



N° 3949

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUATORZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 13 juillet 2016.

RAPPORT D'INFORMATION

DÉPOSÉ

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

PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

*sur la mise en **application de la loi n° 2015-1702** du 21 décembre 2015
de **financement de la sécurité sociale pour 2016**,*

ET PRÉSENTÉ PAR

M. GÉRARD BAPT, MMES MICHÈLE DELAUNAY, JOËLLE HUILLIER,
MM. MICHEL ISSINDOU, DENIS JACQUAT ET
MME MARIE-FRANÇOISE CLERGEAU,

Députés.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	5
I. LES RECETTES ET LA GESTION DU RISQUE	7
A. LES RECETTES, LE RECOUVREMENT ET LA TRÉSORERIE	8
1. Modification du dispositif d'exonérations de cotisations sociales patronales dans les outre-mer	8
2. Délégation aux URSSAF du recouvrement des cotisations d'assurance maladie des professions libérales	10
3. Renforcement des options de lissage des revenus professionnels des non-salariés agricoles soumis à cotisations sociales	11
4. Aménagement des modalités de reprise des allègements généraux en cas de méconnaissance par l'employeur de l'obligation annuelle de négociation sur les salaires	12
5. Motivation de l'avertissement ou de la mise en demeure en cas de poursuite pour méconnaissance de la législation de sécurité sociale	13
6. Réforme des modalités de recouvrement des prélèvements sociaux sur les artistes-auteurs	13
7. Modifications diverses relatives au Régime social des indépendants	14
8. Aménagement des modalités d'entrée en vigueur de la déclaration sociale nominative	15
9. Transferts de recettes entre organismes et branches de la sécurité sociale	16
10. Affiliation temporaire au régime général des personnes exerçant une activité économique réduite	18
11. Intégration au régime général du régime spécial d'assurance maladie, maternité et décès du grand port maritime de Bordeaux	19
12. Affiliation au régime général des gens de mer employés à bord de navires étrangers	19
13. Réforme de l'architecture financière de l'assurance maladie	20

B. LA GESTION ET LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE	21
1. Renforcement des mutualisations entre organismes, branches et régimes de la sécurité sociale	21
2. Élargissement du droit de communication à des personnes non identifiées	21
II. LA BRANCHE ASSURANCE MALADIE	22
A. ORGANISATION ET FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE	24
B. AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX DROITS	25
C. PROMOTION DE LA PRÉVENTION ET PARCOURS DE PRISE EN CHARGE COORDONNÉE	29
D. RÉFORME DU FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	31
III. LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL	34
A. LE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX	34
B. LA CONTINUITÉ DES SOINS ENTRE LE DOMICILE ET LES ÉTABLISSEMENTS OU SERVICES MÉDICO-SOCIAUX POUR PERSONNES ÂGÉES	36
IV. LA BRANCHE VIEILLESSE	36
A. LES MESURES D'APPLICATION DIRECTE	36
B. LA MISE EN ŒUVRE DU NOUVEAU DISPOSITIF DE PLAFONNEMENT DU CUMUL EMPLOI RETRAITE	37
C. L'ADAPTATION DES RÈGLES DE CUMUL EMPLOI RETRAITE À LA SITUATION DES ANCIENS MINEURS	38
V. LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES	38
VI. LA BRANCHE FAMILLE	38
A. GÉNÉRALISATION DU DISPOSITIF DE GARANTIE CONTRE LES IMPAYÉS DE PENSION ALIMENTAIRE	39
B. TRANSFERT AUX CAISSES D'ALLOCATIONS FAMILIALES DU SERVICE DES PRESTATIONS FAMILIALES AUX FONCTIONNAIRES EN POSTE DANS LES DOM	40
C. EXTENSION DE L'ALLOCATION DE SOUTIEN FAMILIAL ET DU COMPLÉMENT DE LIBRE CHOIX DU MODE DE GARDE À LA COLLECTIVITÉ DE SAINT-PIERRE-ET-MIQUELON	41
D. OBJECTIF DE DÉPENSES DE LA BRANCHE FAMILLE POUR L'ANNÉE 2016	42
TRAVAUX DE LA COMMISSION	43
EXAMEN DU RAPPORT EN COMMISSION	43

INTRODUCTION

En application de l'article 145-7 du Règlement de l'Assemblée nationale, ce rapport fait état des textes réglementaires publiés pour la mise en œuvre de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2016, ainsi que des dispositions qui n'auraient pas fait l'objet des textes d'application nécessaires.

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

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

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

Les comparaisons en termes de taux d'application, par rapport aux lois de financement pour 2014 et 2015, devront être appréciées en tenant compte de la date à laquelle les rapports d'application sont présentés : ce rapport fait un bilan de l'application de la loi de financement en juillet, tandis que le rapport de 2015 a été publié en septembre.

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

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

En ce qui concerne l'application non pas réglementaire mais budgétaire de la loi (c'est-à-dire l'évolution des dépenses et des recettes par rapport aux objectifs de la loi), les rapporteurs renvoient aux rapports de la Commission des comptes de la sécurité sociale publiés en juin et en septembre sur les comptes de l'année précédente et de l'année en cours ⁽¹⁾.

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

*

Les informations contenues dans le présent rapport résultent de l'exploitation de l'échéancier de mise en application de la loi, publié sur le site Internet Légifrance, dans sa version mise à jour au 29 juin ⁽²⁾. Habituellement, cet échéancier est complété et précisé par le Gouvernement, en réponse à un questionnaire des rapporteurs, sous forme de tableau ; cette année, toutefois, aucune réponse n'a été fournie aux rapporteurs. Il doit en être tenu compte pour mesurer la fiabilité des données, notamment chiffrées, présentées ici.

Adopté définitivement par l'Assemblée nationale le 30 novembre 2015, le PLFSS 2016 a fait l'objet d'une saisine du Conseil constitutionnel, lequel s'est prononcé le 17 décembre 2015 ⁽³⁾, censurant 3 articles (23, 35 et 62) sur les 95 articles adoptés.

Sur les 92 articles restant, 58 doivent être présumés d'application directe ; l'échéancier liste en effet seulement 34 articles devant faire l'objet d'une (ou plusieurs) mesures d'application.

Les autres articles appellent, outre la remise par le Gouvernement de 4 rapports au Parlement, l'adoption de 57 actes d'application au sens strict (décrets et arrêtés).

Au 29 juin 2016, soit 7 mois après la publication de la loi, 21 articles n'ont fait l'objet d'aucun des textes d'application qu'ils prévoient.

Le tableau suivant traduit un résultat en dégradation par rapport à celui arrêté en septembre 2015 (25 % des textes d'application publiés ⁽⁴⁾ contre 42 %).

(1) Pour le rapport de juin 2016 : <http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport-ccss-juin2016.pdf>

(2) <https://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPubliee.do?idDocument=JORFDOLE000031278667&type=echeancier&typeLoi=&legislature=14>

(3) Décision n° 2015-723 DC du 17 décembre 2015, Loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 : <http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/root/bank/download/2015723DC2015723dc.pdf>

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

**ÉTAT DE LA PUBLICATION DES TEXTES NÉCESSAIRES À L'APPLICATION
DE LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2016**

Nombre de textes au 29 juin 2016	Textes d'application nécessaires	Textes publiés		Textes restant à publier
		Nombre	en %	
Décrets en Conseil d'État	17	3	18 %	14
Décrets simples	37	11	30 %	26
Arrêtés	3	0	0 %	3
Total textes d'application	57	14	25 %	43

Source : Commission des affaires sociales.

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

Comme c'est traditionnellement le cas, plutôt que de suivre les quatre parties structurant la loi de financement, le choix a été fait de regrouper par thème, en fonction de la répartition des articles entre les rapporteurs du PLFSS 2016, les dispositions de la loi de financement devant faire l'objet de textes d'application : recettes et gestion du risque (M. Gérard Bapt, I), assurance maladie (Mme Michèle Delaunay, II), secteur médico-social (Mme Joëlle Huillier, III), assurance vieillesse (M. Michel Issindou, IV), accidents du travail et maladies professionnelles (M. Denis Jacquat, V) et famille (Mme Marie-Françoise Clergeau, VI).

I. LES RECETTES ET LA GESTION DU RISQUE

Cette partie porte sur les dispositions de la LFSS 2016 relatives aux recettes, à l'équilibre général, à la trésorerie, à la gestion du risque et à la lutte contre la fraude.

Comme chaque année, les dispositions suivantes, de nature purement financière, sont d'application directe : l'approbation des montants du dernier exercice clos (articles 1^{er} et 2), la rectification des objectifs et prévisions pour 2015 (article 5)⁽¹⁾, la compensation par le budget de l'État des pertes de recettes liées à des dispositifs d'exonération de cotisations sociales (article 38), l'approbation des tableaux d'équilibre pour l'exercice 2016 (articles 39 à 41), l'habilitation accordée aux régimes de base à recourir à l'emprunt (article 42) et l'approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale, ou annexe B (article 43).

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

Selon l'échéancier de mise en application, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 comporte, en matière de recettes, de recouvrement, de trésorerie, de contrôle et de lutte contre la fraude, 15 articles nécessitant des textes d'application. Seuls 5 actes ont été pris.

Les autres articles (7, 11, 12, 15, 16, 18, 26, 27, 29, 89, 90, 92 et 93), en plus de ceux cités précédemment, sont par conséquent réputés d'application directe, comme évoqué *supra*.

A. LES RECETTES, LE RECOUVREMENT ET LA TRÉSORERIE

1. Modification du dispositif d'exonérations de cotisations sociales patronales dans les outre-mer

• La situation économique des outre-mer⁽¹⁾, globalement plus dégradée qu'en métropole, a justifié la mise en place depuis 1994 d'un mécanisme spécifique d'allègement des cotisations patronales de sécurité sociale, plus favorable que les allègements généraux applicables en métropole⁽²⁾. Ce dispositif, codifié à l'article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale, a été remanié à de nombreuses reprises depuis lors.

L'article 10 de la LFSS 2016 a ainsi apporté – pour la troisième fois en trois ans – des modifications assez substantielles aux mécanismes d'allègement du coût du travail outre-mer, poursuivant une séquence de réforme assez complexe, tenant compte notamment de la création du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) :

– d'une part, il recentre ces aides sur les bas salaires, dans la généralité des cas ;

– d'autre part, et à l'inverse, il renforce le dispositif en faveur des entreprises réputées les plus exposées à la concurrence internationale⁽³⁾.

Le tableau suivant, reproduit du tome I du rapport de première lecture sur le PLFSS⁽⁴⁾, présente le détail des conséquences de l'article sur le niveau des allègements, en fonction des différentes situations.

(1) Entendus ici comme les départements de Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion, et comme les collectivités de Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

(2) Qui cessent lorsque le salaire atteint 1,6 fois le salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC).

(3) Entreprises des zones et des secteurs prioritaires au sens de la LODEOM (loi n° 2009-594 du 27 mai 2009 pour le développement économique des outre-mer).

