'euros** pour l'ensemble des régimes obligatoires en 2015.

Comme l'indique le tableau ci-dessous, ce montant représente une amélioration du solde de l'ensemble des régimes obligatoires de :

- 2,8 milliards d'euros par rapport au déficit constaté en 2013 figurant à l'article 1^{er} du présent projet de loi de financement ;
- 1,4 milliards d'euros par rapport aux prévisions pour 2014 figurant à l'article 5 du présent projet de loi de financement.

Par rapport au solde de l'année 2012 (15,1 milliards d'euros), le déficit des régimes obligatoires de base se réduirait d'un montant cumulé de 4,8 milliards d'euros en 2015.

Ce premier bilan pourrait sembler relativement satisfaisant en période de crise et de faible croissance si les recettes de la sécurité sociale ne s'étaient accrues, dans le même temps, de près de 30 milliards d'euros.

Si la période a été marquée par un dynamisme des recettes, les dépenses se sont accrues de 25 milliards d'euros sur la période.

Evolution des soldes, par branche, des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

| | Constaté 2012 | Constaté 2013 | Prévisions 2014 | Prévisions 2015 |
|-------------------|---------------|---------------|-----------------|-----------------|
| Maladie | - 5,9 | - 6,9 | - 7,4 | -7,0 |
| Veillesse | - 6,1 | - 3,6 | - 1,7 | -1,3 |
| Famille | - 2,5 | - 3,3 | - 2,9 | -2,3 |
| AT-MP | - 0,6 | 0,7 | 0,3 | 0,3 |
| Total | - 15,1 | - 13,1 | - 11,7 | - 10,3 |
| FSV | - 4,1 | - 2,9 | - 3,7 | - 2,9 |
| Tous régimes +FSV | - 19,2 | - 16 | - 15,4 | - 13,2 |

Si l'on ajoute le solde du Fonds de solidarité vieillesse, le déficit atteint 13,2 milliards d'euros en 2015.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Votre commission considère que les tableaux d'équilibre pour 2015 marquent un recul par rapport à l'engagement de réduction des déficits, singulièrement pour la branche maladie.

Elle estime que l'effort de maîtrise des dépenses sous Ondam doit être accentué au moyen d'une lutte plus résolue contre les actes inutiles, une augmentation du temps de travail effectif à l'hôpital, le rétablissement d'un jour de carence pour la fonction publique hospitalières, des mesures en

faveur de la prescription de générique, des mesures renforçant les conditions d'évaluation des médicaments dont les firmes demandent le remboursement, du passage en automédication de l'usage de certains médicaments et de la réforme de la tarification des urgences hospitalières. Les mesures qui entrent dans le champ du présent projet de loi sont déclinées sous forme d'articles additionnels. Pour les autres, votre commission entend adresser un signal pour la levée des contraintes que s'est imposé le Gouvernement. Se refuser aujourd'hui à des mesures difficiles, c'est en reporter le coût, et en accroître la difficulté pour les années à venir.

C'est pourquoi votre commission a adopté un amendement rectifiant ces tableaux d'équilibre, marquant ainsi son désaccord sur les mesures relatives à la branche famille et les inflexions qu'elle souhaite dans la gestion des comptes sociaux.

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 25

Approbation du tableau d'équilibre du régime général pour 2015

Objet : Cet article détermine, par branche, les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre pour 2015 du régime général de la sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé

Cet article fait partie des dispositions devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale, conformément aux dispositions de l'article L.O 111-3 du code de la sécurité sociale rappelées à l'article 24 ci-dessus.

Il présente le tableau d'équilibre contenant, par branche, les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses du régime général pour 2015.

(en milliards d'euros)

| Régime général | Prévisions de recettes | | | Objectifs de dépenses | | |
|---------------------------------|------------------------|-------|-------|-----------------------|-------|-------|
| | 2013 | 2014 | 2015 | 2013 | 2014 | 2015 |
| Maladie | 158 | 161,4 | 166,7 | 164,8 | 168,8 | 173,6 |
| Vieillesse | 111,4 | 115,1 | 119,4 | 114,6 | 116,7 | 120,9 |
| Famille | 54,6 | 56,2 | 52,4 | 57,8 | 59,1 | 54,6 |
| AT-MP | 12 | 12 | 12,3 | 11,3 | 11,8 | 12,1 |
| Toutes branches hors transferts | 324 | 332,7 | 338,1 | 336,5 | 344,3 | 348,6 |

Par rapport à 2014, l'évolution des recettes et des dépenses est la suivante :

| <i>(en milliards d'euros)</i> | Recettes | Dépenses |
|---------------------------------|-------------------|-------------------|
| | écart/2014 | écart/2014 |
| Maladie | 5,3 | 4,8 |
| Vieillesse | 4,3 | 4,2 |
| Famille | - 3,8 | - 4,5 |
| AT-MP | 0,3 | 0,3 |
| Toutes branches hors transferts | 5,4 | 4,3 |

Les recettes progresseraient de 5,4 milliards d'euros tandis que les dépenses progresseraient de 4,3 milliards d'euros.

Ce tableau fait apparaître une prévision de déficit de 10,5 milliards d'euros pour le régime général en 2015.

| <i>(en milliards d'euros)</i> | Solde | | | |
|---------------------------------|--------------|-------------|-------------|-------------------|
| | 2013 | 2014 | 2015 | Ecart/2014 |
| Maladie | - 6,8 | - 7,3 | - 6,9 | 0,4 |
| Vieillesse | - 3,6 | - 1,6 | - 1,5 | 0,1 |
| Famille | - 3,3 | - 2,9 | - 2,3 | 0,6 |
| AT-MP | 0,7 | 0,2 | 0,2 | 0,0 |
| Toutes branches hors transferts | - 13,1 | - 11,7 | - 10,5 | 1,2 |

Le déficit du régime général se réduirait de 1,2 milliard d'euros contre 3,8 milliards entre 2012 et 2013 et 1,4 milliard d'euros entre 2013 et 2014.

En l'absence de mesures, le gouvernement considère que l'évolution tendancielle des dépenses serait de 3,8 % en 2015, soit 357,5 milliards d'euros et une augmentation de 13,1 milliards d'euros.

Il chiffre comme suit les mesures nouvelles, pour un montant total de 4,5 milliards d'euros.

| Mesures nouvelles en milliards d'euros | Régime général | Toutes branches | FSV (section 1) |
|---|-----------------------|------------------------|------------------------|
| Mesures du pacte de responsabilité | - 5,9 | - 5,9 | - 0,1 |
| Abattement C3S et intégration financière du RSI | - 0,9 | - 0,9 | - 0,1 |
| Exonération des cotisations familiales des TI | -1,0 | - 1,0 | |
| Exonération des cotisations familiales jusqu'à 1,6 SMIC | - 3,7 | - 3,7 | |
| Renforcement des allègements généraux | - 0,3 | - 0,3 | |
| Compensation des pertes de recettes du pacte | 6,2 | 6,2 | |
| Prélèvement à la source sur caisses de congés payés | 1,4 | 1,4 | |
| Budgétisation de l'APL | 4,8 | 4,8 | |

| Mesures nouvelles en milliards d'euros | Régime général | Toutes branches | FSV (section 1) |
|---|----------------|-----------------|-----------------|
| Autres mesures PLF | 2,9 | 2,9 | |
| Transfert du prélèvement de solidarité | 2,5 | 2,5 | |
| Transfert des formations médicales | - 0,1 | -0,1 | |
| Rebudgétisation TEPA | 0,5 | 0,5 | |
| Ajustement de la fraction de TVA nette | - 1,7 | - 1,7 | |
| Transferts prévus en PLFSS | - 1,5 | - 1,5 | 1,3 |
| Droits tabacs | - 0,2 | - 0,2 | |
| C3S | | | |
| Taxe sur les salaires | - 1,3 | - 1,3 | |
| Effets nets des transferts PLF/PLFSS | 0 | 0 | 1,2 |
| Economies Ondam | 3,3 | 3,3 | |
| Efficacité de la dépense hospitalière | | 0,52 | |
| Optimisation des dépenses des établissements | | 0,055 | |
| Optimisation des achats et fonctions logistiques | | 0,35 | |
| Liste en sus | | 0,105 | |
| Tarifification des plasmas thérapeutiques | | 0,001 | |
| Virage ambulatoire et adéquation de la prise en charge en établissement | | 0,37 | |
| Développement de la chirurgie ambulatoire | | 0,1 | |
| Réduction des inadéquations hospitalières | | 0,11 | |
| Rééquilibrage de la contribution de l'Ondam à l'OGD | | 0,16 | |
| Produits de santé et promotion des génériques | | 1,065 | |
| Baisse de prix des médicaments | | 0,55 | |
| Promotion et développement des génériques | | 0,435 | |
| Biosimilaires | | 0,003 | |
| Tarifs des dispositifs médicaux | | 0,005 | |
| Pertinence et bon usage des soins | | 1,155 | |
| Baisse des tarifs des professionnels libéraux | | 0,15 | |
| Maîtrise des volumes et de la structure de prescription des médicaments | | 0,4 | |
| Lutte contre les iatrogénies médicamenteuses | | 0,1 | |
| Maîtrise médicalisée hors médicament | | 0,375 | |
| Mise en œuvre des réévaluations de la HAS | | 0,13 | |
| Lutte contre la fraude | | 0,075 | |
| Mesures relatives à la branche famille | 0,9 | 0,9 | |
| Modulation prime à la naissance | 0,3 | 0,3 | |
| Autres mesures | | | |
| Autres mesures PLFSS | 0,3 | 0,3 | 0,2 |
| Débouclage de la section 2 du FSV | | | 0,2 |
| Transfert au titre de la sous-déclaration des AT-MP | | | |
| Réforme de l'assurance décès | 0,2 | 0,2 | |
| Circuits comptables et financiers à Mayotte | 0,1 | 0,1 | |
| Total "économies" et recettes nouvelles | 4,5 | 4,5 | 0,2 |

La branche famille est affectée par des changements de périmètre, notamment de la reprise par l'Etat, en compensation des allègements de cotisations, des charges liées à l'aide personnalisée au logement, pour un montant de 4,75 milliards d'euros.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a modifié les mesures d'économies relatives à la branche famille mais elle n'a pas modifié les tableaux d'équilibre qu'elle a adoptés sans modification.

III - La position de la commission

Pour les raisons exposées à l'article 24, votre commission a souhaité modifier les tableaux d'équilibre du régime général et a adopté un amendement en ce sens.

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 26

Approbation du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (FSV) ; fixation de l'objectif d'amortissement de la dette sociale et des prévisions de recettes affectées au fonds de réserve pour les retraites et des prévisions de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse

Objet : Cet article détermine pour l'année 2015 le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base (FSV), l'objectif d'amortissement de la dette sociale, le montant des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites et de celles mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse.

I - Le dispositif proposé

Cet article fait partie des dispositions devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale, conformément aux dispositions de la loi organique du 2 août 2005.

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

(extraits du C du I)

C. - Dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, la loi de financement de la sécurité sociale :

2° Détermine, pour l'année à venir, de manière sincère, les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale compte tenu notamment des conditions économiques générales et de leur évolution prévisible. (...) A cette fin :

b) Elle détermine l'objectif d'amortissement au titre de l'année à venir des organismes chargés de l'amortissement de la dette des régimes obligatoires de base et elle prévoit, par catégorie, les recettes affectées aux organismes chargés de la mise en réserve de recettes à leur profit ;

d) Elle retrace l'équilibre financier de la sécurité sociale dans des tableaux d'équilibre présentés par branche et établis pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et, de manière spécifique, pour le régime général, ainsi que pour les organismes concourant au financement de ces régimes ;

L'approbation du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base

Le I du présent article propose d'approuver le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base.

Ce tableau ne concerne *de facto* que le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) dont le déficit devrait s'élever à 2,9 milliards d'euros en 2015. Ceci représente une amélioration des comptes du Fonds de 800 millions d'euros par rapport à 2014 et un niveau de déficit égal à celui constaté en 2013.

Par rapport à 2014, les recettes diminueraient de 300 millions d'euros et les dépenses d'un milliard d'euros.

Pour mémoire, le FSV enregistre un déficit récurrent lié à la modification de la nature des ressources qui lui sont affectées depuis 2009 et à la dégradation du contexte économique.

En recettes, le FSV devrait perdre 100 millions de recettes au titre de l'abattement sur la C3S et se voir transférer 1,3 milliard de taxe sur les salaires de la branche famille. S'ajoute à ce montant 200 millions d'euros au titre de l'absence de mise en réserve de recettes au profit de la section 2 destinée à la prise en charge du maintien à 65 ans de l'âge de la retraite pour les parents de trois enfants ou d'enfants handicapés.

La diminution des charges attendues en 2015 est liée à l'évolution des modalités de prise en charge de la validation des trimestres d'assurance vieillesse au titre des périodes de chômage (- 7 %), le calcul de cette prise en charge étant basé sur 35 heures hebdomadaires et non plus 39 heures.

La fixation de l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Cades

Le II du présent article propose de fixer à 13,1 milliards d'euros l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Cades en 2015. Ce niveau est légèrement supérieur à celui fixé pour 2014, à savoir 12,7 milliards d'euros.

Cet amortissement est égal à la différence entre le produit net des ressources affectées à la Cades attendu pour l'année à venir¹ (soit 16,3 milliards d'euros) et le montant des frais financiers nets payés par la Caisse (soit 3,2 milliards)².

Il s'améliore sous le double effet d'une progression des produits, en particulier de la CRDS et d'une diminution des charges.

Comptes de résultat prévisionnels de la Cades

(en milliards d'euros)

| | 2014 (p) | 2015 (p) |
|---|-------------|-------------|
| CRDS | 6,6 | 6,8 |
| CSG | 5,9 | 6 |
| Versement FRR | 2,1 | 2,1 |
| Prélèvement social sur les revenus du capital | 1,3 | 1,4 |
| Total ressources | 16 | 16,3 |
| Frais financiers et autres charges | 3,3 | 3,2 |
| Résultat | 12,7 | 12,8 |

Source : Annexe 8 du PLFSS.

Depuis sa création en 1996, la caisse aura repris une dette totale de 227 milliards d'euros au 31 décembre 2014. Elle en aura amorti 96,7 milliards d'euros et doit encore rembourser 130 milliards d'euros.

| Texte | Montant plafond | Déficits concernés |
|-----------|---|---|
| LFSS 2011 | 130 milliards d'euros dont 62 milliards d'euros de 2011 à 2018 dans la limite de 10 milliards d'euros par an | Cnav+FSV 2011 à 2018 Famille et maladie 2011 |
| LFSS 2014 | Même plafond | CNAV+ FSV en priorité ; Maladie et famille par ordre d'ancienneté |

¹ Ces ressources se composent de la CRDS, de 0,48 point de CSG, de 1,3 point de prélèvement social sur les revenus du capital et du versement annuel de 2,1 milliards d'euros effectué par le FRR.

² Ce montant correspond au coût de financement de la Cades.

En application de ces dispositions, la Cades a repris les déficits suivants pour les années 2011 à 2014 :

(en milliards d'euros)

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|-----------------|------------------|-----------------|-----------------|---|
| Régime général | 65,3 | 9,7 | 8,9 | 10 |
| Déficit | Cumul Cnav + FSV | Cnav + FSV 2011 | Cnam + FSV 2012 | Cnav (3,3) + FSV (2,7) 2013 + Cnam 2012 (4) |
| Régularisations | | - 3,1 | - 1,2 | |
| CCMSA | 2,5 | | | |

En 2015, le reliquat du déficit de la Cnam pour 2012 sera transféré à la caisse en complément des déficits vieillesse de l'année 2014. La marge restante sous le plafond annuel de 10 milliards permettra de transférer le déficit 2012 de la Cnav et une partie du déficit 2013 de la branche maladie.

Resteraient par conséquent à l'Acoss :

- la totalité de la dette de la branche AT-MP ;
- les déficits de la branche famille pour les exercices 2013 et 2014 ;
- une partie du déficit 2013 et le déficit 2014 de la branche maladie.

Compte tenu de l'allongement de la durée de vie de la Cades de quatre ans, permis par la loi organique relative à la gestion de la dette sociale votée en 2010, l'horizon final de remboursement de la dette sociale est actuellement 2024.

L'affectation de recettes au Fonds de réserve pour les retraites (FRR)

Le III du présent article procède à l'affectation de recettes au FRR.

Comme en 2014, aucune recette ne sera affectée à ce Fonds en 2015. En effet, conformément au cadre arrêté lors de l'examen de la loi portant réforme des retraites votée en 2010, les recettes courantes du Fonds ont été transférées à la Cades, pour contribuer au financement de la reprise des dettes de la Cnav et du FSV, et au FSV.

La mise en réserve de recettes par le FSV

Le IV du présent article prévoit enfin le montant des recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse.

La loi portant réforme des retraites votée en 2010 a confié au FSV la charge du financement, à compter de 2016, du maintien du bénéfice de l'âge d'annulation de la décote à 65 ans pour les parents de trois enfants les plus proches de l'âge de la retraite ainsi que pour les parents d'enfants handicapés.

Aux termes de l'article L. 135-3-1 du code de la sécurité sociale, l'équilibre financier de cette mesure devait être assuré par la mise en réserve par le Fonds, au sein d'une section comptable spécifique (section 2), du

produit issu de 0,5 point de forfait social, de 0,2 point des prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine et les produits de placement et des produits financiers résultant du placement des disponibilités excédant les besoins de trésorerie de la section.

A compter de 2014, en application de l'article 5 du présent projet de loi, les produits financiers sont le seul produit de la section 2 dont les autres recettes sont basculées sur la section 1.

Le montant des mises en réserve de recettes est donc nul.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 27

Habilitation d'organismes à recourir à des ressources non permanentes

Objet : Cet article habilite sept organismes à recourir, en 2015, à des ressources non-permanentes destinées à couvrir leurs besoins de trésorerie.

I - Le dispositif proposé

Cet article fait partie des dispositions devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale, conformément aux dispositions de la loi organique du 2 août 2005.

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

(extraits du C du I)

C. - Dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, la loi de financement de la sécurité sociale :

2° Détermine, pour l'année à venir, de manière sincère, les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale compte tenu notamment des conditions économiques générales et de leur évolution prévisible. (...) A cette fin :

e) Elle arrête la liste des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement habilités à recourir à des ressources non permanentes, ainsi que les limites dans lesquelles leurs besoins de trésorerie peuvent être couverts par de telles ressources ;

Comme l'indique le tableau présenté ci-après, le I du présent article autorise sept organismes à recourir en 2015 à des ressources non permanentes pour couvrir leurs besoins de trésorerie.

Comme en 2014, le Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat (FSPOEIE), pour lequel un plafond de 30 millions d'euros avait été fixé en 2013, ne fait pas partie de la liste, son niveau de trésorerie étant jugé suffisant pour couvrir l'ensemble de ses besoins.

Evolution des plafonds d'avance de trésorerie

(en milliards d'euros)

| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|--|------|------|-----------|-----------|
| Acoss | 22 | 29,5 | 34,5 | 36,3 |
| Régime des exploitants agricoles (CCMSA) | 2,9 | 4 | 4,2 | 3,7 |
| Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) | 1,45 | 1,45 | 0,95 | 0,6 |
| Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM) | 0,9 | 0,95 | 0,9 | 1,0 |
| Caisse nationale des industries électriques et gazières (Cnieg) | 0,6 | 0,4 | 0,44 | 0,2 |
| Caisse de retraite du personnel de la RATP (CRPRATP) | 0,05 | 0,03 | 0,01 5 | 0,01 5 |
| Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF | 0,65 | 0,75 | 0,45 | 0,4 |
| Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat (FSPOEIE) | 0,05 | 0,03 | 0 | 0 |

Source : Lois de financement de la sécurité sociale

Le plafond des ressources non permanentes proposé en 2015 pour le régime général (Acoss) s'élève à **36,3 milliards d'euros**, soit un montant en croissance régulière ces dernières années mais sans rapport avec le plus haut historique de 65 milliards d'euros, atteint en 2010.

Ce montant permet de financer, à court terme, trois catégories de déficits :

- les déficits de la branche vieillesse et du FSV destinés à être repris par la Cades en cours d'année conformément aux dispositions de la loi de financement pour 2011 ;

- le déficit de la branche famille constaté en 2012 et le reliquat du déficit 2012 et une partie du déficit 2013 de la branche maladie éventuellement repris par la Cades en cours d'année conformément aux dispositions de l'article 14 du présent projet de loi de financement ;

- les déficits de ces deux branches qui ne pourront être repris par la Cades et qui resteront dans les comptes de l'Acoss.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

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

Article 28

Approbation du rapport figurant à l'état B

Objet : Cet article a pour objet de soumettre à l'approbation du Parlement un cadrage pluriannuel des recettes et des dépenses de la sécurité sociale pour les quatre années à venir.

I - Le dispositif proposé

Cet article fait partie des **dispositions devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale**, conformément aux dispositions de la loi organique du 2 août 2005.

Article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale (extraits du C du I)

- Dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, la loi de financement de la sécurité sociale :

1° Approuve le rapport prévu au I de l'article L.O. 111-4 ;

Article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale

- Le projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année est accompagné d'un rapport décrivant les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les quatre années à venir. Ces prévisions sont établies de manière cohérente avec les perspectives d'évolution des recettes, des dépenses et du solde de l'ensemble des administrations publiques présentées dans le rapport joint au projet de loi de finances de l'année en application de l'article 50 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances

Le rapport qu'il est proposé d'approuver à l'annexe B du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale détaille les soldes par risque pour les régimes obligatoires de base et par branche pour le régime général.

Il est bâti sur les hypothèses macroéconomiques définies par le projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2014 à 2019.

Les hypothèses macro-économiques

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| PIB en volume | 0,3 | 0,4 | 1 | 1,7 | 1,85 | 1,85 |
| Inflation | 0,7 | 0,5 | 0,9 | 1,4 | 1,75 | 1,75 |
| Masse salariale du secteur privé | 1,2 | 1,6 | 2 | 3,5 | 4,2 | 4,2 |
| croissance potentielle | 1,0 | 1,0 | 1,1 | 1,3 | 1,3 | 1,2 |
| PIB potentiel en Md€ 2010 | 2 100 | 2 132 | 2 156 | 2 184 | 2 212 | 2 238 |

Source : annexe B et projet de loi de programmation des finances publiques

Il retient une évolution du PIB de 1% en 2015 et de 1,8 % en moyenne sur le reste de la période. Par rapport à l'annexe B des textes précédents, ces hypothèses sont révisées à la baisse pour ce qui concerne les années 2014 et 2015 mais sont plus favorables sur la fin de période.

Le Gouvernement retient comme hypothèse une sortie de crise retardée, qui permet une évolution progressive des comptes sociaux.

Pour ce qui concerne l'évolution de la masse salariale du secteur privé, les hypothèses tiennent compte du ralentissement observé depuis deux ans mais tablent sur une dynamique plus forte à partir de 2017.

Ces hypothèses se traduisent par une évolution des soldes des différents régimes qui ne s'améliorent que de façon limitée en 2015 et connaissent un redressement plus significatif à partir de 2017.

Le déficit des régimes obligatoires de base et du FSV passerait de 15,4 milliards d'euros en 2014 à 6,1 milliards d'euros en 2017.

Trois des quatre risques resteraient en déficit alors que la branche AT-MP pourrait financer ses déficits passés.

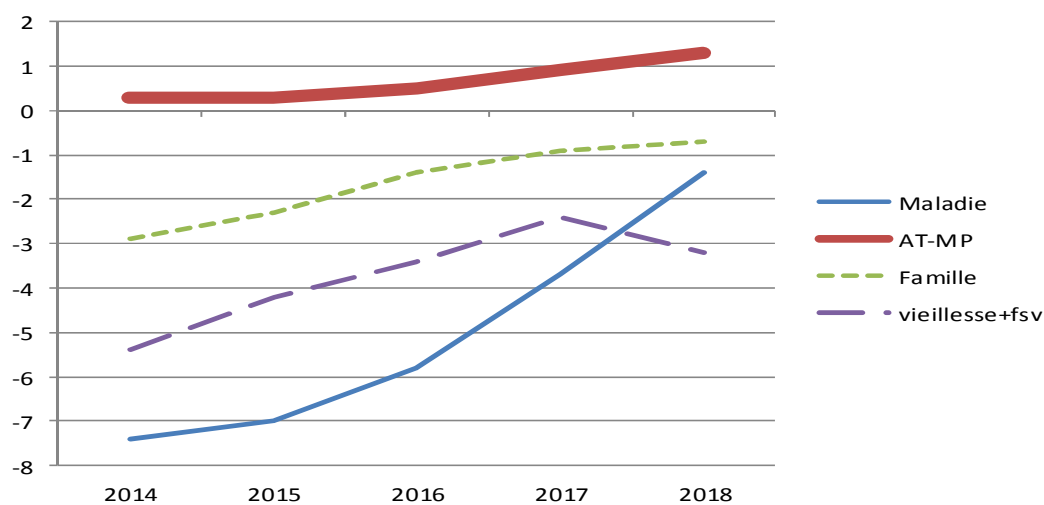
Recettes, dépenses et solde de l'ensemble des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

| | | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|---------------------------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|--------------|
| Maladie | Recettes | 171,8 | 178,9 | 182,2 | 186,4 | 191 | 196,2 | 202,3 | 208,8 |
| | Dépenses | 180,3 | 184,8 | 189,1 | 193,8 | 198 | 202 | 206 | 201,2 |
| | Solde | - 8,5 | - 5,9 | - 6,9 | - 7,4 | - 7 | - 5,8 | - 3,7 | - 1,4 |
| AT-MP | Recettes | 12,8 | 13,1 | 13,5 | 13,5 | 13,7 | 14 | 14,7 | 15,3 |
| | Dépenses | 13 | 13,7 | 12,8 | 13,2 | 13,5 | 13,6 | 13,8 | 14 |
| | Solde | - 0,1 | - 0,6 | 0,7 | 0,3 | 0,3 | 0,5 | 0,9 | 1,3 |
| Famille | Recettes | 52,3 | 54,1 | 54,9 | 56,2 | 52,4 | 53,7 | 55,3 | 57,1 |
| | Dépenses | 54,9 | 56,6 | 58,2 | 59,1 | 54,6 | 55,1 | 56,2 | 57,8 |
| | Solde | - 2,6 | - 2,5 | - 3,3 | - 2,9 | - 2,3 | - 1,4 | - 0,9 | - 0,7 |
| Vieillesse | Recettes | 194,6 | 203,4 | 212,2 | 218,1 | 222,7 | 229,5 | 236,5 | 243,4 |
| | Dépenses | 202,5 | 209,5 | 215,8 | 219,9 | 224 | 229,9 | 236,5 | 245 |
| | Solde | - 7,9 | - 6,1 | - 3,6 | - 1,7 | - 1,3 | - 0,4 | 0 | - 1,6 |
| Toutes branches | Recettes | 419,6 | 436,5 | 449,8 | 461,2 | 466,2 | 479,6 | 494,5 | 510 |
| | Dépenses | 438,7 | 451,6 | 462,9 | 472,9 | 476,6 | 486,8 | 498,3 | 521,4 |
| | Solde | - 19,1 | - 15,1 | - 13,1 | - 11,7 | - 10,3 | - 7,2 | - 3,7 | - 2,4 |
| FSV | Recettes | 14,1 | 14,7 | 16,8 | 16,9 | 16,6 | 16,8 | 17,3 | 17,9 |
| | Dépenses | 17,5 | 18,8 | 19,7 | 20,6 | 19,6 | 19,8 | 19,7 | 19,5 |
| | Solde | - 3,4 | - 4,1 | - 2,9 | - 3,7 | - 2,9 | - 3 | - 2,4 | - 1,6 |
| Solde tous régimes + FSV | | - 22,6 | - 19,1 | - 16 | - 15,4 | - 13,4 | - 10,3 | - 5,7 | - 2,9 |

Source : Annexe B PJLFSS 2015

Evolution des soldes des branches maladie, AT-MP, famille et vieillesse + FSV de 2014 à 2018



Source : Annexe B PLFSS 2015

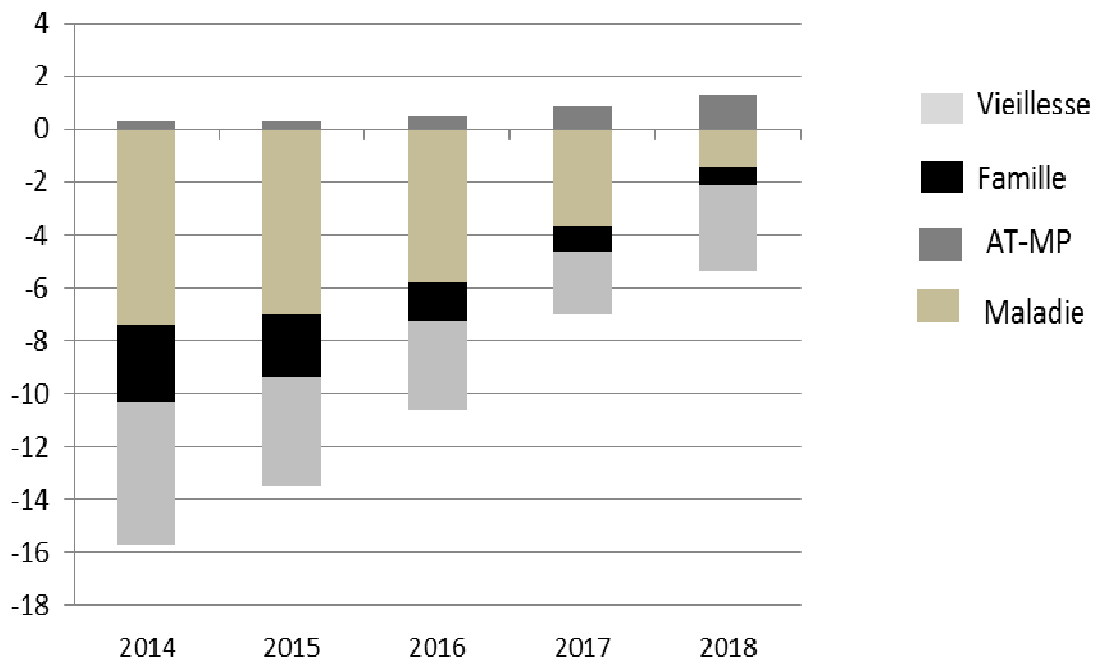
Le FSV connaîtrait une amélioration de son solde de 2,1 milliards d'euros entre 2014 et 2017, sous l'effet de l'amélioration de la conjoncture.

L'évolution des dépenses **d'assurance vieillesse** serait de 2,5 % en moyenne sur la période 2014-2017. Une nouvelle dégradation est observée à compter de 2018.

Les dépenses de la **branche famille** sont affectées par un changement de périmètre avec le transfert, pour un montant de 4,7 milliards d'euros, de l'aide personnalisée au logement. Des mesures d'économies permettront de ramener le rythme moyen d'évolution des dépenses de 2 à 1,3 %.

Pour la branche **maladie**, les mesures d'économies prévues contribuent à l'amélioration du solde, l'équilibre n'étant cependant pas retrouvé avant la fin de période de programmation.

Décomposition par risques du solde des régimes obligatoires de base



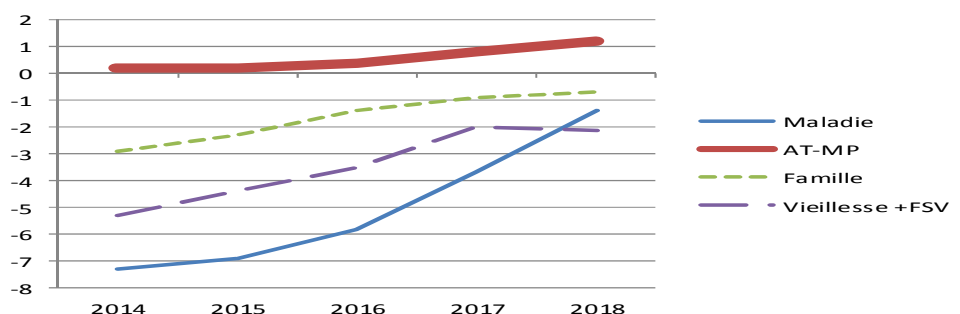
Source : PJLFSS 2015.

Les soldes s'améliorent de façon comparable, à l'exception du solde vieillesse + FSV dont la dégradation est prévue en fin de période.

Le régime général de sécurité sociale

Au sein des régimes obligatoires de base, les soldes des différentes branches du régime général enregistrent une évolution comparable.

Evolution des soldes des branches maladie, AT-MP, famille et vieillesse + FSV du régime général de 2014 à 2018



Source : PJLFSS

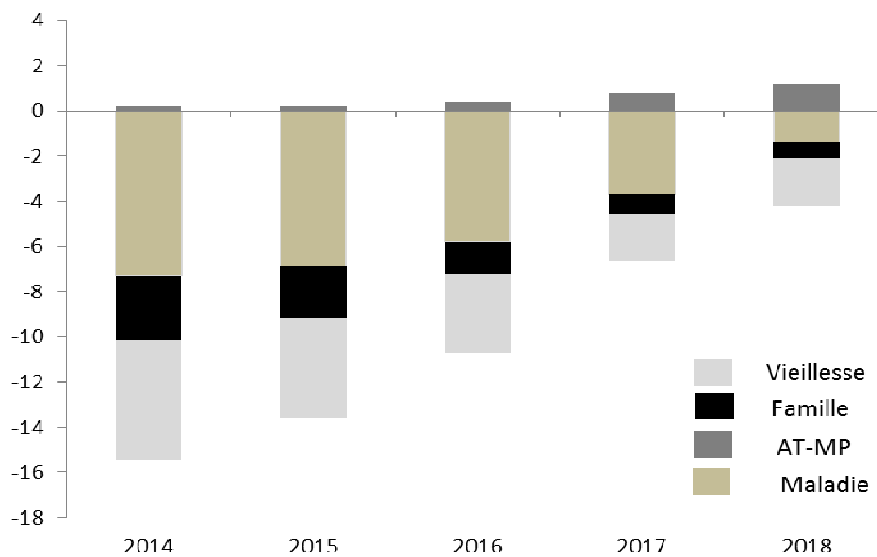
On observe ainsi une réduction très forte du déficit de la branche maladie en fin de période, une amélioration significative du déficit de la branche famille et une consolidation de l'excédent de la branche AT-MP à l'exception de la branche vieillesse dont le solde ne se dégrade pas aussi significativement en fin de période.

Recettes, dépenses et soldes du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse

| (en milliards d'euros) | | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|-----------------------------------|--------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|-------|
| Maladie | Recettes | 148,2 | 155 | 158 | 161,4 | 166,7 | 172,5 | 179 | 158,1 |
| | Dépenses | 156,8 | 160,9 | 164,8 | 168,8 | 173,6 | 178,3 | 182,7 | 186,4 |
| | Solde | - 8,6 | - 5,9 | - 6,8 | - 7,3 | - 6,9 | - 5,8 | - 3,7 | - 1,4 |
| AT-MP | Recettes | 11,3 | 11,5 | 12 | 12 | 12,3 | 12,7 | 13,2 | 13,8 |
| | Dépenses | 11,6 | 11,7 | 11,3 | 11,8 | 12,1 | 12,3 | 12,4 | 12,6 |
| | Solde | - 0,2 | - 0,2 | 0,6 | 0,2 | 0,2 | 0,4 | 0,8 | 1,2 |
| Famille | Recettes | 52 | 53,8 | 54,6 | 56,2 | 52,4 | 53,7 | 55,3 | 57,1 |
| | Dépenses | 54,6 | 56,3 | 57,8 | 59,1 | 54,6 | 55,1 | 56,2 | 57,8 |
| | Solde | - 2,6 | - 2,5 | - 3,2 | - 2,9 | - 2,3 | - 1,4 | - 0,9 | - 0,7 |
| Vieillesse | Recettes | 100,5 | 105,5 | 111,4 | 115,1 | 119,4 | 124,2 | 129 | 133,2 |
| | Dépenses | 106,5 | 110,2 | 114,6 | 116,7 | 120,9 | 124,7 | 128,5 | 133,7 |
| | Solde | - 6 | - 4,8 | - 3,1 | - 1,6 | - 1,5 | - 0,5 | 0,4 | - 0,5 |
| Toutes branches | Recettes | 301 | 314,2 | 324 | 332,7 | 338,1 | 350,2 | 363,3 | 375,6 |
| | Dépenses | 318,4 | 327,5 | 336,5 | 344,3 | 348,6 | 357,4 | 366,6 | 376,9 |
| | Solde | - 17,4 | - 13,3 | - 12,5 | - 11,7 | - 10,5 | - 7,2 | - 3,3 | - 1,3 |
| FSV | Recettes | 14,1 | 14,7 | 16,8 | 16,9 | 16,6 | 16,8 | 17,3 | 17,9 |
| | Dépenses | 17,5 | 18,8 | 19,7 | 20,6 | 19,6 | 19,8 | 19,7 | 19,5 |
| | Solde | - 3,4 | - 4,1 | - 2,9 | - 3,7 | - 2,9 | - 3 | - 2,4 | - 1,6 |
| Solde régime général + FSV | | - 20,9 | - 17,5 | - 15,4 | - 15,4 | - 13,4 | - 10,3 | - 5,7 | - 2,9 |

Source : PJLFSS

Décomposition par risques des soldes du régime général



Source : PJLFSS

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Lors de l'examen du projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2014 à 2019, votre commission a constaté que le retour à l'équilibre des comptes sociaux était décalé de deux années par rapport au programme de stabilité adopté en avril 2014 et qu'il reposait sur une amélioration significative des indicateurs macroéconomiques en fin de période.

Elle a également constaté que cette trajectoire n'était pas conforme aux objectifs que notre pays a collectivement défini par le vote de textes récents ni aux engagements qu'il a pris envers ses partenaires de la zone euro.

De la même manière qu'elle a donné un avis défavorable à la programmation des finances publiques, votre commission ne peut se satisfaire du scénario proposé à l'annexe B.

La commission vous demande de rejeter cet article.

QUATRIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2015

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE

CHAPITRE I^{ER}

Amélioration de l'accès aux soins

Article 29

*(art. L. 161-35-2 (nouveau), L. 162-16-7
et L. 863-3 du code de la sécurité sociale)*

Tiers payant intégral pour les bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)

Objet : Cet article tend à donner une base législative aux modalités de paiement des sommes dues par les assurances maladies complémentaires dans le cadre de la dispense d'avance de frais et à étendre aux bénéficiaires de l'ACS le dispositif de tiers payant intégral déjà pratiqué pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c).

I - Le dispositif proposé

Cet article se compose de deux parties.

Le I comporte cinq points.

Le 1^o propose de modifier le titre de la section du code de la sécurité sociale relative aux « systèmes d'information de l'assurance maladie et cartes de santé » en remplaçant la mention des « cartes de santé » par celle du « tiers payant ».

Le 2° tend à insérer dans cette section un nouvel article L. 161-36-2 habilitant, **pour tous les cas de dispense d'avance de frais** (dispense partielle portant uniquement sur la partie remboursée par la sécurité sociale ou dispense totale comprenant également les sommes couvertes par un organisme complémentaire), les organismes de base d'assurance maladie à payer directement les professionnels de santé pour la part des dépenses de soins qui relève de l'assurance maladie obligatoire. La dispense d'avance de frais du point de vue de l'assuré, dérogeant au principe du paiement à l'acte, se nomme tiers payant du point de vue des professionnels de santé.

Il impose également aux organismes complémentaires de déléguer la gestion des remboursements aux organismes de base de l'assurance maladie pour les bénéficiaires de la dispense d'avance de frais totale.

La notion de délégation de gestion n'est pas définie au niveau législatif. Le décret du 14 octobre 2004 relatif à la délégation de gestion dans les services de l'Etat¹, bien qu'il concerne des organismes publics, comporte dans ses articles 1 et 2 des éléments permettant de déterminer la portée de cette notion. La délégation de gestion est l'acte par lequel des organismes confient à un autre *« pour une durée limitée éventuellement reconductible, la réalisation, pour leur compte, d'actes juridiques, de prestations ou d'activités déterminées concourant à l'accomplissement de leurs missions. La délégation de gestion fait l'objet d'un document écrit qui précise la mission confiée au délégataire, les modalités d'exécution financière de la mission ainsi que les obligations respectives des services intéressés. »*

La délégation de gestion est donc relativement souple et compatible avec les différentes formes de relation entre l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé qui existent actuellement, sur la base de contrats individuels, pour la gestion du tiers payant².

Ainsi l'organisme de base d'assurance maladie règle l'intégralité des sommes remboursables aux professionnels de santé pour l'ensemble des cas de dispense totale d'avance de frais.

Les situations concernées par la dispense totale d'avance de frais intéressent l'ensemble des assurés car elles relèvent de deux logiques.

Premièrement, permettre l'accès aux soins de publics socialement fragiles :

- les personnes bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) ;
- les personnes couvertes par l'aide médicale d'Etat (AME) ;
- les patientes mineures de plus de 15 ans qui consultent un professionnel de santé pour leur contraception.

¹ Décret n° 2004-1085.

² « Rapport sur le tiers payant pour les consultations de médecine de ville », Inspection générale des affaires sociales Etienne Marie, Juliette Roger, juillet 2013.

Deuxièmement, faciliter l'accès à certains types d'actes **pour l'ensemble de la population** :

- la délivrance par le pharmacien de médicaments remboursés par l'assurance maladie ;
- les examens et soins dispensés par les cabinets de radiologie ou d'analyses médicales ;
- les actes liés à la prévention dans le cadre d'un dépistage organisé.

Le mécanisme prévu par l'article L. 161-36-2, où l'assurance maladie obligatoire est l'interlocuteur unique des professionnels, **n'a cependant pas vocation à s'appliquer à tous les cas présents ou, selon les projets du Gouvernement, à venir de tiers payant.** Ainsi l'envoi des factures aux organismes obligatoires et complémentaires par un concentrateur, qui existe actuellement pour le tiers payant en pharmacie et qui a été adopté par quelques médecins, persistera.

Le 3° propose de modifier l'article L. 162-16-7 du code de la sécurité sociale, relatif à l'accord national entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les organisations représentatives des pharmaciens sur la délivrance des génériques, afin de d'inclure les bénéficiaires de l'ACS (appréhendés au travers de la déduction de cotisation ou prime prévue à l'article L. 863-2 du code de la sécurité sociale) parmi les personnes bénéficiant de la dispense totale d'avance de frais en cas d'acceptation du générique.

Le 4° propose de créer un nouvel article L. 863-7-1 dans le code de la sécurité sociale.

Son premier alinéa prévoit la dispense d'avance de frais pour les titulaires de l'ACS sous réserve de l'acceptation des médicaments génériques (condition prévue à l'article L. 162-16-7), de la désignation d'un médecin traitant et du respect du parcours de soins (conditions découlant de l'article L. 162-5-3).

Son second alinéa renvoie à un décret la détermination de la procédure permettant aux professionnels de santé d'obtenir des organismes de base de l'assurance maladie le paiement des actes mais également les modalités de la délégation de gestion entre les organismes de base et les organismes complémentaires. Il prévoit que les professionnels auront un interlocuteur unique.

Le 5° reprend les dispositions relatives au décret pour les insérer, par harmonisation, au dernier alinéa de l'article L. 861-3 relatif aux conditions d'éligibilité à la couverture maladie universelle complémentaire.

Le II fixe les conditions d'entrée en vigueur des dispositions relatives à la dispense d'avance de frais pour les titulaires de l'ACS.

La date d'entrée en vigueur de la dispense de frais est le 1^{er} juillet 2015, celle retenue pour la mise en place de la nouvelle procédure de sélection par mise en concurrence des contrats d'assurance complémentaire éligibles à l'ACS en application de l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014¹.

Néanmoins un dispositif transitoire prévoit qu'entre le 1^{er} juillet et le 31 décembre 2015 la dispense d'avance de frais s'appliquera pour la part complémentaire au niveau de la prise en charge prévue par les contrats. Ce qui laisse la possibilité d'un reste à charge.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement tendant à préciser que le professionnel de santé aura le choix entre un interlocuteur unique et les autres modalités techniques du tiers payant.

III - La position de la commission

Votre commission est favorable à cette extension du tiers payant aux titulaires de l'aide à la complémentaire santé qui fait l'objet d'un large consensus parmi les organisations représentatives des médecins.

L'inscription dans le code de la sécurité sociale de la possibilité du tiers payant est également une mesure de clarification bienvenue.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

*Article 29 bis [nouveau]
(art. L. 322-4 du code de la sécurité sociale)*

Exonération des participations forfaitaires et des franchises pour les bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à exonérer des participations forfaitaires et des franchises les bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).

I - Le dispositif proposé

Cet article, issu d'un amendement du Gouvernement adopté par l'Assemblée nationale, se compose de deux parties.

¹ La date du 1^{er} janvier 2015 prévue par la loi de financement initiale a été reportée par l'article 11 de la loi de financement rectificative du 8 août 2014.

Le I propose de modifier l'article L. 322-4 du code de la sécurité sociale relatif aux exonérations de franchise pour y inclure une référence aux bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé. Ceux-ci se verront donc exonérés de franchises médicales.

Le II prévoit la mise en œuvre de cette exonération au 1^{er} juillet 2015, date de l'entrée en vigueur du tiers payant prévu par l'article 29 du projet de loi.

II - La position de la commission

Les franchises médicales, mises en place au 1^{er} janvier 2008, sont de 50 centimes d'euros sur les boîtes de médicaments, 50 centimes sur actes paramédicaux et 2 euros sur les transports médicaux dans une limite de 50 euros par an. Par ailleurs les consultations médicales font l'objet d'une participation forfaitaire de 1 euro.

L'exonération des bénéficiaires de l'ACS de l'ensemble de ces participations doit générer une perte de recettes, les estimations les plus précises présentées par le Gouvernement évoquant un montant de 38 millions d'euros. Puisque cette mesure s'appliquerait à partir du 1^{er} juillet de l'année prochaine, le coût estimé pour l'année 2015 est d'un peu moins de 20 millions d'euros.

Cette mesure vient compléter l'alignement du dispositif ACS sur celui de la CMU-c dont les bénéficiaires sont déjà exonérés des participations forfaitaires.

Il semble cependant que la décision du Gouvernement ait en partie été motivée par la difficulté à prendre en compte les participations forfaitaires dans le cadre de la mise en place du tiers payant. Il paraît en effet difficile pour les médecins de demander à leurs patients bénéficiaires du tiers payant de régler un euro, le complément du prix de la consultation. Leur suppression serait donc également une mesure de gestion mais qui ne manque pas de poser des questions de cohérence de l'ensemble des politiques dites de responsabilisation.