(4) Auquel on se reportera utilement pour plus de précisions sur le dispositif et ses évolutions récentes : M. Gérard Bapt, document Assemblée nationale n° 3129, octobre 2015, pages 95 à 104 : <http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rapports/r3129-t1.pdf>

MODALITÉS DE CALCUL DE L'ALLÈGEMENT DE COTISATIONS SOCIALES

Comparaison avant et après LFSS 2016

(en multiples de SMIC)

Seuil	Entreprises de moins de 11 salariés ne bénéficiant pas du CICE		Entreprises de moins de 11 salariés bénéficiant du CICE		Entreprises de plus de 10 salariés ne bénéficiant pas du CICE		Entreprises de plus de 10 salariés bénéficiant du CICE		Entreprises prioritaires ne bénéficiant pas du CICE		Entreprises prioritaires bénéficiant du CICE	
	Avant réforme	Après réforme	Avant réforme	Après réforme	Avant réforme	Après réforme	Avant réforme	Après réforme	Avant réforme	Après réforme	Avant réforme	Après réforme
Seuil en deçà duquel l'exonération est totale	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,3	1,6	1,7	1,6	1,7
Palier pour lequel l'allègement est fixe en montant	1,4 – 2,2	1,4 – 2	1,4 – 1,8	1,4 – 1,6	–	–	–	–	1,6 – 2,5	1,7 – 2,5	1,6 – 2	1,7 – 2,5
Seuils entre lesquels l'allègement est dégressif	2,2 – 3,8	1,4 – 3	1,8 – 2,8	1,6 – 2,3	1,4 – 3,8	1,4 – 3	1,4 – 2,6	1,3 – 2	2,5 – 4,5	2,5 – 4,5	2 – 3	2,5 – 3,5
Seuils à partir duquel l'allègement s'annule	3,8	3	2,8	2,3	3,8	3	2,6	2	4,5	4,5	3	3,5

Source : Commission des affaires sociales.

• L'article 10 a notamment modifié le VIII de l'article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale, qui renvoyait à un décret en Conseil d'État le soin d'appliquer les dispositions dudit article.

Ce VIII prévoit désormais :

– que le montant des exonérations dégressives est déterminé par une formule de calcul fixée par décret ;

– et que « *la valeur maximale du coefficient de dégressivité retenu pour cette formule est fixée, par décret, dans la limite de la somme des taux des cotisations [...] pour une rémunération égale au salaire minimum de croissance* ». Le rapporteur avait sollicité, en vain, une illustration de l'intention de cette disposition.

• Le décret n° 2016-566 du 9 mai 2016 relatif à l'exonération de cotisations sociales applicable aux entreprises implantées en outre-mer n'apporte pas réellement d'illustration, puisque la somme des taux de cotisations des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur applicables au niveau du salaire minimum de croissance, à l'exclusion du taux des cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, est désignée par la valeur « T », qui entre elle-même dans la formule de calcul de la dégressivité des allègements. Cela s'explique par le fait que, même sans prise en compte des allègements spécifiques à l'outre-mer, les taux de cotisations ne sont pas les mêmes pour toutes les entreprises ⁽¹⁾.

Une fois prise en compte cette considération méthodologique, le décret fixe bien, pour chaque cas de figure décrit dans le tableau *supra*, une formule mathématique assurant la « pente » correcte de dégressivité. Ce décret, quoique publié un peu tardivement pour une application de la mesure au 1^{er} janvier 2016, n'appelle donc pas de commentaire particulier.

2. Délégation aux URSSAF du recouvrement des cotisations d'assurance maladie des professions libérales

• L'article 13 confie aux unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) le recouvrement des cotisations d'assurance maladie des professions libérales, jusqu'alors délégué par le Régime social des indépendants (RSI) à des « organismes conventionnés » (assurances et mutuelles), moyennant rétribution.

(1) Par exemple, le taux de cotisation au fonds national d'aide au logement est variable selon que l'entreprise compte plus ou moins de 20 salariés.

Outre la simplification administrative apportée aux cotisants – en réduisant le nombre de leurs interlocuteurs ⁽¹⁾ –, cet article permettra au RSI une économie de gestion, estimée à 16 millions d’euros par an.

- Deux dispositions de cet article doivent être précisées par décret :

– d’une part, sa date d’entrée en vigueur. En effet, compte tenu de la nécessité d’aménager une transition qui ne sera pas sans effet pour les organismes conventionnés, l’entrée en vigueur est différée, à une date comprise entre le 1^{er} janvier 2017 et le 1^{er} janvier 2018 ;

– d’autre part, les conditions d’attribution et le montant de l’indemnité pouvant le cas échéant être accordée aux organismes conventionnés subissant, du fait de la réforme, un préjudice anormal et spécial.

L’échéancier de mise en application de la loi prévoit une publication de ces mesures en octobre 2016.

3. Renforcement des options de lissage des revenus professionnels des non-salariés agricoles soumis à cotisations sociales

• L’article 14 permet d’adapter les options permettant aux non-salariés agricoles de lisser leurs revenus professionnels soumis à cotisations et contributions sociales. Il comporte trois dispositions :

– la prise en compte, pour le calcul des cotisations sociales de l’exercice, de l’option fiscale d’étalement des revenus exceptionnels ouverte aux chefs d’exploitation ou d’entreprise agricole ;

– la possibilité pour le conjoint reprenneur, dans le cas d’un transfert entre époux à la suite du décès du chef d’exploitation ou d’entreprise agricole, d’opter pour l’assiette forfaitaire applicable à un nouvel installé pour le calcul des cotisations et contributions sociales. Les modalités d’application de cette mesure sont renvoyées à un décret ;

– l’augmentation du plafond d’à-valoir des cotisations et contributions sociales.

Cet article s’applique aux cotisations et contributions de sécurité sociale dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2016.

(1) Les URSSAF pour la contribution sociale généralisée, la contribution au remboursement de la dette sociale, les cotisations d’assurance famille, la contribution à la formation professionnelle, et donc les cotisations d’assurance maladie et maternité ; la Caisse nationale d’assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL) ou, s’agissant des avocats, la Caisse nationale des barreaux français (CNBF), pour les cotisations d’assurance vieillesse (de base et complémentaire obligatoire), invalidité et décès.

• Le décret n° 2016-735 du 2 juin 2016 relatif à l'option pour l'assiette de cotisations du conjoint survivant en cas de décès du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole et à l'option pour l'assiette annuelle de cotisations des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole précise les modalités de mise en œuvre de ces dispositions.

4. Aménagement des modalités de reprise des allègements généraux en cas de méconnaissance par l'employeur de l'obligation annuelle de négociation sur les salaires

• L'article 17 a modifié le régime de sanction applicable aux employeurs ne procédant pas à la négociation annuelle obligatoire (NAO) sur les salaires, prévue à l'article L. 2242-5 du code du travail.

Avant l'entrée en vigueur de la LFSS 2016, le VII de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale prévoyait :

– qu'un employeur ne s'étant pas conformé à cette obligation voie diminuer de 10 % ⁽¹⁾ le montant des allègements généraux dont il bénéficie ;

– que l'employeur ne respectant pas la NAO trois années de suite perde le bénéfice des allègements généraux, en totalité.

L'article 17 a abrogé ce VII, pour transférer le mécanisme de sanction dans un nouvel article L. 2242-5-1 du code du travail.

Ce nouvel article a pour principal effet de rendre désormais la sanction variable :

– la pénalité de 10 %, applicable lorsqu'aucun manquement à l'obligation de NAO n'a été constaté par contrôle au cours de six années civiles précédentes, est désormais un plafond, et non plus le taux de droit commun ;

– symétriquement, la pénalité de 100 %, applicable lorsqu'un autre manquement a été constaté au cours des six années civiles précédentes, est désormais un plafond.

Le texte confie à l'autorité administrative compétente – en pratique, la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) – le soin de fixer le montant de la pénalité, en fonction de critères dont l'imprécision avait été relevée par le rapporteur, à savoir « *en tenant compte notamment des efforts constatés pour ouvrir les négociations, de la situation économique et financière de l'entreprise, de la gravité du manquement et des circonstances ayant conduit au manquement* ».

(1) Au titre des rémunérations versées au cours de l'année concernée.

- Le soin de définir plus précisément les conditions d'application de cette pénalité est renvoyé au décret. L'échéancier indique qu'une publication était envisagée en avril 2016, sans plus de précision sur ce qu'il est advenu du projet de texte.

5. Motivation de l'avertissement ou de la mise en demeure en cas de poursuite pour méconnaissance de la législation de sécurité sociale

- L'article 19 oblige les organismes de sécurité sociale à préciser et motiver les avertissements ou mises en demeure adressés aux cotisants ayant méconnu la législation de sécurité sociale.

Cet article résulte de l'adoption d'un amendement parlementaire sous-amendé en séance à l'Assemblée nationale par le Gouvernement, pour prévoir que les conditions de précision et de motivation soient définies par décret en Conseil d'État.

- L'échéancier indique qu'une publication était envisagée en avril 2016, sans plus de précision.

6. Réforme des modalités de recouvrement des prélèvements sociaux sur les artistes-auteurs

- L'article 20 résulte de l'adoption par l'Assemblée nationale d'un amendement du Gouvernement déposé tardivement, relatif aux modalités de recouvrement des prélèvements sociaux pesant sur les artistes-auteurs.

Bien qu'affiliés en principe au régime général, les artistes-auteurs relèvent pour la gestion de leur sécurité sociale d'organismes spéciaux (Maison des artistes pour les artistes graphiques et plastiques et, pour les autres artistes-auteurs, Association pour la gestion de la sécurité sociale des auteurs – AGESSA).

L'article L. 382-4 du code de la sécurité sociale soumet au régime de cotisations habituellement applicable à l'employeur la personne qui assure la diffusion ou l'exploitation des œuvres. Ces cotisations sont recouvrées par les organismes agréés, « *qui assument, en matière d'affiliation, les obligations de l'employeur à l'égard de la sécurité sociale* ».

L'article L. 382-5 du même code prévoit que la part des cotisations à la charge des artistes-auteurs est versée par les intéressés à l'organisme agréé dont ils relèvent, sauf lorsque la rémunération est versée par un « employeur » au sens de l'article L. 382-4 : dans ce cas, la cotisation « salariale » due par l'artiste est précomptée par « l'employeur » et versée par lui à l'organisme agréé.

L'article 20 étend les dispositions de l'article L. 382-5 à l'ensemble des contributions de sécurité sociale dues pour les périodes courant à compter d'une date fixée par décret, en tout état de cause avant le 1^{er} janvier 2019.

L'objectif poursuivi par le Gouvernement, mais que les débats parlementaires n'ont pas permis d'éclairer parfaitement, est de faire précompter par l'AGESSA les cotisations d'assurance vieillesse plafonnées, qui ne seraient actuellement pas appelées pour certains auteurs.

L'entrée en vigueur différée doit permettre de conduire avec les acteurs concernés une concertation sur les modalités opérationnelles et des travaux informatiques.

• Un décret doit donc fixer la date d'entrée en vigueur de cette réforme. L'échéancier se contente de faire état d'une « *publication éventuelle* ».

7. Modifications diverses relatives au Régime social des indépendants

• L'article 21, résultant de l'adoption d'un amendement du Gouvernement présenté tardivement en première lecture à l'Assemblée nationale puis modifié au Sénat et en nouvelle lecture à l'Assemblée, procède à plusieurs modifications relatives au Régime social des indépendants (RSI). Ces modifications sont d'une complexité telle que les débats parlementaires n'ont pas permis d'éclairer véritablement l'intention du Gouvernement, comme le rapporteur l'a d'ailleurs regretté dans son rapport de nouvelle lecture ⁽¹⁾.

Pour les besoins du présent rapport, on retiendra simplement les quelques éléments suivants. Dans la généralité des cas, les travailleurs indépendants sont assujettis à des « cotisations minimales », dont la logique est la suivante : même si un travailleur indépendant ne perçoit pas de revenus, il paye des cotisations minimales qui lui assurent un socle minimum de droits à prestations.

Dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la LFSS 2016, l'article 26 de la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 relative à l'artisanat, au commerce et aux très petites entreprises (dite « ACTPE ») prévoyait une dispense de cotisations minimales pour les bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA), sauf demande contraire de leur part, dans des conditions fixées par un décret qui n'avait pas encore été publié ⁽²⁾. L'article 21 de la LFSS 2016 procède à une coordination rendue nécessaire par la création de la prime d'activité par la loi n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi : les bénéficiaires RSA étant dispensés des cotisations minimales, il fallait en effet prévoir la même chose pour les bénéficiaires de la prime d'activité, qui remplace l'ancien volet « activité » du RSA.

(1) Document Assemblée nationale n° 3238, novembre 2015, pages 46 à 49 : <http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rapports/r3238.pdf>

(2) Sans entrer dans le détail, il faut préciser que l'article 21 de la LFSS 2016 a justement pour objet de mettre en cohérence les dispositions de la loi ACTPE et celles de la LFSS 2015 qui, sur la question des cotisations minimales des travailleurs indépendants, se trouvaient en contrariété.

- C'est donc pour les bénéficiaires du RSA comme pour ceux de la prime d'activité que l'article 3 du décret n° 2015-1856 du 30 décembre 2015 relatif aux cotisations et contributions de sécurité sociale des travailleurs indépendants prévoit les conditions dans lesquelles ils peuvent être assujettis aux cotisations minimales.

La demande d'assujettissement doit être faite auprès de la caisse de rattachement – en général, le RSI – au plus tard le 31 octobre de l'année civile précédant celle au titre de laquelle elle est faite (par exemple, le 31 octobre 2016 pour une demande d'assujettissement au titre de 2017). Elle est reconduite tacitement chaque année, sauf demande contraire. L'organisme chargé du service de la prime d'activité, en général la caisse d'allocations familiales, doit informer la caisse de RSI de l'ouverture et de l'extinction des droits à la prime.

8. Aménagement des modalités d'entrée en vigueur de la déclaration sociale nominative

- L'article 22 a pour objet d'aménager le calendrier d'entrée en vigueur de la déclaration sociale nominative (DSN), qui doit se substituer progressivement aux multiples déclarations existantes, afin de simplifier les formalités des entreprises.

La DSN devait entrer en vigueur progressivement, la dernière étape étant initialement prévue pour le 1^{er} janvier 2016. Mais cette étape est la plus lourde, puisqu'elle consiste à intégrer à la DSN la déclaration annuelle des données sociales, la plus utilisée.

La généralisation de la DSN est donc repoussée à une date devant être fixée par décret, en tout état de cause avant le 1^{er} juillet 2017. Selon les informations fournies par le Gouvernement à l'occasion des débats parlementaires, le décret devrait également fixer des étapes intermédiaires, afin notamment de permettre l'entrée en vigueur de la DSN courant 2016 pour les plus grandes entreprises et les tiers déclarants, c'est-à-dire en pratique les experts-comptables.

- Le décret n° 2016-611 du 18 mai 2016 fixant les dates limites pour la transmission obligatoire de la déclaration sociale nominative prévoit un calendrier d'entrée en vigueur différent selon le niveau de cotisations et contributions sociales ⁽¹⁾ dont les entreprises – ou les tiers déclarants – se sont acquittées au titre de 2014.

La DSN sera obligatoire à compter de la paie du mois de juillet 2016 pour :

- les entreprises ayant versé directement, au titre de 2014, au moins 50 000 euros de cotisations et contributions sociales ;

(1) Hors majorations et pénalités.

– les tiers déclarants ayant versé, au titre de la même période, au moins 10 millions d’euros (en faisant la somme des cotisations et contributions versées pour le compte de la totalité de leurs mandants).

Le délai est repoussé à la paie du mois de janvier 2017 pour :

- les entreprises ayant versé directement moins de 50 000 euros ;
- dans le secteur agricole, les employeurs ayant versé entre 3 000 et 50 000 euros ;
- les tiers déclarants ayant versé moins de 10 millions d’euros.

Les employeurs agricoles ayant versé moins de 3 000 euros devront faire leur première DSN à compter de la paie du mois d’avril 2017.

La sanction encourue en cas de non-respect de l’obligation de DSN est de 2,50 euros par salarié manquant, sans pouvoir excéder un plafond de 750 euros, quelle que soit la taille de l’entreprise.

9. Transferts de recettes entre organismes et branches de la sécurité sociale

● L’article 24, particulièrement long et complexe, poursuit un triple objectif :

– tirer les conséquences d’une décision de la Cour de Justice de l’Union européenne (CJUE)⁽¹⁾, en application de laquelle les prélèvements sociaux sur les revenus du capital ne sauraient être affectés à des organismes de sécurité sociale servant, dans une logique assurantielle, des prestations contributives. La solution retenue consiste pour l’essentiel en une réorganisation du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) en trois sections, dont la première doit financer des prestations non contributives, en se voyant affecter la quasi-totalité des prélèvements sociaux sur le capital⁽²⁾ ;

– assurer pour les organismes de sécurité sociale la neutralité de la compensation par la loi de finances pour 2016⁽³⁾ des pertes de recettes résultant de la mise en œuvre du Pacte de responsabilité et de solidarité et de certaines mesures de la loi n° 2015-990 du 6 août 2015 pour la croissance, l’activité et l’égalité des chances économiques ;

– profiter de ces différents mouvements pour rationaliser les modalités de financement de certains organismes, et procéder à divers « toilettages » légistiques.

(1) CJUE, 26 février 2015, affaire C-623/13, Ministre de l’Économie et des finances contre Gérard de Ruyter.

(2) La deuxième section finançant des prestations contributives, et la troisième (reprenant l’ancienne deuxième) les versements aux différents régimes, pour compenser le maintien à 65 ans du départ à la retraite pour les parents de trois enfants ou les parents d’enfants handicapés, à la suite de la réforme des retraites de 2010.

(3) Loi n° 2015-1785 du 29 décembre 2015.

• L'échéancier de mise en application de la loi prévoit la publication d'une série de mesures réglementaires⁽¹⁾, relatives essentiellement aux charges du FSV, et pour certaines déjà prévues antérieurement dans la loi⁽²⁾ :

– les modalités de calcul des sommes prises en charge au titre de la validation gratuite, par le régime d'assurance vieillesse de Mayotte, de périodes liées à la perception de revenus de remplacement (première section)⁽³⁾ ;

– les modalités de calcul forfaitaire de certains avantages non contributifs instaurés au bénéfice des retraités de l'ensemble des régimes, lorsque les dispositions les instituant le prévoient. Il s'agit des sommes prises en charge au titre de la validation gratuite des périodes d'inactivité au régime général et au RSI, des périodes de volontariat du service national et de la prise en compte pour le calcul du salaire de référence des indemnités maternité (première section)⁽⁴⁾ ;

– la fraction du minimum contributif (MICO) – nécessairement supérieure à 50 % – prise en charge par la deuxième section du FSV⁽⁵⁾ ;

– le montant du versement aux régimes d'assurance vieillesse opéré par la troisième section (cf. *supra*)⁽⁶⁾ ;

– la répartition des frais de gestion administrative FSV entre chacune des trois sections.

Il est également prévu de fixer par décret les modalités de répartition du produit de la fraction de contribution sociale généralisée (CSG) sur les revenus d'activité et de remplacement affectée aux différents organismes d'assurance maladie. En l'état antérieur du droit, ce produit était centralisé par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, chargée de le répartir entre les différents régimes. Désormais, les modalités de répartition devront être déterminées par décret, « *en proportion des contributions sur les revenus d'activité acquittées par les personnes affiliées dans chaque régime* » (article L. 136-8 du code de la sécurité sociale). L'objectif de cette modification, qui ne saute pas aux yeux, est de répartir plus équitablement le produit de la « CSG maladie », en tenant compte de la situation démographique réelle des régimes.

(1) Par convention, il a été retenu pour les besoins du présent rapport qu'un seul décret serait pris, ce qui ne ressort pas clairement de la lecture de l'échéancier.

(2) La nouvelle rédaction de l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale reprend en effet en grande partie des dispositions préexistantes.

(3) Modalités de calcul antérieurement fixées par décret.

(4) Modalités de calcul antérieurement fixées par décret en Conseil d'État, mais aucun renvoi à un acte réglementaire n'est désormais expressément prévu dans la loi.

(5) Le MICO est un montant « plancher » de la retraite de base, servi aux retraités modestes ayant cotisé pendant la durée légale minimale ouvrant droit au taux plein, avec une possible majoration pour ceux qui ont cotisé plus de 120 trimestres au régime général. La fraction prise en charge par le FSV était antérieurement fixée en LFSS.

(6) Montant antérieurement fixé en LFSS.

L'échéancier prévoyait une publication de ces mesures en mai 2016 ; aucune précision n'est apportée sur leur état d'avancement.

10. Affiliation temporaire au régime général des personnes exerçant une activité économique réduite

• L'article 28 résulte de l'adoption d'un amendement présenté en séance publique à l'Assemblée nationale par le Gouvernement.

Il rend applicable aux personnes exerçant « *une activité économique réduite à fin d'insertion* » et bénéficiant d'un accompagnement en matière administrative et financière assuré par une association agréée par le ministre chargé de la sécurité sociale, l'article L. 311-2 du code de la sécurité sociale, qui prévoit le principe de l'affiliation obligatoire au régime général des travailleurs salariés.

Un décret doit fixer les modalités d'application de ce principe, et notamment :

- la liste des activités éligibles ;
- les modalités de déclaration de l'activité à l'organisme consulaire concerné ;
- la durée maximale d'affiliation ;
- les conditions d'agrément et de rémunération des associations ;
- le revenu maximal en deçà duquel est ouverte l'affiliation.

Ces dispositions s'appliqueront entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 décembre 2018 ; l'article 20 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 prévoyait un dispositif identique, qui a pris fin au 31 décembre 2014.

L'exposé sommaire de l'amendement à l'origine de cet article indiquait que « *ce dispositif représente une première étape dans un parcours d'insertion économique vertueux* »⁽¹⁾, permettant notamment d'officialiser des activités qui ne le sont pas toujours. Il précisait également que le plafond de revenu, à définir par décret, devrait être le salaire de base annuel retenu pour le calcul des prestations familiales, soit 4 875 euros. La même source laissait croire que la durée maximale d'affiliation serait de cinq ans.

• L'échéancier se contente d'indiquer qu'une publication était envisagée en mars 2016.

(1) <http://www.assemblee-nationale.fr/14/amendements/3106/AN/963.pdf>.

11. Intégration au régime général du régime spécial d'assurance maladie, maternité et décès du grand port maritime de Bordeaux

• L'article 30 vise à transférer au régime général de la sécurité sociale, à une date fixée entre le 1^{er} janvier 2017 et le 1^{er} janvier 2018, la couverture des risques maladie, maternité et invalidité des agents relevant du régime spécial du grand port maritime de Bordeaux – ce dernier représentant en effet le plus modeste des régimes spéciaux, tant en termes de bénéficiaires (environ un millier) que de prestations servies (590 000 euros de prestations délivrées en 2014).

Un décret en Conseil d'État doit déterminer les modalités de mise en œuvre du transfert, notamment les adaptations des règles relatives aux droits à prestations des assurances sociales.

En outre, un décret, pris après consultation des organisations syndicales représentatives des salariés du port et après avis du conseil de surveillance du grand port maritime, doit déterminer, pour une période transitoire ne pouvant excéder 10 ans à compter de la date de transfert, le taux des cotisations dues chaque année par le grand port maritime de Bordeaux.

• L'échéancier ne mentionne aucune date de publication prévisionnelle pour les deux décrets d'application mentionnés.

12. Affiliation au régime général des gens de mer employés à bord de navires étrangers

• L'article 31 a pour objet de fixer les modalités d'affiliation au régime général de la sécurité sociale des gens de mer :

– qui résident en France de manière stable et régulière et qui sont employés à bord d'un navire immatriculé à l'étranger qui ne pratique pas le cabotage dans les eaux territoriales françaises ;

– qui sont employés à bord d'un navire immatriculé à l'étranger qui pratique le cabotage dans les eaux territoriales françaises, sous réserve qu'ils ne soient soumis ni au régime spécial de sécurité sociale des marins, ni au régime de protection sociale d'un État membre de l'Union européenne ou d'un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen autre que la France.

Par ailleurs, l'article opère une distinction entre les gens de mer non marins et les gens de mer marins en précisant que lorsqu'ils exercent une activité directement liée à l'exploitation du navire, les gens de mer sont affiliés au régime d'assurance vieillesse des marins.

• Les modalités de mise en œuvre de l'affiliation, au régime général ou au régime des marins, des gens de mer doivent être précisées par décret en Conseil d'État. L'échéancier de mise en application de la loi indique qu'une publication était envisagée en juin 2016, sans plus de précision sur ce qu'il est advenu du projet de texte.

L'entrée en vigueur de ces dispositions, à l'exception de celles concernant l'affiliation au régime général des gens de mer employés à bord d'un navire immatriculé à l'étranger qui pratique le cabotage dans les eaux territoriales françaises, est prévue « à une date fixée par décret et au plus tard le 1^{er} janvier 2017 ». D'après l'échéancier de mise en application de la loi, ce décret n'a pas encore été publié.

13. Réforme de l'architecture financière de l'assurance maladie

• En conséquence de l'universalisation de la prise en charge des frais de santé pour l'ensemble des personnes travaillant ou résidant de manière stable et régulière en France prévue à l'article 59 de la loi, l'article 32 entreprend de réformer intégralement l'architecture financière de l'assurance maladie.

Afin d'achever l'intégration financière de l'assurance maladie, cet article simplifie notamment les transferts financiers entre les différents régimes d'assurance maladie obligatoire et, pour tirer les conséquences de la prise en charge des frais de santé, adapte les conditions actuelles d'assujettissement aux cotisations d'assurance maladie.

• S'agissant des mesures réglementaires d'application, l'article 32 renvoie à un décret le soin de déterminer les modalités relatives aux relations financières entre les régimes d'assurance vieillesse, ainsi que les modalités relatives aux relations financières entre la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et les autres régimes. L'échéancier prévoyait une publication de ces mesures en mai 2016, mais aucune précision n'est apportée sur leur état d'avancement.

Sont également renvoyées à un décret les mesures visant à déterminer :

– le seuil maximal de revenus d'activité en deçà duquel les personnes résidant en France sont tenues au paiement d'une cotisation maladie annuelle ;

– le seuil de revenus au-delà duquel s'applique la cotisation maladie annuelle due au titre de la résidence en France ;

– les conditions d'application de l'abattement dégressif à certains assurés aux revenus modestes.

L'échéancier d'application prévoyait la publication de ces mesures en mars 2016, sans plus de précision sur ce qu'il est advenu de leur adoption depuis.

En ce qui concerne l'affiliation des étudiants au régime de sécurité sociale, le décret n° 2015-1865 du 30 décembre 2015 ⁽¹⁾ détermine les dates des périodes

(1) Décret n° 2015-1865 du 30 décembre 2015 relatif aux bénéficiaires et aux prestations de la protection universelle maladie et à la cotisation forfaitaire prévue à l'article L. 381-8 du code de la sécurité sociale.

annuelles au titre desquelles les étudiants ou élèves sont redevables d'une cotisation forfaitaire : celles-ci s'étendent du 1^{er} septembre au 31 août de chaque année.

Enfin, la publication d'un décret relatif à la reprise par la CNAMTS des déficits constatés du 31 décembre 2015 du régime d'assurance maladie de la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines était attendue selon l'échéancier en juin 2016, sans précision supplémentaire.

B. LA GESTION ET LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE

1. Renforcement des mutualisations entre organismes, branches et régimes de la sécurité sociale

- L'article 91 prévoit deux séries de mesures différentes, tendant à rationaliser la gestion des finances sociales par les organismes concernés :

- d'une part, un renforcement des mutualisations de compétences et de moyens entre les branches du régime général et entre les différents régimes de sécurité sociale, dont le cadre juridique était incomplet ;

- d'autre part, la préparation de la fusion des caisses de base du Régime social des indépendants, en permettant l'établissement d'un budget et d'un compte uniques pour les caisses concernées.

- La loi renvoie au décret le soin de fixer les modalités :

- des orientations définies par les conseils d'administration des organismes nationaux de sécurité sociale, relatives à l'organisation du réseau des organismes de la branche ou du régime concerné (article L. 122-6 du code de la sécurité sociale) ;

- de traitement des litiges et des contentieux liés :

- à ces orientations, d'une part (même article) ;

- aux transferts de gestion d'un organisme de sécurité sociale à une autre branche ou à un autre régime, d'autre part (article L. 122-8).

L'échéancier mentionne qu'une publication était envisagée en avril 2016.

2. Élargissement du droit de communication à des personnes non identifiées

- L'article L. 114-19 du code de la sécurité sociale consacre le « droit de communication » au profit des agents des organismes de sécurité sociale, notamment des agents de contrôle. Ce droit leur permet d'obtenir, sans que le secret professionnel leur soit opposable, les documents et informations nécessaires à la vérification des conditions d'obtention des prestations de sécurité sociale, au

recouvrement et au contrôle des prélèvements sociaux, à la lutte contre le travail dissimulé et au recouvrement des prestations versées indûment.

L'article 95 de la LFSS 2016 permet de doter les organismes sociaux de moyens de détection des cotisants potentiellement fraudeurs en pouvant exercer un droit de communication portant sur des personnes non identifiées. Il reproduit, dans la sphère sociale, ce qui a été prévu en matière fiscale par l'article 21 de la dernière loi de finances rectificative pour 2014 ⁽¹⁾. Cette mesure se justifie notamment par la nécessité de lutter contre la fraude sur Internet.

- La loi prévoit que ce nouveau droit de communication s'exerce dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. L'échéancier mentionne une publication envisagée en juin 2016.

II. LA BRANCHE ASSURANCE MALADIE

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 comporte 35 articles relatifs aux dépenses d'assurance maladie, hors dispositions ayant trait au secteur médico-social.

- 2 articles ont été déclarés non conformes à la Constitution :

- l'article 35, qui demandait au Gouvernement la remise d'un rapport au Parlement sur les conditions d'extension de la couverture complémentaire minimale en matière de santé aux travailleurs handicapés accueillis dans les établissements ou services d'aide par le travail, qualifié de « cavalier social » par le Conseil constitutionnel ;

- l'article 62, relatif à la prise en charge par l'assurance maladie du transport médicalisé d'enfants décédés de cause médicalement inexpliquée, en raison du non-respect de la règle dite « de l'entonnoir ».

- 3 articles relèvent de la deuxième partie de la loi, qui regroupe les dispositions relatives à l'exercice 2015. 5 articles relèvent de la troisième partie qui concerne les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale pour 2015. Le restant est au sein du titre IV « *Dispositions relatives à la branche maladie* » de la quatrième partie de la loi, qui comporte les dispositions relatives aux dépenses prévues pour l'année 2016.

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

(1) Loi n° 2014-1655 du 29 décembre 2014 de finances rectificative pour 2014.

9 articles financiers sont ainsi d'application directe :

– l'article 3, qui rectifie le montant des dotations accordées en 2015 au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) ;

– l'article 6, qui rectifie le montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour 2015 et sa ventilation en sous-objectifs ;

– l'article 25, qui instaure un prélèvement en 2016 au profit du FMESPP ;

– l'article 36, qui proroge d'une année la contribution des organismes assurant la couverture complémentaire en santé prévue à l'avenant n° 8 de la convention médicale ;

– l'article 37, qui procède à la régulation des dépenses au titre du taux L et du montant W pour 2016 ;

– l'article 84, qui réforme le régime de cotisations des professionnels de santé affiliés au régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC) ;

– l'article 85, qui fixe pour l'année 2016 le montant des dotations annuelles des régimes obligatoires d'assurance maladie à divers établissements publics ;

Les dispositions de l'article 85

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

– à 307 millions d'euros pour le FMESPP ;

– à 87,5 millions d'euros pour l'ONIAM ;

– à 15,2 millions d'euros pour l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS).

L'article fixe également à 117,17 millions d'euros le montant de la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) au financement des actions concernant les établissements et services médico-sociaux ou les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées.

– l'article 86, qui fixe pour 2016 les objectifs de dépenses par branche pour l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que pour le régime général ;

– l'article 87 relatif à l'ONDAM et à ses sous-objectifs pour 2016.

● Par ailleurs, la loi compte 8 autres articles relatifs aux dépenses d'assurance maladie qui, sans être de nature exclusivement financière, sont également présumés d'application directe. Il s'agit des articles 4, 60, 61, 66, 72, 79, 80 et 82.

• S’agissant des 16 articles nécessitant la parution de 35 textes réglementaires d’application, dont le contenu est détaillé ci-après, on notera que seuls 7 textes ont été publiés à ce jour.

A. ORGANISATION ET FINANCEMENT DE L’ASSURANCE MALADIE

• L’article 33 vise à encourager le développement d’une offre de couverture complémentaire santé de qualité pour les personnes de plus de 65 ans. Il crée à cette fin un dispositif permettant de sélectionner, grâce à une procédure d’appel d’offres, des contrats proposant une offre de qualité, à un prix raisonnable. Les contrats sélectionnés bénéficieront d’un label permettant de les identifier aisément.

Un décret publié le 25 avril 2016⁽¹⁾ permet de préciser les conditions auxquelles les appels d’offres doivent répondre pour bénéficier du label. Ce décret détermine les modalités d’application du label, notamment le nombre de niveaux de garanties figurant dans le décret, fixé à 3.

Par ailleurs, afin d’encourager les organismes de complémentaire santé à proposer des offres dans le cadre de l’appel d’offres, l’article 33 prévoit également d’accorder un crédit d’impôt de 2 % aux organismes proposant des contrats d’assurance complémentaire individuels ou des contrats collectifs d’assurance complémentaire sélectionnés dans le cadre de la procédure de mise en concurrence. Les modalités de l’imputation de ce crédit relèvent d’un décret en Conseil d’État.

L’échéancier de mise en application de la loi fait mention d’une publication de ce décret en mai 2016, sans plus de précision sur ce qu’il est advenu de ce projet de texte.

• L’article 34 vise à faciliter l’accès à la complémentaire santé pour les salariés exerçant une activité professionnelle en contrat à durée déterminée (CDD) de très courte durée, ou avec une très faible quotité horaire, ainsi que pour les salariés travaillant pour le compte de plusieurs employeurs.