En effet suite à cet article, un peu plus de six millions de personnes seraient exonérées des participations selon des critères de revenus (5,1 millions au titre de la CMU-c et 920 000 au titre de l'ACS). Si l'on ajoute à cela le fait que les mineurs (environ 15 millions de personnes) sont également exonérés des participations, c'est un tiers de la population française qui est exonérée de ces charges. Par ailleurs, du fait d'exonérations touchant certains actes pris en charge par l'assurance maternité ce sont, d'après le dernier rapport sur l'évaluation de la mise en œuvre des franchises, 2 milliards d'actes sur les 3,6 milliards entrant dans le champ de la franchise, soit 61 % qui en sont exonérés. Parmi les deux tiers restant seule une minorité souscrit une protection complémentaire assurant la couverture des forfaits. Votre commission s'interroge sur la logique qu'il y a à faire assumer à une partie seulement de la population des forfaits de responsabilisation impliquant réellement un reste à charge.

Il apparaît à votre commission qu'une réflexion approfondie doit être menée sur la question de la responsabilisation des acteurs et sur la cohérence des mesures mises en place. Dans cette attente elle a adopté un amendement visant à maintenir la suppression de la participation forfaitaire pour les consultations médicales mais à rétablir les franchises sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 30

(art. L. 322-3 du code de la sécurité sociale)

**Exonération du ticket modérateur sur les honoraires
de dispensation complémentaire en cas d'ordonnance complexe**

Objet : Cet article tend à exonérer de ticket modérateur l'honoraire de dispensation complémentaire dû au pharmacien en cas d'ordonnance complexe.

I - Le dispositif proposé

Cet article propose de compléter l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale relatif aux cas de dispense de ticket modérateur. Il tend à introduire une nouvelle exonération pour certains frais dus au titre des actes justifiant des honoraires de dispensation autres que les marges commerciales.

Il ressort de l'exposé des motifs que les actes visés par cette exonération sont ceux de dispensation des ordonnances complexes qui comportent cinq médicaments ou plus.

Cet acte donnera lieu à une rémunération des pharmaciens à partir du 1^{er} janvier 2015 dans le cadre de la diversification de la rémunération des pharmaciens, amorcée par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et mise en œuvre par l'article 74 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

S'agissant d'un acte nouvellement identifié, il devrait être soumis au ticket modérateur.

Dès lors, pour mettre en place la réforme sans augmenter le reste à charge pour le patient, il est nécessaire de prévoir la possibilité de l'exonérer du ticket modérateur.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Votre commission soutient la réforme de la rémunération des pharmaciens et plus particulièrement l'honoraire de dispensation dont l'objectif a été résumé par la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie, approuvée par un arrêté du ministre en charge de la sécurité sociale du 4 mai 2012 : *« les partenaires conventionnels constatent que la dispensation de produits de santé constitue l'activité principale des pharmacies d'officines. Ils entendent ainsi valoriser la qualité de cette dispensation en instituant un honoraire de dispensation et son efficience au travers, notamment, d'une implication toujours plus soutenue des pharmaciens dans le développement des médicaments génériques. Ils s'accordent, par ailleurs, sur la nécessité d'optimiser le réseau officinal afin de concilier la préservation de l'équilibre économique des officines et à tout moment l'accès de la population au médicament. »*

Votre commission a adopté un amendement rédactionnel afin de préciser que les frais ne sont pas dus au titre des honoraires mais des actes qui donnent lieu à ceux-ci.

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 30 bis [nouveau]

(art. L. 161-36 et L. 162-16-1-2 du code de la sécurité sociale)

**Facturation par les propharmaciens de la facturation
d'un honoraire de dispensation par boîte de médicament**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à supprimer un article devenu inutile suite à la suppression de la vignette pharmaceutique et à tirer les conséquences pour les propharmaciens de la diversification des modes de rémunération des pharmaciens.

I - Le dispositif proposé

Cet article est issu d'un amendement du Gouvernement adopté par l'Assemblée nationale. Il se compose de deux parties ayant des objets complètement distincts.

Le I propose l'abrogation de l'article L. 161-36 du code de la sécurité sociale relatif à la mention des informations de remboursement sur le conditionnement des médicaments. Cet article est devenu sans objet depuis la suppression de la vignette pharmaceutique, effective depuis le 1^{er} juillet 2014.

Le II propose d'insérer dans la section du code de la sécurité sociale relative aux pharmaciens et aux entreprises pharmaceutiques un nouvel article 162-16-1-2 afin de permettre aux médecins propharmaciens, dont les missions sont fixées par l'article L. 4211-3 du code de la santé publique, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat, de facturer le nouvel honoraire de dispensation des boîtes de médicament dont les pharmaciens peuvent faire application depuis l'approbation de la convention nationale signée avec l'Uncam en mai 2012.

II - La position de la commission

Les médecins dits propharmaciens sont des praticiens autorisés, en vertu de l'article L. 4211-3 du code de la santé publique, à délivrer directement des médicaments à leurs patients, dans les limites fixées par voie réglementaire.

Cette autorisation peut être accordée aux médecins par le préfet du département d'établissement, en tenant compte d'une exigence de santé publique, l'absence dans la commune d'exercice d'une officine de pharmacie, ou le fait que cette commune n'est pas desservie par une pharmacie.

Aussi, les médecins propharmaciens sont essentiellement amenés à exercer leur activité au sein de régions rurales ou de montagne. Ils revêtent alors une utilité considérable pour les personnes, notamment âgées ou immobilisées, dont le lieu de résidence se trouve éloigné de la pharmacie la plus proche, et qui ne disposent pas de moyen de locomotion.

L'adaptation de leurs honoraire à leurs missions paraît donc utile.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 31

(art. L. 331-6, L. 613-19-3 (nouveau), L. 722-8-4 (nouveau), L. 732-11 et L. 732-12-2 (nouveau) du code de la sécurité sociale ; art. 34 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat ; art. 57 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ; art. 41 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ; art. L. 1225-28 du code du travail)

**Transfert d'indemnisation liée au congé maternité
au parent survivant en cas de décès de la mère**

Objet : Cet article tend à étendre le mécanisme de transfert de l'indemnité de congé maternité à l'ensemble des cas de décès de la mère et pour l'ensemble des régimes de sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé

Cet article se compose de sept parties.

Le I propose de modifier les dispositions relatives au régime général et au régime social des indépendants.

Le 1° propose de modifier l'article L. 331-6 du code de la sécurité sociale relatif au transfert de l'indemnité dans le cadre du régime général.

Le a) prévoit qu'au cours de la période couverte par l'assurance maternité ou par les dispositions conventionnelles permettant le maintien du salaire par l'employeur, soit pendant huit à dix semaines pour une naissance unique, le décès de la mère après la naissance de l'enfant entraîne la possibilité pour le père, dans des conditions définies par décret, de bénéficier des indemnités journalières auxquelles la mère aurait eu droit. Ce droit n'est pas soumis à l'obligation de cotisation ou d'activité prévue à l'article L. 313-1 du code de la sécurité sociale mais suppose la fin de tout travail salarié pendant la période. Cette nouvelle rédaction supprime le lien de causalité entre l'accouchement et le décès qui figure dans l'article actuel.

Le b) prévoit que si le père ne demande pas à bénéficier de l'indemnisation, celle-ci est accordée au conjoint de la mère ou à la personne avec laquelle elle était liée par un pacte civil de solidarité ou avec celle avec laquelle elle vivait maritalement. La condition de salariat qui existe dans la rédaction actuelle de l'article pour que le conjoint puisse bénéficier de l'indemnisation est supprimée.

Le 2° propose d'insérer dans le code de la sécurité sociale un nouvel article L. 613-19-3 afin de prévoir la même possibilité de transfert au père, au conjoint, au partenaire de pacte civil de solidarité ou à la personne vivant maritalement avec la mère dans le cadre du régime social des indépendants (RSI).

Les conditions d'ouverture des droits à prestation au sein du RSI sont, elles aussi, levées.

Le texte proposé prévoit que le père qui cesse toute activité bénéficiera de l'ensemble de l'indemnité due à la mère pour la fin du congé maternité et de l'allocation forfaitaire si celle-ci n'a pas déjà été versée.

Le père peut, dans des conditions fixées par décret, obtenir le report de tout ou partie de la période d'indemnisation dans des conditions fixées par décret. Ce report existe pour le régime général dans des conditions fixées à l'article L. 331-5 du code.

Le 3° prévoit d'insérer dans le même code un nouvel article L. 722-8-3 afin d'étendre le dispositif, dans les mêmes conditions que pour le RSI, au régime des praticiens et auxiliaires médicaux.

Le II propose de compléter les dispositions du code rural et de la pêche maritime relatives à la protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles pour les faire bénéficier des nouvelles conditions de transfert d'indemnité. Le bénéfice du transfert est toutefois soumis à la condition d'être affilié ou conjoint d'un affilié au régime agricole. Sont exclus les titulaires d'une pension de retraite au titre du régime agricole et les enfants à charge qui n'ont pas d'activité professionnelle.

La possibilité de report de la période d'indemnisation est prévue pour le cas où l'enfant est resté hospitalisé jusqu'à l'expiration de la sixième semaine suivant l'accouchement (article L. 331-5 du code de la sécurité sociale).

Le III propose d'étendre le dispositif à la fonction publique d'Etat en modifiant l'article 5 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 en fixant le statut.

Il est précisé que la mère peut relever d'un régime d'assurance maladie autre que celui du père, qui doit être fonctionnaire. La possibilité de demande de report est ouverte sans condition.

Le IV propose d'étendre dans les mêmes conditions le dispositif à la fonction publique territoriale en modifiant l'article 7 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 qui en défend le statut.

Le V étend le dispositif dans les mêmes conditions à la fonction publique hospitalière en proposant de modifier l'article 41 de la loi n° 86-33 du 19 janvier 1986 relative à son statut.

Le VI procède à une harmonisation rédactionnelle avec l'article L. 1225-28 du code du travail qui permet, selon le cas, au père, conjoint, partenaire de Pacs ou à la personne vivant maritalement avec la mère de suspendre son contrat de travail pour s'occuper de l'enfant devenu orphelin.

Le VII prévoit que la mesure s'applique aux périodes de congés ou de cessation d'activité en cours au 1^{er} janvier 2015.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté six amendements rédactionnels à cet article.

III - La position de la commission

Cet article vient régler des cas douloureux liés au décès de la mère d'un jeune enfant et à la prise en charge de celui-ci. L'étude d'impact estime le nombre de cas concernés à 85 par an pour un coût de 300 000 euros.

Votre commission estime qu'il s'agit là d'une mesure dont l'objectif n'est guère contestable.

En principe, dès lors que le père fait la demande de droit auprès du régime auquel il est affilié, celui-ci lui versera les indemnités journalières dues au titre du congé maternité. Seule la durée sur laquelle est calculé le droit dépend de la mère (durée entre le décès et la fin de sa période d'indemnisation). Pour cela le régime devra disposer de la date de décès de la mère ainsi que de son régime d'affiliation. D'après le Gouvernement ces renseignements seront fournis par le père par l'intermédiaire d'un formulaire de demande de droit qui sera créé et aux pièces jointes qui seront demandées comme un certificat de décès. Votre commission espère que le système ne posera pas pour les caisses de difficulté d'interprétation et sera, conformément à son objectif, le plus simple possible pour ceux auquel il s'adresse.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 32

(art. L. 381-30-1 du code de la sécurité sociale)

Réforme du financement des soins aux détenus

Objet: Cet article tend à permettre à l'assurance maladie de faire l'avance de l'ensemble des sommes dues au titre des dépenses de soins des personnes détenues.

I - Le dispositif proposé

Cet article se compose de trois parties.

Le I propose de modifier l'article L. 381-30-1 du code de la sécurité sociale relatif aux assurances maladie et maternité des détenus et personnes retenues dans un centre socio-médico-judiciaire de sûreté.

Il prévoit que les personnes détenues sont dispensées de l'avance de frais pour le ticket modérateur et le forfait hospitalier, qui demeurent pris en charge par l'Etat.

Le II modifie l'article L. 381-30-5 relatif au paiement des sommes dues au titre des soins dispensés aux personnes détenues.

Le 1° insère un nouvel alinéa afin de prévoir que le paiement des soins, du ticket modérateur et du forfait hospitalier est assuré par les caisses d'assurance maladie.

Le 2° procède à une coordination.

Le 3° complète l'article pour préciser que l'Etat rembourse à l'assurance maladie les sommes payées au titre du ticket modérateur et du forfait hospitalier.

En conséquence le 4° supprime les alinéas de l'article actuel relatifs aux relations entre l'Etat et l'assurance maladie.

Le III prévoit que la dispense d'avance de frais entre en vigueur dès le 1^{er} janvier 2015 tandis que le paiement par les caisses d'assurance maladie sera mis en place à partir du 1^{er} janvier 2016.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté trois amendements rédactionnels à cet article.

III - La position de la commission

Votre commission est favorable à cette mesure de simplification en vertu de laquelle l'assurance maladie recouvrira directement auprès de l'Etat les montants correspondant au ticket modérateur et au forfait journalier hospitalier dont elle aura fait l'avance. Selon l'étude d'impact, cette mesure devrait entraîner un gain de 7 millions d'euros au titre des missions d'intérêt général.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

CHAPITRE II

Promotion de la prévention

Article 33

Création des centres d'information, de dépistage et de diagnostic gratuit des infections sexuellement transmissibles (CIDDG)

Objet : Cet article vise à fusionner les consultations de dépistage anonyme et gratuit du VIH et des hépatites (CDAG) et les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Ciddist) en une structure unique dénommée « centres d'information, de dépistage et de diagnostic gratuit des infections sexuellement transmissibles » (CIDDG).

I - Le dispositif proposé

Deux types de structures assurent actuellement l'information sur les infections sexuellement transmissibles ainsi que leur prévention et leur dépistage :

- les consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) du VIH et des hépatites, créées en 1988, habilitées par les agences régionales de santé (ARS) et financées par l'assurance maladie ;

- les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Ciddist). Depuis la recentralisation opérée par la loi de 2004 relative aux libertés et responsabilités locales¹, ils sont gérés soit par les conseils généraux par convention avec l'Etat, soit par des structures habilitées par les ARS, et financés par l'Etat.

En pratique, la plupart de ces structures de prévention cumulent les deux statuts de CDAG et CDDIST. Dans ce cadre, **la coexistence de plusieurs statuts juridiques et modes de financement est source d'une importante complexité**. Selon qu'ils se trouvent ou non dans un établissement hospitalier, les CDAG sont en effet financés soit par les crédits dévolus aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac), intégrés au fonds d'investissement régional (FIR) depuis 2012, soit sur les crédits du sous-objectif « Soins de ville » de l'Ondam. Le financement des Ciddist provient soit de la dotation générale de décentralisation (DGD), soit des crédits du programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de

¹ Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

soins » de la mission « Santé » du budget de l'Etat, également intégrés au FIR depuis 2012.

Le présent article vise dès lors à fusionner ces deux types de structures en une seule avec un statut unique et un financement par l'assurance maladie.

Le 1° du **paragraphe I** supprime le deuxième alinéa de l'article L. 3121-1 du code de la santé publique, qui prévoit que les activités de lutte contre le VIH et les IST peuvent être exercées par les collectivités territoriales dans le cadre d'une convention passée avec l'Etat.

Le 2° réécrit l'article L. 3121-2 du même code relatif aux CDAG du virus du sida.

Le I de la nouvelle rédaction prévoit qu'au moins un centre d'information, de dépistage et de diagnostic gratuit (CIDDG) est habilité dans chaque territoire de santé par le directeur de l'ARS. Ce CIDDG assure trois types de mission : la prévention, le dépistage, le diagnostic et l'accompagnement dans la recherche de soins s'agissant des infections par le VIH et les hépatites ; la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement ambulatoire des IST ; enfin, une mission générale de prévention des risques liés à la sexualité, notamment par la prescription contraceptive.

Le II précise le régime de l'anonymat dans ces centres. L'anonymat de la prise en charge initiale comme sa levée sont respectivement soumis à la demande du patient ou à son consentement exprès, libre et éclairé. Il est précisé qu'il ne s'applique pas aux activités de vaccination et de prescription de contraception.

Le III indique que la gestion des CIDDG peut être confiée à une collectivité locale dans le cadre d'une convention conclue avec le directeur de l'ARS.

Le IV précise que le financement des activités assurées par le CIDDG est globalement pris en charge par le FIR sans contribution des régimes d'affiliation des usagers.

Il est enfin indiqué que les modalités d'application de cet article sont fixées par décret simple.

Le 3° procède à l'abrogation de l'article L. 3121-2-1 du code de la santé publique relatif aux activités de prévention, de dépistage, de diagnostic et de traitement ambulatoire des IST.

Le **paragraphe II** modifie l'article L. 174-16 du code de la sécurité sociale relatif au financement des activités des CDAG et Ciddist, afin de prévoir que les dépenses des centres d'information, de dépistage et de diagnostic gratuit mis en place par le présent article sont prises en charge par une dotation forfaitaire annuelle dans le cadre du FIR. Il est précisé que les modalités d'application de ces dispositions sont fixées par décret simple.

Le **paragraphe III** prévoit les modalités de la montée en charge des CIDDG ainsi qu'un régime de transition pour les structures déjà existantes.

Celles-ci ont jusqu'au 30 avril 2015 pour effectuer une demande d'habilitation en tant que CIDDG, sur laquelle l'ARS statue dans un délai de quatre mois. Le cas échéant, l'habilitation des structures concernées prendra effet au 1^{er} janvier 2016. Pour l'année 2015, les structures existantes continueront d'assurer leurs missions selon le régime actuellement en vigueur.

Les structures qui ne seraient pas en mesure d'exercer l'ensemble des activités prévues par le présent article pourront cependant disposer d'une habilitation provisoire d'une durée de deux ans, à compter du 1^{er} janvier 2016, pour leur permettre de s'adapter aux nouveaux contours de leurs missions.

Le **paragraphe IV** prévoit pour l'année 2015 le transfert du financement des Ciddist habilités par les ARS à l'assurance maladie, dans le cadre du FIR. *A contrario*, les Ciddist gérés par une collectivité territoriale conserveront donc leur financement par l'Etat.

Le **paragraphe V** prévoit une entrée en vigueur différenciée pour les dispositions du présent article :

- celles relatives à l'installation, à la transition et au financement pour l'année 2015 (paragraphe III et IV) s'appliqueront à compter du 1^{er} janvier 2015 ;

- celles relatives au fonctionnement des nouvelles structures (paragraphe I et II) s'appliqueront à partir du 1^{er} janvier 2016.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

A l'initiative de son rapporteur pour les recettes et les équilibres généraux de la commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a adopté neuf amendements à cet article :

- six d'entre eux sont rédactionnels ;

- un autre tend à modifier le nom des structures créées en « centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic » (CeGIDD), afin de le rendre plus facilement prononçable ;

- un autre vise à préciser que les actions conduites par ces CeGIDD peuvent être conduites hors les murs, notamment pour toucher les publics les plus concernés, et en partenariat avec d'autres organismes, notamment associatifs, dans le cadre de conventions de partenariat ;

- un autre vise à préciser que la mission de « prévention des autres risques liés à la santé sexuelle » s'inscrit dans une approche globale de santé sexuelle.

Ont par ailleurs été adoptés deux amendements présentés par le Gouvernement et visant à élargir aux Ciddist gérés par les collectivités territoriales sur le fondement d'une convention avec l'Etat le transfert du financement à l'assurance maladie à partir du 1^{er} janvier 2015.

III - La position de la commission

Votre commission est favorable à cette mesure de rationalisation et de simplification, qui a été unanimement recommandée au cours des dernières années par plusieurs instances telles que la Haute Autorité de santé, dans son avis d'octobre 2009 sur le dépistage de l'infection par le VIH en France, la Cour des comptes, dans son rapport public pour l'année 2010, ou encore le Conseil national du sida (CNS), dans son avis d'octobre 2012.

Il souligne que l'organisation des centres publics de vaccination apparaît au moins aussi complexe et recommande d'entreprendre une réflexion sur une possible rationalisation dans ce champ également.

A l'initiative de son rapporteur général, elle a adopté un amendement de coordination.

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 33 bis

Remise d'un rapport du Gouvernement au Parlement sur le dispositif d'accès à la contraception de manière anonyme et gratuite pour les mineures d'au moins quinze ans

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet la remise d'un rapport du Gouvernement au Parlement, avant le 1^{er} octobre 2015, procédant à l'évaluation du dispositif d'accès de manière anonyme et gratuite à la contraception pour les mineures d'au moins 15 ans, prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

I - Le texte adopté par l'Assemblée nationale

L'article 55 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a prévu un dispositif de dispense d'avance de frais, hors ticket modérateur, applicable aux mineures de plus de 15 ans pour les consultations et examens de biologie médicale préalables à la prescription de la contraception ainsi que pour les actes donnant lieu à la pose, au changement ou au retrait d'un contraceptif.

Le présent article résulte de l'adoption par l'Assemblée nationale de deux amendements identiques de Mme Louwagie et de M. Lurton. Il tend à prévoir l'évaluation de ce dispositif par le Gouvernement, sous la forme d'un rapport remis au Parlement avant le 1^{er} octobre 2015.

II - La position de la commission

La mesure introduite par l'article 55 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 était présentée comme un dispositif d'accès anonyme et gratuit à la contraception pour les mineures âgées d'au moins quinze ans. Dans le cadre de la lutte contre les grossesses adolescentes non désirées, elle devait permettre de faciliter l'accès aux consultations nécessaires à la prescription ou, le cas échéant, à la pose d'un moyen de contraception.

Cependant, le maintien d'un ticket modérateur, qui représente 30 % du montant de la consultation, ne permet pas en pratique de garantir la gratuité des consultations. Dans le cas où il fait l'objet d'une prise en charge par un organisme complémentaire, il semble en outre que l'anonymat des patientes ne puisse être garanti dans la mesure où celle-ci nécessite l'identification de l'assurée.

Votre rapporteur est donc favorable à une évaluation de la mise en œuvre de cette mesure.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 34

(art. L. 3111-11 et L. 3112-3 du code de la santé publique)

Prise en charge des vaccins réalisés dans les centres publics de vaccination

Objet : Cet article vise à préciser les conditions de la prise en charge par l'assurance maladie des vaccins effectués dans les centres publics de vaccination.

I - Le dispositif proposé

Depuis la recentralisation par la loi du 13 août 2004¹ des compétences de prévention auparavant exercées par les conseils généraux, les actions de vaccination et de lutte antituberculeuse relèvent en principe de l'Etat. En pratique, ces compétences sont notamment exercées par des centres publics de vaccination et des centres de lutte antituberculeux (CLAT), qui peuvent être gérés et financés de deux façons différentes :

- les 49 conseils généraux qui ont choisi de continuer à endosser leur activité de prévention en passant une convention avec l'agence régionale de santé (ARS) perçoivent une part de dotation globale de décentralisation (DGD) dédiée au financement de leurs centres ;

¹ Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2006.

- les centres directement habilités par l'Etat bénéficient d'une subvention de fonctionnement prévue par le programme 204 de la mission « Santé » du budget de l'Etat.

En application des articles L. 3111-11 et L. 3112-3 du code de la santé publique, les vaccinations effectuées par ces centres sont gratuites.

Ce financement doit en principe couvrir l'intégralité des frais de ces structures, y compris les vaccins qu'elles effectuent. A la différence de ceux réalisés en ville, notamment par les médecins généralistes, qui sont remboursés à hauteur de 65 % par l'assurance maladie, **les vaccins effectués dans les centres publics de vaccination ne bénéficient en effet d'aucune prise en charge par la sécurité sociale**, en l'absence de précisions législative en ce sens.

Or, **ces centres font face à des dépenses de plus en plus importantes, que le modèle de financement actuel ne peut que difficilement couvrir.** Tandis que le montant de la DGD alloué aux dépenses de prévention a été évalué en 1983 et actualisé pour la dernière fois en 2005, les recommandations vaccinales se sont considérablement étoffées depuis lors, et les prix des vaccins les plus récents (notamment contre le pneumocoque et le papillomavirus humain – HPV) est très élevé.

En réponse à cette situation, le **paragraphe I** du présent article propose **d'aligner la prise en charge des vaccins réalisés dans les centres de vaccination sur celle des vaccins effectués en ville.**

Son 1^o vise à ajouter deux alinéas à l'article L. 3111-1 du code de la santé publique, relatif aux centres publics de vaccination gérés ou non par les conseils généraux.

Le premier précise que les dépenses afférentes aux vaccins réalisés dans ces centres sont prises en charge, pour les assurés sociaux, par l'assurance maladie, et par l'Etat dans les conditions habituelles pour les bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat.

Le deuxième étend à ces structures l'obligation de procéder à la transmission électronique à l'assurance maladie des documents permettant la prise en charge des dépenses remboursables, prévue pour les professionnels de santé et les centres de santé par l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale.

Son 2^o modifie l'article L. 3112-3 du code de la santé publique, relatif à la gratuité et à la prise en charge des vaccinations effectuées dans les centres antituberculeux. Il étend aux vaccins la prise en charge par l'assurance maladie ou, pour les bénéficiaires de l'AME, par l'Etat, actuellement prévue par cet article pour les seules dépenses afférentes au suivi et à la délivrance des médicaments. Il prévoit par ailleurs la même obligation de facturation dématérialisée des dépenses.

Les vaccins utilisés dans ces structures seront donc pris en charge à hauteur de 65 % par l'assurance maladie pour les assurés sociaux. Les 35 % restants continueront à être financés par l'Etat dans les conditions actuelles, soit par le biais d'une fraction de la DGD, soit par une subvention spécialement dédiée. Selon l'étude d'impact annexée au présent projet de loi, cette modification devrait représenter un surcoût d'environ 6 millions d'euros pour l'assurance maladie.

Le **paragraphe II** prévoit que ces dispositions entreront en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2016.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Votre commission se félicite de la prise en compte par le présent article des recommandations formulées par le rapport du 13 janvier 2013 fait au nom de la commission des affaires sociales par Georges Labazée, qui préconisait notamment un alignement des conditions de prise en charge par la sécurité sociale des vaccins pratiqués dans les centres de vaccination sur celles qui prévalent dans les centres de protection maternelle et infantile (PMI).

Les centres de vaccination publics constituent en effet des outils indispensables de la politique vaccinale, alors que les derniers éléments disponibles sur la couverture vaccinale montrent que des progrès sensibles sont encore possibles. La gratuité de leurs prestations permet notamment de toucher les populations les plus fragiles et les plus éloignées du système de soins. Ces structures sont ainsi complémentaires de la médecine libérale de ville, qui effectue 85 % des vaccinations.

Votre rapporteur **regrette toutefois que cet article ne prenne pas en compte les centres de vaccination des communes disposant d'un service communal d'hygiène et de santé (SCHS)**, qui n'ont pas été concernés par la recentralisation de 2004-2006 et qui disposent d'une compétence déléguée en la matière. 207 communes, parmi lesquelles figurent la plupart des grandes villes françaises, gèrent en effet de tels centres, qui couvrent environ 25 % de la population française. Les vaccins dispensés dans ce cadre sont financés par une dotation du ministère de l'Intérieur. Dans la mesure où ces centres assurent des missions équivalentes à celles des structures visées par le présent article, il paraît incohérent de ne pas leur étendre le dispositif de prise en charge des vaccins par l'assurance maladie.

Il s'interroge par ailleurs **sur l'adéquation du mode de financement proposé aux besoins des centres de vaccination**. Ceux-ci font en effet face à un « effet de ciseaux » résultant, d'une part, d'un accroissement continu de leurs dépenses sous l'effet de la définition de nouvelles recommandations

vaccinales et de l'apparition de nouveaux vaccins onéreux, et, d'autre part, de la stagnation du financement qui leur est alloué par l'Etat. Face à cette situation, si certains départements peuvent contribuer au financement de l'activité vaccinale sur leurs fonds propres, certains centres ne sont plus en mesure de proposer au public l'ensemble des vaccins correspondant aux recommandations du calendrier vaccinal. Si la prise en charge des vaccins à hauteur de 65 % par l'assurance maladie ne pourra qu'apporter une amélioration transitoire bienvenue, la question restera entière sur la fraction de leur financement assurée par l'Etat. Outre celui de sa sous-évaluation, ce financement annuellement fixé présente en effet le problème d'être par nature inadapté à la prise en charge d'une activité vaccinale difficilement prévisible. En conséquence, **vo**tre rapporteur général serait favorable à une prise en charge à 100 % par l'assurance maladie des vaccins dispensés dans les centres publics de vaccination, qui permettrait de mettre fin à l'inégalité d'accès à la vaccination gratuite sur le territoire.

Cette mesure ne représenterait pas nécessairement un surcoût très important pour l'assurance maladie si **une politique volontariste d'optimisation des coûts était parallèlement mise en place**. A ce titre, la recommandation faite par le Haut conseil de la santé publique, dans son avis des 13 mars 2013 et 6 mars 2014¹, de **créer une centrale d'achat de vaccins unique pour l'ensemble des structures publiques de vaccination du territoire national**, sur le modèle de ce qui existe dans d'autres pays européens, apparaît particulièrement intéressante. Les vaccins achetés par marché public sont en effet sensiblement moins chers (de l'ordre de 50 %, selon les informations fournies à votre rapporteur) que ceux disponibles en officine.

Dans cet objectif, et dans le but de faciliter l'approvisionnement de certains centres aux moyens limités, votre commission a adopté un amendement visant à mettre en place une procédure d'achat groupé pour les vaccins utilisés par l'ensemble des structures publiques de vaccination.

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

¹ Haut Conseil de la santé publique, avis relatif à la politique vaccinale et à l'obligation vaccinale en population générale (hors milieu professionnel et règlement sanitaire international) et à la levée des obstacles financiers à la vaccination, 13 mars 2013 et 6 mars 2014.

Article 35

*(art. L. 1114-5 (nouveau) du code de la santé publique
et L. 221-1 du code de la sécurité sociale)*

**Financement des associations d'usagers et des organismes
concourant à la promotion de leurs droits**

Objet : Cet article permet à la Cnam de financer les associations agréées d'usagers et les organismes concourant à la promotion des droits des usagers qui agissent au niveau national.

I - Le dispositif proposé

L'article se compose de deux parties.

Le I insère dans le chapitre du code de la santé publique relatif à la participation des usagers au fonctionnement du système de santé un nouvel article L. 1114-5 prévoyant la possibilité d'un financement de la Cnam pour les actions des associations agréées et celles des organismes concourant à la promotion des droits des usagers.

La liste des associations et organismes et les montants alloués seront fixés par arrêté ministériel.

Le II complète les missions de la Cnam énumérées à l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale.

Il lui permet de participer au financement des actions mentionnées au nouvel article L. 1114-5 du code de la santé publique.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative du rapporteur de la commission des affaires sociales, un amendement tendant à préciser que les associations agréées au niveau national qui regroupent elles-mêmes des associations agréées reçoivent à titre principal les subventions de la Cnam. L'Ecole des hautes études de la santé publique est également habilitée à recevoir une subvention.

III - La position de la commission

Cette mesure permet de compléter les financements de la démocratie sanitaire, sujet important qui n'a pas trouvé de solution satisfaisante malgré plusieurs rapports, remis notamment à Roselyne Bachelot-Narquin lorsqu'elle était ministre de la santé.

Faire dépendre les associations de patients uniquement des cotisations de leurs adhérents ou de dons éventuels de particuliers les place dans une grande difficulté et laisse une place importante aux éventuels financements reçus des entreprises du médicament.

Les solutions actuelles ne sont pas totalement satisfaisantes pour plusieurs raisons. Tout d'abord, seules peuvent être financées les associations régionales par l'intermédiaire du FIR (Fonds d'intervention régionale), donc des agences régionales de santé. D'autre part la possibilité de financement par les entreprises demeure.

Dans un contexte de difficultés budgétaires, il n'est pas réaliste d'envisager de remplacer les fonds privés par des subventions publiques. La mesure proposée par le gouvernement paraît donc répondre à une partie des difficultés que rencontrent les associations.

Cet article entraînera le fait pour la Cnam de disposer directement de fonds auparavant attribués au FIR, ce qui implique un suivi de la gestion de ce fonds particulièrement sollicité.

Sous cette réserve votre commission est favorable à cet article. Elle a adopté un amendement de coordination.

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

CHAPITRE III

Renforcement de la qualité et de la gratuité du système de soins

Article 36

(art. L. 162-22-20 et L. 162-30-3 [nouveaux] du code de la sécurité sociale)

Incitation à l'amélioration de la qualité et contrat d'amélioration des pratiques

Objet : Cet article tend à mettre en place une dotation complémentaire pour le financement de l'amélioration de la qualité des soins dans les établissements de médecine, chirurgie ou obstétrique et un contrat d'amélioration des pratiques signé avec l'agence régionale de santé pour les établissements jugés non conformes aux exigences de qualité.

I - Le dispositif proposé

Cet article se compose de deux parties.

Le I comporte deux points.

Le 1° propose de modifier la section du code de la sécurité sociale relative aux établissements de santé en insérant un nouvel article L. 162-22-20.

Ce nouvel article propose de faire bénéficier les établissements de santé publics, privés et privés d'intérêt collectif d'une dotation complémentaire, fondée sur le respect de critères de qualité et de sécurité des soins mesurés sous la forme d'un « score » calculé chaque année par établissement.

Un décret en Conseil d'Etat précise les critères d'appréciation retenus et les modalités de détermination de la dotation tandis qu'un arrêté précisera les indicateurs retenus et les modalités de calcul du score.

Le 2° prévoit la création d'un nouvel article L. 160-30-3.

Son I prévoit que les établissements pour lesquels le niveau de qualité et de sécurité des soins n'est pas conforme à des « référentiels nationaux » doivent signer avec l'ARS un contrat d'amélioration des pratiques. Celui-ci est conforme à un contrat type et annexé au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Il porte sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement mais aussi sur la coordination avec les autres professionnels et structures de santé chargés de la prise en charge des patients et qui sont susceptibles de présenter des risques pour la qualité de la prise en charge.

Le contrat fixera les objectifs d'amélioration, un plan d'action et des indicateurs de suivi.

Les modalités d'appréciation de la conformité des pratiques de l'établissement aux référentiels nationaux seront définies par décret en Conseil d'Etat, mais les valeurs limites des indicateurs utilisés pour cette évaluation seront fixées par arrêté.

L'article L. 160-30-3 prévoit dans son II un mécanisme de sanction dont les ARS peuvent faire usage si l'établissement refuse la signature du contrat ou ne respecte pas ses objectifs. Les sanctions peuvent aller jusqu'à 1 % des produits versés par l'assurance maladie et doivent être proportionnées à l'ampleur et à la gravité des manquements.

Un décret en Conseil d'Etat déterminera la procédure applicable, les risques visés et la durée maximale du contrat.

Le II de l'article prévoit une entrée en vigueur de la dotation complémentaire au 1^{er} janvier 2016 avec la possibilité pour des établissements volontaires d'en bénéficier en 2015.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté six amendements rédactionnels à cet article.

III - La position de la commission

Votre commission est favorable aux mesures tendant à l'amélioration de la qualité des soins.

Elle a adopté un amendement faisant disparaître la notion de « score » qui n'est pas définie en droit et relève de la technique financière ou médicale, ainsi que pour mieux préciser l'articulation entre les indicateurs choisis et les modalités d'évaluation retenues pour juger de la qualité des soins et des activités des établissements.

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 37

(art. L. 6111-3-1 [nouveau] du code de la santé publique
et L. 166-22-8-2 [nouveau] du code de la sécurité sociale)

Hôpitaux de proximité

Objet : *Cet article propose de définir le rôle des hôpitaux de proximité et de leur appliquer un mode de financement spécifique.*

I - Le dispositif proposé

Cet article se compose de trois parties.

Le I propose d'insérer dans le chapitre du code de la santé publique relatif aux missions des établissements de santé un nouvel article L. 6111-3-1 composé de quatre parties.

La première (I) définit l'hôpital de proximité comme un pourvoyeur de soins de premiers recours dont les actions sont menées au travers de coopérations pour la médecine ambulatoire, les soins dans les établissements médico-sociaux et les consultations spécialisées. Ils orientent en cas de nécessité le patient vers des structures de soins de second recours, ce qui découle naturellement de l'article L. 1411-11 qui fixe le contenu du premier recours.

La deuxième partie de l'article (II) précise que l'activité des établissements de proximité se limite à la médecine, à la chirurgie et à l'obstétrique. Leur volume maximal d'activité sera déterminé par un décret en Conseil d'Etat.

La troisième partie (III) prévoit que la liste des hôpitaux de proximité est fixée par arrêté des ministres en charge de la santé et des affaires sociales sur proposition des directeurs des agences régionales de santé et afin de répondre aux besoins de la population, notamment au regard de l'offre en santé présente sur le territoire.

La quatrième et dernière partie (IV) renvoie à un décret les conditions d'application de l'article et les modalités de révision de la liste des établissements concernés.

Ces critères ont vocation à s'appliquer à une partie des 320 établissements désignés comme « hôpitaux locaux » avant la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) de 2009 qui a supprimé les différentes catégories d'établissement. 90 d'entre eux, qui n'assurent pas d'activité de médecine mais uniquement des soins de suite et de réadaptation, ne pourront toutefois pas devenir des hôpitaux de proximité et se verront appliquer la réforme du financement des SSR prévue en 2016.

Le II propose d'insérer un nouvel article L. 162-22-6 dans le code de la sécurité sociale pour préciser que les hôpitaux de proximité bénéficient d'un financement mixte sur la base de la tarification à l'activité et d'une dotation forfaitaire, selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat.

Le III prévoit pour les anciens hôpitaux locaux qui ont vocation à devenir des hôpitaux de proximité, une mesure transitoire pour leur financement au titre de l'année 2015. Celui-ci prendra la forme d'une dotation, comme c'est actuellement le cas, mais modulée selon l'activité des établissements.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté trois amendements rédactionnels à cet article.

III - La position de la commission

Cet article s'inscrit dans la lignée de l'une des propositions du rapport d'information de MM. Jacky Le Menn et Alain Milon, fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales et déposé le 25 juillet 2012¹, qui était de « *suspendre le passage à la T2A des hôpitaux locaux et lancer une réflexion stratégique sur la place de ces établissements dans le système de santé* ».

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a donné un délai aux hôpitaux locaux pour appliquer la tarification à l'activité (T2A). Initialement fixée au 1^{er} janvier 2012, l'échéance a été reportée au 1^{er} mars 2013 par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, puis au 1^{er} mars 2015 par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013. Souvent appelés hôpitaux locaux alors que la loi HPST a supprimé les différentes catégories d'établissements, les anciens hôpitaux ruraux connaissent en effet une situation particulière : généralement de petite taille, ils ne disposent pas aisément de l'ensemble des moyens techniques et humains nécessaires au codage et à l'intégration dans la logique du financement à l'activité.

Ces établissements seront touchés de plein fouet par certains effets pervers actuels de la T2A. Situés dans des bassins de population vieillissante et en diminution, ils ne peuvent pas augmenter leur volume d'actes. Surtout, ils développent principalement une activité médicale, avec peu ou pas d'acte chirurgical ou obstétrical. Or la T2A favorise aujourd'hui les actes techniques plus que le temps médical ou soignant.

¹ Rapport n° 703 (2011-2012).

Pourtant, ces établissements rendent un véritable service public de proximité, souvent dans le domaine gériatrique. Ils constituent une articulation précieuse entre la médecine de ville et les établissements hospitaliers puisque les praticiens libéraux y réalisent régulièrement des vacations. Le mode de financement des hôpitaux locaux doit donc également s'inscrire dans la problématique de l'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire : premiers recours hospitaliers, ils peuvent servir d'appui, de référent, et stabiliser l'installation de praticiens en libéral.

Le maintien d'une structure publique de soins doit naturellement être justifié par un intérêt médico-économique et les hôpitaux locaux doivent trouver une place originale dans le système de santé, complémentaire d'une part de la médecine de ville et d'autre part de l'établissement de santé plus éloigné mais disposant d'un plateau technique complet.

Dans ce contexte, le passage de ce type d'établissement à la T2A ne semble pas adapté aujourd'hui, le risque de leur déstabilisation étant trop important au regard du service public qu'ils peuvent rendre sur le territoire.

Votre commission est donc favorable à cet article. Elle regrette cependant que le Gouvernement n'ait pas clarifié les notions de premier et de second recours qui demeurent pour le moment vides de toute réalité juridique.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 37 bis

Expérimentation de la prise en charge des prestations d'hébergement temporaire non médicalisé proposées par les hôpitaux

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à permettre une expérimentation d'une durée de trois ans permettant de faire financer par le Fonds d'intervention régional les prestations d'hébergement temporaire non médicalisé proposées par les hôpitaux.

I - Le dispositif proposé

Cet article est issu de l'adoption par l'Assemblée nationale d'un amendement de la commission des affaires sociales sous-amendé par le Gouvernement.

Il se compose de trois parties.

Le I prévoit la possibilité d'organiser un appel à projets national afin de mettre en place une expérimentation d'une durée de trois ans, sur la base d'un financement par le FIR, de dispositifs améliorant le parcours du patient et optimisant les prises en charge hospitalières.

Un type de dispositif est spécialement visé : l'offre par les établissements hospitaliers d'une prestation d'hébergement temporaire non médicalisée en amont ou en aval de l'hospitalisation. Cette possibilité constitue un élargissement, temporaire, de la mission des établissements telle qu'elle est définie par l'article L. 6111-1 du code de la santé publique.

La gestion de ces prestations peut être confiée à un tiers, en pratique généralement des associations là où ces hébergements existent déjà.

Le II renvoie à un décret en Conseil d'Etat les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation.

Le III prévoit un rapport d'évaluation transmis au Parlement.

II - La position de la commission

Lors des débats à l'Assemblée nationale, la ministre des affaires sociales et de la santé a décrit l'intérêt du dispositif en ces termes : « *Ce projet d'hôtel hospitalier (...) accompagne le mouvement vers la médecine ou la chirurgie ambulatoire, que nous considérons tous comme nécessaire. Pour cela, des conditions doivent être respectées. Le patient doit par exemple être revu le lendemain par le médecin, et ne pas rester seul, à son domicile, à l'issue d'une intervention.*

Naturellement, si un patient a besoin d'être soigné à l'hôpital et d'y rester plusieurs jours, voire davantage, la question de son maintien dans une structure hospitalière ne se pose pas.

En revanche, s'il s'agit d'entrer à l'hôpital le matin et d'en sortir le soir, un lieu d'hébergement peut être recherché, soit parce que la personne soignée vit seule, soit parce qu'elle habite loin de l'hôpital. Des initiatives ont d'ores et déjà été conduites en ce sens : des équivalents de ces hôtels existent à proximité des hôpitaux dans certaines villes de France. Cependant, un tel hébergement reste à la charge du patient. L'idée est de proposer une expérimentation permettant une prise en charge par la collectivité. »

Soutenues par la FHF et la Fehap, les formes d'hébergement qui existent actuellement semblent favoriser le meilleur suivi des patients à un coût très nettement inférieur aux journées d'hospitalisation. Néanmoins les hébergements existants, qui sont à la charge du patient, sont gérés par des associations dans le cadre de locaux mis à disposition, ce qui limite fortement les coûts. Il faut espérer que la prise en charge par le FIR des coûts d'hébergement pourra se faire sans passage pur et simple à une offre commerciale et sans augmentation sensible des coûts. Sous ces réserves, votre commission est favorable à cet article.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

*Article 38**(art. L. 1435-4-3 [nouveau] du code de la santé publique)***Création d'un praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA)**

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

I - Le dispositif proposé

Cet article se compose de deux parties.

Le I propose d'introduire dans la section du code de la santé publique relative à la contractualisation des agences régionales de santé avec les offreurs de services en santé un nouvel article L. 1435-4-3 composé de trois parties.

La première partie (I) dispose que les ARS peuvent signer avec les médecins conventionnés un contrat faisant d'eux des praticiens territoriaux de médecine ambulatoire (PTMA) bénéficiant d'une rémunération lorsque le médecin interrompt son activité pour bénéficier du congé maternité ou paternité prévu par leur régime de base d'assurance maladie et en dehors des cas de recours à la prestation partagée d'éducation de l'enfant.

Pendant la durée du contrat, comprise entre trois et six ans, le praticien s'engage sur quatre points : la modération des dépassements d'honoraires s'il exerce en secteur 2, l'implantation dans une zone sous-dense, le fait de se faire remplacer pendant son absence en raison de son congé maternité ou paternité, et de ne pas être signataire d'un contrat de praticien territorial de médecine générale.

La deuxième partie de l'article (II) prévoit que le contrat comporte des engagements individualisés du praticien.

La troisième partie (III) prévoit un décret en Conseil d'Etat, notamment pour la détermination du plafond de dépassement d'honoraire.

Le II prévoit qu'un contrat de PTMA ne peut être signé que pour une installation en zone sous-dense à partir du 1^{er} janvier 2015.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel à cet article ainsi que, à l'initiative du rapporteur de la commission des affaires sociales, un amendement tendant à supprimer la possibilité de prévoir parmi les engagements personnels des médecins des objectifs de prescription ou de collaboration auprès d'autres médecins.

III - La position de la commission

Votre commission est pleinement consciente des enjeux liés à la répartition des professionnels de santé sur le territoire. Elle s'interroge cependant sur le succès de la mesure proposée, qui n'offre pas pour les praticiens hommes d'avantage substantiel, et impose une obligation de se faire remplacer qui paraît difficile à remplir dans certains cas.

Le problème de la répartition des professionnels de santé paraît à votre commission devoir faire l'objet d'une réflexion plus large, et il lui semble qu'un empilement de mesures ponctuelles ne permettra pas de faire face au défi de l'accès de tous à des soins de qualité et de proximité.

Cependant, si le dispositif proposé par cet article peut s'avérer utile dans quelques cas, il peut trouver sa justification.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 39

(art. L. 1435-4-4 [nouveau] du code de la santé publique)

Soutien à la médecine ambulatoire en montagne

Objet : Cet article tend à permettre aux ARS de verser une rémunération complémentaire aux médecins exerçant dans des territoires isolés et marqués par une forte saisonnalité.

I - Le dispositif proposé

Cet article propose d'introduire dans la section du code la santé publique relative à la contractualisation des agences régionales de santé avec les offreurs de services en santé un nouvel article L. 1435-4-3 composé de trois parties.

Le I permet aux ARS de conclure, pour une durée de trois à six ans, avec les médecins généralistes conventionnés, un contrat permettant le versement d'une rémunération complémentaire aux revenus de leur activité sous réserve du respect de cinq conditions :

- exercer dans un territoire isolé ;
- avoir une activité marquée par une forte saisonnalité ;
- avoir un revenu tiré de son activité de médecine inférieure à la moyenne ;
- respecter les tarifs opposables ;
- ne pas être praticien territorial de médecine ou bénéficiaire des mesures conventionnelles applicables aux zones sous-denses.

Le II prévoit que le contrat comporte des engagements individualisés du praticien.

Le III renvoie à un décret en Conseil d'Etat la détermination des critères permettant de déterminer qu'un territoire est isolé ainsi que ceux relatifs au seuil de revenu maximal.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté deux amendements rédactionnels à cet article dont un déposé par le Gouvernement.

III - La position de la commission

Votre commission est favorable à cet article sous la même réserve, exprimée à propos de l'article 38, de nécessité d'une cohérence d'ensemble plutôt que de mesures ponctuelles pour faire face au défi de la répartition des professionnels de santé sur le territoire.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 40

*(art. L. 1432-3, L. 1432-5, L. 1432-6, L. 1435-8,
L. 1435-9 et L. 1435-10 du code de la santé publique)*

**Réforme des modalités de gestion et des missions
du Fonds d'intervention régional (FIR)**

Objet : Cet article tend à renforcer la gestion du FIR par les agences régionales de santé.

I - Le dispositif proposé

Cet article se compose de trois parties.

Le I propose de modifier le chapitre du code de la santé publique relatif à l'organisation et au fonctionnement des agences régionales de santé.

Le 1° modifie l'article L. 1432-3 du code de la santé publique relatif aux compétences des conseils de surveillance des ARS pour y inclure la mention d'un budget annexe.

Le 2° modifie l'article L. 1432-5 pour préciser qu'un budget annexe relatif aux crédits délégués par le Fonds d'investissement régional (FIR) à l'agence est établi dans les mêmes conditions que le budget principal.

Le 3° modifie l'article L. 1432-6 pour faire figurer au sein des ressources des ARS les crédits délégués par le FIR.

Le II propose de modifier la section du code de la santé publique relative au FIR.

Le 1° propose une réécriture des missions du FIR sous autorité des ARS, énumérées à l'article L. 1435-8. Elles passent de huit à cinq.

Sont supprimées l'actuelle mission (3°) relative à « l'amélioration de la répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé », la mission (7°) relative à « la mutualisation au niveau régional des moyens des structures sanitaires, notamment en matière de systèmes d'information en santé et d'ingénierie de projets » et la mention figurant au 8° de « la prévention des handicaps » et des « prises en charge des accompagnements des personnes handicapées ou âgées dépendantes ».

Les autres missions sont regroupées en quatre alinéas organisés selon un nouvel ordre de priorité. La permanence des soins, figurant actuellement au 1° serait déplacée au 3° tandis que la promotion de la santé, qui figure actuellement au 6°, serait placée au 1°.

Enfin l'amélioration des conditions de travail des personnels des structures médico-sociales est mentionnée en complément de celle des personnels hospitaliers et une nouvelle mission (5°) est créée, relative au financement de la démocratie sanitaire.

La réorganisation des missions du FIR est présentée par le Gouvernement principalement comme une clarification sans réduction de périmètre.

Le 2° propose de modifier les alinéas de l'article L. 1435-9 relatifs à la fongibilité des crédits du FIR entre soins et médico-social. Les crédits de soins liés à la prise en charge de traumatismes ne pourront être affectés au secteur médico-social. Parmi les crédits médico-sociaux qui ne peuvent être affectés aux soins, les notions de handicap et de perte d'autonomie sont fondues sous une dénomination unique de « pertes d'autonomie ».

Le 3° modifie l'article L. 1435-10 pour fixer de nouvelles règles de gestion du FIR. Les fonds actuellement gérés par la Cnam seront directement gérés par les ARS dans le cadre des nouveaux budgets annexes et pourront faire l'objet d'un report annuel dans la limite d'un plafond. Les sommes dépassant ce plafond seront reversées à la Cnam et la CNSA. Un système de suivi des budgets annexes sera également mis en place, pour l'information du Gouvernement et, sous la forme d'un rapport, pour celle du Parlement.

Le III prévoit que les dispositions relatives aux budgets annexes et à la fongibilité des crédits entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2016.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté trois amendements rédactionnels à cet article.

III - La position de la commission

Votre commission est favorable à cet article qui prévoit une organisation plus fonctionnelle du FIR. Elle s'interroge toutefois sur la suppression de toute référence au handicap au sein de ses missions et vous propose de réintroduire cette notion. Elle a également adopté un amendement de coordination.

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 41

*(art. L. 161-37, L. 162-1-7-1, L. 162-1-8
et L. 165-1-1 du code de la sécurité sociale)*

Financement de l'innovation

Objet : Cet article tend à permettre un financement plus efficace de l'innovation, des phases de recherche à la prise en charge de droit commun.

I - Le dispositif proposé

Cet article tend à mettre en place une procédure de prise en charge des actes innovants et se compose de quatre points.

Le 1° propose de modifier l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale relatif aux missions de la Haute Autorité de santé pour préciser que la HAS procède à l'évaluation médico-économique de trois types d'actes innovants :

- les actes remboursables présentant une **amélioration déterminée du service médical rendu** ;
- les actes pratiqués **uniquement au sein d'un établissement de santé** ou étant susceptibles d'avoir un **impact significatif sur l'organisation des soins et les dépenses d'assurance maladie** ;
- les actes **ayant fait l'objet d'une expérimentation** et susceptibles d'avoir l'un des effets attendus des deux précédents types d'actes.

Il procède également à une coordination avec le contenu du décret en Conseil d'Etat nécessaire à l'application de l'article.

Le 2° propose de modifier l'article L. 162-1-7-1 relatif à la hiérarchisation des actes en biologie pour prévoir que l'obligation pour l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) d'informer les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale s'applique aux trois types d'actes innovants et non plus aux dispositifs médicaux. Il rappelle la nécessité d'une évaluation médico-économique par la HAS.

Un mécanisme de prise en charge spécifique est prévu, pour une durée d'un an, s'agissant des actes ayant fait l'objet d'une expérimentation et en cours d'évaluation par la HAS.

Le 3° propose de modifier l'article L. 162-1-8 relatif à la procédure en cas de non-hiérarchisation des actes par la commission prévue à cet effet par l'article L. 162-1-7. L'Uncam disposerait alors d'un délai de cinq mois pour procéder d'elle-même à la hiérarchisation lorsqu'il s'agit d'un acte innovant. La procédure ne serait plus applicable aux dispositifs médicaux.

Le mécanisme de prise en charge spécifique prévu pour les actes de biologie ayant fait l'objet d'une évaluation et en cours d'évaluation par la HAS est prévu à l'identique, pour une durée d'un an.

Il est également procédé à une coordination.

Le 4° modifie l'article L. 165-11 relatif aux prises en charge dérogatoires (partielles ou totales) de produits, prestations ou actes innovants de santé. Il propose de réécrire le premier alinéa pour réserver la possibilité offerte par l'article aux dispositifs et aux actes apportant une innovation majeure. La possibilité offerte est conditionnée à la réalisation d'une étude clinique et médico-économique.

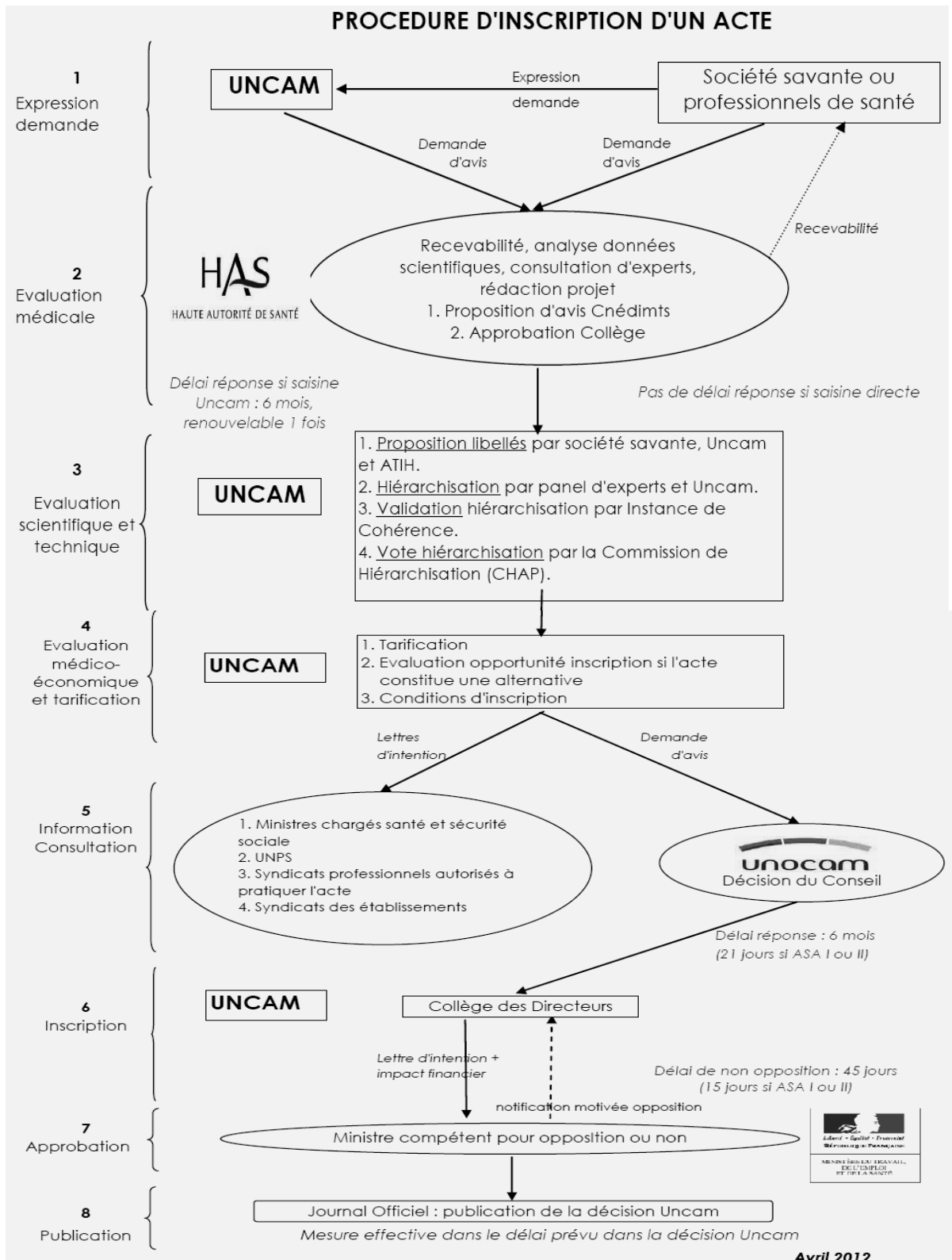
II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté dix amendements rédactionnels ou de correction de références à cet article.

Elle a également adopté un amendement de la commission des affaires sociales et sous-amendé par le Gouvernement afin d'accorder le forfait innovation de l'article L. 165-1-1 du code de la sécurité sociale, qui permet la prise en charge dérogatoire de l'innovation, aux produits de santé susceptibles de présenter un bénéfice clinique ou médico-économique.

III - La position de la commission

Votre commission estime bienvenue toute simplification dans l'inscription des actes innovants, qui suit actuellement un parcours particulièrement complexe. Les mesures envisagées par cet article tendent à permettre de procéder à l'évaluation médico-économique et à la tarification des actes innovants (étape 4 du schéma ci-dessous) alors même que l'évaluation scientifique et technique n'a pu être conduite à son terme (étape 3). Il faut espérer que cette mesure permettra de faciliter l'accès à l'innovation qui constitue l'une des forces de notre système de santé.



Source : Cnam

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

CHAPITRE IV

Promotion de la pertinence des prescriptions et des actes

Article 42

(art. L. 162-1-17 et L. 162-30-3 [nouveau] du code de la santé publique)

Renforcement des leviers régionaux d'amélioration de la pertinence des soins en établissement de santé

Objet : Cet article tend à mettre en place des plans régionaux d'amélioration de la pertinence des soins et à permettre aux directeurs généraux des ARS de conclure avec les établissements des contrats d'amélioration de leurs pratiques.

I - Le dispositif proposé

Cet article se compose de deux parties.

Le 1^o propose une nouvelle rédaction pour l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale relatif à la mise sous entente préalable d'un établissement dont l'activité ne paraît pas conforme aux pratiques les plus pertinentes.

La nouvelle rédaction place la mise sous accord préalable dans le cadre des nouveaux plans d'actions pluriannuels régionaux d'amélioration de la pertinence des soins. Elle rappelle que la décision du directeur de l'ARS est soumise à une procédure contradictoire, maintient la durée maximale de la mise sous accord préalable à six mois et énumère les constats susceptibles de fonder une telle décision.

Ils sont au nombre de quatre.

Deux figurent dans la rédaction actuelle de l'article : « *une proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation* » et « *un écart significatif entre le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable* ».

Le critère relatif au niveau élevé de prestations non conformes aux référentiels établis par la HAS est complété en y incluant les actes ou prescriptions également non conformes.

Un nouveau fondement de la décision est introduit, le constat d'une proportion élevée de prescriptions de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation, ce qui rejoint le premier critère évoqué ci-dessus.

Le non-respect de l'obligation d'accord préalable est sanctionné par la mise à la charge des seuls hôpitaux des actes effectués et par l'application d'une sanction financière pour les prescriptions émises.

L'accord préalable n'est pas applicable aux cas d'urgence.

Le 2° propose d'insérer dans le code un nouvel article L. 162-30-3 relatif à l'élaboration d'un plan d'action pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins par chaque ARS.

Ce plan fixe des objectifs régionaux conformément aux programmes nationaux de gestion du risque définis sur la base d'un accord entre l'Etat et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et dont l'objectif est, en application de l'article L. 182-2-1-1, notamment de permettre « *l'évolution des pratiques et de l'organisation des professionnels de santé et des établissements de santé, de manière à favoriser la qualité et l'efficacité des soins* ».

Le plan d'action est intégré au plan pluriannuel régional de gestion des risques défini à l'article L. 1434-14 du code de la santé publique, qui reprend les actions des programmes nationaux de gestion du risque et comprend des actions complémentaires tenant compte des spécificités régionales.

Le plan d'action comprend les critères permettant d'identifier les établissements dont la qualité des actes et prescriptions doit être améliorée. Ces critères doivent se fonder notamment sur le non-respect des référentiels HAS et des écarts par rapport à la moyenne des actes, prescriptions et prestations des établissements comparables.

Les établissements identifiés sur la base des critères du plan d'action sont tenus, sous peine d'une pénalité correspondant au plus à 1 % des produits perçus de l'assurance maladie, de signer avec l'ARS un contrat d'amélioration de la pertinence des soins pour une durée maximale de deux ans et avec des objectifs chiffrés.

Les modalités d'application de l'article L. 162-30-3 sont renvoyées à un décret en Conseil d'Etat.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté à cet article deux amendements rédactionnels ainsi qu'un amendement, adopté à l'initiative de M. Véran, tendant à préciser que le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins couvre également l'aspect relatif à la pertinence du recours à l'hébergement.

III - La position de la commission

Votre commission est particulièrement attachée au développement de la lutte contre les actes inutiles. De ce point de vue le présent article constitue un pas dans le bon sens. Ses ambitions sont cependant modestes à l'égard de l'ampleur du problème, 30 % des actes selon la FHF. Il apparaît donc à votre commission nécessaire d'approfondir les connaissances en ce domaine et de mettre en œuvre un programme permettant de réduire les actes inutiles dans la relation ville-hôpital et en médecine de ville. Elle a adopté un amendement en ce sens.

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 42 bis

Remise d'un rapport sur la diffusion des actions relatives à la pertinence des soins

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit la remise au Parlement par le Gouvernement d'un rapport sur la diffusion des actions relatives à la pertinence des soins, qui évalue notamment la possibilité de leur étendre les mécanismes de l'accréditation.

I - Le dispositif proposé

Cet article résulte de l'adoption par l'Assemblée nationale d'un amendement de la commission des affaires sociales. Il prévoit qu'un rapport du Gouvernement sera remis au Parlement avant le 1^{er} juillet 2015 afin de mesurer la diffusion des actions mises en œuvre pour favoriser la pertinence de soins au sein des équipes médicales.

La possibilité de mettre en place une accréditation pour ces actions doit également être envisagée.

II - La position de la commission

Votre commission partage l'objectif de cette mesure qui est d'associer le plus étroitement possibles les équipes hospitalières à la question de la pertinence des soins et à faire émerger une compétence valorisée en ce domaine. En effet, l'accréditation se traduit par une prise en charge des cotisations d'assurance des praticiens qui, dans l'optique de cet article, pourrait être étendue ou adaptée aux actions en faveur de la pertinence des soins.

Plus qu'un rapport, il semble pourtant que ces dispositions devraient trouver leur place au sein du contrat entre l'Etat et l'Uncam sur la gestion du risque. Le débat en séance permettra de préciser sur ce point les intentions du gouvernement.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 43

(art. L. 165-1, L. 165-2 et L. 165-3 du code de la sécurité sociale)

Renforcement des obligations relatives à l'inscription des dispositifs médicaux sur la liste des produits et prestations remboursables

Objet : Cet article introduit la description générique renforcée parmi les modes d'inscription des dispositifs médicaux sur la liste des produits et prestations remboursables, dans le but à la fois de renforcer la sécurité sanitaire et de réduire les dépenses indûment supportées par l'assurance maladie.

I - Le dispositif proposé

Afin de bénéficier d'une prise en charge par l'assurance maladie, les dispositifs médicaux doivent être inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR). Cette inscription peut être effectuée de deux manières, qui se distinguent notamment par les obligations d'évaluation associées.

- Le principe général est que l'inscription est faite sous la forme d'une **description générique**, sans référence à un nom de produit ou de société. Les descriptions génériques, qui regroupent l'ensemble des produits présentant le même service rendu et la même indication, reposent notamment sur l'identification du produit et la description de ses spécificités techniques. Dans ce cas, la seule évaluation réalisée est celle qui est nécessaire, au niveau européen, à l'obtention du marquage CE qui atteste d'une conformité minimale aux exigences sanitaires et autorise la commercialisation du produit dans tous les pays de l'Union européenne. Des opérations ciblées de contrôle et d'évaluation *a posteriori* des dispositifs médicaux sont par ailleurs effectuées par l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) dans le cadre de sa mission de surveillance, sur le fondement de l'article L. 165-1-2 du code de la sécurité sociale.

- Pour certains produits présentant un caractère innovant ou qui nécessitent un suivi particulier pour des raisons techniques, économiques ou de santé publique, l'inscription est réalisée sous la forme d'un **nom de marque** et nécessite la conduite d'une évaluation préalable, sur la base de données cliniques, par la commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (Cnedimts) de la Haute Autorité de santé (HAS).

En pratique, la plupart des fabricants introduisant un nouveau dispositif médical sur le marché procèdent à une **auto-inscription** sur la LPPR, en déterminant elles-mêmes la ligne générique dont elles estiment que leur produit relève.

Si cette procédure rapide et peu formelle est adaptée à la plupart des nouveaux dispositifs médicaux introduits sur le marché, elle présente ses limites dans le cas où un dispositif ne correspondrait pas aux spécificités techniques indiquées par la ligne générique associée. Le risque est alors, d'une part, que le produit prescrit au patient emporte des **risques sanitaires**, et, d'autre part, que l'assurance maladie engage des **dépenses injustifiées** pour la prise en charge d'un produit qui ne rend pas le service attendu. L'étude d'impact annexée au présent projet de loi cite à titre d'illustration de ces deux risques respectivement le cas des prothèses mammaires non conformes et des fauteuils de confort, qui sont remboursés sur la base des tarifs de prise en charge des fauteuils coquilles sans que leur intérêt médical n'ait été établi. Ces risques sont d'autant plus difficiles à maîtriser qu'une inscription inadaptée pose des problèmes importants s'agissant de la **traçabilité à la fois sanitaire et économique** des produits concernés.

Pour autant, il n'est pas envisageable d'étendre la procédure d'inscription sous nom de marque à l'ensemble de ces produits, dans la mesure où cette procédure lourde n'est pas applicable à des dispositifs en très grand nombre ou pour lesquels il n'existe pas de données cliniques spécifiques.

En conséquence, le **paragraphe I** du présent article introduit une nouvelle modalité d'inscription sur la LPPR, dite **description générique renforcée**, qui doit permettre d'assurer un contrôle plus approfondi et une meilleure traçabilité de certains dispositifs médicaux sensibles.

Son 1^o modifie l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, qui prévoit les deux modalités concurrentes d'inscription des dispositifs médicaux sur la LPPR, en y insérant deux alinéas précisant les contours de cette nouvelle voie d'inscription.

Il est tout d'abord précisé que cette modalité concernera **des produits répondant en tout ou partie à des descriptions génériques particulières, dont la liste sera fixée par arrêté** des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris sur le fondement d'un décret en Conseil d'Etat. La fixation de cette liste tiendra compte à la fois de l'intérêt des produits concernés pour la santé publique et de leur incidence sur les dépenses d'assurance maladie. L'étude d'impact annexée au présent projet de loi indique que seront visés, d'une part, des dispositifs médicaux implantables sensibles d'un point de vue sanitaire, et, d'autre part, ceux dont l'auto-inscription a donné lieu à des dérives visant à obtenir un tarif de prise en charge plus élevé.

L'inscription de ces produits pourra être soumise au **dépôt auprès de l'ANSM d'une déclaration de conformité** aux spécifications techniques de la description générique concernée, qui sera établie par un organisme désigné par l'ANSM. L'étude d'impact précise qu'il s'agira d'un laboratoire d'essais indépendant.

L'inscription sur la LPPR prendra la forme d'une description générique permettant **l'identification individuelle** des produits concernés. Ceux-ci se verront donc associer un code individuel, à l'instar des produits inscrits en nom de marque », mais seront pris en charge dans les conditions générales prévues par la ligne générique associée.

Les **2° et 3° du paragraphe I** procèdent à des modifications de cohérence rédactionnelle aux articles L. 165-2 et L. 165-3, qui portent sur les modalités de fixation des prix et tarifs de responsabilité des dispositifs médicaux.

Le **paragraphe II** définit les modalités d'**entrée en vigueur** de cette nouvelle voie d'inscription. Les dispositions de l'article L. 165-1 modifié du code de la sécurité sociale s'appliqueront immédiatement aux dispositifs répondant aux conditions de la description générique particulière et qui feront l'objet d'une inscription sur la LPPR à une date ultérieure à celle de l'entrée en vigueur du présent projet de loi. Pour les dispositifs répondant à ces descriptions et qui ont déjà été inscrits sur la LPPR, une phase transitoire de 6 mois sera prévue par décret pour permettre aux fabricants de constituer leur dossier de conformité.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Votre rapporteur est favorable à un encadrement renforcé de la procédure d'inscription des dispositifs médicaux, dont la sécurité sanitaire doit impérativement être assurée. Cette nouvelle procédure viendra utilement compléter en amont les efforts déjà entrepris en ce sens par la mise en place de contrôles *a posteriori* par l'ANSM sur le fondement de l'article 35 de la loi du 29 décembre 2011¹.

Il souligne que le secteur des dispositifs médicaux, particulièrement dynamique et innovant en France, ne doit pas être fragilisé par l'introduction de contraintes d'inscription trop importantes. De ce point de vue, le choix de la voie médiane que constitue la description générique renforcée apparaît comme une solution satisfaisante, d'autant que l'étude d'impact précise que la durée de traitement des dossiers sera limitée à trois mois.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

¹ Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé.

*Article 43 bis**(art. L. 5121-1 du code de la santé publique)***Extension du répertoire des génériques aux médicaments
dont la substance active est d'origine végétale ou minérale**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à réécrire les dispositions actuellement trop restrictives permettant l'extension du répertoire des génériques aux médicaments dont la substance active est d'origine végétale ou minérale.

I - Le dispositif proposé

Cet article résulte d'un amendement du Gouvernement adopté par l'Assemblée nationale. Il propose de modifier l'article L. 5121-1 du code de la santé publique qui définit les différents types de médicaments afin de prévoir que les spécialités génériques à base de plantes ou celles composées uniquement de substances minérales peuvent être intégrées au répertoire des génériques en précisant les conditions dans lesquelles ces spécialités sont réputées avoir une composition qualitative identique au médicament princeps.

II - La position de la commission

Votre commission est favorable à cet article qui devrait permettre d'élargir le répertoire des génériques en remédiant à un défaut de rédaction de la mesure adoptée dans l'article 52 de la loi de financement pour 2012. Elle a adopté un amendement de coordination.

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 43 ter
(art. L. 5125-23-2 et L. 5125-23-4 [nouveau]
du code de la santé publique, art. L. 162-16 du code de la sécurité sociale)
**Règles applicables à la substitution des médicaments
dispensés par voie inhalée**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à permettre dans des conditions strictes de sécurité la substitution par le pharmacien de médicaments dispensés par voie inhalée.

I - Le dispositif proposé

Cet article résulte d'un amendement de M. Véran adopté par l'Assemblée nationale. Il se compose de deux parties.

Le I propose de modifier le code de la santé publique.

Le 1° propose d'appliquer aux médicaments administrés par voie inhalée les dispositions de l'article L. 5125-23-2 relatives aux médicaments biologiques. Celles-ci imposent notamment au prescripteur de mentionner expressément sur la prescription quand un médicament est en initiation de traitement.

Le 2° propose de créer un nouvel article L. 5125-23-4 permettant la substitution d'un médicament administré par voie inhalée générique dans les cas d'initiation du traitement ou pour continuer un traitement déjà initié avec ce même médicament.

Le II modifie l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale pour préciser que la substitution ne doit pas entraîner de surcoût pour l'assurance maladie supérieur au prix du médicament générique.

II - La position de la commission

Si votre commission est favorable au fait de générer des économies sur les médicaments sans nuire à la qualité du traitement du patient, elle s'interroge en l'occurrence sur la compatibilité de cette disposition avec les engagements pris par le ministre de la santé vis-à-vis des industriels concernés.

Dans l'attente des éclaircissements que le Gouvernement pourra apporter, la commission vous propose donc un amendement de suppression de cet article.

La commission vous demande de supprimer cet article.

*Article 44**(art. L. 162-22-7-2 [nouveau] du code de la sécurité sociale)***Régulation de la prescription de produits sur la liste en sus**

Objet : *Cet article instaure un forfait à la charge des établissements de santé pour toute prescription de produits inscrits sur la liste en sus.*

I - Le dispositif proposé

Dans le cadre de tarification à l'activité (T2A), le financement des médicaments administrés au cours d'un séjour hospitalier est assuré selon plusieurs modalités. Leur coût est en règle générale pris en compte dans les tarifs des prestations d'hospitalisation par le biais des groupes homogène de séjour (GHS), qui couvrent de manière forfaitaire l'ensemble des moyens nécessaires à l'hospitalisation du patient. Ce dispositif n'est cependant pas adapté pour certains produits innovants ou très coûteux, qui ne peuvent être intégrés dans les GHS de manière assez rapide ou suffisante d'un point de vue économique. C'est pourquoi, afin de permettre l'accès des patients à des molécules nouvelles ou onéreuses dans des conditions financièrement acceptables pour les établissements de santé, **l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale prévoit de manière dérogatoire que certaines spécialités pharmaceutiques peuvent être facturées et prise en charge par l'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation.** Ces spécialités sont inscrites sur une liste des médicaments facturables en sus des prestations d'hospitalisation, dite « liste en sus ».

La liste en sus contient aujourd'hui une centaine de principes actifs, dont les plus importants en termes de dépenses sont les médicaments anticancéreux, suivis par les traitements des maladies inflammatoires ou auto-immunes et les immunoglobulines.

Après une progression rapide, de l'ordre de 15 % par an entre 2005 et 2008, puis une augmentation à un rythme moins soutenu en 2009 et 2010 (+ 4,3 % par an) et une stabilisation en 2011 et 2012 (- 0,4 %)¹, les dépenses réalisées au titre des produits de la liste en sus ont à nouveau connu **une croissance dynamique** en 2013, de l'ordre de 7,5 %. Selon l'étude d'impact annexée au présent projet de loi, elles ont atteint 4,4 milliards d'euros en 2013, dont 2,8 milliards au titre des médicaments. Au total, entre 2005 et 2012, ces dépenses ont augmenté de 63 %, soit une progression nettement plus rapide que celle de l'Ondam et des dépenses de médicaments de ville.

¹ Selon le rapport relatif aux comptes de la sécurité sociale publié en juin 2013.

Plusieurs mesures ont été prises au cours des dernières années pour rationaliser la gestion de la liste en sus et infléchir la progression des dépenses. D'importantes radiations ont été opérées à partir de 2010 afin notamment de prendre en compte la générication et la baisse de coûts de certains anticancéreux, les médicaments concernés étant désormais pris en compte à travers les tarifs hospitaliers. L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a par ailleurs ouvert la possibilité de limiter l'inscription sur la liste en sus et la prise en charge par l'assurance maladie à certaines indications seulement de la spécialité concernée ; cette option n'a cependant pas encore été mise en œuvre à ce jour. Enfin, la régulation par le biais des contrats de bon usage (CBU) conclus entre les établissements, les ARS et l'assurance maladie a été simplifiée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

Le présent article propose d'**utiliser l'outil tarifaire pour limiter le recours aux produits de la liste en sus** lorsqu'il n'est pas médicalement justifié ou qu'une alternative moins coûteuse peut être trouvée parmi les médicaments pris en charge au titre des tarifs d'hospitalisation. Il semble en effet que certaines prescriptions dans la liste en sus ne soient pas pertinentes, voire qu'il soit recouru à certaines des spécialités de cette liste en dehors des indications prévues par leur autorisation de mise sur le marché (AMM).

Son **paragraphe I** rétablit un article L. 162-22-7-1 du code de la sécurité sociale, comportant quatre alinéas.

Le premier prévoit qu'une **pénalité financière** est appliquée aux établissements de santé dès lors qu'une spécialité est prescrite et facturée en sus de certaines prestations d'hospitalisation. Cette pénalité prend la forme d'une **minoration forfaitaire appliquée aux tarifs nationaux des prestations hospitalières concernées**. Le montant de cette minoration est déterminé par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

L'étude d'impact précise que le rendement global de cette minoration forfaitaire sera réintégré dans les tarifs des prestations hospitalières concernées. Les établissements qui n'ajusteront pas leurs comportements ne devraient donc pas voir leur niveau de recettes diminuer. En revanche, les établissements qui privilégieront la prescription de médicaments à l'efficacité équivalente à ceux de la liste en sus, mais pris en compte dans les tarifs hospitaliers, pourront bénéficier d'un gain de recettes correspondant à la différence entre le montant de la minoration forfaitaire et le tarif intégré du médicament.

Le troisième alinéa indique que **la liste des prestations d'hospitalisation concernées** sera fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, selon **deux critères cumulatifs** définis par le deuxième alinéa. Celui-ci vise les prestations qui donnent lieu à une prescription sur la liste en sus dans au moins 25 % des séjours associés et pour lesquelles ces prescriptions représentent au moins 15 % des dépenses

totales faites au titre de la liste en sus, ces proportions étant estimées au niveau national. Il s'agit ainsi de cibler les séjours pour lesquels les dépenses engagées au titre de la liste en sus sont à la fois les plus fréquentes et les plus importantes.

Le quatrième alinéa précise que la décote appliquée au tarif des prestations d'hospitalisations ne pourra être facturée au patient. Une telle pratique viderait en effet de son sens le contenu de cet article, qui vise à modifier les comportements des établissements de santé par une incitation financière.

Le **paragraphe II** prévoit que ce nouveau dispositif entrera en vigueur à compter du 1^{er} mars 2015.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel à cet article.

III - La position de la commission

Votre commission souscrit à l'objectif de cet article, qui vise à valoriser financièrement les comportements de prescription limitée dans la liste en sus. La régulation de la dépense de médicament passe en effet nécessairement par la réduction des dépenses très dynamiques occasionnées par le recours à cette catégorie de produits de santé.

Pour autant, votre commission relève la forte complexité du dispositif proposé, qui pourrait se traduire par des contraintes de gestion importantes pour les établissements hospitaliers. Elle souligne également que cet outil n'est pas adapté au cas particulier de certains établissements ayant une activité de recours importante – notamment ceux ayant une forte spécialisation en oncologie, qui recourent davantage que d'autres aux produits innovants et onéreux de la liste en sus – et qui pourraient dès lors se voir pénalisés en raison de la structure même de leur activité.

Elle rappelle par ailleurs qu'il existe d'autres instruments législatifs de régulation des dépenses de la liste en sus qui n'ont pas encore été mobilisés ou qui pourraient l'être davantage.

Elle estime dès lors qu'il convient **d'expérimenter tout d'abord** les modalités pratiques de ce mécanisme avant de l'étendre à l'ensemble des établissements hospitaliers. Elle a adopté un amendement en ce sens.

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 44 bis

(art. L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale)

**Incitation à la prescription de médicaments génériques
dans les établissements de santé**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à prévoir une procédure de contrôle et de sanction portant sur le taux de prescription de médicaments génériques dans les établissements hospitaliers, par le biais des contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (Caqos).

I - Le texte adopté par l'Assemblée nationale

Le présent article, introduit par un amendement du Gouvernement adopté par l'Assemblée nationale, modifie l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale, qui prévoit une procédure de contrôle et de sanctions portant sur l'évolution des dépenses de médicaments remboursés sur l'enveloppe de soins de ville mais prescrits dans les établissements publics de santé. En application de cet article, l'agence régionale de santé (ARS) peut conclure avec un établissement un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (Caqos) si les dépenses de médicaments occasionnées par les prescriptions de ses médecins connaissent une progression supérieure à un taux arrêté chaque année par l'Etat.

Afin de renforcer le contrôle des prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV), il est proposé de **créer un nouvel indicateur de pilotage portant sur le taux de prescription dans le répertoire des génériques.**

Le 2° introduit à l'article précité un II prévoyant qu'**un taux prévisionnel de prescription des médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques par les professionnels de santé exerçant au sein des établissements de santé est fixé chaque année par l'État, sur recommandation du conseil de l'hospitalisation.**

Ce taux est déterminé sur la base de l'évolution annuelle de la proportion de médicaments génériques prescrits chaque année dans l'ensemble des établissements de santé par rapport aux prescriptions globales de médicaments réalisées dans ces mêmes établissements.

Les 3° a), 4°, 6°, 7° et 9° effectuent diverses modifications de mise en cohérence.

Le **b)** tend à prévoir que si le taux de prescription de médicaments génériques de santé dans un établissement de santé est inférieur à l'objectif fixé, et que cette valeur inférieure n'est imputable ni à une activité ni à une patientèle particulières, **l'ARS peut proposer de conclure un Caqos d'une durée de trois ans avec cet établissement et l'organisme local d'assurance maladie.**

Le 5° prévoit que ce Caqos comporte notamment un objectif de progression du volume de prescription des médicaments génériques dans les établissements concernés, et que la fixation de cet objectif tient compte de l'activité et de la patientèle de l'établissement ainsi que du taux prévisionnel annuellement fixé.

Le 8° insère deux alinéas prévoyant la **sanction** du non-respect de l'objectif prévu par le Caqos. Après avoir entendu, le cas échéant, les observations de l'établissement de santé, l'ARS peut enjoindre à l'établissement de verser à l'assurance maladie une fraction du montant des dépenses correspondant à l'écart entre le taux de prescription de médicaments génériques réalisé et l'objectif prévu par le contrat.

Il est précisé que les montants dûs, le cas échéant, au titre d'une double sanction concernant chacun des objectifs fixés par l'article L. 162-30-2 peuvent se cumuler dans la limite de 10 % des dépenses de médicaments réalisées par l'établissement.

II - La position de la commission

Les prescriptions faites par les médecins hospitaliers constituent un déterminant essentiel du marché des médicaments. Ainsi que le notait notre collègue Yves Daudigny dans son rapport sur les médicaments génériques¹, les médecins hospitaliers jouent en effet à la fois le rôle de primo-prescripteurs pour des traitements prescrits pour la première fois à l'hôpital avant d'être renouvelés par les médecins de ville, et plus généralement de *leaders d'opinion* en santé. Une récente étude², démontrant une influence des achats de médicaments des CHU sur les quantités consommées et un phénomène de diffusion de l'hôpital vers la ville, conclut que « *la régulation des dépenses de médicaments devrait être pensée globalement et non en séparant l'hôpital et la ville* ».

¹ « Les médicaments génériques : des médicaments comme les autres », rapport fait par M. Yves Daudigny au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, n° 864 (2012-2013), 26 septembre 2013.

² A. Gallini, R. Legal, F. Taboulet, Effets de la sélection de médicaments des centres hospitaliers universitaires sur les prescriptions en ville : une analyse sur neuf classes pharmacologiques, *Revue française des affaires sociales*, 2013/3 (n° 3), la Documentation française.

Or, du fait des stratégies mises en place par les entreprises pharmaceutiques, **la place des médicaments génériques est limitée dans les prescriptions hospitalières**, dans la mesure notamment où l'avantage associé en termes de coût y est plus faible qu'en ville. Cela s'explique notamment par le fait que le prix des médicaments utilisés à l'hôpital est négocié entre les établissements de santé et les laboratoires pharmaceutiques, qui consentent souvent des prix extrêmement bas dans le but d'augmenter les parts de marché ambulatoires de leur produit en assurant leur pénétration dans le marché hospitalier.

Votre commission est donc favorable à cet article, qui permettra de cibler, à côté de leur montant, la structure des prescriptions hospitalières ayant un effet sur les dépenses de ville.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 45

(art. L. 322-5 du code de la sécurité sociale)

Régulation de l'offre de taxis conventionnés avec l'assurance maladie pour le transport assis de patients

Objet : Cet article vise à donner aux caisses d'assurance maladie la possibilité de refuser le conventionnement d'une entreprise de taxis lorsqu'il conduirait à excéder le plafond défini par l'ARS pour l'offre de taxis conventionnés sur son territoire.

I - Le dispositif proposé

Les déplacements des patients à la charge de l'assurance maladie sont effectués, s'agissant du transport assis professionnalisé (TAP), soit en taxi conventionné par l'assurance maladie, soit en véhicule sanitaire léger (VSL). **La part des déplacements en taxi a connu une nette augmentation au cours des dernières années** : elle représente aujourd'hui près de 40 % de la dépense totale de transport sanitaire¹, contre 31 % en 2010² ; en 2012, elle représentait 60 % de la dépense de TAP³.

En outre, la commission des comptes de la sécurité sociale relevait dans son rapport d'octobre 2012 que **les dépenses de transports en taxi avaient connu une forte augmentation** sur la période 2007-2011, de l'ordre de 10 % par an, soit une évolution bien plus dynamique que celle des dépenses associées aux autres modes de transport (ambulances et VSL).

¹ Selon les indications figurant dans l'étude d'impact annexée au présent projet de loi.

² Selon le rapport de la Cour des comptes relatif à l'application des lois de financement de la sécurité sociale de septembre 2012.

³ Selon le rapport de la Cour des comptes précité.

Cette évolution, qui contribuait en 2011 pour plus de 85 % à la croissance globale des dépenses de transport, s'explique notamment par les revalorisations des tarifs de taxis décidées par le ministère de l'économie, sans que des négociations conventionnelles ne soient menées par l'assurance maladie.

Cette augmentation s'inscrit dans un contexte global de fort accroissement des dépenses de transport pris en charge par l'assurance maladie. La Cour des comptes notait ainsi en septembre 2012¹ que « *ce poste, important en termes d'accès aux soins, augmente systématiquement à un rythme plus soutenu que les autres dépenses de soins et équivaut désormais à lui seul à la moitié des remboursements des consultations de médecins généralistes* ». Cependant, si plusieurs mesures de maîtrise des dépenses de transport ont été prévues et mises en œuvre au cours des dernières années, **aucune d'entre elles ne porte spécifiquement sur les taxis.**

L'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale prévoit que la prise en charge par l'assurance maladie des dépenses de transport en taxi est subordonnée à la passation d'une convention entre l'entreprise de taxis avec un organisme local d'assurance maladie, qui doit respecter les critères fixés par une convention type établie par l'Union des caisses nationales d'assurance maladie (Uncam). Le texte précise par ailleurs que **le conventionnement peut être subordonné à une durée d'existence préalable de l'autorisation de stationnement**², c'est-à-dire à une durée minimale d'existence de l'entreprise et d'exploitation effective et continue de son activité. Cette durée minimale d'existence a été fixée à deux ans par la convention type de 2008. En pratique, **cette condition est donc la seule exigence imposée aux entreprises pour développer une activité de TAP.**

Il n'existe donc **pas de véritable régulation de l'offre de taxis exerçant une activité de transport sanitaire**, ainsi que le notait la Cour des comptes dans son rapport de 2012, relevant notamment que le parc de taxis conventionnés avait augmenté de 18 % entre le 31 décembre 2008 et le 30 septembre 2011 malgré l'introduction de cette condition. L'offre de transports sanitaires, c'est-à-dire les VSL et les ambulances, est en revanche soumise à une limitation du nombre de véhicules en activité par un plafond fixé au niveau départemental – bien que la Cour des comptes relève plusieurs modalités de contournement de cette limitation.

En outre, l'accroissement du nombre de taxis ne s'accompagne pas d'une baisse des tarifs par le jeu de la concurrence, dans la mesure où ces tarifs sont réglementés³. Le développement incontrôlé de l'offre de taxis

¹ Rapport précité.

² L'autorisation de stationnement est un acte administratif nominatif et personnel, délivré par le maire, qui permet à une entreprise de développer une activité de transport de voyageur en taxi.

³ Le montant facturé à l'assurance maladie est établi par application aux tarifs fixés par les préfets de remises négociées au niveau départemental avec l'assurance maladie et figurant dans la convention liant le taxi et la caisse locale.

conventionnés **exerce donc mécaniquement une pression à la hausse sur les dépenses de transports sanitaires à la charge de l'assurance maladie**, d'autant plus importante qu'un transport en taxi coûte 50 % plus cher qu'un transport en VSL.

Pour remédier à cette situation, le présent article tend à compléter l'article L. 322-5 de la sécurité sociale par un alinéa confiant aux organismes locaux d'assurance maladie le soin de refuser le conventionnement des entreprises de taxi lorsque l'offre de véhicules conventionnés sur le territoire concerné excède un nombre fixé par le directeur général de l'ARS.

Ce plafond est déterminé par le directeur général de l'ARS sur le fondement de plusieurs critères d'ordre démographique et géographique, prenant en compte l'équipement sanitaire du territoire ainsi que le nombre de véhicules affectés au transport de patients en circulation sur ce territoire. Il disposera donc d'un véritable pouvoir d'appréciation pour adapter l'offre de taxis conventionnés aux besoins du territoire.

L'article précise enfin que les modalités d'application de cette mesure seront précisées par un décret en Conseil d'Etat.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel à cet article.

III - La position de la commission

Si les dépenses de transports ne représentent que 2,1 % des dépenses de l'assurance maladie, leur forte dynamique appelle d'importantes mesures de régulation. Depuis 2006, les efforts ont été principalement orientés vers les offreurs de soins, notamment au travers de l'encadrement des prescriptions de transport sanitaire. Elles doivent aujourd'hui être complétées par une régulation de l'offre de transport, et notamment de l'offre de taxis conventionnés, dans la mesure où les dépenses associées ont un effet très important sur les dépenses de l'assurance maladie.

Votre commission se félicite de voir ainsi prises en compte certaines des recommandations formulées en 2012 par la Cour des comptes, qui préconisait notamment de « *renforcer la coordination entre les ARS et les caisses d'assurance maladie en matière d'agrément, de conventionnement et de contrôle des entreprises de transport sanitaires et de taxis* » et d' « *instaurer un double plafond départemental pour l'offre de transport, d'une part pour les ambulances et d'autre part globalement pour les VSL et les taxis conventionnés* ».

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

*Article additionnel après l'article 45
(art. L. 1112-1 du code de la santé publique)*

Obligation de transmission d'une lettre de liaison à la sortie de l'hôpital

Objet : Cet article additionnel tend à rendre obligatoire la transmission d'une lettre de liaison au médecin qui a prescrit une hospitalisation dès la fin du séjour

Les liaisons ville-hôpital ont un impact direct sur les prises en charge et sur les coûts pour l'assurance maladie. Il est urgent de mettre en œuvre des mesures permettant d'organiser ces relations afin d'éviter les soins inutiles et les ré-hospitalisations.

Le Gouvernement propose une mesure qui paraît utile dans à l'article 24 du projet de loi relatif à la santé en prévoyant l'obligation de transmission, si possible par voie électronique, d'une lettre de liaison adressée au médecin de ville qui a prescrit l'hospitalisation et ce dès la fin du séjour. Cette mesure semble trop importante pour attendre que ce texte soit adopté, au plus tôt au premier semestre 2015, et votre commission souhaite qu'elle puisse être mise en œuvre à partir du 1^{er} janvier prochain.

La commission vous demande d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.

CHAPITRE V

Paielement des produits de santé à leur juste prix

Article 46

Application du dispositif de l'écart médicament indemnisable aux produits de rétrocession

Objet : Cet article vise à appliquer aux produits de rétrocession le dispositif dit de « l'écart médicament indemnisable », qui existe déjà pour les produits de la liste en sus.

I - Le dispositif proposé

Les établissements hospitaliers peuvent disposer d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) qui assure la gestion, l'approvisionnement, la préparation, le contrôle, la détention et la dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles. En application de l'article L. 5126-1 du code de la santé publique, l'usage de la PUI est en principe réservé aux patients de l'établissement. Par dérogation à ces dispositions, l'article L. 5126-4 prévoit cependant **la possibilité pour les établissements de santé de vendre au public certains médicaments figurant sur une liste arrêtée par le ministre chargé de la santé, dite « liste de rétrocession »**. Cette liste comporte les médicaments dont la vente au public par le circuit des PUI se justifie par des contraintes particulières de distribution, de dispensation ou d'administration, liées à la sécurité de l'approvisionnement ou à la nécessité d'effectuer un suivi de leur prescription ou de leur délivrance (art. R. 5126-102).

En application de l'article R. 5126-110 du code de la santé publique, le remboursement des médicaments inscrits sur la liste de rétrocession est effectué sur la base de leur prix de cession, qui correspond au prix publié par le comité économique des produits de santé (Ceps) auquel s'ajoute une marge prenant en compte les frais inhérents à la gestion et à la dispensation de ces spécialités (art. L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale).