Suite à l’accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013, la loi n° 2014-288 du 13 juin 2014 relative à la sécurisation de l’emploi a en effet prévu de généraliser la couverture complémentaire collective en matière de santé à l’ensemble des salariés. Or, l’affiliation automatique au contrat de complémentaire santé proposé au sein de l’entreprise peut poser problème pour certains salariés travaillant à temps partiel, ou pour le compte de plusieurs employeurs.

(1) Décret n° 2016-509 du 25 avril 2016 relatif à la couverture complémentaire santé des personnes de 65 ans et plus.

Aux termes de l'article 34, peuvent donc être dispensés de l'affiliation au contrat collectif obligatoire :

– les salariés en contrat à durée déterminée ou en contrat de mission, lorsque la durée de la couverture collective est inférieure à un seuil fixé par décret, s'ils justifient bénéficier par ailleurs d'une couverture individuelle ;

– certaines catégories de salariés fixées par décret, en raison de la nature ou des caractéristiques de leur contrat, ou eu égard au fait qu'ils disposent par ailleurs d'une couverture complémentaire.

Le décret n° 2015-1883 du 30 décembre 2015⁽¹⁾, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2016, fixe les catégories de salariés concernées. Il s'agit notamment des salariés bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), des salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche, jusqu'à échéance du contrat individuel, ainsi que des salariés bénéficiant d'ores et déjà d'un tel dispositif, pour les mêmes risques, par exemple lorsqu'ils relèvent du régime spécifique applicable en Alsace-Moselle.

Le décret précité détermine également les conditions dans lesquelles la demande de dispense peut être formulée.

Par ailleurs, un accord de branche ou, à défaut, un accord d'entreprise peut décider de faire bénéficier les salariés d'un versement destiné au financement de leur complémentaire santé individuelle, lorsque la durée du contrat de travail ou le temps de travail hebdomadaire des salariés concernés sont inférieurs ou égaux à des seuils fixés par décret : le décret n° 2015-1883 fixe respectivement ces seuils à 3 mois pour la durée du contrat de travail, et 15 heures pour le temps de travail hebdomadaire.

Enfin, l'article 34 prévoit le financement de la couverture complémentaire individuelle du salarié grâce au versement d'un « chèque santé ». Le décret n° 2015-1883 définit en conséquence les modalités de calcul du chèque santé.

B. AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX DROITS

• L'article 59 crée un régime universel d'assurance maladie visant à parachever l'universalisation de la prise en charge des frais de santé, en permettant à toute personne travaillant et/ou résidant en France de manière stable et régulière de bénéficier d'un droit à la prise en charge de ses frais de santé.

(1) Décret n° 2015-1883 du 30 décembre 2015 pris pour l'application de l'article 34 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016.

Il prévoit également la suppression progressive de la notion d'ayant droit majeur, afin d'encourager l'individualisation des droits à l'assurance maladie, et réforme les règles de rattachement des assurés polyactifs pour la gestion de leur assurance maladie.

Il révisé enfin les modalités de délégation de la gestion des prestations d'assurance maladie à certains opérateurs.

Au total, 16 dispositions nécessitent l'adoption de mesures réglementaires. La publication de 2 décrets en date du 30 décembre 2015 en couvre une douzaine.

En premier lieu, le décret n° 2015-1865 du 30 décembre 2015 ⁽¹⁾ précise les conditions d'appréciation de la stabilité de la résidence et de la régularité du séjour de toute personne française ou étrangère résidant en France, pour le bénéfice de la couverture des charges de maladie, de maternité et de paternité, ainsi que des charges de famille : sont ainsi considérées comme résidant en France de manière stable et régulière « *les personnes qui ont leur foyer ou le lieu de leur séjour principal sur le territoire métropolitain, en Guadeloupe, en Guyane, à la Martinique, à la Réunion, à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin* ».

Le décret définit ensuite à l'article R. 160-23 du code de la sécurité sociale les modalités du contrôle subordonnant la prise en charge des frais en cas d'hospitalisation, en reprenant les dispositions de l'ancien article R. 322-13 du même code, et précise à l'article R. 161-3 du même code que la période pendant laquelle les assurés qui ne remplissent plus les conditions continuent de bénéficier des prestations au titre du maintien des droits est égale à 12 mois.

Le décret fixe également les modalités d'application de certaines dispositions relatives à la protection universelle maladie applicables au régime social des indépendants (RSI).

Il définit, en outre, les conditions selon lesquelles les personnes doivent apporter la preuve qu'elles vivent depuis 12 mois consécutifs avec une personne bénéficiaire de l'aide médicale d'État et se trouvent à sa charge effective, totale et permanente, à l'article R. 251-1 du code de l'action sociale et des familles.

Outre les coordinations nécessaires à l'application de l'article 59 de la LFSS pour 2016, le décret précise également :

– les conditions et limites de la prise en charge des frais de transport des personnes se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état, tenant compte de l'état du malade et du coût du transport ;

(1) Décret n° 2015-1865 du 30 décembre 2015 relatif aux bénéficiaires et aux prestations de la protection universelle maladie et à la cotisation forfaitaire prévue à l'article L. 381-8 du code de la sécurité sociale.

– les conditions selon lesquelles le conjoint séparé de droit ou de fait qui se trouve, du fait de défaut de présentation par l'autre conjoint des justifications requises, dans l'impossibilité d'obtenir pour ses enfants mineurs la prise en charge des frais de santé, dispose d'une action directe en paiement de ces prestations.

Enfin, l'article 59 de la LFSS pour 2016 propose, à l'article L. 161-1 du code de la sécurité sociale, une définition des membres de la famille applicable à l'ensemble des dispositions du même code, sauf mention contraire.

Selon la définition donnée à l'article L. 161-1 du code de la sécurité sociale, les membres de la famille sont :

- le conjoint de l'assuré, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité (1°) ;
- leurs enfants mineurs à leur charge (2°) ;
- les enfants majeurs, jusqu'à un âge limite et dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, lorsqu'ils poursuivent leurs études (*a* du 2°) ou lorsqu'ils sont dans l'impossibilité permanente de se livrer à un travail salarié en raison d'infirmité ou de maladie chronique (*b* du 2°) ;
- l'ascendant, le collatéral jusqu'au troisième degré ou l'allié au même degré (3°) que l'assuré social, s'il vit au domicile de l'assuré et qu'il se consacre exclusivement aux travaux du ménage et à l'éducation d'enfants à la charge de l'assuré social, le nombre et la limite d'âge des enfants étant fixés par décret en Conseil d'État.

En conséquence, le décret n° 2015-1865 fixe à 20 ans la limite d'âge prévue au 2° de l'article L. 161-1 (article R. 161-4), et précise que le nombre minimum d'enfants mentionnés au 3° de l'article L. 161-1 est de 2, et leur âge limite est de 14 ans (R. 161-5).

En second lieu, le décret n° 2015-1882 du 30 décembre 2015⁽¹⁾ définit les conditions de prise en charge de certains assurés :

– il précise notamment les conditions selon lesquelles un enfant ayant atteint l'âge de seize ans peut demander à bénéficier, à titre personnel, de la prise en charge de ses frais de santé en cas de maladie ou de maternité (article D. 160-1 du code de la sécurité sociale) ;

– il précise également les conditions dans lesquelles une personne doit déclarer auprès d'une caisse primaire d'assurance maladie ne pas bénéficier de la prise en charge des frais de santé pour bénéficier de cette prise en charge auprès de cette caisse, dès lors qu'elle justifie de son identité et de sa résidence stable et régulière en France ;

(1) Décret n° 2015-1882 du 30 décembre 2015 relatif aux modalités de prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité des bénéficiaires de la protection universelle maladie.

– il établit enfin, pour les personnes exerçant une activité professionnelle, les conditions de prise en charge des frais de santé par les organismes en charge de la gestion des régimes obligatoires auxquels ces personnes sont affiliées.

Ce décret procède également à diverses adaptations rédactionnelles et mises en cohérence résultant de la création de la protection universelle maladie.

Quatre autres dispositifs sont en attente de mesures d'application :

– le contrôle de la résidence par les organismes de sécurité sociale et les conséquences sur les droits des assurés ;

– les modalités d'organisation, de mise en œuvre et de financement des opérations de gestion liées à l'organisation et au service des prestations des frais de santé ;

– les conditions et le montant de l'indemnité susceptible de résulter pour les organismes délégataires de la gestion d'un régime d'assurance maladie, du transfert, en tout ou partie, d'opérations de gestion de la prise en charge des frais de santé qu'ils assurent.

S'agissant enfin des mesures réglementaires éventuellement requises en cas d'évolution du contenu des délégations de gestion consenties aux groupements mutualistes habilités à gérer des régimes d'assurance maladie, leur publication dépend de la mise en place effective ou non de ces évolutions.

• L'article 63 vise à améliorer la prise en charge des frais de santé engagés par les victimes et les familles des victimes d'actes de terrorisme. Un premier décret publié le 2 janvier 2016 ⁽¹⁾ précise les modalités de cette prise en charge :

– en application de l'article L. 169-1 du code de la sécurité sociale, le décret crée l'article D. 169-1 du même code visant à préciser les conditions dans lesquelles une personne victime est reconnue comme « *blessée ou impliquée* » lors d'un acte de terrorisme, les premières correspondant aux « *personnes présentes sur lieux de l'acte de terrorisme et ayant subi un dommage physique ou psychique immédiat directement lié à cet acte* », les secondes étant « *les personnes présentes sur les lieux de l'acte de terrorisme qui, ultérieurement à cet acte, présentent un dommage physique ou psychique qui lui est directement lié* » ;

– en application de l'article L. 169-12 du même code, le décret définit également l'ensemble des modalités d'application du dispositif de prise en charge des victimes d'un acte de terrorisme ;

– le même décret précise enfin, à l'article D. 169-3 du même code, les délais et conditions dans lesquels une expertise médicale commune peut être

(1) Décret n° 2016-1 du 2 janvier 2016 relatif à la prise en charge des victimes d'actes de terrorisme par les organismes d'assurance maladie.

diligentée à l’initiative du fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d’autres infractions (FGTI).

Les modalités d’application du dispositif de prise en charge des victimes d’un acte de terrorisme à Mayotte doivent faire l’objet de mesures réglementaires d’application qui n’ont pas encore été publiées, selon l’échéancier d’application de la loi.

- L’article 64 élargit le principe de confidentialité et de gratuité des consultations des jeunes filles mineures auprès du médecin ou de la sage-femme à l’ensemble des consultations visant à la prescription d’un contraceptif ou à la réalisation d’examen biologiques liés à cette prescription.

Cette disposition nécessite une mesure réglementaire d’application visant à définir les conditions de suppression de la participation financière des assurées concernées par le dispositif. Le décret n° 2016-865 du 29 juin 2016 ⁽¹⁾, pris pour l’application de cet article, exclut en conséquence de la participation de l’assuré servant de base au calcul de la prise en charge des frais de santé les actes mentionnés à l’alinéa précédent, lorsqu’ils sont pratiqués auprès de mineures âgées d’au moins 15 ans.

- L’article 65 prévoit la gratuité des actes de dépistage du cancer du sein pour les femmes présentant des risques spécifiques. Un décret doit définir la situation clinique et les conditions ouvrant droit à la prise en charge par l’assurance maladie des frais liés au dépistage du cancer du sein. La publication de ce décret était envisagée pour mars 2016, selon l’échéancier, sans plus de précisions sur l’état d’avancement du texte.