Le prix d'achat réel de ces produits par les établissements de santé est cependant souvent inférieur, du fait des négociations menées avec les entreprises pharmaceutiques. **La différence entre le prix de cession et le prix d'achat effectif du médicament est alors conservé par l'établissement**, qui réalise ainsi un gain de recettes, tandis que l'assurance maladie effectue un sur-remboursement.

La même situation est observée pour les produits de la liste en sus, qui sont entièrement remboursés à l'établissement par l'assurance maladie sur la base du tarif publié par le Ceps, tandis que le prix déterminé dans le cadre du marché passé entre l'hôpital et le laboratoire peut lui être inférieur. Un mécanisme est cependant prévu par l'article L. 162-6-6 du code de la sécurité sociale pour **limiter le sur-remboursement par l'assurance maladie tout en intéressant les établissements de santé à la négociation des prix les plus bas possibles.** Ce dispositif, dit de « l'écart médicament indemnisable », consiste à répartir l'écart de prix, lorsqu'il est positif, pour moitié entre l'assurance maladie et l'établissement de santé.

Le présent article vise à introduire, à l'article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale relatif au prix de cession des médicaments rétrocedables, un II transposant ce dispositif aux produits de la liste de rétrocession.

Le dispositif s'appliquera dès lors qu'il existera une différence positive entre le prix effectif d'achat payé par l'établissement et soit le prix publié par le Ceps, soit le prix de cession minoré de la marge correspondant aux frais de gestion et de dispensation, ces deux prix étant équivalents.

Le prix facturable à l'assurance maladie correspondra alors au prix d'achat effectif majoré d'une fraction de cette différence, d'une part, et de la marge de frais de gestion et de dispensation, d'autre part.

Le montant de cette fraction sera fixé par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Votre commission souligne l'intérêt du dispositif transposé, qui permet de réduire les dépenses de l'assurance maladie à la fois au titre d'un remboursement au plus juste prix des médicaments rétrocedés et de l'incitation faite aux établissements de négocier les prix d'achat les plus bas. Les établissements ne sont pas pour autant pénalisés par cette mesure, dans la mesure où le remboursement perçu correspondra aux montants effectivement engagés et où ils pourront continuer d'enregistrer un gain de recettes.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 47

**Modification des modalités de fixation
du tarif des médicaments de la liste en sus**

(art. L. 162-16-6, L. 162-22-7 et L. 165-2 du code de la sécurité sociale)

Objet : Cet article vise à rendre concomitantes la publication de l'arrêté d'inscription d'un produit sur la liste en sus et celle de l'avis fixant le tarif de responsabilité de ce produit.

I - Le dispositif proposé

Le coût des médicaments administrés au cours d'un séjour hospitalier est en règle générale pris en compte dans les tarifs des prestations d'hospitalisation par le biais des groupes homogène de séjour (GHS), qui couvrent de manière forfaitaire l'ensemble des moyens nécessaires à l'hospitalisation du patient. Ce dispositif n'est cependant pas adapté pour certains produits innovants ou très coûteux. C'est pourquoi, afin de permettre l'accès des patients à des molécules nouvelles ou onéreuses dans des conditions financièrement acceptables pour les établissements de santé, l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale prévoit de manière dérogatoire que certaines spécialités pharmaceutiques peuvent être facturées et prises en charge par l'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation. Ces spécialités sont inscrites sur une liste des médicaments facturables en sus des prestations d'hospitalisation, dite « liste en sus ».

La procédure permettant l'utilisation de ces molécules dans les établissements de santé et leur prise en charge par l'assurance maladie comprend **deux étapes successives**. Les produits sont **tout d'abord inscrits sur la liste en sus par un arrêté** des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pris après recommandation du conseil de l'hospitalisation et publié au Journal officiel. **Les tarifs de responsabilité de ces spécialités pharmaceutiques sont ensuite fixés par le comité économique des produits de santé (Ceps)** et publiés au Journal officiel sous la forme d'un avis de prix. Dans l'intervalle, les produits sont intégralement pris en charge par l'assurance maladie sur la base du prix librement fixé par l'entreprise.

En application de l'article L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale, le tarif de responsabilité correspond au prix de vente aux établissements de santé déclaré par les laboratoires pharmaceutiques auprès du Ceps. Une négociation sur la fixation de ce tarif ne s'engage qu'en l'absence de déclaration ou en cas d'opposition du comité au prix annoncé. Cette négociation doit aboutir dans un délai de 75 jours à compter de l'inscription du produit concerné sur la liste en sus.

Selon l'étude d'impact annexée au présent article, cette **déconnexion entre l'inscription sur la liste en sus et la publication du tarif** n'incite pas les entreprises à conclure rapidement leurs négociations tarifaires avec le Ceps, tandis que l'absence de référence tarifaire pénalise les établissements dans leurs négociations d'achat avec les laboratoires. Dans son rapport annuel pour l'année 2013, le Ceps indique que le délai moyen constaté entre l'inscription sur la liste en sus et la publication des tarifs était de 118 jours, pour onze dossiers traités au total. Si l'on exclut deux cas particuliers qui ont entraîné des négociations particulièrement longues, ce délai tombe à 46 jours.

Le présent article introduit plusieurs modifications dans le code de la sécurité sociale visant à rendre concomitantes la publication de l'arrêté d'inscription sur la liste en sus et celle de la publication de l'avis fixant le tarif de responsabilité du produit, en prévoyant que **la demande d'inscription auprès du ministre et le dépôt de prix auprès du Ceps seront effectués au même moment**, et non plus successivement, par les entreprises.

Son **paragraphe I** modifie en ce sens le premier alinéa du I de l'article L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale. Le **A 1° a)** prévoit ainsi que le tarif de responsabilité des spécialités de la liste en sus est publié par le Ceps soit dans un délai maximal de 180 jours après la réception de la demande d'inscription sur la liste en sus, lorsque celle-ci émane des entreprises, soit dans un délai de 90 jours à compter de la publicité de l'avis rendu par la commission de la transparence de la HAS, lorsque l'inscription résulte d'une initiative des ministres concernés.

Il propose également de **privilegier les échanges conventionnels entre le Ceps et les laboratoires**. Ces échanges conventionnels seront encadrés par la fixation de **délais stricts** pour les négociations aboutissant à la fixation du prix.

Le **A 1° a) du paragraphe I** modifie ainsi l'article L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale pour affirmer le principe selon lequel le tarif de responsabilité des médicaments de la liste en sus est fixé par convention entre les entreprise et le Ceps. Cette négociation doit aboutir à la publication d'un prix dans le délai de 180 jours précité. Le **b)** indique que, à défaut d'accord conventionnel dans ce délai, le Ceps procède lui-même à la fixation puis à la publication du tarif (comme c'est le cas actuellement) dans un nouveau délai de 15 jours.

Les ministres concernés conserveront la faculté de s'opposer au tarif arrêté par le Ceps et de fixer un nouveau tarif dans un délai de 15 jours. Le **c)** précise que ce délai court à compter de la publication de la décision du Ceps, et non à partir de la prise de décision, ce qui devrait permettre de sécuriser le dispositif en cas de contentieux.

Le **2°** modifie le troisième alinéa du I de l'article L. 162-16-6, qui prévoit actuellement que plusieurs éléments des modalités de fixation du tarif par la négociation entre les laboratoires et le Ceps, notamment s'agissant du dépôt de la déclaration de prix par les entreprises, sont

précisées par un accord-cadre conclu entre le Ceps et les entreprises du médicament, ou, à défaut, par un décret en Conseil d'Etat. La rédaction proposée restreint cet encadrement, de manière non exhaustive, aux conditions dans lesquelles les tarifs peuvent être révisés et aux engagements que doivent prendre les entreprises.

Cette rédaction tire les conséquences des nouvelles modalités de la négociation entre le Ceps et les laboratoires introduites par le présent article, qui ne seront plus fondées sur le dépôt d'une demande de prix par les laboratoires. Selon les indications transmises à votre rapporteur par le Ceps, une modification de l'accord-cadre qui régit les relations entre cet organisme et les entreprises du médicament interviendra pour tenir compte de ces modifications législatives.

Le **B du paragraphe I** effectue une modification de coordination à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, afin de préciser que l'inscription des produits sur la liste en sus est réalisée soit sur la demande du titulaire de l'AMM, soit à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Le **C** procède à une modification de mise en cohérence à l'article L. 165-2 du code de la sécurité sociale, qui porte sur la fixation du tarif de responsabilité de certains produits et prestations autres que les médicaments, et notamment des dispositifs médicaux à usage individuel. Cet article prévoit déjà le principe de la fixation de ce tarif par voie conventionnelle. Il est donc simplement ajouté un alinéa portant sur les conditions de délai pour la publication du tarif associé lorsque ces produits ou prestations font l'objet d'une inscription sur la liste en sus. Lorsque la demande d'inscription émane des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, le délai de 90 jours court à compter du jour de publicité de l'avis de la commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des produits de santé (Cnedimts).

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cinq amendements rédactionnels à cet article.

III - La position de la commission

Votre commission approuve cette mesure, qui vise à mettre fin à une situation incohérente : aujourd'hui, un produit de santé peut être inscrit sur la liste en sus, et ainsi admis au remboursement par l'assurance maladie, sans que son prix ne soit publié. Le dispositif proposé permettra en outre d'inscrire clairement la fixation des tarifs de la liste en sus dans le cadre conventionnel.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article additionnel après l'article 47
(art. L. 161-37, L. 161-39, L. 162-12-15, L. 162-17-6,
L. 162-17-7, L. 165-2 et L. 861-3 du code de la sécurité sociale)
**Evaluation de l'intérêt thérapeutique relatif
des médicaments soumis à remboursement**

Objet : Cet article additionnel tend à substituer à partir de 2016 aux critères existant pour l'évaluation des médicaments dont le remboursement est demandé un critère unique, l'intérêt thérapeutique relatif du médicament.

Dans un contexte de retour de l'innovation en matière de médicament il paraît nécessaire d'adapter les modes d'évaluation de l'intérêt que représentent les nouvelles substances. Dans ce cadre votre commission vous propose de prévoir la mise en œuvre au 1er janvier 2016 d'une réforme portée par la Haute Autorité de santé qui permettra une comparaison plus rigoureuse des médicaments et donc une meilleure évaluation de l'intérêt de leur remboursement et donc de leur prix.

Actuellement, l'inscription au remboursement d'un médicament et le taux de participation de l'assuré sont déterminés par le service médical rendu (SMR) de celui-ci et le prix dépend de son niveau d'amélioration du service médical rendu (ASMR). De même, l'inscription au remboursement et le prix d'un dispositif médical dépendent respectivement du service attendu ou rendu et du niveau d'amélioration du service attendu ou rendu du dispositif et un acte ou une prestation de santé est remboursé ou non en fonction de son service attendu ou rendu.

Or certains critères du SMR définis par l'article R. 163-3 du code de la sécurité sociale sont peu lisibles :

- l'intérêt de santé publique : il est difficile d'évaluer l'intérêt de santé publique d'un médicament a priori, sans donnée en vie réelle sur l'impact du recours au médicament. ;

- la place dans la stratégie thérapeutique : ce critère relève davantage de considérations liées à l'appréciation de l'ASMR. En effet, il conduit à une analyse comparative situant les interventions thérapeutiques les unes par rapport aux autres ;

- la gravité de l'affection : l'appréciation de ce critère est délicate dans la mesure où il n'existe pas de documentation ou de doctrine explicite aidant à l'évaluation de la gravité d'une maladie. De plus, ce critère est indépendant du produit considéré et dès lors que l'on fonde l'évaluation sur une analyse comparative avec un produit dans la même indication, le critère de gravité perd de son intérêt.

Ainsi il conviendrait dorénavant de considérer que la prise en charge d'un produit par la collectivité est avant tout conditionnée par la valeur ajoutée ou le progrès thérapeutique qu'il apporte. Il convient donc de faire évoluer le SMR et l'ASMR dans ce sens de façon à identifier les produits porteurs de bénéfice pour la santé supérieur à l'existant. Le recours systématique à un comparateur permet également de disposer du taux de remboursement de référence déjà attribué à ce comparateur.

C'est pourquoi il est proposé dans le présent article de remplacer le SMR et l'ASMR par un indicateur unique appelé « intérêt thérapeutique relatif » (ITR) qui repose sur une analyse comparative.

Dans un souci de cohérence et de lisibilité, il apparaît indispensable de disposer du même indicateur pour l'évaluation des médicaments, des dispositifs médicaux et des actes.

Il est proposé de définir les critères de cet indicateur unique dans un décret.

La commission vous demande d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.

*Article additionnel après l'article 47
(art. L. 162-17 du code de la sécurité sociale)*

**Obligation de fournir des études comparatives
pour obtenir l'inscription au remboursement d'un médicament**

Objet : Cet article additionnel tend à rendre d'application directe l'obligation de fournir des essais comparatifs à l'appui d'une demande d'admission d'un médicament au remboursement.

Dans un contexte de mise sur le marché de médicaments qui prétendent justifier des prix élevés par l'importance de l'innovation qu'ils apportent, il apparaît que la prise en charge par la sécurité sociale de traitement ne peut être justifiée que si l'industriel apporte le plus haut niveau de preuve scientifique, c'est-à-dire des études comparatives, lorsque le comparateur existe. Cette mesure était prévue par la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé mais subordonnée à un décret en Conseil d'Etat qui n'est pas paru à ce jour. Votre commission vous propose donc de rendre la mesure d'application directe.

La commission vous demande d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.

Article additionnel après l'article 47
(art. L. 5123-3 du code de la santé publique,
art. L. 162-17 et L. 165-1 du code de la sécurité sociale)
Evaluation de l'efficacité des médicaments
soumis au remboursement

Objet : Cet article additionnel tend à prévoir un avis de la commission médico-économique de la Haute Autorité de santé dans la procédure d'évaluation des médicaments soumis au remboursement.

L'admission d'un produit de santé au remboursement nécessite que soit évalué l'apport thérapeutique du produit mais également son efficacité au regard des alternatives médicalement pertinentes. Cet article additionnel prévoit donc que la Commission d'évaluation économique et de santé publique de la Haute Autorité de santé qui, selon le décret du 2 octobre 2012, évalue les produits revendiquant un progrès médical et susceptibles d'avoir un impact significatif sur les dépenses d'assurance maladie émette un avis sur le remboursement des médicaments. En effet analyse de leur efficacité, au regard des stratégies en concurrence, est de nature à éclairer la décision publique en matière d'accès au remboursement.

La commission vous demande d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.

CHAPITRE VI

Amélioration de l'efficacité de la dépense des établissements de santé

Article 48

*(art. L. 162-22-2-1 [nouveau], L. 162-22-3,
L. 162-22-5, et L. 174-15 du code de la sécurité sociale)*

Extension du mécanisme de réserve prudentielle au champ OQN (objectif quantifié national)

Objet : Cet article tend à étendre le mécanisme de réserve prudentielle, déjà mis en place pour une large part du financement des établissements de santé, aux établissements de santé privés, conventionnés avec l'assurance maladie et ayant une activité en soins de suite et de réadaptation ou en psychiatrie relevant de l'objectif quantifié national (OQN).

I - Le dispositif proposé

Cet article se compose de quatre parties.

Le 1^o propose d'insérer un nouvel article L. 162-22-2-1 dans la sous-section du code de la sécurité sociale relative aux frais d'hospitalisation remboursés sur la base de tarifs journaliers propres à certains établissements de santé privés. Ces frais sont pris en compte au travers d'un objectif quantifié national (OQN), défini à l'article L. 162-22-2.

Le nouvel article prévoit la possibilité d'une mise en réserve d'une partie de l'OQN au moment de sa détermination afin de permettre le respect de l'Ondam. Le niveau de mise en réserve peut être différencié selon qu'il porte sur les activités de soins de suite et de réadaptation ou sur celles de psychiatrie.

Il prévoit également la possibilité pour l'Etat de verser aux établissements les sommes mises en réserve en cas de respect de l'Ondam et après avis du comité d'alerte.

Le 2^o procède à une coordination.

Le 3^o complète l'article L. 162-22-5 pour préciser que la fixation des tarifs de responsabilité devra prendre en compte la constitution de la dotation mise en réserve.

Le 4° étend au service de santé des armées les dispositions de l'article L. 162-22-9-1 qui prévoit la possibilité de minorer les tarifs pour permettre le respect de l'Ondam.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Votre commission est favorable à cet article qui étend à l'ensemble des activités hospitalières le mécanisme de réserve prudentielle permettant le respect de l'Ondam.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 49

*(art. L. 254-2 du code de l'action sociale et des familles,
art. L. 162-22-11 et L. 162-22-11-1 du code de la sécurité sociale,
art. 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003
de financement de la sécurité sociale pour 2004)*

Renforcement du pilotage de l'assurance maladie sur les soins urgents

Objet : Cet article tend à rapprocher du droit commun les règles de tarification et de facturation des soins urgents dont sont susceptibles de bénéficier les étrangers en situation irrégulière qui ne peuvent bénéficier de l'aide médicale d'Etat (AME).

I - Le dispositif proposé

Le dispositif dit des soins urgents concerne les étrangers en situation irrégulière ne remplissant pas les conditions, de durée de séjour notamment, permettant le bénéfice de l'aide médicale d'Etat. Il est limité aux soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de la santé de la personne ou de l'enfant à naître, dispensés dans les établissements de santé, publics ou privés, soit dans le cadre d'une hospitalisation soit dans le cadre des actes et consultations externes, y compris la délivrance des médicaments.

Cet article se compose de quatre parties.

Le I insère dans l'article L. 254-2 du code de l'action sociale et des familles relatif à la facturation des soins urgents l'obligation de respecter pour la présentation des factures le délai prévu à l'article L. 253-3 du même code, soit deux ans à compter de la date de l'acte générateur. La durée maximale de facturation est actuellement de cinq ans.

Le II modifie le code de la sécurité sociale.

Le 1° prévoit que les tarifs nationaux ne s'appliquent pas pour la facturation des soins urgents, comme c'est le cas pour les actes concernant les bénéficiaires l'aide médicale d'Etat en application de l'article L. 162-22-11. Il procède également à une coordination.

Le 2° aligne le mode de calcul des tarifs des prestations d'hospitalisation pour les soins urgents sur celui des bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat tel qu'il est prévu à l'article L. 162-22-11-1 et procède à une coordination.

Le III modifie l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 pour étendre aux soins urgents l'exception prévue pour les actes relevant de l'aide médicale d'Etat en matière d'application des tarifs nationaux de prestation pour la période transitoire allant jusqu'au 31 décembre 2015.

Le IV prévoit que l'article s'applique pour les prestations réalisées à partir du 1^{er} janvier 2015 et que la forclusion des actes antérieurs restera de cinq ans sans toutefois dépasser le 31 décembre 2016.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Votre commission est favorable à cette mesure de clarification et de bonne gestion qui vient compléter la réforme de la tarification des actes effectués pour les bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat adoptée dans le cadre de la loi de finances rectificative pour 2011¹. Cette mesure devrait générer 46 millions d'euros d'économie en 2015 et 50 millions d'euros à partir de 2017, la facturation des soins urgents étant actuellement établie sur la base des tarifs journaliers de prestations (TIP), fixés par les établissements à un niveau très supérieur à celui retenu pour les bénéficiaires de l'AME.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

¹ Loi n° 2011-900 du 29 juillet 2011.

Article additionnel après l'article 49
**Rétablissement de la journée de carence
pour les personnels hospitaliers**

Objet : Cet article additionnel tend à rétablir la journée de carence pour les personnels hospitaliers supprimée par la loi de finances pour 2014.

Cet article additionnel vise à rétablir pour les personnels des établissements de santé la journée de carence prévue par la loi de finances pour 2012 et supprimée par la loi de finance pour 2014 alors qu'elle facilitait la gestion des établissements et générait une économie de l'ordre de 65 millions d'euros.

Le délai de carence des personnels hospitaliers ne s'appliquerait pas dans les cas suivants :

- congé de longue maladie,
- congé de longue durée,
- incapacité professionnelle résultant, notamment, de blessures ou de maladie contractées ou aggravées du fait des activités de service,
- accident survenu dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions.

Tous les agents publics sont concernés, civils comme militaires ainsi que les agents non titulaires de droit public.

La commission vous demande d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.

CHAPITRE VII

Autres mesures

Article 50

(art. L. 1142-3-1 [nouveau] du code de la santé publique)

Réparation des dommages imputables aux actes à visée esthétique

Objet : Cet article vise à exclure les actes à visée esthétique du dispositif d'indemnisation par l'Oniam, tout en maintenant la possibilité pour les victimes de solliciter l'intervention des commissions de conciliation et d'indemnisation (CCI).

I - Le dispositif proposé

Par un arrêt rendu le 5 février 2014, la première chambre civile de la Cour de cassation a considéré, à propos d'un acte préparatoire à un acte de chirurgie esthétique dépourvu de visée thérapeutique ayant entraîné le décès d'une patiente, que **les actes de chirurgie esthétique ainsi que les actes qui leur sont préparatoires constituent des actes de soins** au sens de l'article L. 1142-1 du code de la santé publique.

Cette décision étant contraire à la position constante de l'Oniam et des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (CCI), ainsi que de la majorité des juridictions au fond, qui réservent le bénéfice de l'indemnisation au titre de la solidarité nationale aux seuls actes de chirurgie esthétique qui présentent une visée thérapeutique, le présent article vise à clarifier cette question.

Il introduit un nouvel article L. 1142-3-1 dans le code de la santé publique, dont le I précise que les dommages imputables à des actes dépourvus de finalité préventive, diagnostique, thérapeutique ou reconstructrice, y compris dans leur phase préparatoire ou de suivis, ne peuvent ouvrir droit à indemnisation par l'Oniam.

Son II indique toutefois que les patients ayant subi de tels dommages peuvent s'adresser aux CCI dans leur formation de conciliation.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel à cet article.

III - La position de la commission

Votre commission est favorable à cet article, qui opère une clarification utile du champ des actes indemnisés par l'Oniam : seuls les actes de chirurgie esthétique à visée réparatrice, à l'exception des actes de convenance personnelle, sont pris en charge par la solidarité nationale.

Les patients ayant subi un dommage à la suite d'un acte de chirurgie esthétique à visée non réparatrice auront toujours la possibilité d'être indemnisés dans le cadre d'autres dispositifs. La voie de la conciliation au travers des CCI leur reste tout d'abord ouverte. En l'absence de règlement amiable du litige, ils peuvent en outre demander l'indemnisation de leurs préjudices dans le cadre des dispositifs de réparation en responsabilité civile de droit commun.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 51

(art. L. 1221-8, L. 1221-9, L. 1221-10, L. 1221-10-2, L. 1221-13, L. 1222-8, L. 1223-1, L. 5121-1, L. 5221-3 et L. 5126-5-2 [nouveau] du code de la santé publique)

Adaptation du régime des plasmas thérapeutiques à la qualification des plasmas industriels comme médicaments dérivés du sang

Objet : Cet article tend à tirer les conséquences d'un arrêt de la CJUE requalifiant en médicament le plasma ayant fait l'objet d'une préparation industrielle, qui était considéré jusqu'à présent comme un produit sanguin labile.

I - Le dispositif proposé

Un arrêt de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) du 13 mars 2014¹ rendu suite à une question préjudicielle du Conseil d'Etat, a établi que le plasma issu de sang total à finalité transfusionnelle dans la production duquel intervient un processus industriel est un médicament au sens du droit de l'Union européenne en ce qui concerne sa transformation, sa conservation et sa distribution. Le « plasma préparé industriellement » ne peut donc plus être qualifié comme un produit sanguin labile relevant du monopole de l'Etablissement français du sang. Le présent article tire les conséquences de cette décision concernant le régime juridique et la sécurité sanitaire.

¹ Affaire C-512/12 Octapharma France SAS contre Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et Ministère des affaires sociales et de la santé.

Cet article se compose de dix points.

Le 1^o propose de modifier l'article L. 1221-8 du code de la santé publique qui précise les produits susceptibles d'être préparés à partir du sang afin :

a) d'exclure du champ des produits sanguins labiles les produits comprenant du plasma préparé industriellement ;

b) d'inclure une mention spécifique pour le plasma à finalité transfusionnelle dans la production duquel intervient un processus industriel ;

c) de remplacer la notion de « produits stables préparés industriellement, qui constituent des médicaments dérivés du sang » par celle de « médicaments issus du fractionnement du plasma », qui permet de distinguer ces médicaments de la catégorie précédente.

Le 2^o propose de modifier l'article L. 1221-9, qui prévoit la fixation des tarifs de cession des produits sanguins labiles, par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Il prévoit :

- d'une part, que le prix des plasmas à finalité transfusionnelle appartenant à la catégorie des produits sanguins labiles, c'est-à-dire sans préparation industrielle, n'est plus fixé par arrêté. En effet, ces produits seront désormais en concurrence avec les plasmas à finalité transfusionnelle dans la production desquels intervient un processus industriel et leur prix sera donc fixé, comme pour l'ensemble des médicaments, par le comité économique des produits de santé (Ceps).

- d'autre part, que les prix de conservation et de délivrance par les établissements de transfusion sanguine de l'ensemble des plasmas à finalité transfusionnelle seront fixés par arrêté ministériel.

Le 3^o propose de rajouter un II à l'article L. 1221-10 relatif aux conditions de conservation en vue de leur délivrance et de délivrance des produits sanguins labiles. Celui-ci permet de déroger au monopole des pharmaciens et des pharmacies à usage intérieur pour prévoir que tous les types de plasmas sont conservés en vue de leur délivrance et délivrés par les établissements de transfusion sanguine ou un établissement de santé autorisé à cet effet.

Le 4^o procède à une coordination pour préciser que les sanctions prévues par l'article L. 1221-10-2 en cas de non-respect des conditions fixées à l'article L. 1221-10 pour la conservation en vue de leur délivrance des produits sanguins labiles s'appliquent également pour le non-respect des conditions prévues pour la conservation en vue de leur délivrance des plasmas.

Le 5° complète l'article L. 1221-13, relatif à l'hémovigilance, pour prévoir que les plasmas à finalité transfusionnelle dans la production desquels intervient un processus industriel sont soumis à l'hémovigilance ainsi qu'à la pharmacovigilance.

Le 6° précise que les recettes de l'Etablissement français du sang sont notamment composées du produit des activités liées aux plasmas sanguins qui entrent dans la catégorie des produits sanguins labiles et de ceux des activités liées aux autres plasmas à finalité transfusionnelle.

Le 7° complète les compétences des établissements de transfusion sanguine pour prévoir qu'ils conservent en vue de leur délivrance et délivrent les plasmas préparés industriellement.

Le 8° insère un nouvel alinéa dans l'article L. 5121-1, qui définit les différents types de médicament à usage humain, pour inclure une définition du médicament dérivé du sang, c'est-à-dire « préparé à partir du sang et de ses composants ».

Le 9° abroge par coordination l'article L. 5121-3 relatif au régime des produits stables préparés à partir du sang et de ses composants.

Le 10° introduit dans le chapitre du code relatif aux pharmacies à usage intérieur un nouvel article L. 5126-5-2 pour :

- par coordination, faire figurer les mêmes dispositions que celles prévues pour l'article L. 1221-10 concernant la conservation en vue de délivrance et la délivrance des plasmas par les établissements de transfusion ou des établissements spécialement habilités ;

- préciser que tout contrat d'achat de plasma à finalité transfusionnelle dans la production duquel intervient un processus industriel doit permettre de respecter ces règles de conservation et de délivrance sous peine de nullité.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté à cet article un amendement de rectification de référence.

III - La position de la commission

Votre commission est favorable à cet article qui permet l'application du droit européen sans atteindre à la qualité et à la sécurité des produits de santé.

Elle a adopté un amendement de précision rédactionnelle.

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 52

(art. L.361-1 et L.361-2 du code de la sécurité sociale)

Forfaitisation du capital décès

Objet : Cet article propose de réaliser 158 millions d'euros d'économies par an en forfaitisant le capital décès sur la base de trois SMIC, ce qui profitera aux proches des salariés percevant un revenu d'activité inférieur au SMIC mais entraînera une perte pour les proches des autres salariés.

I - Le dispositif proposé

Le capital décès est une indemnité versée par les organismes de sécurité sociale aux proches du défunt assuré. A l'origine conçu pour procurer des moyens de subsistance au conjoint survivant et aux enfants de l'assuré, il est utilisé aujourd'hui pour **faire face aux frais d'obsèques du défunt**. Ce capital n'est soumis ni à la CSG, ni à la CRDS, ni à l'impôt sur les successions, ni à l'impôt sur le revenu.

Les règles qui régissent le capital décès pour le régime général de la sécurité sociale sont fixées par le titre 6 du livre 3 de la sécurité sociale (articles L. 361-1 à L. 361-5). Il prévoit le versement d'un capital décès aux ayants droit d'un assuré décédé dès lors que celui-ci exerçait une activité salariée, était indemnisé par Pôle emploi au titre du chômage, était titulaire d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle correspondant à une incapacité physique permanente d'au moins 66,66 % ou bien était en situation de maintien de droits.

Le versement d'un capital décès est également prévu pour les salariés du régime agricole dans les mêmes conditions que pour ceux du régime général. Le régime des travailleurs indépendants et les régimes spéciaux bénéficient de dispositifs analogues. Les régimes spéciaux et celui des fonctionnaires prévoient également un capital décès, dont les règles sont déterminées au niveau réglementaire. Certains régimes spéciaux, tels que les régimes des industries électriques et gazières et de la SNCF prévoient même de verser un capital pour le décès d'un assuré déjà retraité et non pas seulement si le salarié était encore en activité.

Dans l'état actuel du droit, le montant du capital décès est égal, dans le régime général, aux trois derniers salaires mensuels de l'assuré décédé.

Il ne peut :

- être inférieur à 1 % du montant du plafond annuel de la sécurité sociale, soit 375 euros au 1^{er} janvier 2014 ;

- être supérieur à 25 % du montant du plafond annuel de la sécurité sociale, soit 9 387 euros au 1^{er} janvier 2014.

Le montant du capital est également proportionnel au salaire ou à la pension versée à l'assuré décédé pour les régimes spéciaux et pour les fonctionnaires.

Le capital décès répond mal aujourd'hui aux objectifs qui avaient présidé à sa création et cette prestation apparaît selon les cas, ou bien insuffisante, ou bien trop généreuse.

Proportionnel aux salaires, le capital décès ne permet pas aux ayants droit des salariés les plus précaires de couvrir l'ensemble des frais occasionnés par le décès de l'assuré.

A l'inverse, de plus en plus de salariés, et notamment les cadres, bénéficient d'une protection complémentaire obligatoire en matière de décès ou d'accords de branches ou d'entreprises couvrant ce risque. Dès lors, le capital versé par les régimes obligatoires de base de la sécurité sociale n'est plus pour eux qu'une prestation subsidiaire.

Le présent article entend **mieux cibler cette prestation** en prévoyant que **la somme versée au titre du capital décès sera désormais la même pour tous**, quels que soient les revenus du proche décédé.

Dans cette perspective, le présent article dispose que le montant du capital décès ne sera plus « *un multiple du gain journalier de base* », comme le prévoyait l'article L. 361-1 du code de la sécurité sociale, mais « *un montant forfaitaire déterminé par décret* ». Dès lors, l'article L. 361-2 qui dispose que « *dans le cas où, entre la date de cessation d'activité et le décès de l'assuré, survient une augmentation générale des salaires, ce capital fait l'objet d'une révision* » devient sans objet et doit être abrogé.

L'étude d'impact du projet de loi prévoit que **ce montant forfaitaire pourrait être égal à trois fois le SMIC (salaire minimum interprofessionnel de croissance) net, soit 3 384 euros au 1^{er} janvier 2014.**

Ainsi, les ayants droit des salariés qui percevaient des revenus inférieurs au SMIC net (salariés travaillant à temps partiel, salariés au chômage) recevront une somme supérieure à celle qu'ils auraient perçue antérieurement tandis que les ayants droit des salariés dont la rémunération était supérieure au SMIC net percevront une somme inférieure à celle à laquelle ils auraient pu prétendre. Le gain pourrait aller jusqu'à 3 009 euros pour les ayants droit d'un assuré décédé qui auraient eu droit au « *plancher* » du capital décès et la perte jusqu'à 6 003 euros pour les ayants droit d'un assuré décédé qui auraient eu droit au « *plafond* ».

En forfaitisant le capital décès, le présent article poursuit en réalité **deux objectifs.**

S'il entend bel et bien rendre plus équitable le capital décès versé par les régimes de base de la sécurité sociale, en augmentant le capital versé aux ayants droit des salariés les plus modestes, qui ont réellement besoin de cette somme pour faire face aux dépenses occasionnées par le décès de

l'assuré, il cherche surtout à **réaliser des économies** en diminuant le capital versé aux ayants droit des salariés pour qui cette somme n'est que subsidiaire compte tenu du versement d'un capital décès par un régime de protection complémentaire.

En partant de l'hypothèse qu'environ 25 000 capitaux décès sont versés par le régime général tous les ans, cette forfaitisation du capital décès lui permettrait de réaliser **82 millions d'euros d'économies** tous les ans en ramenant sa dépense de 166 millions d'euros à 84 millions d'euros, soit **une diminution de moitié**. Le montant des économies des autres régimes est évalué à **76 millions d'euros d'économies** par an, ce qui permettrait aux budgets de l'État, des collectivités territoriales et des hôpitaux de réaliser des économies au titre du capital décès des fonctionnaires dont ils assument la charge.

Au total, le montant des économies réalisées par l'ensemble des régimes obligatoires de base est évalué par l'étude d'impact du projet de loi à **158 millions d'euros** par an dès 2015.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

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

Elle tient toutefois à souligner que cette mesure, présentée par le Gouvernement quasi-exclusivement comme une mesure de justice sociale, **est en réalité d'abord et avant tout une mesure d'économies** puisque la très grande majorité des ayants droit des assurés verront la somme qu'ils percevaient au titre du capital décès diminuer.

*Article additionnel après l'article 52
(art. 23 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011)*

**Prolongation de l'expérimentation
sur le partage du dossier pharmaceutique**

Objet : Cet article additionnel tend à prolonger de trois ans l'expérimentation du partage des informations contenus dans le dossier pharmaceutique avec les médecins hospitaliers.

Afin d'améliorer la continuité et la coordination des soins des patients hospitalisés, notamment pour diminuer le risque de iatrogénie médicamenteuse, l'article 23 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé avait autorisé une expérimentation permettant à certains médecins hospitaliers de consulter le dossier pharmaceutique du patient hospitalisé avec son consentement.

Cette expérimentation qui n'a effectivement débuté qu'en juillet 2013 vise à mieux coordonner l'action des professionnels de santé entre la ville et l'hôpital. Elle doit prendre fin le 30 décembre 2014. Dans les faits, l'expérimentation n'a donc été conduite que sur 18 mois au lieu des 36 initialement prévus. Pour disposer de données pertinentes à l'analyse des autorités de santé, il est donc proposé de prolonger cette expérimentation de 3 ans soit jusqu'à fin 2017.

La commission vous demande d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.

*Article additionnel après l'article 52
(art. L. 161-38 du code de la sécurité sociale)*

**Report de six mois de l'obligation de certification
des logiciels d'aide à la dispensation (LAD)**

Objet : Cet article additionnel tend à reporter de six mois de l'obligation de certification des logiciels d'aide à la dispensation (LAD).

La certification des logiciels de dispensation des médicaments semble avoir pris du retard par rapport à l'échéance du 1^{er} janvier 2015 prévue par la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé.

Plutôt que de maintenir une obligation que les pharmaciens ne pourrions remplir il est proposé de repousser de six mois l'échéance fixée pour permettre à la Haute Autorité de santé d'achever le travail de certification prévu.

La commission vous demande d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.

Article 53

(art. L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles)

Dotations 2015 de l'assurance maladie et de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie à divers fonds et organismes

Objet : Cet article fixe le montant pour 2015 de la participation des régimes d'assurance maladie au financement du Fmespp, de l'Oniam et de l'Eprus. Il fixe également le montant des contributions de l'assurance maladie et de la CNSA au financement des ARS.

I - Le dispositif proposé

Participation des régimes d'assurance maladie au financement du Fmespp

Créé sous le nom de Fonds de modernisation des établissements de santé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, le Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (Fmespp) avait initialement pour mission le financement d'actions visant à améliorer la performance hospitalière et les conditions de travail des personnels, à faciliter l'accompagnement social de la modernisation, ainsi que des opérations d'investissement.

Le Fmespp a cependant connu **un réaménagement du périmètre de ses missions au cours des dernières années** :

- le financement des actions relatives à la modernisation, l'adaptation et la restructuration de l'offre de soins, à l'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et à l'accompagnement social de la modernisation a été transféré au Fonds d'intervention régional (FIR) créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;

- l'article 73 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 lui a confié le financement des missions d'ampleur nationale pilotées ou conduites au bénéfice des établissements de santé déléguées par le ministre chargé de la santé au groupement d'intérêt public chargé du développement des systèmes d'information de santés partagés (Asip-santé)¹.

¹ Cet élargissement du financement de l'Asip par l'intermédiaire du Fmespp visait à accompagner le projet de modernisation des systèmes d'information et de communication des Samu - centres d'appel 15, piloté par l'Asip et qui se voit ainsi financé par l'assurance maladie via le Fmespp.

L'action du Fmespp se trouve ainsi **recentrée sur le financement de mesures réalisées au plan national**, et en particulier sur les investissements.

Ses ressources, fixées chaque année en loi de financement de la sécurité sociale, proviennent d'une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie.

Sa gestion est assurée par la Caisse des dépôts et consignations, qui a prélevé à ce titre **657 948 euros de frais administratifs en 2013**, soit une **hausse de 2,1 %** par rapport à l'année 2012. Il est à noter que le montant de ces frais de gestion ne peut être supérieur à 0,5 % de celui du fonds.

Les principales dépenses du Fmespp pour l'année 2014 ont concerné la conduite d'une politique d'intervention nationale ciblée sur des projets performants et restructurants ou des mises aux normes exceptionnelles, pilotée par le comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins (Copermo), le financement des engagements pris dans le cadre du plan Hôpital 2012 et du plan Hôpital numérique, la subvention à l'Agence technique d'information sur l'hospitalisation (Atih), ainsi que le financement de l'Asip-santé. Il est à noter que la subvention à l'Atih recouvre notamment l'expérimentation dans les établissements de santé publics de la facturation individuelle et directe des consultations et séjour aux caisses (Fides) ainsi que la prise en charge de la rémunération des établissements participant à l'étude nationale des coûts (ENC).

Il est à noter que **la dotation 2014 au fonds** a été ramenée, en loi de financement rectificative de la sécurité sociale, de 263,34 millions à 103,34 millions d'euros, soit **une diminution de 160 millions** et de 61 % par rapport à celui initialement prévu, qui était déjà inférieur de 29 % à celui fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013. Cette rectification résultait de la prise en compte de plusieurs éléments : la prescription de crédits au profit du fonds au titre de l'année 2014, pour un montant de 33,8 millions d'euros, en application de la procédure de déchéance des crédits mise en place par l'article 61 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 ; le versement anticipé aux établissements de santé, à la fin de l'année 2013 et au titre de l'année 2014, de crédits d'aide à l'investissement hospitalier ; la mobilisation des réserves constituées au sein du fonds lors des exercices passés, pour un montant de 38,2 millions d'euros.

Le Fmespp connaît à la fin de 2013, après affectation du résultat et malgré une diminution de sa dotation de 28,6 millions d'euros au titre de la déchéance des crédits, **un report à nouveau important** s'élevant à **343,3 millions d'euros**, contre 308 millions en 2011, 283 millions en 2010 et 511 millions en 2009. Ce niveau élevé s'explique par le décalage entre la date d'ouverture de crédits en loi de financement de la sécurité sociale et les décaissements effectivement réalisés au profit des établissements bénéficiaires par le Fmespp.

Le fonds dispose par ailleurs de **disponibilités importantes** (26 millions d'euros en valeurs mobilières de placement à la fin de l'exercice 2013) et dégage des revenus financiers, les opérations de placement en fonds commun de placement (FCP) ayant repris à partir de juillet 2012 selon l'annexe comptable au rapport 2012 de la Caisse des dépôts et consignations sur le Fmespp.

Le **paragraphe I** du présent article fixe la dotation de l'assurance maladie à **280,6 millions d'euros pour l'année 2015**. Ce montant correspond à une augmentation de 17 millions d'euros par rapport à la dotation initialement prévue en 2014 et de 117 millions d'euros par rapport à la dotation rectifiée.

Cette dotation sera principalement affectée au financement des investissements hospitaliers nationaux (200 millions d'euros) ainsi qu'aux actions de modernisation des établissements de santé (45 millions d'euros).

Participation des régimes d'assurance maladie au financement de l'Oniam

Les recettes de l'Oniam sont essentiellement constituées d'une dotation globale versée par l'assurance maladie et destinée à financer l'indemnisation des accidents médicaux et des contaminations par le VIH, le VHC, le VHB et le HTLV. Elles résultent également d'une dotation de l'Etat pour le financement des accidents vaccinaux, des dommages consécutifs à des mesures sanitaires d'urgence et ceux résultant de la prise du benfluorex. L'Oniam dispose par ailleurs du produit des recours subrogatoires.

La dotation de l'établissement français du sang (EFS) dont bénéficiait l'Oniam jusqu'en 2012 pour les dépenses d'indemnisation des personnes contaminées par le virus de l'hépatite C a été supprimée par l'article 72 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

Depuis 2002, le montant de la dotation globale versée par l'assurance maladie a été erratique car, dès les premières années de son fonctionnement, l'Oniam a constitué un fonds de roulement important. Ce montant a cependant semblé se stabiliser au cours des trois dernières années, de même que celui de la dotation de l'État.

Evolution des dépenses et dotations de l'Oniam

(en millions d'euros)

| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 (p) |
|---------------------------------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------------|
| Dotation de l'assurance maladie | 117 | 70 | 10 | 55 | 139 | 118 | 115 |
| Dotation de l'Etat | 1,62 | 3,93 | 6,56 | 1,54 | 4,76 | 3,98 | 4 |
| Dépenses | 89,2 | 78 | 100,4 | 139,7 | 152,5 | 145,1 | 145,8 |
| Fonds de roulement | 120 | 126 | 74 | 44 | 74 | 73 | 60,6 |
| Réserves | 98 | 108 | 53 | 15,2 | 41,3 | 34 | 10,5 |

Source : Annexe 8 du PLESS et informations transmises par l'Oniam

Le **paragraphe II** du présent article propose de fixer à **115 millions d'euros** la dotation de l'assurance maladie à l'Oniam pour 2015, soit une diminution de 23 millions d'euros par rapport au montant initialement prévu dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 et une augmentation de 3 millions d'euros par rapport au montant rectifié par l'article 4 du présent projet de loi.

Cette dotation a été fixée en tenant compte du montant prévisionnel de dépenses à la charge de l'assurance maladie (145,8 millions d'euros) et de la nécessité de maintenir une réserve prudentielle minimale. Selon l'étude d'impact annexée au présent projet de loi, le résultat cumulé total s'établirait à 20,4 millions d'euros à la fin de l'exercice 2015. Les dépenses d'indemnisation prévisionnelles pour 2015 s'élèvent à 129 millions d'euros, qui recouvrent une part de dotation aux provisions.

Votre rapporteur souligne qu'il est surprenant que le financement de l'Oniam, qui a pour mission d'indemniser les victimes d'événements médicaux au titre de la solidarité nationale, demeure très largement à la charge de l'assurance maladie et ne soit pas assumé par l'État selon un autre mécanisme. Pour 2014, sur 145,1 millions d'euros de charges estimées pour l'Oniam, 118 millions relevaient ainsi de la dotation de l'assurance maladie, soit 82 %.

Participation des régimes d'assurance maladie au financement de l'Eprus

Depuis la loi de 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur, la gestion administrative et financière de la réserve sanitaire est assurée par l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus), établissement public de l'État à caractère administratif placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé.

En application de l'article L. 3135-4 du code de la santé publique, ses ressources proviennent notamment d'une contribution à la charge des régimes d'assurance maladie, dans la limite légalement fixée de la moitié des dépenses consacrées par l'établissement exclusivement à l'acquisition, la fabrication, l'importation, la distribution et l'exportation des produits et services nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves ou à des actions de prévention de risques sanitaires majeurs. Le respect de ce plafond est apprécié sur trois exercices consécutifs. Ces ressources sont complétées par une subvention de l'État pour charges de service public et, de manière marginale, par le produit de ventes de produits et services divers.

La programmation triennale du budget de l'Eprus pour la période 2013-2015 atteint 69,7 millions d'euros pour sa partie financée par l'assurance maladie. Ce budget prévisionnel est en nette diminution par rapport aux triennaux précédents, dans la mesure où l'Eprus, qui fonctionne depuis 2007,

a désormais atteint sa maturité et où l'exercice triennal 2010-2012 avait été marqué par la gestion de la pandémie grippale A (H1N1). L'annexe 8 au présent projet de loi indique par ailleurs que l'Eprus met en place depuis plusieurs années des mesures permettant d'optimiser ses dépenses liées à l'acquisition, au stockage et à la distribution des produits de santé.

En 2014, l'Eprus a notamment poursuivi la construction d'un important entrepôt de stockage à Vitry et accru les capacités de stockage dans les territoires stratégiques que constituent des outre-mer du point de vue des crises sanitaires. La réserve sanitaire a été mobilisée pour faire face à l'épidémie de chikungunya dans les Antilles et renforcer les structures hospitalières mahoraises à la suite de l'épidémie de dengue.

Le **paragraphe III** du présent article fixe le montant de la participation 2014 de l'assurance maladie à **15,257 millions d'euros**, ce qui correspond à une diminution du montant fixé pour 2013 à 22,2 millions d'euros. Cette dotation permettra notamment de financer les dépenses liées à la gestion des produits de santé (26,5 millions d'euros, dont 17,3 millions pour assurer le renouvellement et 9,2 millions pour les fonctions logistiques) et à la réserve sanitaire (2,6 millions d'euros).

Malgré le principe légalement fixé de la parité de cofinancement de l'Eprus entre l'Etat et l'assurance maladie, l'annexe 8 au présent projet de loi indique que la participation de l'Etat s'élèvera à 10,7 millions d'euros pour 2015.

Le montant du fonds de roulement sans stocks s'élève à 63,45 millions d'euros fin 2013, soit l'équivalent de quatre années de dotation de l'assurance maladie. Il est à noter que l'étude d'impact annexée au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 indiquait que ce fonds de roulement serait « *progressivement ramené à un niveau prudentiel fin 2015* ».

Contributions de l'assurance maladie et de la caisse nationale de solidarité (CNSA) aux agences régionales de santé (ARS)

- En application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 (article L. 1432-6 °3 du code de la santé publique), la première section du budget de la CNSA est déléguée aux ARS au titre de leurs actions concernant la prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées. Ces dotations sont notamment destinées au financement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades (Maia) pour les patients souffrant de la maladie d'Alzheimer, ainsi que des groupes d'entraide mutuelle (Gem), qui constituent des espaces d'accueil, d'échanges, de rencontres et de convivialité pour des personnes en souffrance psychique.

Cet abondement est en progression constante depuis 2011. Fixé à 52 millions pour 2011, 64,55 millions pour 2012, 83,65 millions en 2013 et 91,37 millions en 2014, il atteint **103,17 millions** pour 2014 (**paragraphe V** du présent article), soit **une progression de 13 % par rapport à 2013 et de 98 % par rapport à 2011**.

Ce montant sera réparti comme suit : 30 millions au titre des Gem, 71,14 millions pour les Maia, 3 millions pour les aidants familiaux des malades Alzheimer, 1 million à destination des aidants familiaux Alzheimer, 0,78 million pour le financement des centres régionaux d'études, d'actions et d'information en faveur des personnes en situation de handicap (CREAI) et 0,25 million au titre des formations à l'utilisation des logiciels Aggir¹ et Pathos².

La dotation 2013 prévoit ainsi **un nouvel effort particulier en faveur des Maia** (+ 25 % par rapport à 2013), qui sont actuellement en phase de montée en charge : il existe aujourd'hui 238 Maia, tandis que 50 nouvelles structures sont prévues pour l'année 2015.

Il est à noter que les crédits dédiés à l'aide à domicile ne sont pas maintenus dans la mesure où, ainsi que l'indique l'étude d'impact annexée au présent projet de loi, aucune demande en ce sens ne remonte des ARS.

Evolution de la répartition de la contribution de la CNSA aux ARS

(en millions d'euros)

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|-----------|--------------|--------------|--------------|-------|
| Groupements d'entraide mutuelle (Gem) | 27 | 27 | 27 | 29 | 30 |
| Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (Maia) | 11,95 | 27,5 | 46,6 | 57,14 | 71,14 |
| Plan « bien vieillir » | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Formation et modernisation du secteur de l'aide à domicile | 9,8 | 6,8 | 6,2 | 1,2 | 0 |
| Aidants familiaux Alzheimer | 0 | 3 | 3 | 3 | 1 |
| Logiciels Aggir et Pathos | 0,25 | 0,25 | 0,25 | 0,25 | |
| Centres régionaux d'études, d'actions et d'information en faveur des personnes en situation de handicap (Creai) | 0 | 0 | 0,6 | 0,78 | |
| Total | 52 | 64,55 | 83,65 | 91,37 | |

Source : Etude d'impact du PLFSS et commission des affaires sociales du Sénat

Financement de diverses agences par la CSA

Le **paragraphe V** du présent article vise à modifier l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles (CASF), qui retrace les modalités d'affectation des ressources et des charges de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

¹ La grille nationale Aggir (Autonomie gérontologie groupe iso-ressources) constitue un outil destiné à évaluer le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance, physique et psychique, des demandeurs de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) dans l'accomplissement de leurs actes quotidiens.

² Le modèle Pathos évalue, à partir des situations cliniques observées, les soins médico-techniques requis pour assurer la prise en charge de toutes les pathologies d'une population de personnes âgées.

Dans sa rédaction actuelle, il prévoit que le financement des contributions versées à l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm), l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap) et l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) est assuré par l'objectif global de dépenses (OGD), composé de l'Ondam médico-social et d'une partie du produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) et fixé chaque année par arrêté ministériel. L'article L. 314-3 du même code indique que l'OGD finance les prestations des établissements et services médico-sociaux à la charge de l'assurance maladie. Selon l'étude d'impact annexée au présent projet de loi, le financement des opérateurs précités est en pratique exclusivement assuré par la CSA.

Il est proposé de prévoir que **le financement de ces opérateurs repose sur la CSA**. Par ailleurs, la mention de l'affectation de la dotation versée à l'Atih à la réalisation d'études sur le coût des établissements et services médico-sociaux est supprimée.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

La commission des affaires sociales, par la voix de son rapporteur général, regrette depuis plusieurs années que seules certaines des participations des régimes obligatoires de base à divers fonds et organismes soient fixées par le législateur.

Celui-ci est appelé à se prononcer pour 2015 sur les dotations au Fmespp, à l'Eprus, à l'Oniam et aux ARS (assurance maladie et CNSA) pour un montant total de **514,027 millions d'euros**.

Échappent en revanche à sa compétence, voire à son information, les contributions en faveur de la Haute Autorité de santé (HAS, 38,7 millions de la part de l'assurance maladie en 2014, en hausse de 14 millions par rapport à 2013), de l'Institut national de la transfusion sanguine (environ 10 millions), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes, 48,2 millions, soit 70 % du cofinancement entre l'Etat et l'assurance maladie), de l'Agence de la biomédecine (30,2 millions), de l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap, 23 millions), de l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (Asip, 44,5 millions), de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih, 6,6 millions de l'assurance maladie et 17,35 millions du Fmespp, soit indirectement de l'assurance maladie), du Centre national de gestion (CNG, 19 millions), de l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu (143 millions), ainsi

que du Fonds d'intervention régional (FIR) et de divers organismes chargés de l'action sociale, culturelle et de loisirs dans les établissements de santé (pas d'information sur le montant).

Au total, les montants mentionnés à l'annexe 8 du PLFSS s'élèvent au minimum à **380,55 millions d'euros** de dotations de l'assurance maladie en 2014 à **neuf autre fonds et organismes** que ceux figurant à l'article 48 du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Votre rapporteur général souhaite que **le Parlement soit à l'avenir mieux informé** des contributions versées par l'assurance maladie à des organismes extérieurs, d'autant que certains d'entre eux sont majoritairement financés par l'assurance maladie alors qu'ils s'apparentent à des démembrements de l'Etat (c'est notamment le cas du Centre national de gestion de certains personnels hospitaliers).

Votre commission relevait au cours des années passées que certains de ces organismes présentent des niveaux de fonds de roulement et de disponibilités qui n'apparaissent pas en rapport avec la situation financière de l'assurance maladie. Elle note avec satisfaction que ces niveaux sont en diminution s'agissant du fonds de roulement de l'Anap, qui passe de 21 à 11 millions, tandis que le niveau des fonds placés par la Caisse des dépôts pour le Fmespp a été abaissé de 55,8 à 26 millions d'euros.

A l'initiative de son rapporteur général, la commission a adopté un amendement rédactionnel à cet article.

A l'initiative de son rapporteur pour le secteur médico-social, elle a adopté un amendement visant à supprimer les dispositions prévoyant le financement par la CSA des dotations allouées par la CNSA, à l'Anesm, l'Anap et l'Atih, considérant que ce serait détourner cette contribution de son but premier, qui est la compensation de la perte d'autonomie.

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 53 bis

Rapport sur la fiscalité des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, demande au Gouvernement un rapport sur la fiscalité des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

I - Le dispositif proposé

Inséré à l'initiative de Dominique Lefebvre, rapporteur pour avis de la commission des finances, le présent article demande au Gouvernement, dans un délai d'un an à compter de la publication du projet de loi de

financement de la sécurité sociale pour 2015, un rapport sur la fiscalité applicable aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). L'objectif est notamment d'étudier les règles applicables en matière d'assujettissement à la TVA selon le type de prestations fournies par les Ehpad ainsi que leur statut juridique.

II - La position de la commission

Des travaux ont été engagés par le Gouvernement sur l'évolution de la tarification des Ehpad. L'analyse du régime fiscal qui leur est applicable apparaît indissociable de ces réflexions. Il n'apparaît donc pas utile à votre commission de demander au Gouvernement un rapport sur la question.

La commission vous demande de supprimer cet article.

Article 53 ter

Rapport d'évaluation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, demande au Gouvernement un rapport sur la mise en œuvre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens dans le secteur médico-social.

I - Le dispositif proposé

L'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles ouvre aux établissements sociaux et médico-sociaux la possibilité de conclure des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (Cpom) d'une durée maximale de cinq ans avec leurs autorités de tarification. Depuis la loi « HPST » du 21 juillet 2009, l'article L. 313-12-1 du même code rend obligatoire la conclusion pour les structures qui relèvent de la compétence tarifaire exclusive du directeur général de l'ARS ou du préfet de région à partir d'un certain seuil d'activité. L'arrêté devant définir ce seuil n'ayant toujours pas été pris, plus de cinq ans après la publication de la loi « HPST », cet article est aujourd'hui en pratique inapplicable.

Or les Cpom, en permettant de dépasser les lourdeurs des procédures de tarification annuelle, constituent des instruments utiles à la mise en place d'un dialogue constructif entre les établissements ou services et leurs autorités de tarification. Ils assurent aux structures une visibilité pluriannuelle quant à l'évolution de leurs financements et permettent la réalisation d'engagements de long terme pour la structuration de l'offre sociale et médico-sociale sur les territoires.

Au regard de ces enjeux, l'Assemblée nationale a introduit, à l'initiative du rapporteur de la branche maladie, un article additionnel demandant au Gouvernement un rapport d'évaluation des Cpom dans un délai d'un an à compter de la publication du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

II - La position de la commission

L'intérêt des Cpom, que ce soit pour les structures sociales et médico-sociales ou pour les autorités financeurs, est parfaitement connu. Plutôt que de demander au Gouvernement un rapport sur la question, il apparaît plus utile à votre commission d'analyser au plus tôt les freins qui continuent d'empêcher la publication d'un arrêté attendu depuis plus de cinq ans.

La commission vous demande de supprimer cet article.

*Article additionnel après l'article 53 ter
(art. L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles)*

Affectation de la contribution de solidarité pour l'autonomie à l'objectif global de dépenses

Objet : *Cet article additionnel a pour objet de fixer au niveau minimal défini par la loi l'apport de la contribution de solidarité pour l'autonomie à la construction de l'objectif global de dépenses.*

L'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles définit les règles de construction du budget de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et fixe les modalités de répartition des ressources propres de la caisse au sein des différentes sections de ce budget.

S'agissant de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA), l'article L. 14-10-5 fixe les principes suivants :

- entre 10 % et 14 % de son produit vient alimenter l'objectif global de dépenses (OGD) pour les personnes handicapées et 40 % l'OGD personnes âgées ;

- 20 % du produit contribue au financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), entre 26 % et 30 % à celui de la prestation de compensation du handicap (PCH) ;

- au maximum 12 % sont destinées au financement d'actions innovantes ou de professionnalisation ;

- enfin, une fraction peut être allouée au financement des plans d'aide à l'investissement.

A l'initiative de son rapporteur pour le secteur médico-social, la commission des affaires sociales a adopté un amendement portant article additionnel visant à ce que la fraction du produit de la CSA affectée à l'OGD personnes handicapées soit fixée au niveau minimal défini par la loi, c'est-à-dire 10 %. Cette mesure permettra de consacrer 30 % du produit de la CSA à la contribution au financement des dépenses de PCH, avec pour objectif de limiter la baisse continue de taux de couverture par la CNSA de ces dépenses. Celui-ci s'établissait à 34,5 % en 2014.

**Présentation simplifiée du budget
de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie**

| | PRODUITS | CHARGES |
|----------------|---|---|
| Section I | Financement des établissements et services médico-sociaux, des Maia et des GEM | |
| Sous-section 1 | Entre 10% et 14% du produit de la CSA Contribution de l'assurance maladie | Financement des établissements et services pour personnes handicapées et des GEM |
| Sous-section 2 | 40% du produit de la CSA Contribution de l'assurance maladie | Financement des établissements et services pour personnes âgées et des Maia |
| Section II | 20% du produit de la CSA Une participation des régimes obligatoires de base d'assurance vieillesse Une part du produit de CSG affecté à la CNSA | Contribution au financement de l'APA |
| Section III | Entre 26% et 30% du produit de la CSA | Contribution au financement de la PCH |
| Section IV | Entre 5% et 12% du produit de CSG affecté à la CNSA Au maximum 12% du produit de la CSA | Actions innovantes Formation des aidants et accueillants familiaux Professionnalisation des métiers de services auprès des personnes âgées et handicapées |
| Section V | | |
| Sous section 1 | Fraction, définie par arrêté, des produits alloués à la sous-section 2 de la section I | Autres dépenses, notamment d'animation, de prévention et d'études Section utilisée pour le financement des plans d'aide à l'investissement (PAI) |
| Sous section 2 | Fraction, définie par arrêté, du produit de la CSA | |
| Section V bis | Produit de la Casa | Mise en réserve en vue de l'adoption du projet de loi vieillissement |
| Section VI | Prélèvement sur les ressources de la CNSA | Frais de gestion |

La commission vous demande d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.

*Article additionnel après l'article 53 ter
(art. L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles)*

Plan pluriannuel d'investissement dans le secteur médico-social

Objet : Cet article additionnel vise à prévoir le financement d'un plan pluriannuel d'investissement grâce à la part du produit de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie qui ne sera pas consommée en 2015 pour la mise en œuvre du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement.

Contrairement aux années précédentes, aucun article du PLFSS ne prévoit le financement d'un plan d'aide à l'investissement dans le secteur médico-social à partir d'une fraction du produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA). En contrepartie, le Gouvernement s'est engagé à utiliser la part du produit de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (Casa) qui ne sera pas consacrée en 2015 à la mise en œuvre du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement au financement d'un plan pluriannuel d'aide à l'investissement sur la période 2015-2017.

Sur proposition de son rapporteur pour le secteur médico-social, la commission des affaires sociales a adopté un amendement portant article additionnel ayant pour objet d'inscrire explicitement cet engagement à l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, au sein de la section V du budget de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). L'article se fonde sur l'hypothèse d'une adoption du projet de loi à la fin du premier semestre 2015. Dans ces conditions, ce sont un peu plus de 100 millions d'euros qui pourraient être consacrés chaque année à la mise en œuvre du plan d'aide à l'investissement.

La commission vous demande d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.

Article 54

Objectif de dépenses de la branche maladie pour 2015

Objet : Cet article fixe l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour 2015 à 198 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et à 173,6 milliards pour le seul régime général.

I - Le dispositif proposé

Les dispositions de cet article font partie de celles devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale, conformément à l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale. Celui-ci prévoit en effet que la loi de financement de la sécurité sociale, dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir, « fixe, par branche, les objectifs de dépense de l'ensemble des régimes obligatoires de base et, de manière spécifique, ceux du régime général, ainsi que, le cas échéant, leurs sous-objectifs ». Le présent article porte sur la branche maladie, maternité, invalidité et décès.

Les dépenses réglées par cet article doivent être distinguées de celles entrant dans le champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) :

- tandis que l'Ondam constitue un indicateur de nature économique, les dépenses de la branche maladie fixées par le présent article sont définies en fonction de normes comptables ;

- l'Ondam constitue un objectif interbranches, qui recouvre certaines dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité, décès et de la branche AT-MP sans les prendre toutes en compte. S'agissant de la branche maladie, sont ainsi exclues du champ de l'Ondam la part des prestations médico-sociales financée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, les indemnités journalières maternité, les prestations invalidité-décès, les prestations extra-légales et les actions de prévention. D'une manière générale, l'Ondam ne comprend que 30 % des charges de la branche AT-MP et 80 % des charges de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam).

Le présent article propose de fixer, pour 2014, l'objectif de dépenses de la branche maladie à :

- **198 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale ;**

- **173,6 milliards d'euros pour le régime général de la sécurité sociale.**

Ces montants correspondent à une augmentation des dépenses de 4,2 milliards d'euros par rapport aux prévisions de dépenses pour 2013, soit **une progression de 2 %**. Les dépenses du seul régime général seront en hausse de 4,9 milliards d'euros, soit 2,82 %.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale n'a pas apporté de modification à cet article.

III - La position de la commission

Votre commission considère que les objectifs de dépenses de la branche maladie ne suffiront pas au respect de l'engagement de réduction des déficits de la branche.

Elle a jugé nécessaire d'accentuer les efforts de maîtrise des dépenses sous Ondam et a rectifié en conséquence les objectifs de dépenses de la branche maladie, à hauteur d'un milliard d'euros.

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

Article 55

Objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2015

Objet : Cet article fixe l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) à 182,3 milliards d'euros pour 2015 et répartit cette enveloppe en sous-objectifs.

I - Le dispositif proposé

Les dispositions de cet article font partie de celles devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale, conformément à l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale. Celui-ci prévoit en effet que la loi de financement de la sécurité sociale, dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir, « fixe l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs ».

Une progression globale de l'Ondam de 2,1 %

Il est proposé de fixer l'Ondam à **182,3 milliards d'euros pour 2015**, soit **une progression de 2,5 %** par rapport à la prévision révisée de réalisation pour 2013.

A périmètre inchangé, ce taux représente **une dépense supplémentaire de 3,8 milliards d'euros** pour le financement du système de soins.

Selon l'étude d'impact annexée au présent projet de loi, dans la mesure où l'évolution spontanée des dépenses d'assurance maladie est estimée à 3,9 %, cette enveloppe représenterait **un effort d'économie de 3 milliards d'euros par rapport à l'évolution tendancielle des dépenses**.

Le taux proposé est inférieur de 0,4 % aux engagements pris dans le cadre de la loi n° 2012-1558 du 31 décembre 2012 de programmation des finances publiques pour les années 2012 à 2017, qui a fixé une trajectoire d'évolution de l'Ondam de 2,6 % en 2014 puis 2,5 % chaque année jusqu'en 2017.

En application de la loi de programmation des finances publiques pour les années 2014 à 2019, l'Ondam verra son taux d'évolution abaissé à 2 % en moyenne sur la période 2015-2017.

Par ailleurs, l'article 12 du projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2014 à 2019 prévoit le maintien d'une **mise en réserve** de dotations à hauteur d'au moins 0,3 % des crédits de l'Ondam.

Ces crédits sont mis en réserve sur des dépenses considérées comme pilotables au sein de certains sous-objectifs de l'Ondam (établissements de santé, médico-social, fonds d'intervention régional...). En fonction des prévisions d'exécution en cours d'année, ces crédits peuvent être rendus disponibles ou être maintenus gelés et non délégués.

Il est à noter que les modalités de mise en réserve des crédits ont été sensiblement modifiées par l'article 60 de la loi de financement pour 2013 : alors qu'elle pesait auparavant sur les seules Migac, elle peut désormais porter sur l'ensemble des prestations d'hospitalisation par application d'un coefficient prudentiel aux tarifs du secteur MCO. Par ailleurs, l'article 48 du présent projet de loi tend à étendre le mécanisme de réserve prudentielle aux établissements de santé privés, conventionnés avec l'assurance maladie et ayant une activité en soins de suite et de réadaptation ou en psychiatrie relevant de l'objectif quantifié national (OQN), pour une économie qui, selon l'étude d'impact, devrait être de 8,2 millions d'euros chaque année à partir de 2015.

Synthèse de l'Ondam 2015

(en milliards d'euros)

| | Prévision d'exécution 2014 (périmètre 2015) | Sous-objectifs 2015 | Evolution |
|--|---|------------------------|--------------|
| Ondam soins de ville | 81,2 | 83,0 | 2,2 % |
| Ondam hospitalier | 75,4 | 75,5 | 2,0 % |
| <i>Etablissements de santé tarifés à l'activité</i> | | 56,9 | |
| <i>Autres dépenses relatives aux établissements de santé</i> | | 20,0 | |
| Ondam médico-social | 17,5 | 17,9 | 2,2 % |
| <i>Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées</i> | 8,5 | 8,7 | 2,1 % |
| <i>Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées</i> | 9,0 | 9,2 | 2,2 % |
| Fonds d'intervention régional | 3,0 | 3,1 | 2,1 % |
| Autres dépenses * | 1,5 | 1,6 | 5,2 % |
| Ondam TOTAL | 178,5 | 182,3 | 2,1 % |

* Ce sous-objectif comprend principalement les dépenses relatives aux soins à l'étranger.

En 2014, le sous-objectif soins de ville progresse de 2,2 %, tandis que l'Ondam hospitalier augmente de 2 %. Il est à noter que le sous-objectif soins de ville sera particulièrement touché par les dépenses liées à la prise en charge des médicaments contre l'hépatite C.

Mesures d'économie

Afin d'assurer le respect de l'objectif d'évolution de 2,1 % par rapport à une évolution spontanée des dépenses estimée à 3,9 % par an, plusieurs **mesures d'économie** seront prises pour un montant total de **3,2 milliards d'euros**. Cet effort d'économie portera **principalement sur les produits de santé** (1,53 million d'euros sur les médicaments et 50 millions d'euros sur les dispositifs médicaux, soit la moitié des mesures d'économies totales).

Tableau récapitulatif des mesures d'économies relatives à l'Ondam 2015*(en millions d'euros)*

| | |
|---|-------------|
| Efficacité de la dépense hospitalière | 520 |
| <i>Optimisation des dépenses des établissements</i> | 55 |
| <i>Optimisation des achats et fonctions logistiques</i> | 350 |
| <i>Liste en sus</i> | 105 |
| <i>Tarifcation des plasmas thérapeutiques</i> | 10 |
| Virage ambulatoire et adéquation de la prise en charge en établissement | 370 |
| <i>Développement de la chirurgie ambulatoire</i> | 100 |
| <i>Réduction des inadéquations hospitalières</i> | 110 |
| <i>Rééquilibrage de la contribution de l'Ondam à l'OGD</i> | 160 |
| Produits de santé et promotion des génériques | 1065 |
| <i>Baisse de prix des médicaments</i> | 550 |
| <i>Promotion et développement des génériques</i> | 435 |
| <i>Biosimilaires</i> | 30 |
| <i>Tarifs des dispositifs médicaux</i> | 50 |
| Pertinence et bon usage des soins | 1155 |
| <i>Baisse des tarifs des professionnels libéraux</i> | 150 |
| <i>Actions de maîtrise des volumes et de la structure de prescription des médicaments</i> | 400 |
| <i>Lutte contre les iatrogénies médicamenteuses</i> | 100 |
| <i>Maîtrise médicalisée hors médicament</i> | 375 |
| <i>Mise en œuvre des réévaluations de la HAS</i> | 130 |
| Lutte contre la fraude | 75 |
| Total des mesures d'économies | 3185 |

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale n'a pas apporté de modifications à cet article.

III - La position de la commission

Pour tenir compte de la nécessité d'opérer une régulation plus forte des dépenses sous Ondam, dans un contexte de moindre augmentation des prévisions de dépenses, votre commission a recommandé, dans le cadre de l'examen de la loi de programmation des finances publiques pour les années 2014 à 2019, **d'augmenter le taux de mise en réserve à 0,5 %**, taux qui correspond à celui de la mise en réserve des dépenses de titre 2 « dépenses de personnel » pour le budget de l'État.

Elle estime que l'effort de maîtrise des dépenses sous Ondam doit être accentué au moyen d'une lutte plus résolue contre les actes inutiles, une augmentation du temps de travail effectif à l'hôpital, le rétablissement d'un jour de carence pour la fonction publique hospitalière, des mesures en faveur de la prescription de générique, des mesures renforçant les conditions d'évaluation des médicaments dont les firmes demandent le remboursement et de la réforme de la tarification des urgences hospitalières.

Compte-tenu de la nature de l'activité hospitalière, la réduction du temps de travail à l'hôpital ne peut être compensée totalement par des gains de productivité, même si ceux-ci peuvent provenir de changements d'organisation. Cette réduction s'est donc faite au détriment des conditions de travail collectives des personnels.

A la suite du rapport de la Cour des comptes, votre commission observe que, dans certains établissements, le temps de travail effectif est inférieur à la durée légale du travail. Elle préconise, à la suite de la Cour, la renégociation des accords relatifs au temps de travail dans les établissements publics de santé.

Elle souhaite ainsi la suppression d'un jour de réduction du temps de travail (RTT) et le plafonnement du nombre de ces jours.

Elle souhaite également que le jour de carence, en dehors de certains cas bien définis, soit rétabli pour les arrêts maladie des personnels.

Elle considère que ces mesures sont de nature à redonner des marges de manœuvre dans l'organisation hospitalière, aujourd'hui sous tension permanente, ce qui se traduit, de façon inévitable par des conditions de travail dégradées pour les personnels, dont votre commission ne sous-estime pas les difficultés. Afin de laisser le temps à la négociation et aux acteurs locaux d'engager les discussions nécessaires, votre commission a délibérément retenu un chiffrage inférieur à une journée de travail supplémentaire en année pleine.

A la suite du rapport de la Cour des comptes, les urgences restent un dossier à ouvrir dont votre commission ne sous-estime pas la difficulté. Les passages aux urgences évitables sont trop nombreux et sont préjudiciables autant pour la qualité du service rendu aux patients que pour les charges de l'assurance maladie. La généralisation d'accueils alternatifs pour les patients est indispensable.

Pour ce qui concerne le médicament, l'accueil de médicaments innovants doit être rendu possible par des efforts sur la dépense existante. Cela suppose de nouveaux modes d'évaluation des médicaments et une révision des modes de prises en charge de certains médicaments par l'assurance maladie.

Au total, votre commission résume comme suit les axes de travail qu'elle définit sur l'assurance maladie.

Tableau récapitulatif des mesures d'économies relatives à l'Ondam 2015*(en millions d'euros)*

| | |
|---|--------------|
| Dépense hospitalière | 315 |
| <i>Rétablissement d'un jour de carence</i> | 65 |
| <i>Révision des accords relatifs à l'organisation du temps de travail</i> | 100 |
| <i>Révision de la tarification des urgences hospitalières</i> | 150 |
| Produits de santé et promotion des génériques | 335 |
| <i>Déremboursement des médicaments à SMR insuffisant</i> | 85 |
| <i>Promotion et développement des génériques</i> | 150 |
| <i>Règles d'évaluation des médicaments</i> | 100 |
| Pertinence et bon usage des soins | 300 |
| <i>Lutte contre les actes inutiles</i> | 200 |
| <i>Liaison ville-hôpital</i> | 100 |
| Lutte contre la fraude | 50 |
| Total des mesures d'économies | 1 000 |

Les mesures qui entrent dans le champ du présent projet de loi sont déclinées sous forme d'articles additionnels.

Pour les autres, votre commission entend adresser un signal pour la levée des contraintes que s'est imposé le Gouvernement. Se refuser aujourd'hui à des mesures difficiles, c'est en reporter le coût et en accroître la difficulté pour les années à venir.

La commission a adopté un amendement rectifiant en conséquence l'Ondam pour 2015.

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

TITRE II

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES D'ASSURANCE VIEILLESSE

*Article additionnel avant l'article 56
(art. L. 351-8 du code de la sécurité sociale)*

Relèvement de l'âge légal de départ à la retraite à 64 ans en 2024

Objet : Cet article additionnel a pour objet de relever graduellement l'âge légal de départ à la retraite à 64 ans à l'horizon 2024, en prolongeant au-delà du 1^{er} janvier 2017 le mouvement entamé par la réforme des retraites de 2010.

La soutenabilité de notre système de retraite par répartition, qui dépend étroitement de la croissance économique, **n'est nullement garantie** aux horizons 2020, 2030 et au-delà, compte tenu de la gravité de la crise que traverse notre pays et dont les effets de long terme sur la croissance potentielle sont difficiles à évaluer. Il doit de plus faire face aux effets du « *papy boom* », et dans une moindre mesure, de l'allongement continu de l'espérance de vie.

La loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites a certes augmenté la durée de cotisation mais elle n'était pas à la hauteur des enjeux, **car elle n'a pas choisi de poursuivre le relèvement de l'âge légal** entamé par la loi du 9 novembre 2010 au-delà du 1^{er} janvier 2017.

L'effet très favorable sur les finances de la branche vieillesse, surtout à moyen et long terme, d'un relèvement de l'âge légal de départ à la retraite n'est pourtant plus à démontrer.

C'est pourquoi le présent article additionnel propose de **relever graduellement l'âge légal au-delà du 1^{er} janvier 2017 pour le fixer à 64 ans au 1^{er} janvier 2024** pour la génération née en 1960.

En vertu des dispositions de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale, la poursuite du relèvement de l'âge légal entraînera mécaniquement celle de l'âge du taux plein sans décote, qui lui est supérieur de 5 ans. **L'âge du taux plein, qui atteindra 67 ans au 1^{er} janvier 2017, sera donc de 69 ans au 1^{er} janvier 2024.**

Le relèvement progressif de l'âge légal de départ à la retraite tel qu'il résulterait de la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites et du présent article additionnel.

| Génération | Age légal de départ |
|--|---------------------|
| A partir du 1 ^{er} janvier 1955 | 62 ans |
| A partir du 1 ^{er} janvier 1956 | 62 ans et 5 mois |
| A partir du 1 ^{er} janvier 1957 | 62 ans et 10 mois |
| A partir du 1 ^{er} janvier 1958 | 63 ans et 3 mois |
| A partir du 1 ^{er} janvier 1959 | 63 ans et 8 mois |
| A partir du 1 ^{er} janvier 1960 | 64 ans |

La commission vous demande d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.

Article 56

(art. L. 351-14-1 du code de la sécurité sociale)

Rachat de trimestres d'assurance vieillesse pour les enfants de harkis

Objet : Cet article met en place pour les enfants de harkis un dispositif de rachat de trimestres d'assurance vieillesse au titre des périodes passées dans des camps militaires de transit et de reclassement à la fin de la guerre d'Algérie et prévoit une réduction forfaitaire à la charge de l'Etat.

I - Le dispositif proposé

Le présent article s'inscrit dans le cadre du plan d'action en faveur des harkis annoncé par le Président de la République et présenté par le Premier ministre le 25 septembre dernier. Ce plan, composé de dix mesures, s'articule autour d'un volet « *reconnaissance* » et d'un volet « *réparation* ». Il s'adresse aux harkis eux-mêmes mais aussi à leurs conjoints survivants ainsi qu'à leurs enfants.

L'action n° 10 de ce plan vise à **améliorer les droits à la retraite des enfants** de harkis, moghaznis et personnels des diverses formations supplétives de statut civil de droit local ayant servi en Algérie **qui ont fixé leur domicile en France** et qui, à la fin de la guerre d'Algérie, ont été maintenus dans **les six camps militaires de transit et de reclassement** de La Cavalerie-Larzac (Aveyron), Bourg-Lastic (Puy-de-Dôme), La Rye Le Vigeant (Vienne), Saint-Maurice-l'Ardoise (Gard), Rivesaltes (Pyrénées-Orientales) et Bias (Lot-et-Garonne).

Pendant les périodes passées dans ces camps, ces personnes n'ont pas acquis de trimestres d'assurance vieillesse alors qu'elles auraient pourtant, compte tenu de leur âge, été en mesure de commencer à exercer une activité professionnelle.

Le présent article prévoit que ces enfants de harkis pourront, en réparation de ce préjudice, racheter jusqu'à **quatre trimestres d'assurance vieillesse** auprès du régime général au titre de l'ensemble des périodes passées dans ces camps à la condition :

- qu'elles y aient été hébergées entre le 18 mars 1962, date des accords d'Évian, et le 31 décembre 1975, date de leur fermeture définitive ;

- qu'elles aient eu entre 16 ans, fin de la scolarité obligatoire, et 21 ans, âge de la majorité à l'époque, pendant lesdites périodes.

Afin de permettre ce rachat de trimestres, le présent article déroge aux dispositions de l'article L. 351-14-1 du code de la sécurité sociale qui prévoit les conditions de droit commun dans lesquelles peuvent être rachetés des trimestres d'assurance vieillesse au titre des années d'études ou bien encore des années incomplètes.

Il dispose en effet que si les descendants de harkis répondant aux deux conditions susmentionnées devront bien, pour racheter leurs trimestres, verser des cotisations dans les conditions prévues par ledit article L. 351-14-1 du code de la sécurité sociale, ils bénéficieront d'une réduction forfaitaire spécifique prise en charge par l'Etat dans des conditions et limites fixées par décret. Selon l'étude d'impact du projet de loi, **cette réduction forfaitaire prise en charge par l'Etat devrait s'élever à 2 000 euros par trimestre.**

La demande de rachat devra être effectuée auprès de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) et les trimestres rachetés seront reconnus par l'ensemble des régimes de retraite, régimes complémentaires inclus.

Toujours selon l'étude d'impact du projet de loi, qui fait l'hypothèse que seuls 10 % des assurés potentiellement concernés utiliseront ce dispositif, cette mesure pourrait bénéficier à environ 2 500 personnes.

Si cette mesure conduira à terme à une hausse du montant des pensions liquidées par ces 2 500 personnes, elle se caractérisera dans un premier temps par un versement de cotisations supplémentaires, puisque le régime général recevra 3 300 euros par trimestre racheté.

A court terme, le régime général percevrait ainsi **1,5 million d'euros** en 2015 ainsi qu'en 2016 puis **300 000 euros** en 2017 tandis que le coût de la réduction forfaitaire prise en charge par l'Etat serait de **850 000 euros** en 2015 et en 2016 puis de **200 000 euros** en 2017.

Comme précisé ci-dessus, seuls quatre trimestres pourront être rachetés sur la base du présent article, sans que le total des trimestres rachetés par les enfants de harkis soit au titre de ce dispositif, soit en application de l'article L. 351-14-1 du code de la sécurité sociale ne puisse excéder douze trimestres.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article avec deux modifications purement rédactionnelles.

III - La position de la commission

Cette mesure viendra réparer **un préjudice réel** subi par les enfants de Harkis.

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

Article 56 bis

(art. L. 161-22-1 A du code de la sécurité sociale)

Adaptation des règles du cumul emploi-retraite au cas des danseurs du corps de ballet de l'Opéra national de Paris

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, propose d'adapter les règles du cumul emploi-retraite au cas spécifique des danseurs du corps de ballet de l'Opéra national de Paris afin de leur permettre de se constituer de nouveaux droits à l'assurance vieillesse à l'issue de leur première carrière qui s'achève au plus tard à 42 ans.

I - Le dispositif proposé

Le présent article est issu d'un amendement de M. Michel Issindou, rapporteur de la branche vieillesse du projet de loi de financement de la sécurité sociale, adopté par l'Assemblée nationale. Il propose d'adapter les règles du cumul emploi-retraite au cas spécifique des danseurs du corps de ballet de l'Opéra national de Paris.

Le cumul emploi retraite (CER) permet aux salariés qui le désirent de reprendre une activité professionnelle après avoir liquidé leur pension de retraite. L'article 19 de la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites a modifié les règles de fonctionnement de ce dispositif.

Jusqu'alors, le salarié qui cumulait sa pension avec les revenus issus d'une activité professionnelle relevant d'un autre régime se constituait des droits à l'assurance vieillesse dans ce nouveau régime. L'article 19 susmentionné a prévu que pour l'ensemble des assurés liquidant leur pension de retraite à compter du 1^{er} janvier 2015 et reprenant une activité professionnelle dépendant d'un nouveau régime, les cotisations versées à ce

nouveau régime n'ouvriraient plus droit à de nouveaux avantages vieillesse. Le salarié cotisera désormais à fonds perdu, quel que soit le régime dont il est pensionné, celui dans lequel il reprend une activité ou l'âge auquel il a liquidé sa pension.

Le nouvel article L. 161-22-1 A qu'il introduit dans le code de la sécurité sociale dispose en effet : « *la reprise d'activité par le bénéficiaire d'une pension de vieillesse personnelle servie par un régime de retraite de base légalement obligatoire n'ouvre droit à aucun avantage de vieillesse, de droit direct ou dérivé, auprès d'aucun régime légal ou rendu légalement obligatoire d'assurance vieillesse, de base ou complémentaire* ».

Le présent article vise à créer une exception pour les danseurs du corps de ballet de l'Opéra national de Paris dont la situation est très spécifique et qui seraient susceptibles d'être particulièrement pénalisés par ces nouvelles règles de fonctionnement du cumul emploi-vieillesse.

En effet, en raison de la difficulté physique de leur profession, qu'ils commencent à exercer très jeunes, ces danseurs peuvent liquider leur retraite auprès de la caisse de retraites des personnels de l'Opéra national de Paris à partir de quarante ans et ont l'obligation de mettre fin à leur activité professionnelle à quarante-deux ans au plus tard.

La caisse de retraites des personnels de l'Opéra national de Paris

Le régime de retraites des artistes de l'Opéra national de Paris est très ancien puisqu'il a été institué par Louis XIV en 1698.

En 1856, une caisse de pensions viagères de l'Opéra a été créée pour tenir compte des spécificités des professions exercées au sein de l'Opéra. L'article 17 de l'ordonnance du 4 octobre 1945 a confirmé l'existence du régime spécial de retraite des personnels de l'Opéra national de Paris, dont le statut est régi par les articles L. 711.1 et R. 711.1.10° du code de la sécurité sociale.

Fondé sur la répartition, ce régime est financé par les cotisations des assurés ainsi que par une subvention annuelle versée par l'Etat.

Après ce départ à la retraite particulièrement précoce, ils doivent se reconvertir et débiter une nouvelle carrière. Leur appliquer sans aucune dérogation les nouvelles dispositions de l'article 19 de la loi du 20 janvier 2014 reviendrait donc à les priver des droits à l'assurance vieillesse qu'ils ont besoin d'acquérir dans leur nouveau régime alors que leur situation est très différente des situations de cumul emploi-retraite classiques.

C'est pourquoi le présent article prévoit qu'un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités particulières d'application dudit article 19 pour les artistes du ballet relevant de la caisse de retraites des personnels de l'Opéra national de Paris et dispose que le nouvel article L. 161-22-1 A précité ne pourra leur être appliqué avant le 1^{er} janvier 2018.

II - La position de la commission

La situation des artistes du ballet de l'Opéra national de Paris est **extrêmement spécifique** et les évolutions du cumul emploi-retraite votées dans le cadre de la loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites leur sont particulièrement défavorables, puisqu'elles les conduisent à cotiser à fonds perdu à partir de 42 ans.

Il convient donc **d'aménager ces règles nouvelles** dans leur cas précis.

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

Article 57

Objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2015

Objet : Cet article fixe les objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2015.

I - Le dispositif proposé

Le présent article fixe les objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour l'année 2015, en conformité avec les tableaux d'équilibre présentés aux articles 24 et 25.

Ces dépenses comprennent :

- 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 directs âgés de plus de soixante ans ou des bénéficiaires de droits dérivés ;

- 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 ;

- et les frais financiers et autres dépenses.

Les objectifs de dépenses de la branche vieillesse de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale sont fixés à **224,0 milliards d'euros**, soit une **progression de 1,9 %** par rapport à la prévision rectifiée des objectifs de dépenses en 2014 (219,9 milliards d'euros).

Pour le seul régime général, l'objectif de dépenses de la branche vieillesse s'élève à **120,9 milliards d'euros**, soit une **progression de 3,6 %** par rapport à la prévision rectifiée des objectifs de dépenses pour 2014 (116,7 milliards d'euros).

Cette évolution relativement contenue s'explique par :

- le décalage de six mois de la date de la revalorisation annuelle des pensions décidé par la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, qui permettrait de réaliser 600 millions d'euros d'économies ;

- la faiblesse de l'inflation qui entraînerait une faible revalorisation des pensions ;

- l'irrégularité des flux de départs en retraite provoquée par le recul de l'âge légal décidé par la réforme des retraites de 2010, qui conduirait à **un report important de départs en retraite en 2015**. Selon le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2014, la réforme de 2010 permettrait au total de dégager des économies de **4 milliards d'euros en 2015** par rapport à un scénario tendanciel hors réforme.

L'assouplissement des conditions d'accès à la retraite anticipée permis par la réforme de 2010, le décret du 2 juillet 2012 et la loi du 20 janvier 2014 devrait pour sa part générer **1,9 milliard d'euros de charges supplémentaires en 2015** et permettre à **130 000 assurés de liquider leur pension de retraite avant l'âge légal**.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

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

TITRE III

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES DE LA BRANCHE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES

Article 58

Contributions de la branche AT-MP du régime général au Fiva, au Fcaata et à la branche maladie du régime général

Objet : Cet article fixe les montants des contributions de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) du régime général au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva), au fonds de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante (Fcaata) et à la branche maladie du régime général.

I - Le dispositif proposé

La branche AT-MP du régime général prend à sa charge **trois dépenses de transfert** dont le montant est fixé chaque année en loi de financement de la sécurité sociale. Il s'agit, d'une part, des participations au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva) et au fonds de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante (Fcaata), d'autre part, du versement à la branche maladie du régime général au titre de la sous-déclaration des AT-MP.

Les dotations au Fiva et au Fcaata (I et II)

Les paragraphes I et II du présent article définissent les montants des dotations aux fonds destinés à l'indemnisation et à la prise en charge des victimes de l'amiante :

- le **I** fixe la dotation de la branche AT-MP du régime général au Fiva à **380 millions d'euros pour 2015, en baisse de 12,6 % par rapport à 2014** ;

- le **II** fixe la dotation de la branche AT-MP du régime général au Fcaata à **693 millions d'euros en 2015, en baisse de 15,6 % par rapport à 2014**.

Le total de ces deux dotations représente ainsi un montant de 1,073 milliard, après 1,256 milliard d'euros en 2014. Pour rappel, la branche AT-MP du régime général avait consenti un effort important pour l'exercice 2014, en particulier en faveur du Fiva qui faisait face à une importante croissance de ses dépenses consécutive à un traitement plus rapide des demandes d'indemnisation. Les dépenses du Fcaata ont quant à elles tendance à diminuer du fait de la baisse des effectifs d'allocataires¹.

Le versement à la branche maladie du régime général (III)

L'assurance maladie supporte des dépenses liées à des accidents ou affections dont l'origine est professionnelle mais qui n'ont pas été déclarés comme tels. En compensation des sommes indûment mises à sa charge du fait de cette sous-déclaration des AT-MP, la branche maladie du régime général bénéficie chaque année depuis 1997, conformément à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale, d'un versement de la branche AT-MP.

En application de l'article L. 176-2 du même code, la commission chargée d'évaluer tous les trois ans le coût de la sous-déclaration des AT-MP a rendu son rapport en juin 2014. Elle y propose une **estimation située dans une fourchette comprise entre 695 millions d'euros et 1,3 milliard d'euros**.

Sur ce fondement, le **paragraphe III** du présent article fixe à **1,0 milliard d'euros** le montant du versement de la branche AT-MP à la branche maladie du régime général, soit une **hausse de près de 26,6 %** par rapport aux trois exercices antérieurs.

Entre 2012 et 2014, le versement s'est en effet élevé à 790 millions d'euros, un niveau arrêté sur la base d'une évaluation de la sous-déclaration comprise dans une fourchette allant de 587 millions d'euros à 1,1 milliard d'euros (estimation de la commission instituée par l'article L. 176-2 du CSS dans son rapport de juin 2011)².

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article moyennant une **modification rédactionnelle**.

¹ Pour de plus amples développements sur les missions et la situation financière du Fiva et du Fcaata, voir le tome VI « Accidents du travail et maladies professionnelles », par M. Gérard Dériot, rapporteur.

² Ibid.

III - La position de la commission

Le Fiva, dont le déficit net cumulé devrait atteindre 26 millions d'euros fin 2015, a indiqué que la dotation prévue par le présent article lui paraissait suffisante pour couvrir ses dépenses prévisionnelles. Son fonds de roulement, estimé à 83 millions d'euros en 2014, lui permettrait en outre de faire face, le cas échéant, à un surcroît imprévu de dépenses. Sa réserve prudentielle représente en effet un peu plus de deux mois de dépenses.

Si les perspectives financières du fonds ne remettent donc pas en cause sa capacité à indemniser les victimes de l'amiante, **vo**tre **commission regrette le net désengagement dont fait preuve l'État dans le financement du Fiva**. Bien que le projet de loi de finances pour 2015 prévoie une dotation complémentaire de l'État de 10 millions d'euros après deux exercices successifs au cours desquels sa participation était nulle, cette dotation reste notoirement insuffisante. Elle ne correspond qu'à environ un cinquième du montant des participations assurées par l'État avant 2013 (47 millions d'euros en 2012). La mission sénatoriale sur l'amiante avait jugé légitime de prévoir une participation de l'État à hauteur d'un tiers du budget du Fiva, en particulier au regard tant des missions régaliennes de l'État que de son rôle assumé en tant qu'employeur.

Quant au Fcaata, ses comptes présentaient un excédent de 109 millions d'euros en 2013. Le solde resterait positif en 2014 à hauteur de 70 millions d'euros. Selon la commission des comptes de la sécurité sociale dans son rapport de septembre dernier, une dotation de la branche AT-MP de 693 millions d'euros en 2015 permettrait la résorption des déficits cumulés du fonds en 2015. Le résultat net pour 2015 serait déficitaire (- 19 millions d'euros). Cette situation n'appelle pas de remarques particulières de la part de votre commission.

Cette dernière s'interroge en revanche sur l'avenir du versement de la branche AT-MP à la branche maladie du régime général au titre de la sous-déclaration des AT-MP. Le montant de cette participation atteint aujourd'hui un niveau historiquement haut. Sa progression continue, entièrement supportée par la part mutualisée du financement de la branche AT-MP, ne peut conduire qu'à un certain scepticisme quant aux réels efforts engagés pour lutter contre la sous-déclaration et pour inciter à la prévention.

Sous ces réserves, la commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

*Article 59**(art. L. 752-3 et L. 752-5 du code rural et de la pêche maritime)***Extension du bénéfice des indemnités journalières aux collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole ainsi qu'aux aides familiaux**

Objet : Cet article étend aux collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole ainsi qu'aux aides familiaux le bénéfice des indemnités journalières aujourd'hui réservées aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole en cas d'interruption de l'activité professionnelle consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle.

I - Le dispositif proposé

En l'état actuel du droit, le bénéfice des indemnités journalières est réservé aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole

La loi n° 2001-1128 du 30 novembre 2001 portant amélioration de la couverture des non-salariés agricoles (NSA) contre les accidents du travail et les maladies professionnelles (AT-MP) a instauré à compter de 2002 une **assurance contre les AT-MP des NSA (dite « ATEXA »)**. Ce régime repose sur un autofinancement par les cotisations professionnelles et délivre des prestations en nature et en espèces tenant compte des facultés contributives des assurés.

Si l'ensemble des assurés bénéficient des prestations en nature (prise en charge des frais médicaux entraînés par les soins), seuls certains d'entre eux sont éligibles à certaines prestations en espèces, lesquelles comprennent l'octroi d'indemnités journalières (IJ) en cas d'incapacité de travail temporaire (ITT) et l'attribution d'une rente en cas d'incapacité physique permanente (IPP).