C. PROMOTION DE LA PRÉVENTION ET PARCOURS DE PRISE EN CHARGE COORDONNÉE

- Afin d’encourager la coopération entre les professionnels de santé pour la réalisation de consultations ophtalmologiques, l’article 67 crée deux types de contrats, l’un visant à favoriser le travail aidé entre les ophtalmologistes et les orthoptistes libéraux, l’autre visant à faciliter la coordination de l’action des professionnels de santé de la filière visuelle dans les centres ou maisons de santé.

Un décret en Conseil d’État doit préciser les conditions particulières requises pour conclure un contrat de coopération avec la profession d’orthoptiste : selon l’échéancier, la publication de ce décret est envisagée en décembre 2016.

- L’article 68 prévoit la mise en place, entre le 1^{er} juillet 2016 et le 31 décembre 2019, d’une expérimentation dont l’objet vise à améliorer la prise en charge et le suivi d’enfants de 3 à 8 ans pour lesquels le médecin traitant a

(1) Décret n° 2016-865 du 29 juin 2016 relatif à la participation de l’assuré pour les frais liés à la contraception des mineures d’au moins 15 ans.

repéré un risque d'obésité. L'échéancier indique qu'une publication était envisagée en mai 2016, sans plus de précision sur l'état d'avancement.

- L'article 69 vise à pérenniser l'expérimentation engagée par l'agence régionale de santé (ARS) Pays de la Loire relative au financement de la permanence des soins ambulatoires (PDSA). Il généralise ainsi la possibilité pour les ARS de gérer une enveloppe globalisée permettant de forfaitiser la rémunération au titre de la PDSA.

Le dispositif prévoit un arrêté recensant les agences régionales de santé qui se porteraient volontaires pour cette expérimentation. Les rapporteurs ne sont pas en mesure de confirmer si ce texte a été publié.

- L'article 70 prévoit la prise en charge par l'assurance maladie des frais relatifs aux certificats de décès délivrés dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires. Le dispositif nécessite, pour être opérationnel, la publication d'un décret visant à encadrer les conditions de prise en charge ainsi que d'un arrêté fixant le forfait de prise en charge. L'échéancier indique qu'une publication était envisagée en juin 2016, sans plus de précision sur son état d'avancement.

- L'article 71 vise à encourager le développement des protocoles de coopération pour les soins visuels, qui permettent la délégation de certains actes ou activités de soins entre professionnels de santé, en diminuant les délais nécessaires à l'inscription des actes sur la liste des actes remboursables par l'assurance maladie. Un décret, dont la publication était envisagée en juin 2016, doit préciser les modalités selon lesquelles les actes prévus par les protocoles sont intégrés à la formation initiale ou au développement professionnel continu des professionnels de santé.

- L'article 73 vise à renforcer la compétence et les outils à disposition du Comité économique des produits de santé (CEPS) pour garantir la soutenabilité des dépenses liées aux produits et prestations figurant sur la liste des produits et prestations remboursables par l'assurance maladie.

Il prévoit l'obligation pour l'accord-cadre conclu entre le CEPS et les entreprises du secteur des dispositifs médicaux de prévoir les conditions dans lesquelles le comité met en œuvre une réduction des tarifs de responsabilité et, le cas échéant, des prix de certaines catégories de produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pour garantir la compatibilité du taux d'évolution prévisionnel des dépenses correspondantes avec l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Un décret, dont la publication était envisagée en mai 2016 selon l'échéancier d'application de la loi, doit déterminer les règles, délais de procédure et modes de calcul de la pénalité financière résultant de ce mécanisme de régulation des dépenses de dispositifs médicaux par le CEPS.

D. RÉFORME DU FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

- L'article 77 procède au report de la réforme des tarifs journaliers de prestations (TJP).

Le 1^o du I prolonge la phase transitoire en la portant de 2015 à 2019.

Le 2^o du I vise à encadrer la progression des TJP par l'instauration d'un plafond. Cette mesure devrait permettre aux établissements de contenir les progressions de manière quasi-uniforme tout en l'adaptant au niveau des charges calculées pour chaque établissement. Un décret⁽¹⁾, publié en mai 2016, fixe ainsi une limite maximale à l'augmentation des tarifs journaliers de prestations (TJP) : il précise notamment le périmètre des dépenses concernées.

Le 3^o du I vise à mettre en conformité les modalités de facturation des séjours des assurés de Polynésie française dans les établissements de santé hexagonaux avec celles applicables aux assurés de droit commun. L'entrée en vigueur de cette mise en conformité doit être fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} janvier 2017. L'échéancier indique une publication éventuelle, sans plus de précision.

- L'article 78 procède à la réforme du financement des activités de soins de suite et de réadaptation (SSR), aujourd'hui assis sur une dotation annuelle.

Ce dispositif est progressivement introduit pour être opérationnel en 2022 et a vocation à s'appliquer à l'ensemble des établissements, publics comme privés. Pour mémoire, le dispositif prévoit :

- la mise en place d'un objectif de dépenses en SSR (ODSSR), incluant deux enveloppes dédiées au financement des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste en sus de la tarification SSR d'une part, à la dotation nationale de financement des activités d'intérêt général d'autre part. Le texte prévoit également la publication d'un décret en Conseil d'État visant à préciser les éléments pris en compte pour la détermination de cet objectif. L'échéancier de mise en application de la loi prévoit une publication de ces mesures en novembre 2016 ;

- les modalités de prise en charge des prestations relevant du champ SSR par l'assurance maladie. L'échéancier de mise en application de la loi prévoit une publication de cette mesure en novembre 2016 ;

- les modalités de financement des établissements de santé (dotation modulée à l'activité composée d'un part fixe et d'une part variable, mécanismes de régulation). Un décret en Conseil d'État doit préciser la portée de ces dispositions. L'échéancier de mise en application de la loi prévoit une publication de cette mesure en novembre 2016 ;

(1) Décret n° 2016-650 du 20 mai 2016 portant encadrement de l'augmentation des tarifs de prestations servant de base au calcul de la participation de l'assuré aux frais d'hospitalisation.

– la mise en place d’un mécanisme de convergence destiné à lisser les effets de la réforme sur les recettes des établissements de santé jusqu’au 1^{er} mars 2022. Un décret en Conseil d’État devra fixer les modalités d’application de cet article. L’échéancier prévoit une publication de cette mesure en novembre 2016 ;

– l’instauration d’un dispositif transitoire de prise en charge des prestations d’hospitalisation, actes et consultations externes et spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste en sus. La phase transitoire, applicable jusqu’au 1^{er} janvier 2020, se caractérisera par la transmission des données de facturation aux agences régionales de santé, chargées d’arrêter le montant des prestations avant transmission à l’assurance maladie. Pour mémoire, le dispositif cible prévoit une facturation individuelle et directe à la caisse primaire d’assurance maladie de leurs circonscriptions. L’échéancier de mise en application de la loi n’indique pas de date prévisionnelle de publication des mesures d’application ;

– la mise en place d’une partie du modèle de financement en 2016. Le dispositif prévoit la constitution d’une dotation consacrée au financement des missions d’intérêt général (MIG) dans le cadre de leur activité SSR.

La liste des missions concernées ainsi que les montants des dotations régionales doivent être fixés par la voie d’un arrêté interministériel qui n’a pas encore été pris.

Le montant de la dotation, fixé par l’ARS pour chaque établissement en fonction des missions d’intérêt général, est versé par l’assurance maladie dans des conditions fixées par un décret. L’échéancier de mise en application de la loi prévoit une publication de cette mesure en novembre 2016.

Cela étant, un projet de circulaire relative à la campagne budgétaire pour 2016 fixe, en son annexe VI, les missions pouvant faire l’objet d’une prise en charge au sein des MIG dans le cadre des dispositions transitoires ⁽¹⁾.

(1) <http://www.fhpmco.fr/2016/05/19/circulaire-relative-a-la-campagne-tarifaire-et-budgetaire-2016-des-etablisements-de-sante>

NOMENCLATURE DES MIG SSR 2016

V01	Scolarisation des enfants hospitalisés en soins de suite et de réadaptation
V02	Réinsertion professionnelle en soins de suite et de réadaptation
V03	Les consultations d'évaluation pluriprofessionnelle post Accident Vasculaire Cérébral (AVC)
V04	La rémunération des internes en stage hospitalier
V05	L'effort d'expertise des établissements
V06	Les projets de recherche entrant dans le programme hospitalier de recherche clinique (PHRC)
V07	Les projets de recherche entrant dans le programme de recherche sur la performance du système de soins (PREPS)
V08	Les projets de recherche entrant dans le programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP)
V09	Les programmes de recherche médico-économique (PRME)

Source : Fédération de l'hospitalisation privée médecine, chirurgie, obstétrique (FHP-MCO).

● L'article 81 vise à créer un contrat unique – le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins – fusionnant les dispositions relatives aux contrats d'amélioration et de la qualité et de l'organisation des soins (CAQOS), aux contrats de bon usage des médicaments et des produits et prestations (CBU), aux contrats d'amélioration des pratiques et aux contrats d'amélioration de la pertinence des soins. Le nouveau dispositif harmonise les durées, modalités d'évaluation et régimes de sanction.

L'article institue un volet obligatoire, le CBU, élargi à l'ensemble des établissements de santé. Il ne concerne aujourd'hui que les établissements exerçant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO). Le futur contrat pourra comprendre des volets optionnels dont la vocation est d'améliorer la pertinence des soins, actes et prescriptions. Un décret d'application confortera le dispositif. L'échéancier indique qu'une publication était envisagée en juin 2016, sans plus de précision sur son état d'avancement.

Des référentiels nationaux et régionaux permettront par ailleurs de cibler les établissements pour lesquels des efforts doivent être entrepris dans le cadre des plans d'actions pluriannuels régionaux d'amélioration de la pertinence des soins. En cas de manquement, une sanction pourra être prononcée ainsi qu'une mise sous accord préalable. Un décret doit préciser les modalités d'élaboration par les agences régionales de santé du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins, les catégories d'actes, prestations, ou prescriptions concernées et la nature des données ainsi que les méthodes pour arrêter les référentiels et vérifier la conformité des pratiques. L'échéancier de mise en application de la loi prévoit une publication de cette mesure en novembre 2016.

- L'article 83 vise à donner une base juridique à l'étude nationale de coûts (ENC).

Il précise tout d'abord que les tarifs nationaux des prestations relatifs aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) sont élaborés en tenant compte notamment des études nationales de coût.

Une liste d'établissement de santé est établie sur la base d'un appel à candidatures mais il est prévu, en cas de besoin, une procédure complémentaire de sélection d'établissements. Cette procédure, plus contraignante, enjoint les établissements sélectionnés à produire les informations nécessaires pour s'assurer de leur capacité à participer à l'ENC sous peine de sanctions.

La procédure de sélection aboutit à la signature d'une convention entre l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et chacun des établissements de santé. Elle garantit l'engagement de l'établissement à produire les données nécessaires pour établir l'ENC en échange d'une dotation financière.

Le dispositif prévoit la publication de décrets en Conseil d'État afin de :

- définir les champs d'activité couverts par l'ENC ;
- désigner la personne publique chargée de procéder à l'ENC. Il s'agirait de l'ATIH, qui devra procéder à la constitution de l'échantillonnage des établissements participant ainsi qu'à l'étude des coûts.

L'échéancier indique qu'une publication était envisagée en avril 2016, sans plus de précision sur son état d'avancement.

III. LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

3 articles de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 concernent le secteur médico-social. L'article 74, qui prévoit le transfert à l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) du financement des établissements et services d'aide par le travail (ESAT), est présumé d'application directe. Les deux autres articles appellent des textes d'application.

A. LE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX

- Le financement des établissements et services médico-sociaux est renouvelé par l'article 75 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016. Les trois mesures qu'il contient – relatives à la généralisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), à la reconduction des tarifs et aux délais de prescription de l'action en paiement – renvoient leur application au pouvoir réglementaire.

D'une part, l'article 75 procède à la généralisation des CPOM avec les établissements accueillant à titre principal des personnes handicapées. Les établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et relevant de la compétence tarifaire du directeur général de l'agence régionale de santé – ou de la compétence conjointe de ce dernier et du président du conseil départemental – font ainsi l'objet d'un CPOM définissant des objectifs en matière d'activité et de qualité de prise en charge. La tarification appliquée à ces établissements dans le cadre des CPOM est alors renvoyée à un décret en Conseil d'État.

D'autre part, les règles budgétaires et de financement encadrant l'activité des établissements et services soumis à autorisation ont été rénovées dans le cas où les tarifs n'ont pas été arrêtés avant le 1^{er} janvier de l'exercice en cause. La nouvelle rédaction rappelle le principe général, qui correspond à la détermination dans la décision fixant la tarification au titre de l'année de tarifs de reconduction applicables au 1^{er} janvier de l'année qui suit. Un décret doit alors définir les conditions de cette reconduction des tarifs. Toutefois, lorsque les tarifs n'ont pas été arrêtés au 1^{er} janvier de l'exercice et qu'aucun tarif de reconduction provisoire n'a été fixé, les recettes liées à la facturation des tarifs de l'établissement sont liquidées et perçues dans les conditions applicables lors du dernier exercice, jusqu'à l'intervention de la décision déterminant le montant de ces tarifs.

Enfin, les délais de prescription de l'action des établissements et services accueillant des personnes handicapées pour le paiement des prestations et soins médicaux à la charge de l'assurance maladie ont été clarifiés. Ce délai est fixé à un an à compter du premier jour du mois suivant la date de la prestation facturée. À l'inverse, ce délai de prescription est également applicable à l'action intentée par l'organisme payeur pour le recouvrement de prestations indues. Un décret doit alors définir les modalités de reversement des sommes versées par la caisse de rattachement à l'organisme d'assurance maladie ainsi que des montants recouverts par la caisse dans le cas de prestations indûment supportées.

● Au total, la mise en œuvre de cet article nécessite donc la publication de trois mesures d'application :

– un décret en Conseil d'État définissant les modalités de tarification applicables aux établissements et services médico-sociaux dans le cadre des CPOM ;

– un décret précisant les conditions de reconduction provisoire des tarifs ;

– un décret définissant les modalités de reversement des sommes indûment supportées par les établissements et services accueillant des personnes handicapées ou indûment versées par les organismes payeurs.

L'échéancier de mise en application de la loi prévoit une publication de ces mesures en octobre 2016.

B. LA CONTINUITÉ DES SOINS ENTRE LE DOMICILE ET LES ÉTABLISSEMENTS OU SERVICES MÉDICO-SOCIAUX POUR PERSONNES ÂGÉES

L'article 76 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 est consacré à l'enjeu de la continuité des soins entre le domicile et le placement dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Le Gouvernement doit ainsi remettre au Parlement un rapport consacré à la mise en œuvre de cette continuité. Le rapport doit notamment étudier les modalités de facturation directe à l'assurance maladie des dispositifs inscrits sur la liste des prestations et produits remboursables par l'assurance maladie et non pris en charge dans le cadre du forfait global relatif aux soins.

Ce rapport doit être remis au Parlement au plus tard en décembre 2016.

IV. LA BRANCHE VIEILLESSE

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 comporte dix articles relatifs à la branche vieillesse, répartis au sein de deux titres de la quatrième partie de la loi :

– le titre II de la loi relatif aux dépenses de l'assurance vieillesse, qui comporte les articles 48 à 56 ;

– le titre V consacré aux dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires, qui contient l'article 88.

À l'exception des articles 50 et 55, aucune de ces dispositions ne prévoit de déclinaison réglementaire.

A. LES MESURES D'APPLICATION DIRECTE

Huit articles consacrés à la branche vieillesse sont d'application directe ou présumés comme tels.

• Il s'agit, tout d'abord, des dispositions financières qui n'appellent aucune mesure d'application. Ces dispositions sont rassemblées au sein de deux articles.

L'article 49, d'une part, est consacré aux objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2016. Ces objectifs s'établissent à :

– 227,8 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ;

– 123,1 milliards d'euros pour le régime général de la sécurité sociale.

L'article 87, d'autre part, est relatif aux prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires en 2016.

- Par ailleurs, cinq articles consacrés aux dépenses de la branche vieillesse sont présumés d'application directe : il s'agit des articles 48, 51, 52, 53 et 54.

- Un article prévoit, enfin, la remise par le Gouvernement d'un rapport au Parlement. Inscrit à l'article 56 de la loi, ce rapport est consacré aux conditions de revalorisation des pensions de retraite du régime des cultes. N'ayant pas encore été transmis, il devait être remis au Parlement avant le 1^{er} juillet 2016.

B. LA MISE EN ŒUVRE DU NOUVEAU DISPOSITIF DE PLAFONNEMENT DU CUMUL EMPLOI RETRAITE

- Le dispositif de cumul emploi retraite plafonné permet aux retraités actifs de cumuler des revenus liés à leur reprise d'activité professionnelle avec leurs pensions de retraite dans la limite d'un plafond déterminé par décret. Un plafond est ainsi fixé pour chaque régime, comme le prévoient les articles L. 161-22 du code de la sécurité sociale pour le régime général, L. 634-6 pour le régime social des indépendants et L. 643-6 pour les professions libérales.

L'article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 poursuit le processus de simplification de ce dispositif engagé par la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites.

Le nouveau dispositif de plafonnement du cumul emploi retraite

La loi du 20 janvier 2014 précitée a modifié les règles relatives au plafonnement du cumul emploi retraite. En cas de dépassement du plafond prévu par décret, les pensions servies aux retraités actifs ne sont plus suspendues mais écartées.

Cette réforme a ainsi permis de mettre fin à la suspension puis au remboursement – portant sur une année entière de retraite pour les professions dont le revenu est calculé annuellement – demandé à l'assuré concerné, le plus souvent dans le cas de dépassements mineurs.

Le décret n° 2014-1713 du 30 décembre 2014 relatif au cumul d'une activité rémunérée et d'une pension de vieillesse l'a déclinée au niveau réglementaire.

La LFSS pour 2016 a précisé et simplifié les modalités d'application de ce dispositif, en particulier dans le cas d'un polypensionné. Face à la difficulté pour une caisse de retraite de connaître l'ensemble des ressources d'un retraité actif, la nouvelle rédaction prévoit que chaque caisse compétente est informée par l'assuré du dépassement de ressources et réduit la pension qu'elle lui verse à due concurrence de ce dépassement.

- Le dispositif prévoit la déclinaison de son application par un décret. L'échéancier indique qu'une publication était envisagée en juin 2016, sans plus de précision.

C. L'ADAPTATION DES RÈGLES DE CUMUL EMPLOI RETRAITE À LA SITUATION DES ANCIENS MINEURS

• L'article 19 de la loi du 20 janvier 2014 a rénové les règles de cumul emploi retraite afin de le simplifier et d'en renforcer l'équité. Il a notamment permis de généraliser le principe de la soumission de la reprise d'activité à des cotisations non génératrices de droits nouveaux à la retraite, quel que soit le régime dont est pensionné l'assuré et l'âge auquel il liquide sa pension.

L'application homogène de ce dispositif aurait toutefois conduit à pénaliser spécifiquement les anciens mineurs qui demeurent éloignés de l'âge de la retraite et ont repris une activité après la fermeture de la mine dans laquelle ils travaillaient. Il était donc nécessaire d'aménager ce dispositif afin de permettre aux anciens mineurs de poursuivre une activité professionnelle leur donnant accès, à partir de leurs cotisations, à de nouveaux droits à la retraite.

• L'article 55 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 tire les conséquences de cette situation spécifique en renvoyant à un décret en Conseil d'État la définition des modalités particulières d'application du cumul emploi retraite pour les anciens mineurs lorsque l'entreprise a cessé définitivement son activité ou a été mise en liquidation avant le 31 décembre 2015.

Le décret n° 2016-513 du 26 avril 2016 relatif aux conditions d'application des règles de cumul emploi retraite dans le régime de retraite des mines a précisé les contours de cet aménagement. Il est ainsi prévu que la règle des cotisations non génératrices de droits ne s'applique aux anciens agents ayant liquidé leur pension du régime de retraite des mines qu'à partir de la date à laquelle ils atteignent l'âge légal de départ à la retraite.

V. LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

Cette partie traite des dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 relatives aux dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP).

Les deux articles (57 et 58) qu'elle comporte étant d'application directe, cette partie n'appelle pas de commentaires particuliers dans le présent rapport.

VI. LA BRANCHE FAMILLE

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 comporte quatre articles relatifs à la branche famille. Deux d'entre eux ont fait l'objet de décrets d'application.

A. GÉNÉRALISATION DU DISPOSITIF DE GARANTIE CONTRE LES IMPAYÉS DE PENSION ALIMENTAIRE

L'article 44 généralise sur l'ensemble du territoire le dispositif de garantie contre les impayés de pension alimentaire (GIPA), mis en place à titre expérimental dans 20 départements par la loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes. Ce dispositif, entré en vigueur le 1^{er} avril 2016, repose sur deux volets : le versement d'une allocation de soutien familial différentielle (ASF), qui fait l'objet d'un décret d'application, d'une part, et l'amélioration des outils de recouvrement d'autre part.

- *Le soutien aux familles monoparentales grâce au versement d'une allocation de soutien familial (ASF) différentielle dès le premier mois d'impayés*

Le dispositif GIPA complète l'article L. 523-1 du code de la sécurité sociale relatif aux conditions de versement de l'ASF afin de prévoir le versement d'une ASF différentielle lorsque le père ou la mère s'acquittent intégralement de leur obligation d'entretien ou du versement d'une pension alimentaire décidée par le juge, mais que le montant correspondant est inférieur à celui de l'ASF.

L'article L. 523-1 précité prévoit que les modalités de mise en œuvre de cette disposition, notamment « *les conditions dans lesquelles, en l'absence de décision de justice préalable, le montant de l'obligation d'entretien pris en compte pour le calcul de l'allocation de soutien familial différentielle, est retenu* » sont fixées par décret en Conseil d'État. Cet article précise également que les conditions dans lesquelles le parent est considéré comme se trouvant hors d'état de faire face à l'obligation d'entretien de l'enfant sont définies par décret.

Conformément à ces dispositions, le décret en Conseil d'État n° 2016-842 du 24 juin 2016 relatif à la garantie contre les impayés de pensions alimentaires et modifiant les dispositions relatives à l'allocation de soutien familial est venu préciser les modalités d'application de l'article L. 523-1 ainsi modifié. Il est entré en vigueur de manière rétroactive le 1^{er} avril 2016.