En effet, une rente est versée aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole justifiant d'un taux d'IPP au moins égal à 30 % ainsi qu'aux collaborateurs et aux aides familiaux si l'incapacité est totale (100 %). **Mais les IJ, qui visent à compenser la perte de revenu provoquée par l'arrêt de travail consécutif à un AT ou à une MP, ne sont servies qu'aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole.**

Les règles régissant la couverture sociale des NSA en matière d'AT-MP restent ainsi en retrait par rapport aux évolutions récentes engagées par le législateur en ce qui concerne les autres prestations sociales. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a en effet créé pour les NSA des IJ au titre de l'assurance maladie, invalidité et maternité (l'« AMEXA ») qui sont destinées non seulement aux chefs d'exploitation mais également aux collaborateurs et aides familiaux.

Dans un souci d'équité et d'harmonisation des législations sociales, le dispositif proposé étend aux collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole ainsi qu'aux aides familiaux le bénéfice des indemnités journalières

A cette fin, le **paragraphe I** du présent article réécrit intégralement l'article L. 752-5 du code rural et de la pêche maritime. Dans la nouvelle rédaction qui en est proposée, cet article comporte **six alinéas**.

Les alinéas un à quatre définissent les trois catégories d'assurés qui bénéficient d'IJ lorsqu'ils se trouvent temporairement dans l'incapacité physique de travailler à la suite d'un AT ou d'une MP :

- les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole (1°) ;
- les collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole (2°) ;
- et les aides familiaux et associés d'exploitation (3°).

Les deux derniers alinéas du même article L. 752-5 précisent les modalités d'octroi et de calcul des indemnités en reprenant les règles aujourd'hui en vigueur pour les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole :

- les indemnités sont servies à l'expiration d'un délai déterminé par décret suivant le point de départ de l'incapacité de travail et pendant toute la période d'incapacité de travail qui précède soit la guérison complète, soit la consolidation de la blessure ou le décès ainsi que dans le cas d'une rechute ;

- l'indemnité est égale à une fraction du gain forfaitaire annuel fixé par arrêté des ministres chargés de l'agriculture et de la sécurité sociale (et non plus seulement du ministre chargé de l'agriculture), majorée à l'issue d'une période d'incapacité fixée par décret. Elle est incessible et insaisissable.

Le **paragraphe II** de l'article 59 du présent projet de loi précise que **le dispositif proposé est applicable aux arrêts de travail prescrits à compter du 1^{er} janvier 2015**.

Selon l'étude d'impact annexée au présent projet de loi, **l'incidence financière du dispositif proposé sur les dépenses du régime ATEXA serait égale à un dixième du montant des IJ versées chaque année aux chefs d'exploitation et d'entreprise agricole, c'est-à-dire à 4 millions d'euros par an à compter de 2015**.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article après l'avoir amendé à des fins rédactionnelles et de coordination. L'adoption d'un amendement de conséquence se traduit par l'ajout d'un paragraphe I A qui complète l'article L. 752-3 du code rural et de la pêche maritime.

III - La position de la commission

Votre commission accueille favorablement cette mesure d'équité qui contribue à l'amélioration de la couverture sociale des collaborateurs d'exploitation et des aides familiaux.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 60

Objectifs de dépenses de la branche AT-MP pour 2015

Objet : Cet article fixe les objectifs de dépenses pour 2015 de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du régime général en particulier.

I - Le dispositif proposé

Le présent article fixe l'objectif de dépenses de la branche AT-MP à :

- **13,5 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, en hausse de 2,2 % par rapport à l'objectif rectifié de dépenses pour 2014** (fixé à 13,2 milliards d'euros par la loi de financement rectificative de la sécurité sociale d'août 2014, un montant supérieur de 0,1 milliard d'euros à celui originellement prévu par la loi de finances initiale pour 2014) et en hausse de 5,2 % par rapport aux dépenses constatées en 2013 (12,8 milliards d'euros) ;

- **12,1 milliards d'euros pour le seul régime général, en progression de 2,5 % par rapport à l'objectif rectifié de dépenses pour 2014** (fixé à 11,8 milliards d'euros par la loi de financement rectificative de la sécurité sociale d'août 2014, un montant inférieur de 0,2 milliard d'euros à celui originellement prévu par la loi de finances initiale pour 2014) et en hausse de 6,6 % par rapport aux dépenses constatées en 2013 (11,3 milliards d'euros).

Pour mémoire, selon les informations figurant à l'annexe 9C du PLFSS pour 2015, les mesures intégrées à l'Ondam pour 2015 devraient diminuer le montant des prestations nettes de la branche AT-MP du régime général de 25 millions d'euros tandis que le transfert à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des AT-MP augmenterait de 210 millions d'euros par rapport à son rythme tendanciel pour atteindre 1,0 milliard d'euros¹.

¹ Voir l'examen de l'article 58 du présent projet de loi.

Compte tenu des prévisions de recettes inscrites aux articles 24 et 25 du présent projet de loi, l'excédent de la branche AT-MP se maintiendrait l'année prochaine à 0,3 milliard d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires, dont 0,2 milliard d'euros pour le régime général.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

TITRE IV

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES DE LA BRANCHE FAMILLE

Article 61 A

(art. L. 521-1 du code de la sécurité sociale)

Modulation du montant des allocations familiales selon le niveau de ressources des bénéficiaires

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet d'introduire une modulation des allocations familiales selon le niveau de ressources du ménage.

I - Le dispositif proposé

Les allocations familiales

Les allocations familiales sont prévues à l'article L. 521-1 du code de la sécurité sociale. Cette prestation universelle est versée à toutes les familles ayant au moins deux enfants à charge. Le montant de l'allocation versée varie en fonction du nombre d'enfants selon un barème fixé par décret mais n'est pas modulé selon le niveau de ressources du ménage. L'article L. 521-3 du même code prévoit que l'allocation est majorée pour chaque enfant atteignant un certain âge.

Actuellement, le montant mensuel de l'allocation est de 129,35 euros pour deux enfants, 295,05 euros pour trois, 460,77 pour quatre et 165,72 euros par enfant supplémentaire. Le montant de la majoration est de 64,67 euros, et l'âge ouvrant le droit à cette majoration est fixé à 14 ans.

Le système proposé

Le présent article modifie l'article L. 521-1 du code de la sécurité sociale afin de prévoir une modulation des allocations familiales en fonction des ressources du ménage, selon un barème qui doit être défini par décret et qui doit être revalorisé chaque année en fonction de l'évolution de l'indice des prix à la consommation hors tabac. Cette modulation concerne aussi bien l'allocation que sa majoration pour âge.

Selon les annonces du Gouvernement, le montant de l'allocation serait divisé par deux pour les familles de deux enfants percevant plus de 6 000 euros de revenu mensuel, et par trois pour les familles percevant plus de 8 000 euros. Ces seuils doivent être majorés de 500 euros par enfant supplémentaire à charge. Ils doivent par ailleurs être révisés chaque année pour tenir compte de l'inflation.

Le principe de modulation selon le nombre d'enfant à charge, déjà en vigueur, acquiert par ailleurs une valeur législative.

L'alinéa 5 du présent article prévoit un mécanisme de lissage destiné à éviter les effets de seuil. Ce mécanisme prend la forme d'un complément dégressif versé aux familles dont le revenu mensuel est légèrement supérieur aux seuils.

L'ensemble de ce dispositif doit entrer en vigueur au plus tard le 1^{er} juillet 2015.

Cet article résulte de l'adoption par l'Assemblée nationale de deux amendements identiques de Mme Clergeau et des membres du groupe socialiste, sous-amendés par la Gouvernement. Il correspond à une contrepartie à la suppression de l'article 61 qui prévoyait la réduction de la prime à la naissance ou à l'adoption à partir du deuxième enfant. Les économies attendues de cette mesure (400 millions d'euros en 2015, 800 millions en année pleine) permettraient en outre de ne pas reporter à 16 ans la majoration pour âge des allocations familiales, mesure de nature réglementaire qui avait initialement été annoncée. Par ailleurs, le barème du complément de mode de garde (CMG) ne serait pas modifié.

II - La position de la commission

Une remise en cause du principe d'universalité

Ce dispositif, constitue, aux yeux de votre commission, une atteinte au principe d'universalité qui sous-tend depuis 1945 la politique familiale française. En effet, les allocations familiales introduisent une solidarité horizontale, entre les célibataires et les familles ayant moins de deux enfants à charge d'une part et les familles de deux enfants et plus d'autre part. Elles n'ont pas vocation à assurer une redistribution verticale, rôle qui est dévolu à l'impôt sur le revenu.

Effets attendus de la modulation des allocations familiales en fonction des revenus

(en euros)

| | | Montant de l'allocation versée selon le nombre d'enfants | | | | | |
|---|--------|--|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | 2 | | 3 | | 4 | |
| | | Avant | Après | Avant | Après | Avant | Après |
| Revenu net mensuel de la famille | 5 000 | 129 | 129 | 295 | 295 | 461 | 461 |
| | 6 000 | 129 | 65 | 295 | 295 | 461 | 461 |
| | 7 000 | 129 | 65 | 295 | 148 | 461 | 461 |
| | 8 000 | 129 | 33 | 295 | 148 | 461 | 230 |
| | 9 000 | 129 | 33 | 295 | 74 | 461 | 230 |
| | 10 000 | 129 | 33 | 295 | 74 | 461 | 115 |

Certes, les allocations familiales ne sont pas supprimées pour les familles dont les revenus dépassent les seuils prévus, mais leur montant est considérablement réduit, et la question de leur maintien sera inévitablement posée à moyen terme.

En transformant la politique familiale, qui est un des succès de la France, en une politique sociale de redistribution, on court le risque de fragiliser la cohésion sociale et de créer une fracture entre ceux qui bénéficient de la politique familiale et ceux qui la financent. Une telle fracture remet en cause l'adhésion au système, et donc sa pérennité.

De manière plus préoccupante encore, la logique de modulation selon les ressources pourrait conduire, à l'avenir, à remettre en cause d'autres principes qui fondent le fonctionnement de la sécurité sociale, à commencer par ceux de l'assurance maladie dont le déficit récurrent est plus important que celui de la branche famille.

Une mesure impréparée

Cette mesure, qui ne figurait pas dans le projet initial du Gouvernement, constitue un reniement d'un engagement pris par le président de la République et réitéré encore il y a peu. L'abaissement du plafond du quotient familial décidé en loi de finances pour 2014, avait été présenté par le Gouvernement comme une alternative préférable à la modulation des allocations, qui avait été écartée.

Introduit par un amendement parlementaire au stade de la séance publique lors de l'examen du texte par l'Assemblée nationale, cet article n'a pas fait l'objet des consultations obligatoires propres à assurer sa sécurité juridique et n'a fait l'objet d'aucune concertation avec les acteurs concernés (associations familiales, caisse nationale des allocations familiales), qui ont été mis devant le fait accompli.

On ne peut que contester la méthode retenue sur un sujet remettant en cause un principe aussi fondamental que l'universalité des allocations familiales.

Au-delà du coup porté à la confiance des ménages, le manque de préparation dont cette mesure témoigne est lourd de conséquences.

Les modalités concrètes de sa mise en œuvre ne sont pas aujourd'hui clairement connues. La prise en compte du revenu du ménage, et le cas échéant des changements de situation intervenant en cours d'année, suppose un dialogue entre les CAF et les services fiscaux dont les modalités ne sont pas à ce jour arrêtées.

L'élaboration d'un mécanisme de lissage destiné à éviter les effets de seuil est annoncée, mais les détails n'en sont pas connus. Par ailleurs, le dispositif proposé ne crée aucune différence entre les couples bi-actifs et les couples dans lesquels un seul des parents travaille, alors que les coûts liés à la garde de l'enfant ne sont pas les mêmes selon les situations.

Enfin, cette mesure va à l'encontre des efforts de simplification des prestations familiales entrepris dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion conclue entre l'État et la CNAF. L'impact de cette mesure sur la charge de travail des CAF et les coûts de gestion inhérents à cette mesure n'ont pas été anticipés.

Une mesure dont l'impact pour les familles concernées sera réel

Bien que le Gouvernement annonce que les effets de cette mesure seront concentrés sur un nombre réduit de familles parmi les plus aisées, les conséquences financières pour les familles concernées ne sont pas négligeables. Ainsi, une famille de trois enfants percevant un revenu mensuel de 9 000 euros verra son allocation mensuelle réduite de 295 à 74 euros, soit une perte de revenu de plus de 2 600 euros par an.

Si cette perte peut sembler marginale au regard du revenu annuel de la famille, c'est justement à la marge que se prennent les décisions d'investissement et notamment d'achat de logement, dans un contexte de frilosité des banques. La réduction des allocations versées aura donc des conséquences importantes pour les familles de la classe moyenne qui ont déjà subi l'abaissement du plafond du quotient familial, à 2 000 euros (loi de finances pour 2013) puis à 1 500 euros (loi de finances pour 2014).

La commission vous demande vous demande de supprimer cet article.

Article 61

(art. L. 531-2 du code de la sécurité sociale)

**Modulation de la prime à la naissance ou à l'adoption
selon le rang de l'enfant**

Objet : Cet article, supprimé par l'Assemblée nationale, a pour objet d'instaurer une modulation de la prime à la naissance ou l'adoption selon le rang de naissance de l'enfant.

I - Le dispositif proposé

La prime à la naissance ou à l'adoption

L'article L. 531-2 du code de la sécurité sociale prévoit le versement, sous condition de ressources, d'une prime destinée à aider les familles à faire face aux dépenses liées à l'arrivée de l'enfant dans le foyer. Cette prime à la naissance, ou à l'adoption, est comprise dans la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), définie au titre III du livre V du code de la sécurité sociale. Le plafond de ressources en dessous duquel une famille peut bénéficier de la prime dépend de la composition du foyer, selon des modalités fixées par décret.

Le montant de la prime, majoré en cas d'adoption, est le même quel que soit le rang de l'enfant. Il est en principe revalorisé chaque année au 1^{er} avril pour tenir compte de l'inflation, conformément aux dispositions de l'article L. 551-1 du code de la sécurité sociale. Toutefois, la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 a prévu le gel du montant de la prime à la naissance, ainsi que de l'allocation de base de la PAJE, jusqu'à ce que le montant du complément familial atteigne le niveau de l'allocation de base¹. Le présent projet de loi ne revient pas sur ce gel.

L'article D. 531-2 du code de la sécurité sociale fixe le montant de la prime à la naissance et de la prime à l'adoption respectivement à 229,75 % et 459,5 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales (BMAF). Au 1^{er} avril 2014, le montant de cette prime s'élève ainsi à 923,08 euros pour une naissance et 1 846,15 euros pour une adoption.

- *L'introduction d'une modulation de la prime à la naissance*

Le présent article visait à modifier l'article L. 531-2 du code de la sécurité sociale afin de prévoir que le montant de la prime à la naissance ou à l'adoption varie en fonction du rang de l'enfant, les autres dispositions demeurant inchangées.

Un décret devait venir compléter cette disposition législative afin de réduire la prime à la naissance ou à l'adoption à 308 euros à partir du deuxième enfant. Cette mesure d'économie était justifiée par le fait que de nombreuses dépenses effectuées lors de l'arrivée du premier enfant dans le foyer n'ont pas à être renouvelées pour les suivants. De plus, l'arrivée de nouveaux enfants dans le foyer ouvre droit à des allocations familiales.

Nombre de bénéficiaires de la prime à la naissance ou à l'adoption selon la taille de la famille, en décembre 2013

Enfants de 1 mois à 20 ans

| <i>Nombre d'enfants</i> | <i>0</i> | <i>1</i> | <i>3</i> | <i>5</i> | <i>4 et plus</i> | <i>Sous-total 1 enfant et plus</i> | <i>Total</i> |
|--------------------------------|---------------|---------------|--------------|--------------|------------------|--|---------------|
| <i>Nombre de bénéficiaires</i> | 21 247 | 18 380 | 8 039 | 2 210 | 1 541 | 30 800 | 52 047 |

Source : Caisses d'allocations familiales Métropole et Départements d'Outre-Mer, Résultats au 31 décembre 2013

¹ L'allocation de base de la PAJE est versée, sous les mêmes conditions de ressources que la prime à la naissance ou à l'adoption, aux familles ayant à charge un enfant de moins de trois ans. Le complément familial est servi, également sous condition de ressources, aux familles ayant à charge au moins un enfant âgé de 3 à 21 ans. Le gel du montant de l'allocation de base, le complément familial étant régulièrement revalorisé, doit permettre d'aligner le montant de ces deux prestations et de réaliser des économies croissantes (30 millions d'euros en 2014, 100 millions en 2015, 440 millions en 2018).

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a supprimé cet article. Plusieurs amendements en ce sens ont été déposés et ont reçu un avis favorable du Gouvernement. L'abandon de cette mesure est présenté comme une contrepartie à la création d'une modulation des allocations familiales selon le revenu du ménage, qui fait l'objet d'un article additionnel créé par un amendement parlementaire (article 61 A).

III - La position de la commission

Le versement de la prime à la naissance est soumis à condition de ressources. Cette prestation bénéficie donc à des familles modestes, qui seraient pénalisées par une réduction de la prime à partir du deuxième enfant.

En outre l'argument selon lequel les dépenses induites par la naissance d'un deuxième enfant sont inférieures à celles induites par la naissance du premier est fragile au regard de la réalité vécue par les familles. Il repose sur l'idée selon laquelle les équipements acquis pour le premier enfant peuvent être réutilisés pour les suivants. Toutefois, ce raisonnement ne prend pas en compte les situations de naissances rapprochées, ni les cas dans lesquels un enfant naît, par exemple, en été alors que le suivant naît en hivers, entraînant des besoins différents. Surtout, l'arrivée d'un deuxième ou d'un troisième enfant dans le foyer peut entraîner des dépenses importantes liées au changement de logement ou à l'acquisition d'un nouveau véhicule.

La commission vous demande de maintenir la suppression de cet article.

Article 62

Objectif de dépenses de la branche famille pour 2015

Objet : Cet article a pour objet de fixer l'objectif de dépenses de la branche famille pour 2015.

I - Le dispositif proposé

Le 2° du D du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, issu de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale prévoit que la loi de financement « fixe, par branche, les objectifs de dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base et, de manière spécifique, ceux du régime général ».

Comme cela a été le cas pour la première fois dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, le présent article fixe un objectif unique de dépenses de la branche famille de la sécurité sociale. En effet, conformément à l'article 37 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, l'ensemble des prestations familiales servies en France ont été intégrées au sein des comptes de la caisse nationale des allocations familiales (CNAF). Seules les sommes versées par certains régimes spéciaux et ayant le caractère de complément de salaire ne sont pas prises en compte.

L'objectif de dépenses de la branche famille pour 2015 s'élève à 54,6 milliards d'euros. La diminution en valeur de 7,61 % par rapport à l'objectif révisé pour 2013 s'explique par l'évolution du périmètre des dépenses de la branche. En effet, le financement des aides personnalisées au logement (APL), qui représentait 4,75 milliards d'euros dans les comptes de la CNAF en 2014, est transféré vers budget de l'État.

Le déficit de la branche serait ramené en 2015 à 2,3 milliards d'euros. Si cet objectif représente une amélioration de 0,6 milliard par rapport au solde attendu pour 2014, il traduit la dégradation de la conjoncture économique au cours de l'année 2014. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 prévoyait en effet de ramener le déficit à ce niveau dès 2014, puis à 1,9 milliard d'euros en 2015.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification, malgré l'ajout de l'article 61 A et la suppression de l'article 61.

III - La position de la commission

La commission vous demande, en cohérence avec la suppression de l'article 61 A, de rectifier l'objectif de dépenses pour la branche famille à 55 milliards d'euros au lieu de 54,6 milliards d'euros.

TITRE V

DISPOSITIONS RELATIVES AUX ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES

Article 63

(art. L. 135-2 du code de la sécurité sociale)

Participation du Fonds de solidarité vieillesse au financement du minimum contributif

Objet : Cet article reconduit pour 2015 le transfert de 3,9 milliards d'euros du FSV au régime général et aux régimes alignés au titre du minimum contributif.

I - Le dispositif proposé

Depuis 2011, l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale prévoit que le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) prend en charge chaque année une partie fixée par la loi de financement de la sécurité sociale des dépenses du minimum contributif servi par le régime général, le régime des salariés agricoles et le régime social des indépendants (RSI).

Le minimum contributif (Mico)

Le minimum contributif constitue un complément de pension destiné aux assurés les plus modestes ayant atteint l'âge légal de la retraite et qui remplissent les conditions d'attribution du taux plein, du fait de leur durée d'assurance, de leur âge, ou de leur inaptitude. Il a pour objectif de leur garantir le bénéfice d'un montant minimum de pension, fixé depuis le 1^{er} février 2014 à 1 120 euros par mois (soit 13 440 euros par an), un niveau proche du SMIC net.

Pour atteindre ce minimum de 1 120 euros par mois, le montant de la pension calculée sur la base des droits de l'assuré est complété par le versement du minimum contributif (le calcul se fait en tenant compte du total de toutes les pensions auquel l'assuré a droit, dans les régimes de base et pour la retraite complémentaire).

Le montant du minimum contributif de base est fixé à 629,00 euros par mois au maximum.

Si le retraité justifie d'au moins 120 trimestres cotisés, il peut en outre bénéficier du minimum contributif majoré, fixé à 687,32 euros par mois au maximum.

Inversement, si le retraité ne totalise pas le nombre de trimestres fixé, le minimum contributif sera réduit, à due proportion.

Le nombre total de bénéficiaires de ce dispositif est estimé à environ six millions de retraités, dont près de cinq millions relèvent du régime général.

Depuis 2012, le FSV transfère au titre du minimum contributif :

- 3,4 milliards d'euros au régime général ;
- 0,4 milliard d'euros au régime des salariés agricoles ;
- 0,1 milliard d'euros au RSI.

Ces montants correspondent, d'après les données statistiques disponibles, à un peu plus de la moitié de la dépense totale de ces régimes au titre du minimum contributif.

Le présent article prévoit de maintenir inchangé le niveau de ces transferts en 2015.

Il prévoit en outre dans ses deux premiers paragraphes, en modifiant la liste des dépenses prises en charge par le FSV fixée par l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale, que ces transferts ne seront plus autorisés à compter du 1^{er} janvier 2016 par la loi de financement de la sécurité sociale mais par un décret et qu'ils ne pourront pas représenter moins de 50 % des dépenses du régime général, du régime des salariés agricoles et du RSI au titre du minimum contributif.

L'exposé des motifs de cet article précise que ces transferts seront fixés sur la base du montant effectif des dépenses au titre du minimum contributif.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Votre commission a adopté un amendement visant à supprimer les alinéas 1 et 2 de cet article, afin que les transferts qu'il prévoit restent autorisés à compter du 1^{er} janvier 2016 par la loi de financement de la sécurité sociale et ne soient pas renvoyés à un décret.

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

Article 64

**Fixation des charges des organismes concourant
au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale**

Objet : Cet article a pour objet de fixer les prévisions de dépenses du Fonds de solidarité vieillesse pour 2015.

I - Le dispositif proposé

L'article L.O. 113-3 du code de la sécurité sociale prévoit la fixation par la loi de financement de la sécurité sociale des charges prévisionnelles des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base.

Le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) est à ce jour le seul organisme concerné.

En conformité avec le tableau d'équilibre présenté à l'article 26 du projet de loi, le présent article fixe le montant des charges prévisionnelles du FSV à **19,6 milliards d'euros pour l'exercice 2015**. Les dépenses prévisionnelles rectifiées prévues à l'article 5 pour l'exercice 2014 s'établissent à 20,6 milliards d'euros.

Les charges prévisionnelles du FSV pour 2015 diminuent ainsi de **5,1 %** par rapport à 2014.

Cette diminution serait principalement due à **la baisse des dépenses liée à la révision des modes de calcul du montant de la prise en charge des cotisations vieillesse des chômeurs**.

Ce transfert à la Cnav était en effet préalablement calibré sur la base d'une durée hebdomadaire de 39 heures et non de 35 heures, soit 2 028 heures par an contre 1 820 désormais. La cotisation forfaitaire baisserait ainsi de **- 8,3 %**, diminuant de **800 millions d'euros** le montant des cotisations prises en charge au titre du chômage qui atteindrait **10,5 milliards d'euros** malgré la hausse prévue de **+ 0,7 %** des effectifs de chômeurs en 2015.

La part des dépenses liées au **minimum contributif** pris en charge par le FSV se maintiendra en 2015 à son niveau de 2014, soit **3,9 milliards d'euros**, comme le prévoit l'article 63 du projet de loi.

Les charges liées au **minimum vieillesse** devraient très légèrement augmenter pour atteindre **3,1 milliards d'euros**. Si la baisse structurelle des effectifs due à l'amélioration du niveau des pensions contributives se poursuivra, la revalorisation exceptionnelle du minimum vieillesse au 1^{er} octobre 2014 – qui s'ajoutera à la revalorisation déjà intervenue au 1^{er} avril 2014 – impliquera un coût pour le FSV en 2015 de **51 millions d'euros**. Cette revalorisation permettra au plafond d'atteindre **800 euros par mois pour une personne seule (soit 9 600 euros par an) et 1 242 euros (soit 14 904 euros par an) pour un couple**.

Enfin, la compensation aux régimes de retraite des **validations gratuites** de trimestres d'assurance au titre des **périodes d'arrêt maladie, maternité ou d'invalidité**, dont le FSV assure la compensation depuis le second semestre 2010, s'élèverait à **1,52 milliard d'euros**, en progression de **2,4 %**.

Depuis 2014, le FSV assume la prise en charge financière de la mesure permettant aux jeunes apprentis de valider la totalité de leurs trimestres d'apprentissage au titre de la retraite pour un coût estimé à **18 millions d'euros**.

A compter de 2015, **il prendra également en charge les cotisations relatives aux périodes de stages de formation professionnelle** mentionnées à l'article L. 6342-3 du code du travail.

Notons enfin que l'article 5 du projet de loi prévoit de confier au FSV la prise en charge de **la prime exceptionnelle de 40 euros** pour les retraités dont la retraite est inférieure à 1 200 euros, ce qui représentera une charge de **240 millions d'euros en 2015**.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

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

TITRE VI

DISPOSITIONS RELATIVES A LA GESTION DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DES ORGANISMES CONCOURANT A LEUR FINANCEMENT AINSI QU'AU CONTRÔLE ET A LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE

Article 65 A

Rationalisation des systèmes d'information de la branche famille

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à transférer à la Caisse nationale des allocations familiales certaines missions et activités relevant des centres régionaux de traitement informatique, du service commun des caisses d'allocation familiale de la région parisienne et des centres nationaux d'études et de développement informatique de la branche famille.

I - Le dispositif proposé

Cet article est issu d'un amendement de M. Gérard Bapt et Mme Marie-Françoise Clergeau, adopté par l'Assemblée nationale. Il prévoit de regrouper les centres régionaux de traitement informatique afin de rationaliser l'organisation du système d'information de la branche famille au sein d'une direction informatique unique à la Caisse nationale d'allocations familiales (Cnaf).

A cette fin, l'article prévoit de transférer à la Cnaf les « *missions et activités de développement, de production, de support et de pilotage local* », ainsi que les droits, biens et obligations de ces centres à partir du 1er juillet 2015. Sont également concernés par ce transfert les missions et activités du service commun des caisses d'allocations familiales de la région parisienne et des centres nationaux d'étude et de développement informatique de la branche.

En conséquence, les centres régionaux de traitement informatique sont dissous au 1^{er} juin 2015.

II - La position de la commission

Dans son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale publié en septembre 2012, la Cour des comptes a souligné que la dispersion des structures et le manque de clarté de la gouvernance des systèmes d'information de la branche famille « *nuisent à l'efficience de la branche* ».

La rationalisation de la gouvernance et la simplification du pilotage du système d'information de la branche sont des objectifs louables. Les gains d'efficacité à attendre de cette mesure s'élèveraient à 20 millions d'euros.

Votre commission vous demande donc d'adopter cet article sans modification.

Article 65

(art. L. 114-17 du code de la sécurité sociale)

Proportionnalité des sanctions prononcées en cas de fraudes aux prestations famille et vieillesse

Objet : Cet article propose d'adapter le dispositif de sanctions en cas de fraudes aux prestations familiales et vieillesse à la diversité des situations rencontrées.

I - Le dispositif proposé

L'étude d'impact de l'article souligne que les contrôles des CAF et des Carsat font face à des obstacles croissants : refus explicites ou implicites, non communication de pièces...

Dans ce cas, les caisses ont la possibilité de donner des avertissements, ce qui est peu dissuasif, ou de suspendre les prestations, ce qui n'est pas toujours un moyen adapté : la prestation peut être versée à un tiers, il peut s'agir d'un minimum social, elle peut être indue.

Le présent article modifie l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale pour ajouter aux cas dans lesquels le directeur de la caisse peut prononcer une pénalité « *les actions ou omissions ayant pour objet de faire obstacle ou de se soustraire aux opérations de contrôle* ».

Le 1° de l'article a donc pour objet de prévoir, en plus des quatre cas déjà prévus, une pénalité en cas d'obstacle à un contrôle.

Il précise également qu'une sanction devenue définitive en application de l'article peut constituer le premier terme d'une récidive. Dans la rédaction actuelle, la récidive suppose la réitération des mêmes faits.

Le 2° de l'article procède à l'abaissement du seuil minimum des pénalités, actuellement de 313 euros, soit un dixième du plafond de la sécurité sociale, vise à favoriser le recours aux pénalités financières pour les fraudes de faible ampleur. Il est proposé de le fixer à un trentième du plafond de la sécurité sociale, soit 104 euros.

L'étude d'impact évalue à 6,5 millions d'euros les conséquences financières de l'article.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Sur proposition de Gérard Bapt, l'Assemblée nationale a adopté trois amendements rédactionnels à cet article.

En adoptant un amendement présenté par Stéphane Claireaux et un sous-amendement du Gouvernement, elle a complété l'article par un II modifiant l'article L. 114-18 du code de la sécurité sociale pour renforcer les sanctions à l'encontre des personnes qui incitent « à refuser de se conformer aux prescriptions de la législation de sécurité sociale ».

Ces sanctions, qui sont actuellement de six mois de prison et/ou d'une amende de 15 000 €, sont portées à deux ans de prison et/ou à 30 000 euros d'amende.

L'amendement crée également une nouvelle infraction de refus d'affiliation à la sécurité sociale ou de persistance du refus des démarches en vue de l'affiliation, punie de six mois d'emprisonnement et d'une amende de 15 000 euros.

III - La position de la commission

Ainsi que l'a noté le rapport de nos collègues Jean-Noël Cardoux et Jean-Pierre Godefroy sur le régime social des indépendants, la contestation de la sécurité sociale est aussi ancienne que la sécurité sociale elle-même.

Cette contestation, qui reste un phénomène relativement marginal, connaît un nouvel essor au cours de la période récente, dans un contexte de crise économique. Des avocats se sont spécialisés dans cette contestation en prenant appui sur l'arrêt BKK de la Cour de justice de l'Union européenne.

Les outils répressifs existent dans le code de la sécurité sociale mais les faits n'ont pour le moment pas fait l'objet de poursuites donnant lieu à une réponse judiciaire.

Votre commission considère que la contestation de l'affiliation de la sécurité sociale doit faire l'objet d'une réponse adaptée et notamment donner lieu à poursuite en raison des conséquences graves qu'elle peut avoir pour les personnes qui se seraient laissé convaincre par une telle démarche.

Elle estime que la peine d'amende est plus adaptée qu'une peine d'emprisonnement et se révélerait plus dissuasive.

Elle propose en conséquence, pour l'incitation à ne pas respecter les règles relatives à la sécurité sociale, de ramener la peine d'emprisonnement à sa durée initiale de six mois et de maintenir le montant de l'amende adoptée par l'Assemblée nationale.

Elle suggère également d'augmenter la peine d'amende pour les personnes refusant de s'affilier à la sécurité sociale, pour lesquelles la sanction financière semble plus dissuasive.

La commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 66

*(art. L.242-1-3 du code de la sécurité sociale
et L. 725-12-1 du code rural et de la pêche maritime)*

**Prise en compte des droits à l'assurance vieillesse acquis
par les salariés d'une entreprise en redressement suite à un contrôle,
sans condition du paiement du redressement par l'entreprise**

Objet : Cet article propose de valider les droits à l'assurance vieillesse des salariés dont l'employeur fait l'objet d'un redressement pour ne pas avoir payé leurs cotisations salariales.

I - Le dispositif proposé

Permettre la prise en compte des droits à l'assurance vieillesse des salariés dont l'employeur fait l'objet d'un redressement pour ne pas avoir payé leurs cotisations salariales

Le présent article vise à mettre fin à l'inégalité de traitement que subissent les salariés du régime général et du régime agricole en termes d'ouverture de droits à l'assurance vieillesse en cas d'absence de paiement des cotisations salariales par leur employeur aux Urssaf.

Dans l'état actuel du droit, les salariés qui peuvent apporter la preuve d'un précompte sur leur rémunération voient leurs droits à l'assurance vieillesse validés même si les cotisations dues par l'employeur n'ont pas été effectivement versées alors que les salariés d'une entreprise redressée suite à un contrôle ne voient pas leurs droits pris en compte, leur validation étant conditionnée au paiement du redressement par l'entreprise.

En effet, la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites prévoit lorsqu'un employeur a fait l'objet d'un contrôle comptable d'assiette ou d'un contrôle effectué dans le cadre de la lutte contre le travail dissimulé :

- que les Urssaf ont l'obligation d'informer les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) du paiement du redressement de cotisations établi pour une entreprise ;

- que l'employeur doit transmettre à la Carsat une déclaration faisant apparaître les montants des rémunérations individuelles rectifiés à la suite des contrôles réalisés, pour les salariés concernés.

Les Carsat ne doivent ainsi procéder à la rectification des droits des salariés qu'une fois en possession de la déclaration rectificative établie par l'employeur et de l'information selon laquelle le redressement a été versé aux Urssaf par l'employeur.

Le présent article prévoit de ne plus conditionner la prise en compte des droits à l'assurance vieillesse des salariés au paiement du redressement par l'employeur. Certains redressements présentent en effet des risques élevés d'insolvabilité de l'employeur, ce qui entraîne alors une très faible prise en compte des rémunérations redressées pour la régularisation des droits des salariés.

Un dispositif qui exclue les cas de collusion entre l'employeur et son salarié

Le présent article prend soin de préciser qu'en cas de travail dissimulé révélant une situation de collusion entre l'employeur et son salarié, la prise en compte des droits à l'assurance vieillesse acquis par le salarié ne pourra intervenir qu'à compter du paiement du redressement.

L'accomplissement des déclarations modificatives confié aux Urssaf

S'agissant des déclarations modificatives, le présent article prévoit que les Urssaf auront la charge d'établir et de transmettre à la Cnav ou à la MSA le document leur permettant de prendre en compte les modifications à apporter au niveau des droits des salariés. Ce ne sera donc pas à l'employeur d'effectuer cette démarche, ce qui apportera une sécurité supplémentaire au salarié quant à la bonne prise en compte de ses droits.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article après en avoir amélioré la rédaction.

III - La position de la commission

Les salariés de bonne foi n'ont pas à subir de conséquences négatives pour leur assurance vieillesse en cas d'absence de précompte et de paiement des cotisations salariales par leur employeur aux Urssaf : **la validation de leurs droits ne doit pas être conditionnée au paiement du redressement par l'entreprise.**

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

Article 67

(art. L114-12-1 du code de la sécurité sociale)

**Ajout du montant des prestations en espèces
servies par les organismes de protection sociale aux données
contenues dans le répertoire national commun de la protection sociale
(RNCPS) pour mieux lutter contre la fraude aux prestations sociales**

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, a pour objet de faire figurer au 1^{er} janvier 2016 dans le répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS) le montant des prestations en espèces servies par les organismes de protection sociale, afin de lutter plus efficacement contre la fraude aux prestations sociales.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Le présent article est issu d'un amendement de M. Pierre Morange adopté par l'Assemblée nationale. Il s'inspire directement des propositions du rapport de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (Mecss) de l'Assemblée nationale sur la lutte contre la fraude sociale déposé le 29 juin 2011.

Adopté par la commission des affaires sociales à l'unanimité, cet amendement a reçu un avis défavorable du Gouvernement.

Il vise à **renforcer la lutte contre la fraude aux prestations sociales** - qui représenterait, selon M. Dominique Tian, rapporteur du rapport précité, environ **1 % des prestations versées, soit 4 milliards d'euros** - en permettant à l'ensemble des organismes de protection sociale ainsi qu'aux administrations fiscales d'établir tous les recoupements qu'elles estiment nécessaire pour détecter cette fraude.

Dans cette perspective, il a pour objet de **faire figurer au 1^{er} janvier 2016 dans le répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS) le montant des prestations en espèces** servies par les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, par les caisses assurant le service des congés payés, par les organismes chargés de la gestion d'un régime de retraite complémentaire ou additionnel obligatoire ainsi que par Pôle emploi.

Le Répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS)

Le Répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS) a été créé par l'article 138 de la loi 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007, codifié à l'article L. 114-12-1 du code de la sécurité sociale.

Il regroupe des données sur :

- l'identification des bénéficiaires de prestations sociales ;
- leur affiliation aux différents organismes qui leur versent ces prestations ;
- la nature des risques couverts, des avantages servis et des adresses déclarées pour les percevoir.

Les objectifs essentiels de ce répertoire sont :

- une qualité de service renforcée, se traduisant notamment par la simplification des démarches et des procédures ;
- une productivité accrue pour les différents régimes ;
- une efficacité accrue pour le contrôle du versement des prestations et la lutte contre les fraudes.

Ce répertoire est :

- commun aux organismes chargés d'un régime obligatoire de base, aux caisses assurant le service des congés payés, aux organismes chargés de la gestion d'un régime de retraite complémentaire ou additionnel obligatoire et aux organismes servant des prestations chômage ;
- ouvert aux organismes de la branche recouvrement dans le cadre de l'exercice de leurs missions, particulièrement celles touchant à la lutte contre le travail illégal, ainsi qu'au Centre de liaisons européennes et internationales de sécurité sociale ;
- ouvert aux collectivités territoriales ainsi qu'aux centres communaux d'action sociale dans le cadre de l'exercice de leurs compétences relatives à l'aide sociale.

Source : Direction de la sécurité sociale

L'article 117 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 avait déjà modifié l'article L. 114-12-1 du code de la sécurité sociale pour indiquer que les échanges d'informations contenues dans le RNCPS entre les différentes administrations qui y ont accès pouvaient porter notamment sur les montants des prestations en espèces servies par ces organismes et préciser que cette nouvelle fonctionnalité devait être mise en œuvre avant la fin de l'année 2012. Dans une réponse à une question écrite, le ministre du budget avait indiqué que ce dispositif était aujourd'hui opérationnel et permettait ces échanges autant que de besoin.

Le présent article facilitera les échanges entre services sur le montant des prestations en espèces en ne prévoyant plus uniquement que les échanges peuvent porter sur ces données mais en faisant figurer ces données directement dans le répertoire. Leur transmission deviendra de la sorte automatique et non plus uniquement à la demande.

Le Gouvernement a justifié son avis défavorable en avançant que l'amendement de M. Morange présentait « *des incertitudes juridiques au regard des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 que la Commission nationale informatique et libertés ne manquerait pas de soulever* ». Selon, lui, « *il conviendrait de pouvoir démontrer le besoin de faire figurer de façon systématique tous les montants, au vu des besoins de tous les utilisateurs, qui sont nombreux* ».

II - La position de la commission

La lutte contre la fraude aux prestations sociales est un enjeu majeur. Faire figurer au 1^{er} janvier 2016 dans le répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS) le montant des prestations en espèces versées par les organismes de protection sociale peut y contribuer valablement.

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

Article 68

(art. L133-4-2 du code de la sécurité sociale)

Remboursement des réductions et exonérations de cotisations sociales en cas de recours au travail dissimulé

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, propose de mettre fin au bénéfice de réductions et d'exonérations de cotisations sociales des employeurs qui ont recours au travail dissimulé, même lorsque ces réductions et exonérations font l'objet d'une demande préalable.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'article L. 133-4-2 du code de la sécurité sociale dispose que « *le bénéfice de toute mesure de réduction et d'exonération, totale ou partielle, de cotisations de sécurité sociale ou de contributions dues aux organismes de sécurité sociale, appliquée par un employeur ou un travailleur indépendant sans qu'il soit tenu d'en faire une demande préalable, est subordonné au respect par l'employeur ou le travailleur indépendant des dispositions des articles L. 8221-1 et L. 8221-2 du code du travail [qui interdisent le recours au travail totalement ou partiellement dissimulé]* ».

Les réductions et exonérations de cotisations de sécurité sociale ou de contributions dues aux organismes de sécurité sociale soumises à une demande préalable ne donnent lieu qu'à des vérifications de conformité sur pièces par les organismes de recouvrement.

Elles ne comprennent plus à l'heure actuelle que :

- les réductions et exonérations octroyées dans le cadre de l'aide aux chômeurs créateurs ou repreneurs d'entreprises (ACCRE) ;
- celles octroyées aux travailleurs indépendants âgés de soixante-cinq ans pour les hommes et soixante ans pour les femmes et ayant élevé au moins quatre enfants jusqu'à l'âge de quatorze ans.

Dans ces deux cas précis, les exonérations continuent à s'appliquer même en cas de recours au travail dissimulé, ce qui apparaît inéquitable.

Le présent article, issu d'un amendement de M. Gérard Bapt ajouté par l'Assemblée nationale, vise à mettre fin à cette anomalie en supprimant les mots « *sans qu'il soit tenu d'en faire une demande préalable* » de l'article L. 133-4-2 du code de la sécurité sociale précité afin que l'ensemble des exonérations soient annulées en cas de travail dissimulé, **y compris celles qui font l'objet d'une demande préalable.**

II - La position de la commission

Aucune réduction ou exonération de cotisations sociales ou de contributions dues aux organismes de sécurité sociale ne doit s'appliquer en cas de recours au travail dissimulé.

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

Article 69

(art. L.8224-2, L.8234-1 et L.8243-1 du code du travail
et L. 133-6-8-4 et L. 243-7-7 du code de la sécurité sociale)

Lutte contre la fraude aux cotisations sociales

Objet : Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, vise à mieux lutter contre la fraude aux cotisations sociales en durcissant les sanctions en cas de recours au travail dissimulé, au marchandage ou au prêt illicite de main d'œuvre avec circonstances aggravantes et en adaptant les outils de contrôle aux spécificités des travailleurs indépendants qui ont recours au régime micro-social.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Le présent article est issu d'un amendement de M. Gérard Bapt adopté par l'Assemblée nationale. Il vise à renforcer les moyens de lutte contre la fraude aux cotisations sociales.

Selon une enquête réalisée par l'Acosse à la demande de la Cour des comptes, et dont celle-ci fait état dans son rapport de septembre 2014 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, **le montant des cotisations et contributions éludées (y compris CSG et CRDS) représenterait chaque année de 20 à 25 milliards d'euros sur l'ensemble du champ de la protection sociale, soit 5 % de leur montant total.** La plus grande part de cette fraude est constituée du travail dissimulé auquel s'ajoutent des irrégularités intentionnelles dans le calcul de l'assiette de cotisation.

Les redressements ne représentent qu'environ **1,5 %** de la fraude estimée dans le champ de la sécurité sociale et certaines cotisations, comme celles des régimes de retraite complémentaire obligatoire, ne font toujours l'objet d'aucun contrôle.

Le renforcement des sanctions en cas de recours au travail dissimulé, au marchandage ou au prêt illicite de main d'œuvre de plusieurs personnes ou de personnes vulnérables ou en état de dépendance

En vertu de l'article L. 8224-1 du code du travail, le fait d'avoir recours au travail dissimulé est puni d'un emprisonnement de trois ans et d'une amende de 45 000 euros.

Les délits de marchandage¹ et de prêt illicite de main d'œuvre sont quant à eux, punis d'un emprisonnement de deux ans et de 30 000 euros d'amende par les articles L. 8234-1 et L. 8243-1 du code du travail.

¹ Défini comme toute opération à but lucratif de fourniture de main-d'œuvre qui a pour effet de causer un préjudice au salarié qu'elle concerne ou d'éluder l'application de dispositions légales ou de stipulations d'une convention ou d'un accord collectif de travail par l'article L. 8231-1 du code du travail.

Le présent article vise à prendre en compte deux circonstances qui aggravent le recours au travail dissimulé, au marchandage ou au prêt illicite de main d'œuvre.

Il porte les sanctions prévues par les articles L. 8224-1, L. 8234-1 et L. 8243-1 du code du travail à cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende en cas de travail dissimulé, de marchandage ou de prêt illicite de main d'œuvre :

- de plusieurs personnes ;
- d'une personne dont la vulnérabilité ou l'état de dépendance sont apparents.

En outre, faisant suite à une préconisation du rapport de la Cour des comptes précité, le présent article prévoit que le montant du redressement des cotisations et contributions sociales mis en recouvrement à l'issue d'un contrôle est majoré de 40 % en cas de constat de recours au travail dissimulé d'un mineur soumis à l'obligation scolaire, de plusieurs personnes ou d'une personne dont la vulnérabilité ou l'état de dépendance sont apparents.

L'adaptation de la lutte contre la fraude aux cotisations sociales au cas des travailleurs indépendants

Le présent article prévoit l'adaptation de la lutte contre la fraude aux cotisations sociales au cas des travailleurs indépendants qui optent pour le régime micro-social de règlement simplifié des cotisations et contributions de sécurité sociale prévu par l'article L. 133-6-8 du code de la sécurité sociale.

Dans cette perspective, il introduit un article L. 133-6-8-4 dans le code de la sécurité sociale qui dispose qu'un travailleur indépendant qui choisit un régime micro-social doit dédier un compte bancaire à l'exercice de l'ensemble des transactions financières liées à son activité professionnelle.

Le fait de concentrer l'ensemble des transactions sur un compte bancaire unique permettra ainsi de mieux distinguer ce qui relève de l'activité professionnelle du travailleur indépendant de ce qui relève de ses activités privées et facilitera les contrôles.

II - La position de la commission

Il paraît pleinement légitime de durcir les sanctions en cas de recours au travail dissimulé, au marchandage ou au prêt illicite de main d'œuvre **avec circonstances aggravantes** et d'adapter les outils de contrôle aux spécificités des travailleurs indépendants qui ont recours au régime micro-social, afin de **lutter contre la fraude aux cotisations sociales**.

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

EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le mercredi 5 novembre 2014, sous la présidence de M. Alain Milon, président, la commission procède à l'examen des rapports de MM. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général en charge des équilibres financiers généraux et de l'assurance maladie, René-Paul Savary, rapporteur pour le secteur médico-social, Mme Caroline Cayeux, rapporteur pour la famille, MM. Gérard Roche, rapporteur pour l'assurance vieillesse et Gérard Dériot, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – En examinant le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, nous nous acquittons d'une triple mission : approuver les comptes de 2013, dernier exercice clos, rectifier les prévisions et les objectifs de recettes de 2014, année en cours, définir les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses pour l'année à venir.

Le déséquilibre structurel de la sécurité sociale s'est accentué avec la crise, creusant le déficit des comptes sociaux. Pour corriger celui-ci, le Gouvernement a augmenté massivement la part des recettes, qui ont progressé de 11 milliards d'euros entre 2012 et 2013, dont 7,6 milliards au titre de recettes nouvelles. En revanche, peu de réformes mais des dépenses supplémentaires : allocation de rentrée scolaire pour 400 millions d'euros et complément familial pour 60 millions. Surtout, l'élargissement des conditions de départ en retraite anticipée avant 62 ans se traduit par une dépense supérieure à 830 millions d'euros en 2015 pour le seul régime général. Le dispositif mériterait d'être revu. Au total, le déficit des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse n'a diminué que de 3,1 milliards d'euros pour s'établir à 16 milliards en 2013.

Pour 2014, les recettes devaient progresser de 10 milliards d'euros dont la moitié au titre des recettes nouvelles. Celles-ci ont été rectifiées deux fois à la baisse, dans la loi rectificative puis par le présent projet de loi, pour un total de 3,4 milliards. La croissance reste atone et les recettes ne rentrent pas. Le déficit prévisionnel est de 15,4 milliards d'euros, soit 2,2 milliards de plus que prévu.

Pour 2015, le Gouvernement a amorcé un changement de cap : pas ou peu de recettes nouvelles, mais des compensations à trouver pour les réductions de cotisations et de taxes affectées du pacte de responsabilité ; des économies par rapport à la trajectoire tendancielle et, au final, une révision à la baisse de son objectif de réduction des déficits, fixé à 2 milliards environ. En avril dernier, le programme de stabilité annonçait 21 milliards d'économies sur trois ans sur les administrations de sécurité sociale, dont 9,6 milliards d'euros dès 2015, reposant en partie sur l'absence de revalorisation de certaines prestations. Quelques mois plus tard, l'inflation plus basse que prévu met à mal ces économies de non-revalorisation ; l'objectif de 9,6 milliards d'euros a pourtant été maintenu.

Les économies nouvelles se feront sur les régimes de sécurité sociale, à hauteur de 4,4 milliards d'euros. La mise en œuvre de la stratégie nationale de santé dégagera 3,2 milliards d'euros d'économies, grâce à une diminution des dépenses sous Ondam, en deçà de l'évolution tendancielle estimée à + 3,9 % par an. La branche famille devait dégager 700 millions d'euros d'économies, dont il ne reste désormais que 530 millions (400 millions dans le PLFSS et 130 millions de mesures règlementaires). S'y ajouteront les 500 millions d'euros économisés sur la gestion des caisses, mais la modulation des allocations familiales pourrait exiger plusieurs centaines d'emplois supplémentaires.

Les mesures déjà adoptées devraient commencer à produire leurs effets, à hauteur de 4 milliards d'économies, soit 1 milliard au titre de la nouvelle convention d'assurance chômage du 14 mai 2014, 1,5 milliard pour la réforme des retraites, 900 millions d'euros dégagés par l'accord sur les retraites complémentaires de mars 2013, et 600 millions d'euros au titre des réformes intervenues sur la branche famille et sur la réévaluation du Fonds national d'action sociale. Enfin, 1,2 milliard d'économies nouvelles sont annoncés sur l'assurance-chômage et les régimes complémentaires alors qu'aucun nouvel accord n'est prévu à brève échéance. Les chiffrages fournis par l'Unedic et les complémentaires de santé suggèrent que le rendement effectif des mesures déjà prises devrait être revu à la baisse, la branche famille ne dégageant que 400 millions d'euros et les retraites, moins de la moitié de ce qui était prévu. Au total près de 3 milliards d'euros d'économies pourraient faire défaut sur le périmètre des administrations de sécurité sociale.

La structure des recettes est modifiée par les compensations que l'État versera au titre des allègements de cotisations et des abattements sur la C3S – soit 6,3 milliards d'euros de recettes en moins – sous la forme d'une rebudgétisation des aides personnalisées au logement, d'une affectation à la sécurité sociale du prélèvement de solidarité, ou encore d'une modification du fonctionnement des caisses de congés payés. Quant aux recettes de la CSG, la détermination des taux en fonction du revenu fiscal de référence, rendue nécessaire par la sortie de certains foyers de l'impôt sur le revenu, aurait dû provoquer une augmentation que le Gouvernement a choisi de neutraliser en élevant le seuil d'exonération en faveur des retraités et des chômeurs à bas revenus. Le Gouvernement poursuit également la réduction des niches sociales en encadrant les assiettes forfaitaires (formateurs occasionnels) et en supprimant certaines exonérations (élus des chambres consulaires). Enfin, il adopte des mesures de régulation sur le médicament pour répondre au défi budgétaire posé par le traitement de l'hépatite C.

En prélevant 1,5 milliard sur la trésorerie des caisses de congés payés, pour compenser les mesures d'allègement de cotisations en faveur des entreprises, le Gouvernement prend le risque de complexifier la gestion de ces congés, que les entreprises seront amenées à prendre en charge. Il est toutefois difficile de supprimer cette mesure, même si elle est non pérenne, car elle représente le quart de la compensation à la sécurité sociale des réductions de cotisations votées dans la loi de financement rectificative.

En 2016, le pacte de responsabilité prévoit une réduction de 1,8 point de la cotisation famille pour les salaires de 1,6 à 3,5 Smic pour un coût de 4,5 milliards et une augmentation de l'abattement sur la C3S. Cette nouvelle étape intervient alors que la compensation pérenne de la première partie du pacte n'est toujours pas assurée.

La croissance économique, de 0,4 % par an en 2012 et 2013, s'est essoufflée en 2014, sans aucun signe de reprise. Si l'objectif de 1 % prévu pour 2015 n'était pas atteint, les recettes seraient moindres en fin d'année. La prévision d'un solde déficitaire de 13,2 milliards d'euros reste aléatoire. La réduction du déficit pourrait être inférieure aux 2,2 milliards d'euros programmés. Quant à la dette sociale, elle dépasse les 160 milliards d'euros, sans que les gouvernements successifs jugent nécessaire d'augmenter la CRDS. Il faudrait l'amortir et elle ne cesse de croître. En la reportant à hauteur de 17 % sur la trésorerie de l'Acoss, on l'expose à la volatilité des taux à court terme, au risque de renforcer encore le déséquilibre structurel de la sécurité sociale.

Par rapport aux défis soulevés par l'état des finances sociales, le compte n'y est pas. Celui-ci nécessite d'accentuer l'effort budgétaire en consolidant les économies en dépenses et en révisant les prévisions de recettes. Rien ne s'oppose à l'adoption de la première partie du texte, relative aux comptes de l'année 2013, exercice clos et dûment certifié. Je vous propose également d'adopter les tableaux 2014 avec un amendement qui refuse au Gouvernement un blanc-seing pour financer par le FSV des mesures prises par décret. En revanche, nous ne pouvons adopter les équilibres généraux 2015 sans mesures d'économies supplémentaires.

Sur l'assurance maladie, le texte comporte beaucoup de mesures techniques, sans ouvrir sur le débat de fond qui devrait avoir lieu en début d'année prochaine avec l'examen du projet de loi relatif à la santé. Le contexte de crise limite les recettes en même temps qu'il amplifie les conséquences d'une couverture médicale diminuée pour nos concitoyens les plus fragiles. Des réformes structurelles fortes s'imposent. La Fédération hospitalière de France (FHF) estime que près de 30 % des actes pris en charge ne seraient pas pertinents – ce qui correspondrait à un surcoût inutile de 30 milliards d'euros pour l'assurance maladie. Le Gouvernement ne propose pourtant que de réduire ce gaspillage de 50 millions par une mesure législative et de 1,2 milliard par des dispositions réglementaires. Quel décalage !

La Cour des comptes préconise certaines mesures d'économies substantielles autant que consensuelles telles que le désengorgement des urgences hospitalières ou le recours aux médicaments génériques. La maîtrise des dépenses de personnel hospitalier n'implique pas qu'on minimise la souffrance qu'il endure. Un Ondam hospitalier à 2 % représente un effort considérable pour les établissements de soins dont les coûts évoluent spontanément autour de 2,47 %. La clef tient à une meilleure gestion du temps de travail. Il convient de faire confiance aux acteurs de terrain, mais la FHF dénonce le peu de soutien dont bénéficient les directeurs dans leurs négociations avec les personnels.

Enfin, il faut continuer à prendre en charge et à soutenir l'innovation dans le champ du médicament. L'exemple du Sovaldi nous y incite. Le dispositif que propose le Gouvernement se contente de contenir les dépenses liées au traitement de l'hépatite C. Il prévoit également une réforme du mécanisme général de régulation des dépenses du médicament. Il faudrait y ajouter une réforme du mécanisme d'évaluation du médicament, telle qu'elle nous a été proposée par la Haute Autorité de santé, ainsi que des adaptations de notre mécanisme de remboursement aux enjeux de l'innovation.

Plusieurs des mesures relatives aux hôpitaux rejoignent les propositions du rapport de la Mecss sur la tarification à l'activité, présenté par Jacky Le Menn et Alain Milon : statut des hôpitaux de proximité (article 37), prise en charge des actes innovants (article 41), contrats d'amélioration des pratiques (article 36). Je vous proposerai d'étendre le contrôle de la pertinence des soins (article 42) aux soins de ville et aux relations ville-hôpital. Quant à l'accès aux soins, le Gouvernement propose de simplifier le régime du paiement des soins aux détenus (article 32), ce qui constitue une mesure de bonne gestion. Il renforce les mécanismes incitatifs pour l'installation des praticiens en zones sous-denses (articles 38 et 39), persévérant ainsi dans l'empilement de mesures ponctuelles.

M. Gilbert Barbier. – *Totalement inefficaces.*

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – *Il aligne le régime de prise en charge par l'assurance maladie des vaccins effectués dans les centres de vaccination sur celui des vaccins réalisés en ville ou dans le cadre de la protection maternelle et infantile (article 34). Je proposerai un amendement pour que les structures publiques de vaccination puissent se fournir en vaccins à moindre coût.*

Le projet de loi étend le mécanisme du tiers payant aux bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) (article 29). L'Assemblée nationale a déjà dispensé ces bénéficiaires de franchise et de participation forfaitaire, au même titre que ceux de la CMU-C (article 29 bis). Les syndicats de médecins sont presque tous favorables à l'article 29, favorisant l'accès aux soins de publics fragiles. L'article 29 bis, plus controversé, concerne des sommes minimales qui pourraient être couvertes par le tiers payant. Je proposerai de supprimer la participation forfaitaire sur les actes médicaux pour les bénéficiaires de l'ACS, tout en maintenant le principe du paiement des franchises.

L'article 10 fixe à 700 millions d'euros le plafond des dépenses allouées au traitement de l'hépatite C pour 2015. L'article 11 simplifie le régime et les modalités de recouvrement de la taxe sur les premières ventes de dispositifs médicaux. L'article 43 renforce les conditions d'inscription de certains dispositifs médicaux sur la liste des produits et prestations, afin d'améliorer leur traçabilité et leur contrôle. L'article 43 ter autorise le recours aux génériques pour remplacer les médicaments nécessitant un inhalateur. Je vous proposerai de le supprimer. L'article 44 valorise financièrement le non-recours dans les hôpitaux aux médicaments de la liste en sus qui regroupe les médicaments innovants et particulièrement onéreux. L'article 47 modifie les modalités de fixation du tarif des médicaments figurant sur cette liste. L'article 44 bis prévoit une procédure de contrôle et de sanction portant sur le taux

de prescription de médicaments génériques dans les établissements hospitaliers, par le biais de contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins. L'article 46 étend le dispositif existant pour les produits de la liste en sus au remboursement des produits rétrocédables par les établissements hospitaliers, garantissant ainsi une base de remboursement proche du prix réellement payé. A tout cela, s'ajoutent des mesures de rationalisation, comme celle proposée à l'article 33 qui fusionne en une seule structure les consultations de dépistage anonyme et gratuit du VIH et des hépatites et les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles, à compter du 1^{er} janvier 2016.

Enfin, le PLFSS comporte des mesures techniques. L'article 4 réduit le montant de la dotation de l'assurance maladie à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam) au titre de l'exercice 2014, pour tenir compte d'un moindre niveau d'activité que celui prévu en LFSS.

L'article 50 précise les conditions et les modalités d'indemnisation par l'Oniam des actes de soins à visée esthétique. L'article 53 fixe le montant de la participation de l'assurance maladie au financement du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés, de l'Oniam et de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires, au titre de l'année 2015. Il fixe également le montant de la contribution de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement des ARS et des opérateurs.

L'article 54 fixe les objectifs de dépense de la branche maladie à 198 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, dont 173,6 milliards d'euros pour le régime général. L'article 55 fixe le niveau de l'Ondam et de ses sous-objectifs pour l'année 2015. Le montant proposé de 182,3 milliards correspond à une augmentation de 2,1 % par rapport à l'exercice 2014.

La gravité de la situation financière de l'assurance maladie obligatoire exigerait des mesures beaucoup plus fermes. Un changement d'orientation est indispensable. Une économie supplémentaire d'un milliard d'euros sur l'Ondam est possible. Un certain nombre de mesures y contribueraient, comme l'implication des pouvoirs publics pour mieux garantir la pertinence des actes, le recours accru aux génériques, une meilleure évaluation des médicaments remboursés, le passage du paracétamol, en automédication, hors pédiatrie et maladies chroniques, la réforme de la tarification des urgences hospitalières, le rétablissement du jour de carence pour les personnels hospitaliers, la renégociation des accords relatifs au temps de travail dans les établissements hospitaliers et une lutte active contre les fraudes.

M. René-Paul Savary, rapporteur pour le secteur médico-social. – Historiquement, l'Ondam médico-social a connu une progression plus soutenue que celle de l'Ondam dans son ensemble, en raison des efforts accomplis pour favoriser l'accès aux soins des personnes âgées et handicapées et pour en renforcer l'encadrement. Cette période est révolue. En 2014, 43 millions d'euros de crédits ont été annulés par la loi de financement rectificative du 8 août dernier et 100 millions d'euros vont l'être par la présente loi de financement. En 2015, le rythme de progression de l'Ondam médico-social s'alignera sur celui des dépenses d'assurance

maladie. Le sous-objectif personnes âgées augmentera de 2,1 % et celui des personnes handicapées de 2,2 %, pour un montant de 17,9 milliards d'euros. Le Gouvernement prévoit de prélever 1,2 milliard d'euros sur le produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) ainsi que 110 millions d'euros sur les réserves de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Au total, 19,2 milliards d'euros iront au financement des soins dispensés par les établissements et services médico-sociaux, soit 476 millions d'euros de plus qu'en 2014.

Ces crédits renforceront les moyens existants dans les établissements et services médico-sociaux à hauteur de 0,8 %, contre 1 % en 2014. On consacrera 100 millions d'euros à l'achèvement du processus de médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). D'ici la fin de l'année 2015, la tarification sera adaptée aux besoins des résidents. Comme en 2014, une enveloppe de 10 millions d'euros assurera le financement des dépenses de soins en Ehpad. Enfin, près de 200 millions d'euros serviront à l'achèvement des plans de créations de places déjà engagés ainsi qu'au lancement des nouveaux plans autisme et Alzheimer. La qualité de l'accompagnement sera privilégiée afin que chaque personne en situation de handicap ou de perte d'autonomie trouve des solutions de prise en charge adaptées à sa situation.

L'ensemble du produit de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (Casa) sera enfin affecté au budget de la CNSA. Ces 680 millions d'euros faciliteront la mise en œuvre du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement. Le Gouvernement s'est engagé à financer un plan pluriannuel d'investissement dans le secteur médico-social (2015-2017). L'effort est bienvenu car les besoins sont criants. Je vous proposerai d'inscrire cet engagement dans la loi. Deux autres amendements garantiront la bonne utilisation de la CSA, car le Gouvernement prévoit d'en détourner une partie pour assurer le financement d'agences qui devrait reposer sur l'assurance maladie.

Des mesures de simplification sont indispensables pour clarifier le partage des responsabilités entre financeurs, puis, à terme, pour envisager les transferts de charges nécessaires. Pourquoi des financements différents pour les foyers d'accueil médicalisé (FAM) et les maisons d'accueil spécialisées (MAS), qui prennent en charge le même type de patients ? Un groupe de travail réfléchit également à une allocation plus simple et plus objective des moyens attribués aux Ehpad.

Ne soyons pas naïfs, toute réforme ambitieuse de la tarification crée des gagnants et des perdants. Elle est difficile à mener lorsque les enveloppes de financement progressent peu. Des solutions raisonnables existent à condition d'éviter la complexité. Commençons par achever les études de coûts pour avoir une vision partagée des charges subies par chaque type de structure.

La coordination entre intervenants gagnerait également à être simplifiée. Trop souvent, les sorties d'hospitalisation sont rendues difficiles par le manque de prise en charge en aval de l'hôpital. Bon nombre d'hospitalisations seraient évitées si les fragilités des patients étaient repérées plus en amont. Les centres locaux d'information et de coordination (Clic) et les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (Maia), devraient voir leur rôle clarifié. Les

expérimentations relatives aux parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (Paerpa) ont été rendues possibles par la loi de financement pour 2013. Ce n'est que plus d'un an et demi après que devrait commencer leur mise en œuvre opérationnelle dans quelques territoires pilotes. Pourquoi ? À cause de la rédaction de cahiers des charges particulièrement lourds et de la mise en place d'instances de pilotage qui viennent s'ajouter aux structures déjà existantes – le millefeuille social !

L'objectif de fluidification des parcours était louable. La méthode utilisée reste perfectible. Faisons confiance aux acteurs de terrain mais facilitons-leur la tâche, notamment par le renforcement de l'interopérabilité des systèmes d'information.

Enfin, la gouvernance mérite d'être simplifiée. Les Français doivent identifier clairement les autorités responsables en matière d'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie. Les conseils généraux ont démontré leur compétence. Des incertitudes pèsent sur leur avenir. Ils constituent les maillons indispensables à la construction de parcours de vie adaptés aux besoins des personnes les plus fragiles. Je souhaite que l'examen du projet d'adaptation de la société au vieillissement affirme leur rôle de chef de file.

M. Alain Milon, président. – Il y a deux ans et demi, c'est nous qui étions au pouvoir...

M. Gérard Roche, rapporteur pour la branche vieillesse. – La loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites a apporté une réponse très insuffisante au lancinant problème de la soutenabilité financière de notre modèle de retraite par répartition. De nouvelles réformes sont indispensables.

Les dépenses de la branche vieillesse des régimes obligatoires de base représentent 224 milliards d'euros, soit 11 % de la richesse nationale. Le déficit qui court depuis 2005 malgré les réformes de 1993 et de 2003, a été accentué par la crise de 2008 pour atteindre 15 milliards d'euros en 2010. Pour faire face à cette situation exceptionnelle, la loi du 9 novembre 2010 a relevé l'âge légal de départ à la retraite de 60 ans à 62 ans et l'âge du taux plein sans décote de 65 ans à 67 ans. Le déficit s'est ainsi réduit à 11,3 milliards d'euros en 2011 puis 10,2 milliards en 2012 et 6,5 milliards en 2013.

Pour accomplir une promesse de campagne du candidat François Hollande, le décret du 2 juillet 2012 a autorisé le départ à la retraite à 60 ans des assurés qui ont acquis l'ensemble des trimestres nécessaires au taux plein et qui ont commencé à travailler avant l'âge de 20 ans. Il a financé cette réforme, dont le coût pour la CNAV pour la seule année 2015 est évalué à 838 millions d'euros, en augmentant le taux des cotisations vieillesse.

Alors qu'elle s'était vivement opposée à la réforme de 2010, la nouvelle majorité a rapidement compris que non seulement la loi qu'elle avait tant critiquée était absolument indispensable, mais qu'elle était même insuffisante pour permettre un retour à l'équilibre du système de retraite à l'horizon 2020, compte tenu de la situation économique de notre pays. C'est ainsi que le Parlement a adopté la loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites.

C'est ainsi que la loi du 20 janvier 2014, garantissant l'avenir et la justice du système de retraites a augmenté, à compter de 2020, le nombre de trimestres nécessaires pour bénéficier d'une pension de retraite à taux plein (de 167 trimestres en 2020 pour la génération 1958, à 172 trimestres en 2035 pour la génération 1973). Elle a également apporté de nouvelles recettes à la branche vieillesse de la sécurité sociale grâce à une hausse des cotisations vieillesse de 0,3 point pour les salariés et de 0,3 point pour les employeurs sur la période 2014-2017, et à l'assujettissement à l'impôt sur le revenu de la majoration de pension pour les retraités ayant élevé trois enfants ou plus. Enfin, elle a décalé de six mois la date de revalorisation annuelle des pensions de base. Elle a aussi mis en place un compte personnel de prévention de la pénibilité, dont les décrets d'application sont parus le 10 octobre au Journal officiel.

Le déficit de la branche vieillesse devrait poursuivre sa diminution et atteindre 5,4 milliards d'euros en 2014. Sa réduction marquerait le pas en 2015, puisque le présent projet prévoit qu'il ne diminuerait que d'1,2 milliard d'euros.

Le retour à l'équilibre de la branche vieillesse semble désormais repoussé sine die. Certes, le régime général serait en léger excédent en 2017 et l'ensemble des régimes de base seraient à l'équilibre. Mais ces prévisions se fondent sur des hypothèses macroéconomiques que le Haut conseil des finances publiques qualifie d'« optimistes ». Qui plus est, le Gouvernement semble avoir renoncé à juguler le déficit du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) qu'il évalue à 2,4 milliards d'euros en 2017, soit un niveau à peine inférieur à celui qui est annoncé pour 2015.

Ce fonds assure le refinancement des régimes d'assurance vieillesse pour la partie de leurs dépenses de retraites qui relèvent de la solidarité nationale. Son principal poste de dépenses est la prise en charge des cotisations résultant de la validation gratuite de trimestres correspondant aux périodes de chômage, soit 10,75 milliards d'euros en 2013. Déficitaire depuis 2009, le FSV, est en réalité comme un outil commode grâce auquel les pouvoirs publics présentent des comptes qui sous-estiment artificiellement la gravité de la situation. Ce déficit structurel est inacceptable.

La soutenabilité de notre système de retraite par répartition, qui dépend étroitement de la croissance économique, n'est pas non plus garantie à long terme. Une nouvelle réforme des retraites doit être rapidement envisagée. Avec mon groupe, je suis favorable à un régime universel par points ou en comptes notionnels...

Mme Isabelle Debré. – Eh oui !

M. Gérard Roche, rapporteur. – ...inspiré du modèle suédois. Le Sénat avait adopté l'an dernier, à notre initiative, un amendement en ce sens. Dans l'attente de cette réforme systémique, l'on ne peut jouer que sur trois paramètres pour rééquilibrer le système actuel : les taux de cotisation, le niveau des pensions et les bornes d'âge.

De nouvelles hausses de cotisations vieillesse nuiraient à la compétitivité de nos entreprises et à l'emploi, comme l'a enfin compris le Gouvernement, chargé de mettre en œuvre le Pacte de responsabilité et de solidarité voulu par le Président de la République et adopté par le Parlement l'été dernier.

S'attaquer au niveau de vie et au pouvoir d'achat des retraités constituerait une erreur : ils ont déjà subi une absence de revalorisation de leurs pensions en 2014, exception faite des retraités les plus modestes qui bénéficieront d'une petite prime exceptionnelle de 40 euros en début d'année prochaine et des allocataires du minimum vieillesse, dont le niveau a été porté le 1^{er} octobre dernier à 800 euros pour une personne seule et à 1 240 euros pour un couple.

J'appelle de mes vœux de nouvelles mesures de relèvement des bornes d'âge, dont l'effet très favorable sur les finances de la branche vieillesse, surtout à moyen et long terme, n'est plus à démontrer. En vertu de la réforme des retraites de 2010, l'âge légal est actuellement repoussé chaque année de 5 mois jusqu'au 1^{er} janvier 2017, où il sera de 62 ans pour la génération née en 1955. Pourquoi ne pas envisager de poursuivre ce relèvement progressif au-delà de cette date en prévoyant que l'âge légal passerait à 62 ans et 5 mois en 2018, puis 62 ans et 10 mois en 2019, avec l'ambition de parvenir à 64 ans en 2024 ? Je vous présenterai un amendement en ce sens. Naturellement, une telle mesure réclamera des efforts importants de la part de nos compatriotes. Mais notre système peut prendre en compte les carrières longues et le compte personnel de prévention de la pénibilité permet aux travailleurs les plus fragiles ou qui ont travaillé longtemps de partir à la retraite avant l'âge légal.

Mme Annie David. – Vous allez-le supprimer ?

M. Gérard Roche, rapporteur. – Ancien médecin, j'ai toujours été convaincu que le caractère pénible de certains métiers avait un effet négatif sur l'espérance de vie de ceux qui les exercent pendant de longues années et il me paraît équitable que notre système de retraite en tienne compte. La réforme des retraites de 2010, qui envisageait la pénibilité uniquement sous l'angle de l'usure physique médicalement constatée, apportait une réponse inadéquate.

Le compte personnel de prévention de la pénibilité, à l'inverse, constitue un dispositif plutôt séduisant d'un point de vue intellectuel. Tout salarié exposé pendant une durée minimale et au-dessus d'un certain seuil à l'un des dix facteurs de pénibilité définis par le code du travail verra son compte pénibilité crédité de points lui permettant de se former pour obtenir un emploi moins pénible, de travailler à temps partiel ou d'obtenir des trimestres supplémentaires afin de partir à la retraite avant l'âge légal.

Toutefois, les artisans et les patrons de TPE-PME sont inquiets. Ils craignent que la complexité de ce nouveau système, qu'ils sont nombreux à percevoir comme une « usine à gaz », n'alourdisse la gestion de leur personnel et ne soit source de contentieux. M. Michel de Virville m'a expliqué comment il avait travaillé avec les partenaires sociaux pour préciser les seuils et les durées d'exposition aux différents facteurs de pénibilité définis par les décrets d'application publiés le 10 octobre dernier. Il m'a rassuré sur les démarches administratives qu'auront à accomplir les chefs d'entreprises : sous son impulsion, elles ont été considérablement simplifiées par rapport à ce qu'envisageait l'administration à l'origine.

Mme Nicole Bricq. – Vous auriez dû le dire à vos collègues cette nuit !

Mme Laurence Cohen. – Ils ont supprimé le compte de pénibilité hier soir...

M. Gérard Roche, rapporteur. – Sa deuxième mission, accompagner les branches professionnelles dans l'élaboration de référentiels pour aider les entreprises à identifier le caractère pénible ou non des tâches effectuées par leurs salariés devrait être de nature à apaiser un certain nombre de tensions. En tout état de cause, c'est à l'épreuve des faits que nous mesurerons l'impact réel du compte pénibilité. La décision du Premier ministre de ne faire entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2015 que les quatre facteurs de pénibilité les plus simples à évaluer est à cet égard une mesure de sagesse. Toutefois, si d'ici le 1^{er} janvier 2016, date prévue pour l'entrée en vigueur des six autres facteurs de pénibilité, les inquiétudes des employeurs demeureraient toujours aussi vives, le Parlement devrait remettre ce dispositif sur le métier.

Peu d'articles concernent la branche vieillesse. L'article 56 améliore les droits à retraite des enfants de harkis qui ayant été maintenus, lorsqu'ils étaient jeunes, dans des camps militaires de transit et de reclassement à l'issue de la guerre d'Algérie ont eu, pour cette raison, des difficultés pour accéder au marché du travail. Ces personnes pourront racheter jusqu'à quatre trimestres d'assurance vieillesse, correspondant aux périodes passées dans ces camps. Une réduction forfaitaire spécifique, compensée par l'Etat, sera appliquée au barème de rachat afin de diminuer le reste à charge des personnes concernées.

L'article 56 bis adapte les règles du cumul emploi-retraite au cas spécifique des danseurs du corps de ballet de l'Opéra national de Paris pour qu'ils puissent se constituer de nouveaux droits à l'assurance vieillesse à l'issue de leur première carrière qui s'achève au plus tard à l'âge de 42 ans.

L'article 57 fixe pour 2015 à 224 milliards d'euros les objectifs de dépenses de la branche vieillesse de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et à 120,9 milliards d'euros ceux du seul régime général.

L'article 63 maintient à 3,9 milliards d'euros le niveau des transferts du FSV au régime général, au régime des salariés agricoles et au régime social des indépendants pour compenser en partie la prise en charge par ces régimes du minimum contributif.

L'article 64, enfin, fixe les prévisions de charge du FSV à 19,6 milliards d'euros pour l'année 2015. Sur ces différents articles, je vous proposerai deux amendements rédactionnels.

M. Gérard Dériot, rapporteur pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles. – Après un déficit continu entre 2009 et 2012 en raison de la crise, la branche AT-MP du régime général a renoué avec les excédents en 2013. Compte tenu de son mode de financement assurantiel, elle a en effet vocation à être structurellement équilibrée. Cependant la situation reste fragile. La branche a enregistré un excédent de 638 millions d'euros en 2013, mais le solde serait ramené à 216 millions dès cette année, puis à 195 millions l'année prochaine, à cause principalement de l'augmentation des charges. En outre, le retour à l'équilibre ne doit pas faire oublier l'existence d'une dette importante de 1,8 milliard d'euros fin 2013, qui reste à apurer.

Derrière la baisse tendancielle de la sinistralité, le bilan apparaît contrasté. Le nombre d'accidents du travail atteint un niveau historiquement bas. Environ 904 000 sinistres ont été recensés au régime général en 2013, après 943 000 en 2012. A court terme, cette évolution s'explique, en partie, par la dégradation de la conjoncture économique. A plus long terme, la baisse tendancielle des accidents du travail résulte à la fois d'un effet de structure -la réduction du poids du secteur industriel, le plus accidentogène dans l'économie française- et d'un accroissement de la prévention, qui a favorisé une diminution tant de la fréquence que de la gravité des accidents. En 2013, l'indice de fréquence des accidents du travail s'établit ainsi à 33,8 pour 1 000 salariés contre 42,8 en 2001, soit une baisse de 21 % sur la période.

Les accidents de trajet connaissent quant à eux une hausse significative, de l'ordre de 7 % entre 2007 et 2013. Leur nombre s'élève à près de 130 000 en 2013 contre 123 000 en 2012. Toutefois, aucune analyse détaillée et précise des causes de cette évolution n'a été réalisée.

Enfin, le nombre des maladies professionnelles a crû entre 2007 et 2013 de 3,6 % en moyenne annuelle, passant d'environ 55 000 à plus de 68 000 au régime général. La fréquence des maladies professionnelles ayant entraîné un arrêt de travail est relativement stable depuis 2009 mais elle a doublé depuis 2001. La majorité des maladies professionnelles se concentre sur un petit nombre de pathologies : les troubles musculo-squelettiques (TMS), les maladies liées à l'amiante et les affections du rachis lombaire.

Ainsi, la situation du monde du travail au regard des risques professionnels reste préoccupante et la plus grande vigilance est de mise sur la poursuite des efforts de prévention déjà engagés. Assurer une prévention des risques fondée sur le ciblage et l'évaluation constitue la première orientation de la nouvelle convention d'objectifs et de gestion (COG) de la branche signée le 30 décembre dernier pour les années 2014 à 2017. Les actions seront concentrées sur trois risques prioritaires : les TMS, les risques de chute dans le secteur du BTP et l'exposition à certaines substances cancérigènes. Le choix a en outre été fait de cibler plus particulièrement les seniors, les jeunes et les nouveaux embauchés ainsi que les entreprises en contact avec l'amiante. A l'heure où la logique de simple réparation des dommages risque de faire d'occulter l'objectif de prévention, qui constitue pourtant la vocation historique de la branche, les perspectives ainsi ouvertes me paraissent bienvenues.

Chaque année, la branche AT-MP réalise un versement au profit de la branche maladie pour tenir compte des dépenses liées à des sinistres ou pathologies d'origine professionnelle mais non déclarés comme tels. Dans son rapport de juin dernier, la commission chargée d'évaluer tous les trois ans le coût réel de cette sous-déclaration a proposé une estimation située dans une fourchette comprise entre 695 millions et 1,3 milliard d'euros. Le PLFSS a retenu la somme d'un milliard d'euros. En hausse de 26,6 % par rapport à celui retenu entre 2012 et 2014, le montant de cette participation atteint un niveau historiquement haut – il s'élevait à environ 300 millions d'euros en 2002. Sa progression continue, entièrement supportée par la part mutualisée du financement de la branche AT-MP, ne peut conduire qu'à un certain scepticisme quant aux réels efforts engagés pour lutter contre la sous-déclaration et pour inciter à la prévention.

Il est indispensable d'accroître nos efforts pour limiter la sous-déclaration : amélioration de la formation continue des médecins sur la détection du caractère professionnel des maladies, renforcement de la pédagogie auprès des assurés mais aussi conservation dans la durée de tous les éléments d'information relatifs à l'exposition aux risques actuellement connus, quelle que soit la dénomination présente ou future de ces éléments, y compris pour les entreprises qui disparaissent. Comme l'a indiqué le président de la Commission d'évaluation de la sous-déclaration, il faut réfléchir aux moyens pour reconstituer les parcours individuels des salariés, en particulier des intérimaires, confrontés à toutes sortes de nuisances dont l'énumération a posteriori n'est pas aisée à établir.

Le Fiva fait face depuis 2013 à une croissance importante de ses dépenses, résultat d'une activité plus soutenue. L'établissement a proposé près de 20 400 offres en 2013, un niveau historiquement haut, en progression de 6 % par rapport à 2012. Pour la seconde fois après 2012, ce nombre est supérieur aux demandes, et le stock de dossiers se réduit. Les représentants de l'association nationale des victimes de l'amiante (Andeva) se réjouissent de cette évolution : les offres d'indemnisation du Fonds sont aujourd'hui plus rapides et plus nombreuses. Pour les victimes de pathologies graves, le délai moyen de décision s'établit à 7 mois et 2 semaines et a été réduit de 3 semaines entre 2012 et 2013, nous rapprochant progressivement du délai légal de 6 mois.

La branche AT-MP a consenti un effort important en faveur du Fiva pour l'exercice 2014. Pour 2015, le PLFSS fixe la dotation de la branche AT-MP au Fiva à 380 millions d'euros, soit une baisse de 12,6 % par rapport à 2014. La direction du Fonds a assuré que cette dotation lui paraissait suffisante pour couvrir ses dépenses prévisionnelles, d'autant plus que sa réserve prudentielle représente un peu plus de deux mois de dépenses. Les perspectives financières de l'établissement ne remettent donc pas en cause sa capacité à indemniser les victimes de l'amiante.

On ne peut cependant que regretter le net désengagement de l'Etat. Bien que le PLF pour 2015 prévoie une dotation complémentaire de l'Etat de 10 millions d'euros après deux exercices successifs où sa participation était nulle, cette contribution reste notoirement insuffisante. Elle ne correspond qu'à un cinquième environ du montant des participations assurées par l'Etat avant 2013. La mission sénatoriale sur l'amiante avait jugé légitime de prévoir un engagement de l'Etat à hauteur d'un tiers du budget du Fiva, en raison tant de ses missions régaliennes que de son rôle en tant qu'employeur. Enfin, la dette du Fiva devrait atteindre 26 millions d'euros fin 2015.

La réduction tendancielle des dépenses du Fonds d'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata) se poursuit en lien avec la baisse des effectifs d'allocataires. La question de l'ouverture d'une nouvelle voie d'accès personnelle à l'Acaata reste cependant posée. Celle-ci serait fondée non plus seulement sur les pathologies déclarées ou le fait d'avoir été employé dans l'un des établissements définis par arrêté mais aussi sur les expositions subies, quel que soit le régime de protection sociale. Or le rapport prévu par le loi de financement pour 2013 n'a toujours pas vu le jour.

Dans la partie relative aux dépenses, l'article 16 clarifie et simplifie les règles applicables aux demandes de remboursement des cotisations AT-MP indûment versées. L'article 59 étend aux collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole ainsi qu'aux aides familiaux le bénéfice des indemnités journalières aujourd'hui réservés aux seuls chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole. Le coût de cette mesure est estimé à 4 millions d'euros. Ces deux articles introduisent des mesures de simplification et d'équité. Je vous propose d'émettre à leur égard un avis favorable, tout en restant réservés sur les orientations budgétaires définies pour 2015, en particulier les transferts assumés par la branche AT-MP.

Mme Caroline Cayeux, rapporteure pour la branche famille. – La branche famille connaît depuis 2008 un déficit récurrent. Après avoir atteint 2,7 milliards d'euros en 2010, au cœur de la crise, le déficit semblait sur la voie d'une lente résorption. L'année 2013 a cependant marqué une nouvelle aggravation spectaculaire du déficit de la branche, qui a atteint le niveau sans précédent de 3,3 milliards d'euros. En 2014, le solde devrait encore être négatif, à hauteur de 2,9 milliards d'euros, alors que la loi de financement prévoyait de le ramener à 2,3 milliards d'euros. La dégradation de la conjoncture économique explique en partie ce décalage entre les prévisions et les réalisations. Toutefois, l'incapacité du Gouvernement à ramener la branche sur une trajectoire d'équilibre est préoccupante.

Ce projet de loi s'appuie sur un scénario macroéconomique que le Haut-conseil des finances publiques a qualifié par euphémisme d'optimiste. Selon les hypothèses retenues, les dépenses, contenues par la faiblesse de l'inflation, seraient supérieures aux recettes, dont la progression serait limitée en raison de l'atonie de la croissance. Sans mesures nouvelles, le déficit se creuserait à nouveau, pour atteindre 3,2 milliards d'euros. Afin de le ramener à 2,3 milliards sans augmenter les prélèvements obligatoires, le Gouvernement a prévu 700 millions d'économies en dépense. Toutefois, après la suppression par l'Assemblée nationale de la modulation de la prime à la naissance selon le rang de l'enfant et l'ajournement de certaines mesures de nature réglementaire, les économies inscrites dans le PLFSS ne se montent finalement qu'à 530 millions d'euros.

La politique familiale constitue l'un des atouts de notre pays. Grâce à elle, la France a connu depuis 1945 une des démographies les plus dynamiques d'Europe, avec un taux d'activité des femmes supérieur à la moyenne des pays de l'Union européenne et de l'OCDE. Depuis 2012, cependant, les décisions prises concernant la branche famille témoignent d'une gestion empirique et comptable, dépourvue de vision globale.

Si la revalorisation de l'allocation de rentrée scolaire en 2012 a représenté un coût de pouce ponctuel d'environ 80 euros pour les familles concernées, elle a coûté 400 millions d'euros à la branche, et contribué à l'explosion du déficit en 2013. Le Gouvernement a alors décidé en 2014 plusieurs coups de rabots et mesures de gel qui s'ajoutent aux deux abaissements successifs du plafond du quotient familial ayant ponctionné les familles de 500 millions d'euros en 2013, puis 1,2 milliard en 2014.

Ces mesures seraient, sinon acceptables, du moins compréhensibles si elles avaient redressé les comptes de la branche. Or, en matière de réduction du déficit, les résultats sont chaque année inférieurs aux objectifs votés, et de nouveaux efforts sont demandés cette année aux familles, qui apparaissent comme la variable d'ajustement des comptes sociaux.

M. Michel Vergoz. – *C'est faux !*

Mme Caroline Cayeux, rapporteure. – *L'universalité est une pierre angulaire de notre système de politique familiale depuis sa création en 1945. Ainsi, alors que la fiscalité remplit un rôle de redistribution verticale, les allocations familiales jouent un rôle de redistribution horizontale, en faveur des familles qui ont charge d'enfants. Un enfant né dans une famille aisée ne méritant pas moins de la part de la solidarité nationale qu'un enfant né dans une famille modeste, les concepteurs de notre politique familiale ont souhaité que les allocations familiales soient versées sans condition de ressources.*

La remise en cause de ce principe fondamental est dangereuse et la méthode retenue regrettable. En réduisant considérablement les allocations des ménages aisés pour, on peut le craindre, les supprimer demain, le Gouvernement ouvre la porte à une remise en cause de l'universalité dans d'autres domaines. En effet, une fois cette brèche ouverte, pourquoi, en effet, appliquer le même raisonnement à l'assurance maladie, voire à l'enseignement public ?

La remise en cause de l'universalité menace en outre la pérennité de notre modèle de sécurité sociale et la cohésion sociale dans notre pays. L'universalité des allocations familiales entretient l'adhésion de ceux qui financent le système. Sans cette universalité, une remise en cause de la logique solidaire qui sous-tend notre modèle au profit de systèmes d'assurances privés semble inévitable à plus ou moins long terme.

Sur la forme, cette réforme témoigne de l'improvisation du Gouvernement. L'article 61 A, qui prévoit la modulation des allocations familiales en fonction du revenu du ménage, est issu d'une négociation entre le Gouvernement et sa majorité. Introduit par un amendement déposé en séance publique par nos collègues députés, il n'a pas fait l'objet des consultations obligatoires destinées à garantir la sécurité juridique du dispositif, et les acteurs concernés ont été mis devant le fait accompli sans concertation préalable. Il n'a pas non plus fait l'objet d'explications de la part de Mmes Touraine et Rossignol lors de leur audition par notre commission, le 14 octobre, puisque la décision n'a été prise que dans les jours suivants.

Cette méthode traduit un manque de préparation dommageable pour les familles. Un certain nombre de précisions sont ainsi renvoyées à des décrets. Si des informations ont filtré concernant les seuils et le mécanisme de lissage, les modalités des échanges d'information entre les CAF et les services fiscaux ne sont pas encore connues, pas plus que la manière dont seront pris en compte les changements de situation. Aucune distinction n'est prévue entre les familles biactives et celles où seul un des parents travaille. Enfin, l'alourdissement de la charge de travail des caisses d'allocations familiales, alors que la nécessité d'un effort de simplification a été inscrite dans la convention d'objectifs et de gestion signée en juillet 2013, n'a pas été anticipé.

La réforme présentée dans le cadre de la loi pour l'égalité réelle entre les hommes et les femmes visait à inciter les pères à prendre une part du congé parental afin de réduire l'éloignement des femmes du marché du travail. La mesure proposée ici porte la durée réservée au second parent à douze mois au lieu de six. Le Gouvernement s'en cache à peine, il souhaite réaliser des économies en pariant sur le fait que les pères ne prendront pas le congé qui leur est réservé et n'hésite pas à détourner la confiance accordée cet été par le Parlement, à des fins strictement comptables.

Nous partageons tous la volonté de voir la situation des femmes sur le marché du travail s'améliorer. Toutefois, la liberté de choix des familles en matière d'éducation est un principe qui doit être intangible. En outre, chercher à imposer aux familles un partage du congé parental alors que l'égalité salariale au sein du couple est encore rare, revient à nier les contraintes économiques réelles qui font que, dans plus de 95 % des cas, le congé parental est pris uniquement par la mère.

Enfin, les solutions d'accueil pour les jeunes enfants sont encore insuffisantes, et, en tout état de cause, plus coûteuses à la fois pour les finances publiques et pour les ménages. Cette mesure pénalisera lourdement les ménages modestes, tout en ayant un impact financier incertain pour la branche.

Les objectifs ambitieux de la convention d'objectifs et de gestion Etat-Cnaf pour l'accueil des jeunes enfants sont loin d'être atteints. En 2013, le taux de réalisation dépasse à peine 20 %, un retard difficile à rattraper en dépit de la volonté affichée par l'Etat et la Cnaf. Alors que les collectivités locales voient leurs capacités d'investissement contraintes par la baisse des dotations, on est en droit d'attendre de l'Etat plus que des promesses !

Enfin, la branche famille est structurellement excédentaire, ses recettes progressant spontanément plus rapidement que ses charges. Toutefois, les prestations prises en charge pour le compte de la branche vieillesse et du FSV représentent en 2014 environ 9,5 milliards d'euros, soit plus de trois fois le déficit. La branche famille participe déjà, et dans une large mesure, à l'effort de solidarité entre les caisses de Sécurité sociale.

Le volet famille du PLFSS pour 2015 témoigne d'une absence de vision globale, et sacrifie une fois de plus les familles sur l'autel d'un hypothétique redressement des comptes.

Mme Isabelle Debré. – Je salue le travail des rapporteurs. Le 31 janvier 2013, le Sénat avait voté à la quasi-unanimité l'autorisation de cumul emploi-retraite pour les titulaires de l'Aspa. Cette mesure a été renvoyée en commission à l'Assemblée nationale. Nous avons redéposé et adopté à nouveau cette disposition lors du projet de loi sur l'avenir des retraites le 28 octobre 2013. Sans effet. La ministre nous avait promis en séance de prendre un décret avant l'été. Cela n'a pas été fait. C'est pourquoi j'ai écrit au Premier ministre. Si rien ne se passe, je saisirai le président de la République.

La gestion du dossier médical personnalisé, ou, désormais, partagé, sera transférée à la sécurité sociale. Quel sera le coût de ce changement de nom et de gestionnaire ? Quel est l'objet de cette réforme ?

M. Jean-Noël Cardoux. – *Après m’être associé aux félicitations adressées aux rapporteurs, je voudrais attirer votre attention sur quelques chiffres. Les dépenses publiques s’élèvent à 57 % du PIB en France, ce qui nous place sur le podium en Europe. Selon son directeur, M. Rey, le déficit cumulé de trésorerie de l’Acoss atteint 33,3 milliards d’euros. Le transfert de cette dette à la Cades est écarté, les taux d’intérêt étant proches de zéro. En 2008, le coût de financement du déficit de la sécurité sociale était de 800 millions avec des taux d’intérêt de 4,5% ; il est tombé cette année à 25 millions car les taux ont chuté. L’opposition sénatoriale devrait nuancer ses propos sur la lourdeur de l’héritage.*

Toutefois, estimant la croissance revenue, la FED a cessé ses perfusions à l’économie américaine ce qui entrainera une hausse des taux américains. Mécaniquement les taux en Europe augmenteront, mettant un terme aux conditions de financement exceptionnelles dont jouit notre pays. Le risque est de voir la charge de la dette exploser en 2015.

M. Yves Daudigny. – *Je salue aussi le travail des rapporteurs, même si nous mettrons en avant des oppositions très fortes, ainsi sur la politique familiale car égalité n’est pas justice. L’application stricte du principe d’égalité conduit parfois à des situations absurdes. L’assurance maladie repose, quant à elle, sur un système assurantiel. Il n’a jamais été question de moduler ses remboursements en fonction des ressources. Une telle mesure signifierait la remise en cause de notre système de protection sociale. Inutile de nous faire peur !*

Le rapporteur général souligne avec justesse que notre pays est entré dans la crise avec un déficit structurel de la sécurité sociale et reconnaît que le contexte se prête difficilement à sa réduction. Ce projet de loi de financement de la sécurité sociale est un texte de responsabilité. Le seul moyen pour baisser la dette sans augmenter la durée de vie de la Cades serait d’augmenter la CRDS. Aucun gouvernement ne l’a fait jusqu’à présent...

Ce texte contient aussi des avancées pour le traitement de l’hépatite C. Il présente des mesures ambitieuses, en lien avec le projet de loi relatif à la santé que nous examinerons l’an prochain. Il opère des choix. Il obéit aussi à une philosophie, réduire les inégalités d’accès aux soins. Généralisation du tiers-payant, absence de nouveaux déremboursement ou de nouvelles franchises : voilà un texte de justice sociale ! S’il est indispensable de lutter contre les déficits, ne laissons pas croire que notre système de protection sociale constitue un fardeau. Modernisons-le plutôt et défendons-le !

Mme Catherine Deroche. – *Je partage l’avis de M. Dériot sur la branche AT-MP, qui fait l’unanimité quels que soient les gouvernements. On a discuté hier en séance du compte de pénibilité, inutile de rouvrir le débat. Je partage la position de Mme Cayeux sur l’universalité des allocations familiales.*

Depuis deux ans, on matraque fiscalement les classes moyennes et modestes. L’an dernier, avec Christophe Béchu, nous avons déposé une proposition de loi pour que les allocations familiales et de rentrée scolaire soient versées, en tout ou partie, aux départements lorsque ceux-ci prennent en charge l’enfant qui a fait l’objet d’un placement par décision de justice et qui a été retiré à la garde des

parents. Le Gouvernement a fait en sorte qu'elle soit rejetée à l'Assemblée nationale. Il n'est pas logique que des familles qui n'assument pas l'éducation de leur enfant bénéficient de ces sommes. Laisser perdurer cette injustice est regrettable.

M. Jean-Pierre Caffet. – Je partage ce constat des rapporteurs : notre pays traverse une crise économique grave et la situation des comptes sociaux est préoccupante. Mais la France n'est pas un cas de figure isolé en Europe. Voyez les prévisions de la Commission pour les 28. La crise est européenne. Dans ce contexte, le projet de loi de financement de la sécurité sociale constitue un bon projet. Il tient compte du ralentissement de la croissance et de la faible inflation. La baisse des déficits s'impose. Des réformes sont engagées, notamment sur l'assurance maladie. Les rapporteurs dénoncent l'inadéquation des mesures proposées par le Gouvernement, mais je suis frappé par la pusillanimité de leurs propositions : un milliard d'économies supplémentaires pour l'assurance maladie, même si certaines mesures semblent intéressantes ; un amendement non chiffré de M. Roche relevant l'âge de départ à la retraite. La rapporteure de la branche famille a été très sévère mais n'a formulé aucune proposition. Quel décalage entre le ton des propos et l'indigence des propositions !

M. Philippe Mouiller. – Nouvellement élu, il s'agit de mon premier projet de loi de financement de la sécurité sociale et je note la qualité des travaux. Nous manquons d'outils pour faire face à la situation des personnes handicapées vieillissantes, sujet à la frontière entre le médico-social et le vieillissement, mais qui mérite toute notre attention.

M. Alain Milon, président. – Absolument ! Un projet de loi sur l'adaptation de notre société au vieillissement arrivera bientôt.

M. Dominique Watrin. – Le rapporteur n'a pas assez souligné que la CNSA ne consomme pas toutes ses ressources : outre le gel de crédits de 100 millions d'euros, d'autres sommes ne sont pas consommées, par exemple pour la médicalisation des Ehpad, et les réserves de la CNSA s'élèvent à 300 millions d'euros. Les besoins sont pourtant considérables ! L'affectation du produit de la Casa à la section 5 bis de la CNSA qui pourrait constituer une bonne nouvelle s'apparente ainsi plutôt à une mise en réserve. Que propose le rapporteur ?

Le texte est muet sur les services à domicile. Or la situation est difficile et les personnels souffrent. Pourquoi ne pas reprendre les propositions que nous avons formulées avec M. Vanlerenberghe ?

La réforme des retraites prévoit 30 milliards d'économies d'ici à 2018. Quelle en sera la répartition entre les salariés, les employeurs et les retraités, entre les revenus du capital et ceux du travail ?

Le compte personnel de prévention de la pénibilité a été supprimé hier par la majorité sénatoriale. Il est dommage que le rapporteur, qui souhaitait le mettre à l'épreuve des faits, n'ait pas été présent en séance...

Les retraités se sentent maltraités. Beaucoup sont en difficulté et rejoignent la cohorte des nouveaux pauvres. Est-il opportun dans ces conditions de relever la CSG qui pèse sur certains d'entre eux ?

Les maladies professionnelles ont doublé depuis 2001 et sont sous-déclarées. Leur gravité augmente et le taux de cancers dus à des raisons professionnelles atteint des sommets. Il faudrait dresser une cartographie précise des métiers à risque, ce qui représenterait un outil de prévention efficace. Enfin beaucoup préconisent la création d'une voie d'accès complémentaire individuelle à la retraite anticipée pour les victimes de l'amiante. Cette mesure aurait un coût mais il y a des marges budgétaires si les crédits de la branche AT-MP ne diminuent pas et que l'État assume ses responsabilités.

M. Olivier Cadic. – *Un litige concernant le versement de la CSG par les non-résidents est en cours devant la CJUE. La ministre s'était montrée sereine. Le 21 octobre l'avocat général a rendu publiques ses conclusions La Cour avait déjà jugé que la France ne pouvait percevoir la CSG et la CRDS sur les revenus d'activité des salariés expatriés. L'avocat général estime que le règlement européen CE 1408-71 n'établit pas de distinction en fonction de la nature des revenus et que la double imposition est une entrave au principe de libre circulation.*

Un groupe de travail s'est réuni à Bercy le 31 octobre. Plusieurs centaines de millions d'euros pourraient être à rembourser. La décision de la Cour de justice de l'Union européenne devrait intervenir rapidement. Je regrette que le Gouvernement n'ait pas voulu provisionner ce risque, dont la réalisation bousculerait la prévision de déficit.

Mme Michelle Meunier. – *Merci à nos rapporteurs, même si certains ont glissé dans leurs interventions des messages subliminaux, en évoquant par exemple le devenir des départements.*

Nous aurons des débats intéressants sur la branche famille, et le terme universalité fera certainement l'objet d'interprétations sémantiques, mais n'oublions pas toutes ces familles qui, depuis deux ans, ont bénéficié de la politique du Gouvernement : l'allocation de rentrée scolaire qui concerne trois millions de familles a ainsi augmenté de 25 %, le complément familial qui bénéficie à 385 000 familles nombreuses a progressé de 50 %, l'allocation de soutien familial qui concerne 750 000 familles monoparentales a augmenté de 25 % et le budget de la Cnaf a crû de 7,5 % par an. Je voterai sans état d'âme ce projet de loi de financement proposant une modulation des prestations familiales, une mesure juste, simple et lisible, complétée par un lissage évitant les effets de seuils.

Mme Laurence Cohen. – *À mon tour de remercier les rapporteurs pour leur travail. Ce projet de loi de financement pour 2015 ne nous satisfait pas car il ne s'attaque aux déficits que par le biais d'économies. Le niveau fixé pour l'Ondam va peser lourdement, notamment sur les hôpitaux.*

Nos propositions ne sont pas dogmatiques : les taux de cotisation des employeurs devraient être augmentés, mais en tenant compte des entreprises vertueuses. En outre, une cotisation de 5,4 % sur les revenus financiers des entreprises et des banques rapporterait à la branche famille 16 milliards. D'autres choix sont possibles

M. Michel Vergoz. – Je remercie Gérard Roche, dont les propos posés et constructifs sur le compte de pénibilité tranchent singulièrement avec ceux entendus ici même hier lors de l'examen des amendements sur le projet de loi de simplification de la vie des entreprises.

Mme Cayeux estime que le Gouvernement est incapable à ramener la branche famille sur une trajectoire d'équilibre. Or, en 2002, cette branche était en équilibre alors que vous nous l'avez laissée il y a deux ans avec un déficit de 2,5 milliards.

M. René-Paul Savary, rapporteur. – La crise !

M. Michel Vergoz. – Vous dites également que la politique familiale est un atout de notre pays depuis 1945 : mais la gauche y est aussi pour quelque chose ! En outre, vous dites : sans argent, pas d'enfants...

Mme Caroline Cayeux, rapporteure. – Caricature !

M. Michel Vergoz. – Père de trois enfants, j'ai toujours estimé que les allocations familiales que je percevais n'étaient pas justifiées. N'oubliez pas les 270 000 places d'accueil pour les jeunes enfants prévues dans cette loi de financement.

L'universalité est préservée, puisque tout le monde continuera à percevoir des allocations mais elles seront modulées : ceux qui disposent de plus de moyens viendront en aide à ceux qui en ont besoin. Le président Milon a rappelé que la droite était encore au pouvoir il y a deux ans et demi et qu'il fallait faire preuve de retenue.

M. Alain Milon, président. – La retenue vaut pour tous.

Mme Aline Archimbaud. – Je remercie nos rapporteurs. Notre groupe prend acte de points positifs de ce projet de loi de financement, comme l'élargissement du tiers payant aux bénéficiaires de l'ACS. Ces patients pourront se soigner plus facilement, ce qui évitera des pathologies plus lourdes.

Nous déposerons des amendements pour accroître la prévention, même s'il n'est pas possible de discuter de la politique de santé dans le projet de loi de financement. J'espère que le débat que nous aurons prochainement sur le sujet nous permettra d'engager une réflexion globale sur cette politique. Nous demanderons aussi de simplifier l'ouverture des droits à la CMU, l'ACS et l'AME : tous ceux qui y ont droit doivent pouvoir en bénéficier.

Je rejoins les remarques faites sur l'amiante. Lors des auditions réalisées par le comité de suivi, diverses personnes nous ont dit que des malades de l'amiante ont travaillé dans des entreprises qui ne figurent pas sur la liste du Fcaata – nous y reviendrons en séance.

Enfin, les génériques doivent se généraliser et la fixation des prix des médicaments mérite une totale transparence.

M. Éric Jeansannetas. – À mon tour de saluer le travail des rapporteurs. La politique menée en direction des personnes en perte d'autonomie donne de bons résultats : grâce aux départements, les établissements ont été rénovés. Je tiens d'ailleurs à saluer le travail des conseils généraux, alors que les compensations financières de l'État ne sont pas à la hauteur des efforts déployés par les départements. La loi d'adaptation de la société au vieillissement sera l'occasion de souligner le rôle des conseils départementaux.

Mme Annie David. – Merci aux rapporteurs qui ont beaucoup travaillé. Ce projet de loi de financement, qui apporte malheureusement peu de mesures nouvelles, n'est pas à la hauteur de nos attentes. Nous assistons au détricotage de la sécurité sociale mais nous en reparlerons en séance. Nous voterons contre cette loi de financement, sans nous associer toutefois aux propositions de nos rapporteurs qui ne privilégient que les économies. Nous avons d'autres voies et moyens pour éviter d'endetter les générations futures.

L'article 51, qui traite des dons de plasma, contredit les propositions de Jacky Le Menn et d'Olivier Véran sur l'universalité des dons : j'interrogerai Mme Touraine en séance. L'on pouvait mettre en œuvre autrement l'injonction de Bruxelles.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Mme Debré a évoqué le dossier médical partagé, lancé en 2004 : son coût était évalué à 500 millions pour 420 000 dossiers. La Cour des comptes a estimé en 2012 que le pilotage était défaillant. Je vous propose de faciliter sans attendre l'échange d'informations ville-hôpital.

Une augmentation des taux d'intérêt constitue en effet un danger. Si l'on voulait financer la totalité de la dette avec la CRDS, il faudrait, monsieur Daudigny, faire passer son taux de 0,5 % à 1 %. Or, le Gouvernement ne souhaite pas augmenter les impôts.

M. Caffet souhaite que je chiffre les mesures d'économie : je lui promets de le faire avec autant de précision que le Gouvernement !

Je n'ai pas la recette pour les services d'aide à domicile, monsieur Watrin et nous en reparlerons lors de l'examen de la loi sur l'adaptation au vieillissement. Je laisse M. Savary vous dire où trouver les 300 à 500 millions nécessaires pour remettre à flot les départements et les services ou associations d'aide à domicile.

Gérard Roche et moi-même sommes favorables au maintien du compte pénibilité, en dépit du vote intervenu hier soir. Très certainement ce compte mérite-t-il d'être amélioré, notamment pour les TPE et les PME, mais simplification n'est pas suppression.

Enfin, l'article 51 tire les conséquences d'une décision de la Cour de justice de l'Union européenne, qui s'impose à nous. En modifiant le statut des plasmas sanguins dans la préparation desquels intervient un processus industriel, elle met en concurrence l'Établissement français du sang. Nous en reparlerons certainement en séance.

M. René-Paul Savary, rapporteur. – Mon rapport évoque les réserves de la CNSA qui diminuent puisqu'elles servent de variable d'ajustement, ce qui ne peut perdurer. En 2015, elles s'établiront à 165 millions alors qu'elles se montaient à 277 millions en 2014 et 400 millions auparavant. Il faut en revanche définir et financer un plan pluriannuel d'investissement pour les équipements destinés aux personnes âgées ou handicapées.

M. Mouiller m'a interrogé sur les personnes âgées, nous en reparlerons lors de l'examen de la loi sur le vieillissement, en particulier pour ce qui concerne les personnes handicapées vieillissantes. Les responsables du médico-social nous demandent de revoir les tarifications, mais la question est, pour le moins, complexe. Quant aux fameux Paerpa, il convient d'intégrer les personnes handicapées vieillissantes dans les parcours officiels.

Des expérimentations seront proposées dans la loi de vieillissement pour les Services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad) afin de parvenir à une tarification partagée entre toutes les structures, ce qui ne sera pas chose aisée.

Quand notre modèle social vit à crédit, il est délicat de généraliser le tiers payant, d'autant plus que d'autres dispositifs s'appliquent avec succès pour les bénéficiaires de la CMU et de l'ASS.

M. Gérard Roche, rapporteur. – Selon les chiffres de la Cnav, en 2010, le déficit s'élevait à 10,8 milliards pour les régimes de base ; en 2012, il n'était plus que de 6,8 milliards et en 2017, il ne devrait plus être que de 1,7 milliard. Sans la mesure que je propose, le déficit risque de repartir à la hausse. Les dispositions relatives aux départs anticipés et à la pénibilité sont en mesure d'adoucir un relèvement de l'âge légal de départ, dont je reconnais qu'il peut paraître socialement dur.

J'ai suivi le débat hier soir sur le compte pénibilité tout en préparant ce rapport. Les interventions portaient sur l'application de la mesure et non sur son principe. En revanche, je regrette le vote intervenu à l'issue des débats.

M. Gérard Dériot, rapporteur. – La branche AT-MP est financée par les cotisations des entreprises : il n'est pas possible de les augmenter compte tenu de la situation actuelle. Seuls peuvent bénéficier de l'Acaata les salariés qui ont travaillé dans des entreprises figurant sur la liste. Bon nombre d'entreprises qui ont exposé leurs salariés à l'amiante ont disparu : il est difficile, surtout en ce moment, de reporter la charge sur d'autres, qui n'y sont pour rien. L'État devrait participer au financement du Fiva du fait de sa responsabilité régaliennne mais aussi en tant qu'employeur.

M. Jean-Pierre Godefroy. – Et il a été condamné pour cela !

M. Gérard Dériot, rapporteur. – Effectivement. Nous verrons ce que propose le rapport qui devrait être présenté d'ici la fin de l'année et s'il convient d'agir.

Mme Caroline Cayeux, rapporteure. – Je n’ai pas parlé d’égalité des prestations familiales, monsieur Daudigny, mais d’universalité, laquelle aurait pu commencer dès le premier enfant. Néanmoins, toutes les associations que j’ai reçues sont attachées au principe d’universalité des allocations familiales dès le deuxième enfant. Je partage cet attachement et je crains que cette mesure ne préfigure d’autres mises sous condition de ressources, sur l’assurance maladie, voire l’enseignement public.

Mme Meunier a évoqué les mesures prises en faveur des familles depuis deux ans : c’est oublier bien vite le matraquage fiscal de ces mêmes familles : suppression de la défiscalisation des heures supplémentaires, cotisations sur le salaire réel pour les salariés à domicile, deux abaissements successifs du quotient familial, division par deux de la prestation d’accueil du jeune enfant, fiscalisation de l’abondement de l’entreprise pour les complémentaires santé, fiscalisation de la majoration de 10 % des pensions pour les retraités ayant élevé au moins trois enfants. Près de trois milliards ont été pris dans la poche des familles ! Non, celles-ci n’ont pas été chouchoutées depuis 2012.

La branche famille en équilibre en 2002 ? En douze ans, les temps ont changé, la crise économique a eu lieu et le chômage a explosé ces deux dernières années. La comparaison ne s’impose pas spontanément...

S’agissant de la réforme du congé parental, on peut se demander s’il n’aurait pas été plus franc de le ramener à deux ans...

Mme Patricia Schillinger. – Est-ce ce que vous voulez ?

Mme Caroline Cayeux, rapporteure. – Pas du tout ! Simplement, le père ne prendra pas l’année qui lui est proposée.

EXAMEN DES AMENDEMENTS

Article 3

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L’amendement n° 28 précise l’articulation entre les remises et la contribution sur les médicaments visant à traiter l’hépatite C. Il prévoit la déduction des remises de la contribution plutôt que la transformation de la contribution en remise.

Mme Catherine Génisson. – Compte tenu de la complexité de cet amendement, mon groupe s’abstiendra.

Mme Annie David. – Nous ne participerons pas au vote sur les amendements et nous présenterons nos arguments en séance.

L’amendement n° 28 est adopté.

Article 5

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L’amendement n° 29 donne une base légale au financement par le FSV de la prime exceptionnelle instaurée pour les retraités.

L’amendement n° 29 est adopté.

Article 7

L'amendement de coordination n° 30 est adopté.

Article 8 bis

L'amendement de coordination n° 31 est adopté.

Article 8 ter

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 32 porte à 1,50 euro la déduction forfaitaire de cotisations par heure travaillée au bénéfice des particuliers-employeurs, l'Assemblée nationale ayant réservé cette déduction à la garde des enfants de 6 à 13 ans révolus.

M. Jean-Pierre Godefroy. – Nous avons déjà eu ce débat en commission et en séance, avec un amendement adopté à la quasi-unanimité. Le Gouvernement avait alors imposé au Sénat une deuxième délibération. Il a repris cette disposition mais uniquement pour les gardes d'enfants de six à quatorze ans. Ayant été rédacteur d'un amendement identique qui avait été adopté par l'ensemble des sénateurs, je voterai celui-ci en toute logique.

M. Yves Daudigny. – Même cause...

Mme Annie David. – ... même effet.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Nous avions à l'époque voté l'amendement de M. Daudigny.

L'amendement n° 32 est adopté.

Article 9

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Presque rédactionnel, l'amendement n° 33 prend en considération l'assiette des cotisations et non le montant de celles-ci pour vérifier la condition de 70 %.

L'amendement n° 33 est adopté.

Article 10

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 34 fixe le rapport entre les remises conventionnelles versées par les entreprises pharmaceutiques et la contribution prévue par le code de la sécurité sociale dans la logique de l'amendement adopté à l'article 3.

L'amendement n° 34 est adopté.

Article 11

L'amendement rédactionnel n° 35 est adopté.

Article 12 bis

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 36 supprime la réintégration des dividendes versés aux dirigeants majoritaires de SA et SAS dans l'assiette des cotisations sociales. M. Sapin a proposé la suppression de cet article voté...

M. Alain Milon, président. – ... subrepticement ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – ... à l'Assemblée nationale.

Mme Annie David. – Nous votons contre cet amendement.

L'amendement n° 36 est adopté.

Article 12 ter

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 37 procède à la coordination de dates d'entrée en vigueur. Les cas de clôture du plan d'épargne en actions visés par l'article n'interviendront qu'à compter du 1^{er} janvier 2016.

Mme Annie David. – Nous votons contre.

L'amendement n° 37 est adopté.

Article 12 quater

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 38 corrige une erreur de référence.

L'amendement n° 38 est adopté.

Article 12 quinquies

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 39 applique les taux de taxe en vigueur pour les cigarettes au tabac à rouler.

M. Jean-Baptiste Lemoyne. – Depuis 2002, tous les gouvernements ont augmenté le prix du tabac, des contrats d'avenir accompagnant la reconversion des buralistes, dont le commerce est souvent le dernier en milieu rural.

Or, les importations frauduleuses de tabac se multiplient ainsi que les achats par Internet. L'augmentation des taxes ne contribue qu'à délocaliser la masse fiscale puisque les fumeurs s'approvisionnent ailleurs. L'article relatif à la fiscalité des cigares a été introduit à l'Assemblée nationale à l'initiative de Mme Delaunay. La hausse prévue est déraisonnable et aura les mêmes effets pervers : les jeunes achèteront ailleurs. Ne pourrait-on pas retravailler cela ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Au Sénat, nous travaillons sérieusement. Nos collègues Daudigny et Deroche ont rendu un rapport d'information qui recommandait l'augmentation des taxes sur le tabac : l'objectif de santé publique est primordial et je suis en plein accord avec la démarche de

Mme Delaunay. *Préfère-t-on 10 milliards de recettes fiscales en plus mais aussi 47 milliards de dépenses à cause des cancers du poumon ? Il n'y a pas à hésiter : le tabac à rouler ne doit pas être moins taxé que les cigarettes parce que les jeunes en fument lorsque le prix des cigarettes augmente.*

M. Yves Daudigny. – *Tout en soutenant fortement la lutte contre le tabac, j'estime qu'il faut tenir compte des achats à l'étranger qui sont passés de 20 à 30 %. En outre, nous devons favoriser la reconversion des buralistes : certains tentent des expériences de micro-banques. Nous approfondirons ce débat lors de l'examen de la loi de santé publique. Nous verrons alors comment le Gouvernement et l'Assemblée nationale tranchent.*

M. Bruno Gilles. – *Nous devons tenir compte de la santé publique, des rentrées fiscales, mais aussi de la réalité du terrain. À Marseille, les ventes officielles du tabac ont diminué, mais la consommation a augmenté : de plus en plus de personnes achètent sur Internet mais aussi du tabac de contrebande qui vient souvent de Chine et est encore plus nocif que le tabac traditionnel.*

La prévention à l'égard des jeunes est indispensable et nous devons bien trancher un jour pour savoir s'il faut interdire purement et simplement le tabac : les recettes fiscales s'effondreront et la sécurité sociale y gagnera peut-être, mais je n'en suis pas certain.

Mme Aline Archimbaud. – *L'on ne peut pas toujours repousser le problème au nom de la réalité du terrain ! Nous qui sommes visibles devons voter cet amendement, mais en proposant aux buralistes des initiatives pour diversifier leur commerce. Enfin, les contrôles doivent s'accroître.*

L'amendement n° 39 est adopté.

Article 13

L'amendement de coordination n° 40 est adopté.

Article 15

L'amendement rédactionnel n° 41 est adopté.

Article 15 bis

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – *Le Gouvernement a introduit par voie d'amendement et sans aucune étude d'impact cet article additionnel qui prévoit un nouveau plan d'apurement de la dette sociale agricole en Corse. L'amendement n° 42 en propose la suppression.*

L'amendement n° 42 est adopté.

Article 16

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – *L'amendement n° 43 corrige une erreur de référence.*

L'amendement n° 43 est adopté.

Article 20

L'amendement rédactionnel n° 44 est adopté.

Article 21

L'amendement de coordination n° 45 est adopté.

Article 24

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – *L'amendement n° 46 corrige les objectifs de dépenses pour tenir compte des rectifications proposées par la commission sur les branches maladie et famille.*

L'amendement n° 46 est adopté.

Article 25

L'amendement de conséquence n° 47 est adopté.

Article 29 bis

L'amendement de coordination n° 48 est adopté.

Article 30

L'amendement de précision n° 49 est adopté.

Article 33

L'amendement de coordination n° 50 est adopté.

Article 34

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – *L'amendement n° 51 propose d'instaurer une procédure d'achats groupés pour les vaccins utilisés par les centres publics de vaccination.*

Mme Catherine Génisson. – *Le Gouvernement a missionné l'Union des groupements d'achat public (Ugap) mais aussi le service des achats de l'État pour travailler sur cette question. Une étude d'impact serait nécessaire avant de nous prononcer.*

M. Gérard Dériot, rapporteur. – *Il faut se rapprocher des laboratoires pour discuter des prix.*

M. Alain Milon, président. – *Pour avoir l'avis du Gouvernement, nous devons adopter l'amendement.*

L'amendement n° 51 est adopté.

Article 35

L'amendement de coordination n° 52 est adopté.

Article 36

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 53 supprime la notion de score de qualité des établissements hospitaliers qui me paraît discutable dans un texte législatif. En outre, il vise à préciser l'articulation entre les évolutions proposées et les référentiels nationaux établis par la HAS

L'amendement n° 53 est adopté.

Article 40

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 54 rétablit la notion de handicap, qui avait été remplacée par celle de pertes d'autonomie.

L'amendement n° 54 est adopté.

Article 42

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Le Gouvernement propose un plan d'action régional dont les conséquences ne sont prévues que pour les hôpitaux. La question de la pertinence des actes se pose également pour la médecine de ville et les relations entre les prises en charge en ville et à l'hôpital. L'amendement n° 55 dispose que des actions seront engagées dans ces deux domaines.

Mme Catherine Génisson. – C'est une pétition de principe : autant il est possible d'évaluer les hôpitaux, autant je souhaite bien du plaisir à ceux qui déclineront cet intéressant amendement.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Le directeur général de la Cnam souhaite développer les contrôles des médecins de la sécurité sociale. Il faut ouvrir le chapitre et fixer des objectifs.

L'amendement n° 55 est adopté.

Article 43 bis

L'amendement de coordination n° 56 est adopté.

Article 43 ter

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'an dernier, la ministre de la santé avait déclaré : « le Gouvernement est prêt à lancer une étude indépendante et à engager des démarches pour obtenir des baisses de prix » des médicaments dispensés par voie inhalée. Le laboratoire en cause affirme avoir baissé ses prix, ce qui éviterait de passer à des génériques probablement fabriqués à l'étranger, alors que plusieurs centaines d'emplois sont en jeu en France. L'amendement n° 57 propose donc de supprimer cet article, sous réserve des explications du Gouvernement.

L'amendement n° 57 est adopté.

Article 44

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 58 rend expérimental le dispositif qui valorise les comportements de prescription limitée dans la liste en sus en instaurant une pénalité financière pour les établissements de santé dès lors qu'une spécialité est prescrite et facturée en sus de certaines prestations d'hospitalisation.

M. Jean-Pierre Godefroy. – Ne devrions-nous pas fixer un délai à l'expérimentation ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – C'est le cas : nous avons prévu deux ans.

L'amendement n° 58 est adopté.

Article additionnel après l'article 45

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Les liaisons ville-hôpital ont un impact direct sur les prises en charge et sur les coûts pour l'assurance maladie. Pour éviter les soins inutiles et les ré-hospitalisations, l'amendement n° 59 prévoit une lettre de liaison dématérialisée à l'entrée comme à la sortie de l'hôpital, ce qui faciliterait le transfert des dossiers en l'absence de DMP.

M. Alain Milon, président. – Cette mesure figure dans le projet de loi relatif à la santé.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Effectivement, et je pense qu'il faut adopter cette mesure dès le PLFSS, sans attendre l'examen du projet de loi relatif à la santé. Je rappelle qu'il n'y a que 50 % de lettres de sortie, dont 8 % dans la semaine.

Mme Catherine Génisson. – La dématérialisation est une bonne chose, mais certaines personnes ne savent comment utiliser de tels outils. En outre, la moitié des malades viennent aux urgences spontanément, car notre système libéral est désorganisé.

M. Claude Dilain. – En outre, le médecin hospitalier estime souvent que les examens effectués à l'extérieur sont mal faits et il en demande de nouveaux.

Mme Corinne Imbert. – Certains services hospitaliers n'écrivent pas toujours des lettres d'accompagnement. De plus, les ré-hospitalisations sont parfois dues à des sorties prématurées de l'hôpital.

Mme Annie David. – Quel est le lien de cet amendement avec le projet de loi de financement ? N'est-il pas irrecevable ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Ce dispositif a un impact direct sur les finances sociales. Nous ne pouvons considérer que tout va bien dans le meilleur des mondes. Quand 85 à 90 % des médecins et des hôpitaux sont équipés, la liaison est possible.

L'amendement n° 59 est adopté.

Article 47

L'amendement rédactionnel n° 60 est adopté.

Articles additionnels après l'article 47

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Pour adapter les modes d'évaluation de l'intérêt des nouveaux médicaments, l'amendement n° 61 met en œuvre au 1^{er} janvier 2016 une réforme portée par la Haute Autorité de santé et qui favorisera une comparaison plus rigoureuse des médicaments et une meilleure évaluation de l'intérêt de leur remboursement, partant de leur prix.

L'amendement n° 61 est adopté.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – La prise en charge par la sécurité sociale de traitements ne se justifie que si l'industriel apporte le plus haut niveau de preuve scientifique, c'est-à-dire des études comparatives. L'amendement n° 62 rend cette mesure directement applicable par la loi, car nous attendons le décret depuis 2011.

L'amendement n° 62 est adopté.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'admission d'un produit de santé au remboursement nécessite d'évaluer son apport thérapeutique mais également son efficacité. L'amendement n° 63 prévoit l'avis de la Commission d'évaluation économique et de santé publique.

L'amendement n° 63 est adopté.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – La prescription en dénomination commune internationale, qui doit s'appliquer au 1^{er} janvier 2015, est conçue pour faciliter la substitution de génériques aux princeps. Autoriser que le nom commercial du médicament figure sur l'ordonnance priverait la mesure d'effet, d'où l'amendement que je vous propose.

M. René-Paul Savary. – Je n'y suis pas favorable : en compliquant un système déjà compliqué, vous pousserez des médecins en fin de carrière à prendre leur retraite !

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Ce n'est que le principe posé par la loi de 2011.

L'amendement n'est pas adopté.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Dommage : une économie qui s'envole !

Article additionnel après l'article 49

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 64 rétablit pour les personnels des établissements de santé la journée de carence prévue par la loi de finances pour 2012 et supprimée en 2014. L'économie est d'environ 65 millions.

M. Jean-Pierre Godefroy. – Vous dites dans votre rapport, monsieur le rapporteur général, que les personnels des hôpitaux font face à de multiples difficultés et qu'ils endurent parfois de grandes souffrances. Les prenez-vous en compte avec cet amendement ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Quelles sont les raisons de ces souffrances ? On ne peut pas réduire le temps de travail dans les hôpitaux et ne pas recruter. Pendant dix-neuf ans, j'ai présidé un hôpital : je connais un peu le sujet... Beaucoup de syndicalistes estiment qu'il va falloir revenir sur certaines dispositions.

L'amendement n° 64 est adopté.

Article 51

L'amendement rédactionnel n° 65 est adopté.

Articles additionnels après l'article 52

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'amendement n° 66 prolonge l'expérimentation du dossier pharmaceutique, dont la mise en œuvre a été retardée.

L'amendement n° 66 est adopté.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Plutôt que de maintenir une obligation que les pharmaciens ne pourront remplir, l'amendement n° 67 repousse de six mois l'échéance pour permettre à la Haute Autorité de santé d'achever le travail de certification.

L'amendement n° 67 est adopté.

Article 53

L'amendement rédactionnel n° 69 est adopté.

M. René-Paul Savary, rapporteur. – Financer l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) et l'Agence technique pour l'information sur l'hospitalisation (ATIH) sur la CSA revient à détourner cette recette dont le but premier est la compensation de la perte d'autonomie. L'amendement n° 68 refuse un tel affichage.

L'amendement n° 68 est adopté.

Article 53 bis

M. René-Paul Savary, rapporteur. – L'article 53 bis demande au Gouvernement un rapport sur la fiscalité des Ehpad. Le nouveau financement de ces établissements étant en cours d'étude, ce rapport devient inutile, d'où l'amendement n° 70.

L'amendement n° 70 est adopté.

Article 53 ter

M. René-Paul Savary, rapporteur. – Pourquoi demander au Gouvernement un rapport d'évaluation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ? L'arrêté sur le seuil n'a jamais été publié. Ne mettons pas la charrue avant les bœufs. Mon amendement n° 71 supprime l'article 53 ter.

L'amendement n° 71 est adopté.

Articles additionnels après l'article 53 ter

M. René-Paul Savary, rapporteur. – L'amendement n° 72 fixe à 10 % du produit de la CSA sa contribution à l'objectif global de dépenses OGD pour les personnes handicapées et à 30 % sa contribution au financement de la PCH.

L'amendement n° 72 est adopté.

M. René-Paul Savary, rapporteur. – Le Gouvernement veut allouer les sommes non dépensées au financement d'un plan d'investissement dans le secteur médico-social sur la période 2015-2017. L'amendement n° 73 transcrit cette assurance dans la loi.

L'amendement n° 73 est adopté.

Article 54

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur. – Mes amendements n^{os} 74 et 75 tirent les conséquences financières des mesures prévues sur l'Ondam détaillées à l'article 55.

L'amendement n^o 74 est adopté.

Article 55

L'amendement n^o 75 est adopté.

Article additionnel avant l'article 56

M. Gérard Roche, rapporteur. – L'effet très favorable sur les finances de la branche vieillesse d'un relèvement de l'âge légal de départ à la retraite n'est plus à démontrer. C'est pourquoi l'amendement n^o 76 relève graduellement l'âge légal jusqu'à 64 ans en 2024. Je n'aurais pas présenté cet amendement sans les dispositifs sur les retraites anticipées et sur la pénibilité.

M. Dominique Watrin. – Nous sommes contre et maintenons notre demande d'un tableau des efforts demandés à chacun.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Cela figure dans les rapports du COR.

L'amendement n^o 76 est adopté.

Article 56

L'amendement rédactionnel n^o 77 est adopté.

Article 61 A

Mme Caroline Cayeux, rapporteure. – L'amendement n^o 78 supprime la modulation des allocations familiales en fonction des revenus.

L'amendement n^o 78 est adopté.

Article 62

Mme Caroline Cayeux, rapporteure. – L'amendement n^o 79 rectifie l'objectif de dépenses de la branche famille pour tenir compte de la suppression de la modulation des allocations familiales.

Mme Nicole Bricq. – Vous faites des économies...

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Cela représente 400 millions en 2015.

L'amendement n^o 79 est adopté.

Article 63

M. Gérard Roche, rapporteur. – Il revient au législateur de fixer chaque année en loi de financement de la sécurité sociale le transfert du FSV au régime général, au régime des salariés agricoles et au régime social des indépendants au titre de leurs dépenses de minimum contributif. Mon amendement n° 80 redonne l'initiative aux parlementaires, sur ce sujet.

L'amendement n° 80 est adopté.

Article 65

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Les sanctions financières semblent plus adaptées que les peines de prison en cas de non-respect des règles de la sécurité sociale ou de refus persistant d'affiliation, d'où l'amendement n° 81

L'amendement n° 81 est adopté.

M. Alain Milon, président. – Je vais maintenant mettre aux voix les conclusions des rapporteurs sur le projet de loi.

Les conclusions des rapporteurs sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 sont adoptées.

EXAMEN DES AMENDEMENTS

| Auteur | N° | Objet | Sort de l'amendement |
|--|-----------|---|-----------------------------|
| Article 3 Institution d'une contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises titulaires des droits d'exploitation de médicaments destinés au traitement de l'hépatite C | | | |
| Rapporteur général | 28 | Amendement rédactionnel | Adopté |
| Article 5 Rectification des prévisions de recettes, des objectifs de dépenses et des tableaux d'équilibre pour 2014 | | | |
| Rapporteur général | 29 | Énumération limitative des prestations financées par le fonds de solidarité vieillesse | Adopté |
| Article 7 Prélèvements sociaux applicables aux revenus de remplacement | | | |
| Rapporteur général | 30 | Amendement de coordination | Adopté |
| Article 8 bis Aménagement des dispositions de la loi du 18 juin 2014 relative à l'artisanat, au commerce et aux très petites entreprises | | | |
| Rapporteur général | 31 | Amendement de coordination | Adopté |
| Article 8 ter Réduction forfaitaire de cotisation bénéficiant aux particuliers-employeurs | | | |
| Rapporteur général | 32 | Augmentation de la réduction forfaitaire de cotisations au bénéfice des particuliers-employeurs | Adopté |
| Article 9 Encadrement des assiettes forfaitaires | | | |
| Rapporteur général | 33 | Amendement rédactionnel | Adopté |
| Article 10 Modification des règles relatives aux outils de régulation des dépenses de médicaments | | | |
| Rapporteur général | 34 | Amendement rédactionnel | Adopté |
| Article 11 Simplification des règles d'assujettissement et de recouvrement de certaines contributions pharmaceutiques | | | |
| Rapporteur général | 35 | Amendement rédactionnel | Adopté |
| Article 12 bis Intégration dans l'assiette des cotisations sociales de la fraction du revenu, distribuée aux dirigeants majoritaires de SA et de SAS, qui excède 10 % du capital social | | | |
| Rapporteur général | 36 | Amendement de suppression | Adopté |

| Auteur | N° | Objet | Sort de l'amendement |
|---|----|--|----------------------|
| Article 12 ter Assujettissement aux prélèvements sociaux des plans d'épargne en actions au moment de leur clôture | | | |
| Rapporteur général | 37 | Amendement rédactionnel | Adopté |
| Article 12 quater Exonération de la C3S pour les sociétés coopératives artisanales et les sociétés coopératives d'entreprises de transport | | | |
| Rapporteur général | 38 | Amendement de correction d'une erreur de référence | Adopté |
| Article 12 quinquies Alignement de la fiscalité applicable aux cigares et cigarillos sur celle en vigueur pour les cigarettes | | | |
| Rapporteur général | 39 | Alignement de la fiscalité applicable au tabac à rouler sur celle en vigueur pour les cigarettes | Adopté |
| Article 13 Rationalisation de la fiscalité des contrats d'assurance maladie complémentaire et des contrats d'assurance automobile | | | |
| Rapporteur général | 40 | Amendement rédactionnel | Adopté |
| Article 15 Dispositions relatives au contrôle et au recouvrement des cotisations et contributions sociales | | | |
| Rapporteur général | 41 | Amendement rédactionnel | Adopté |
| Article 15 bis Plan de désendettement social de l'agriculture corse | | | |
| Rapporteur général | 42 | Amendement de suppression | Adopté |
| Article 16 Simplification de l'action en remboursement de cotisations AT-MP indues | | | |
| Rapporteur général | 43 | Amendement de coordination | Adopté |
| Article 20 Alignement sur le droit commun des circuits financiers et comptables de la caisse de sécurité sociale de Mayotte | | | |
| Rapporteur général | 44 | Amendement rédactionnel et de coordination | Adopté |
| Article 21 Modalités de compensation à la sécurité sociale des pertes de recettes consécutives aux mesures du pacte de responsabilité | | | |
| Rapporteur général | 45 | Amendement de coordination | Adopté |

| Auteur | N° | Objet | Sort de l'amendement |
|---|----|---|----------------------|
| Article 24 Approbation des prévisions de recettes et du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires | | | |
| Rapporteur général | 46 | Rectification de objectifs de dépenses et des soldes des branches maladie et famille | Adopté |
| Article 25 Approbation du tableau d'équilibre du régime général pour 2015 | | | |
| Rapporteur général | 47 | Rectification du tableau d'équilibre | Adopté |
| Article 29 bis Exonération des participations forfaitaires et des franchises pour les bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) | | | |
| Rapporteur général | 48 | Suppression de la participation forfaitaire due aux médecins pour les bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé | Adopté |
| Article 30 Exonération du ticket modérateur sur les honoraires de dispensation complémentaire en cas d'ordonnance complexe | | | |
| Rapporteur général | 49 | Amendement de précision | Adopté |
| Article 33 Création des centres d'information, de dépistage et de diagnostic gratuit des infections sexuellement transmissibles (CIDDG) | | | |
| Rapporteur général | 50 | Amendement de coordination | Adopté |
| Article 34 Prise en charge des vaccins réalisés dans les centres publics de vaccination | | | |
| Rapporteur général | 51 | Mise en place d'une procédure d'achat groupé pour les vaccins utilisés dans les structures publiques de vaccination | Adopté |
| Article 35 Financement des associations d'usagers et des organismes concourant à la promotion de leurs droits | | | |
| Rapporteur général | 52 | Amendement de coordination | Adopté |
| Article 36 Incitation à l'amélioration de la qualité et contrat d'amélioration des pratiques | | | |
| Rapporteur général | 53 | Articulation entre les évaluations et les référentiels établis par la HAS | Adopté |
| Article 40 Réforme des modalités de gestion et des missions du Fonds d'intervention régional (FIR) | | | |
| Rapporteur général | 54 | Rétablissement de la mention du « handicap » | Adopté |

| Auteur | N° | Objet | Sort de l'amendement |
|--|----|---|----------------------|
| Article 42 Renforcement des leviers régionaux d'amélioration de la pertinence des soins en établissement de santé | | | |
| Rapporteur général | 55 | Précision sur l'application de l'article à la médecine de ville et à l'articulation ville-hôpital | Adopté |
| Article 43 bis Extension du répertoire des génériques aux médicaments dont la substance active est d'origine végétale ou minérale | | | |
| Rapporteur général | 56 | Amendement de coordination | Adopté |
| Article 43 ter Règles applicables à la substitution des médicaments dispensés par voie inhalée | | | |
| Rapporteur général | 57 | Amendement de suppression | Adopté |
| Article 44 Régulation de la prescription de produits sur la liste en sus | | | |
| Rapporteur général | 58 | Caractère expérimental du dispositif proposé | Adopté |
| Article additionnel après l'article 45 | | | |
| Rapporteur général | 59 | Obligation de transmission d'une lettre de liaison à la sortie de l'hôpital | Adopté |
| Article 47 | | | |
| Rapporteur général | 60 | Amendement rédactionnel | Adopté |
| Article additionnel après l'article 47 | | | |
| Rapporteur général | 61 | Évaluation de l'intérêt thérapeutique relatif des produits de santé | Adopté |
| Rapporteur général | 62 | Obligation de fournir des études comparatives pour obtenir l'inscription au remboursement d'un médicament | Adopté |
| Rapporteur général | 63 | Évaluation de l'efficacité des médicaments soumis au remboursement | Adopté |
| Article additionnel après l'article 49 | | | |
| Rapporteur général | 64 | Rétablissement de la journée de carence pour les personnels hospitaliers | Adopté |
| Article 51 Adaptation du régime des plasmas thérapeutiques à la qualification des plasmas industriels comme médicaments dérivés du sang | | | |
| Rapporteur général | 65 | Clarification rédactionnelle | Adopté |

| Auteur | N° | Objet | Sort de l'amendement |
|---|----|--|----------------------|
| Article additionnel après l'article 52 | | | |
| Rapporteur général | 66 | Prolongation de l'expérimentation sur le partage du dossier pharmaceutique | Adopté |
| Rapporteur général | 67 | Prolongation de l'expérimentation sur le partage du dossier pharmaceutique | Adopté |
| Article 53 Dotations 2015 de l'assurance maladie et de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie à divers fonds et organismes | | | |
| Rapporteur général | 69 | Amendement rédactionnel | Adopté |
| Rapporteur médico-social | 68 | Suppression des dispositions prévoyant le financement de diverses agences par la CSA | Adopté |
| Article 53 bis Rapport sur la fiscalité des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes | | | |
| Rapporteur médico-social | 70 | Amendement de suppression | Adopté |
| Article 53 ter Rapport d'évaluation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens | | | |
| Rapporteur médico-social | 71 | Amendement de suppression | Adopté |
| Article additionnel après l'article 53 ter | | | |
| Rapporteur médico-social | 72 | Répartition du produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie | Adopté |
| Rapporteur médico-social | 73 | Plan pluriannuel d'investissement dans le secteur médico-social | Adopté |
| Article 54 Objectif de dépenses de la branche maladie pour 2015 | | | |
| Rapporteur général | 74 | Rectification de l'objectif de dépense de la branche maladie | Adopté |
| Article 55 Objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2015 | | | |
| Rapporteur général | 75 | Diminution d'un milliard des dépenses sous Ondam | Adopté |
| Article additionnel avant l'article 56 | | | |
| Rapporteur vieillesse | 76 | Relèvement progressif de l'âge légal de départ à la retraite à 64 ans en 2024 | Adopté |
| Article 56 Rachat de trimestres d'assurance vieillesse pour les enfants de harkis | | | |
| Rapporteur vieillesse | 77 | Amendement rédactionnel | Adopté |

| Auteur | N° | Objet | Sort de l'amendement |
|--|----|---|----------------------|
| Article 61 A Modulation du montant des allocations familiales selon le niveau de ressources des bénéficiaires | | | |
| Rapporteur famille | 78 | Amendement de suppression | Adopté |
| Article 62 Objectif de dépenses de la branche famille pour 2015 | | | |
| Rapporteur famille | 79 | Rectification de l'objectif de dépenses | Adopté |
| Article 63 Participation du Fonds de solidarité vieillesse au financement du minimum contributif | | | |
| Rapporteur vieillesse | 80 | Maintien en LFSS du transfert du FSV aux régimes de base au titre du minimum contributif | Adopté |
| Article 65 Proportionnalité des sanctions prononcées en cas de fraudes aux prestations famille et vieillesse | | | |
| Rapporteur général | 81 | Aménagement des sanctions en cas d'incitation à la désaffiliation de la sécurité sociale et de refus persistant de s'affilier | Adopté |