Ce décret ramène de deux mois à un mois le délai au terme duquel l'un des parents peut être considéré comme se soustrayant à son obligation d'entretien ou de versement de la pension alimentaire. Il précise par ailleurs les cas dans lesquels le versement de l'ASF au parent qui pourvoit à l'entretien de l'enfant se poursuit au-delà de la quatrième mensualité. Il énumère également les différentes situations dans lesquelles le parent débiteur d'une obligation d'entretien ou du versement d'une pension alimentaire est considéré comme étant hors d'état d'y faire face, justifiant ainsi la mise en œuvre de la GIPA : absence d'adresse connue, incarcération, perception du revenu de solidarité active (RSA) ou ressources inférieures au montant forfaitaire de ce dernier, totalité des revenus insaisissable, perception de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), débiteur ayant fait l'objet d'une plainte déposée à la suite de menaces, de violences volontaires sur le parent ou l'enfant, etc.

- *La responsabilisation des débiteurs de pensions alimentaires impayées*

Le dispositif GIPA améliore également les procédures de recouvrement des pensions alimentaires. Il complète ainsi l'article L. 213-4 du code des procédures civiles d'exécution afin d'étendre l'application de la procédure de paiement direct, qui permet au créancier d'une pension alimentaire d'obtenir le paiement de la pension par des tiers (employeur, organisme bancaire...) disposant de sommes dues au débiteur, aux organismes débiteurs de prestations familiales qui agissent pour le compte d'un créancier d'aliments. L'application de cette procédure à ces organismes porte sur les seuls termes échus, mais sur une durée étendue, à savoir les vingt-quatre mois précédant la demande de paiement direct.

Enfin, le dispositif est complété par la possibilité d'effectuer des prélèvements sur salaire au titre des créances de pensions alimentaires dues à des organismes débiteurs de prestations familiales agissant pour le compte du créancier.

B. TRANSFERT AUX CAISSES D'ALLOCATIONS FAMILIALES DU SERVICE DES PRESTATIONS FAMILIALES AUX FONCTIONNAIRES EN POSTE DANS LES DOM

- L'article 45 harmonise les modes de gestion des prestations familiales versées aux fonctionnaires en poste dans les départements d'outre-mer (DOM) avec les règles en vigueur en métropole.

Aujourd'hui, alors que les caisses d'allocations familiales (CAF) sont en charge de la gestion et du versement des prestations familiales pour l'essentiel des assurés sociaux, les agents des trois fonctions publiques dans les départements de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique et de la Réunion perçoivent toujours les prestations directement de leur employeur, et non de la CAF du lieu de résidence⁽¹⁾. De ce fait, assurant lui-même le versement de ces prestations à ses agents dans ces quatre départements, l'État n'y cotise pas au titre du risque famille.

Par ailleurs, le montant des prestations versées dans les DOM diffère par rapport aux barèmes en vigueur en métropole. Concernant les allocations familiales, le montant versé est légèrement inférieur à compter du deuxième enfant, mais, au contraire de la métropole, le régime en vigueur dans les départements d'outre-mer prévoit le versement de la prestation dès le premier enfant.

Dans un souci de simplification administrative, l'article 45 supprime ce régime dérogatoire s'appliquant aux fonctionnaires en poste dans les DOM.

(1) La prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) et l'allocation de logement familiale (ALF) y font toutefois exception puisqu'elles sont servies par les CAF.

À cette fin, le I modifie le code de la sécurité sociale ainsi que diverses dispositions de mise en œuvre pour permettre aux CAF d'assurer dans les DOM une mission similaire à celle qui est la leur en métropole, en leur confiant la responsabilité de servir les prestations familiales aux fonctionnaires qui y sont en poste. Le montant des cotisations et des prestations versées dans les DOM est en outre aligné sur celui de la métropole. Enfin, une cotisation d'allocations familiales à la charge de l'État est créée. Celui-ci sera assujéti au droit commun, à savoir un taux de 5,25 %.

• Le II prévoit l'entrée en vigueur de ces dispositions « à une date fixée par décret et au plus tard le 1^{er} janvier 2017 ». L'échéancier de mise en application de la loi indique une publication éventuelle de ce décret, sans plus de précision.

C. EXTENSION DE L'ALLOCATION DE SOUTIEN FAMILIAL ET DU COMPLÉMENT DE LIBRE CHOIX DU MODE DE GARDE À LA COLLECTIVITÉ DE SAINT-PIERRE-ET-MIQUELON

• L'article 46 étend à la collectivité de Saint-Pierre-et-Miquelon l'allocation de soutien familial (ASF) et le complément de libre choix du mode de garde (CMG).

L'archipel de Saint-Pierre-et-Miquelon est une collectivité d'outre-mer régie par les dispositions de l'article 74 de la Constitution et de la loi organique du 21 février 2007 portant dispositions statutaires et institutionnelles relatives à l'outre-mer. Les prestations de sécurité sociale y sont assurées par un organisme spécifique à l'archipel : la Caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon, instituée sur le fondement de l'article 3 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales.

L'article 11 de cette même ordonnance fixe le régime des prestations familiales de la collectivité, sur le modèle des dispositions du code de la sécurité sociale en vigueur en métropole. Si l'essentiel des prestations familiales est aujourd'hui servi par la Caisse de prévoyance sociale, deux exceptions notables demeurent : l'ASF et le CMG.

L'ASF est versée par les CAF ou la mutualité sociale agricole (MSA) aux personnes qui assument la charge effective et permanente d'un enfant privé de l'aide de l'un ou de ses deux parents. En 2016, elle s'élève à 104,75 euros par mois pour l'aide à un enfant privé de l'un de ses deux parents.

Le CMG est attribué aux familles éligibles aux prestations familiales, en situation d'activité professionnelle, ayant recours à une assistante maternelle agréée par les services de la protection maternelle et infantile, à une association ou une entreprise habilitée qui emploie une assistante maternelle, ou encore à une micro-crèche. Sous conditions de revenus et en fonction de l'âge de l'enfant, le complément peut atteindre jusqu'à 461,36 euros par mois en 2016.

Le I de l'article 46 modifie l'article 11 de l'ordonnance du 26 septembre 1977 précitée afin de permettre à la Caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon de verser l'ASF et le CMG.

Le II porte sur l'entrée en vigueur de l'article, fixée au 1^{er} janvier 2016.

- Sur le plan réglementaire, le décret en Conseil d'État n° 2016-478 du 18 avril 2016 relatif aux prestations familiales à Saint-Pierre-et-Miquelon précise les modalités selon lesquelles sont rendues applicables à la collectivité de Saint-Pierre-et-Miquelon les prestations de l'ASF et du CMG, ainsi que les règles de recouvrement des pensions alimentaires impayées.

Afin de permettre la mise en œuvre de ces dispositions, ce décret a modifié deux décrets : le décret en Conseil d'État n° 2008-1024 du 7 octobre 2008 étendant et adaptant à Saint-Pierre-et-Miquelon le régime des prestations familiales et le décret n° 2008-1025 du 7 octobre 2008 étendant et adaptant à Saint-Pierre-et-Miquelon le régime des prestations familiales.

D. OBJECTIF DE DÉPENSES DE LA BRANCHE FAMILLE POUR L'ANNÉE 2016

Conformément aux dispositions du 2° du D du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale issu de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, l'article 47 fixe l'objectif annuel de dépenses de la branche famille.

Cet objectif est fixé à 49,6 milliards d'euros pour 2016, soit une très forte diminution en valeur absolue, de 5 milliards d'euros par rapport au niveau de 2015. Cette évolution s'explique par la modification du périmètre des dépenses de la branche : afin de compenser les pertes de recettes pour la sécurité sociale découlant de la poursuite en 2016 de la mise en œuvre du pacte de responsabilité et de solidarité, l'article 53 de la loi de finances pour 2016 a transféré le financement de l'allocation de logement familiale vers le budget de l'État.

Cet article est d'application directe.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

EXAMEN DU RAPPORT EN COMMISSION

La Commission procède à l'examen du rapport d'information de M. Gérard Bapt, Mmes Michèle Delaunay, Joëlle Huillier, MM. Michel Issindou, Denis Jacquat et Mme Marie-Françoise Clergeau sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 lors de sa séance du mercredi 13 juillet 2016.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Je rappelle que cet examen de rapport d'information vise principalement à assurer le suivi de la parution des textes réglementaires nécessaires à la mise en œuvre de la loi de financement de la sécurité sociale que nous avons adoptée en novembre dernier.

Nos rapporteurs s'étant, cette année, astreints au respect du délai fixé par le Règlement de notre assemblée, l'exercice ne peut être que partiel, car un semestre ne suffit pas pour publier plusieurs dizaines de textes réglementaires. Ce rapport nous permet cependant de prendre la mesure de la diligence avec laquelle ont été publiés certains textes majeurs. En outre, il nous appelle à la vigilance s'agissant des textes non parus.

Ce bilan d'étape à la mi-année sera complété par le rapport que la Cour des comptes présentera au mois de septembre prochain, ainsi que par les données qui seront fournies lors de la présentation du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2017.

Mme Joëlle Huillier, rapporteure. Le rapport que je vous présente, au nom de l'ensemble des rapporteurs du projet de loi de financement de la sécurité sociale, fait état de l'exécution réglementaire de la loi de financement pour 2016. Il est de coutume qu'il soit présenté par le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général du PLFSS, mais notre collègue Gérard Bapt, empêché, m'a demandé de bien vouloir le remplacer.

Le projet de rapport soumis aujourd'hui à votre approbation est rédigé par les rapporteurs du PLFSS 2016. Comme vous le savez, certains rapporteurs changeront pour l'examen du PLFSS 2017 : Annie Le Houerou remplacera Michel Issindou pour la branche assurance vieillesse, Philip Cordery me remplacera pour le secteur médico-social, et Arnaud Viala prendra la suite de Denis Jacquat pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles.

Le Règlement de notre assemblée prévoit que le rapport sur l'application d'une loi est rédigé six mois après la publication de ladite loi. Contrairement aux deux années précédentes, nous réussissons cette année à tenir ce délai en vous

présentant notre rapport à la mi-juillet et non à la fin du mois de septembre. Sur le plan statistique, les résultats s'en ressentent évidemment : alors que le taux d'exécution réglementaire des dispositions législatives était de 42 % en septembre 2015, il est seulement de 25 % en juillet 2016. L'avancement de la date de présentation de ce rapport en constitue sans doute une explication.

Il faut, par ailleurs, souligner que les informations figurant dans ce rapport résultent de l'exploitation de l'échéancier de mise en application de la loi, publié par le Gouvernement sur le site internet Légifrance. Habituellement, les informations de cet échéancier sont complétées et précisées par le Gouvernement en réponse à un questionnaire que nous lui adressons. Mais cette année, compte tenu des délais contraints, aucune réponse n'a été apportée par le Gouvernement.

Ce constat pourrait conduire notre commission à s'interroger sur la pertinence de l'exercice auquel nous nous livrons, d'autant que cette réflexion est amplifiée par au moins deux éléments. Tout d'abord, les dispositions organiques prévoient déjà que soit annexé au PLFSS de l'année N + 1 un document « *rendant compte de la mise en œuvre des dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale* » de l'année N. Ensuite, le suivi que nous assurons dans notre propre rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale est strictement juridique, contrairement au rapport éponyme que la Cour des comptes viendra nous présenter à la mi-septembre, dont la dimension analytique est beaucoup plus poussée.

Il s'agit là, j'en ai bien conscience, de réflexions qui ont davantage vocation à être menées en début de législature, mais, à l'occasion du dernier exercice du genre pour la législature en cours, il n'est pas interdit d'envisager des perspectives pour l'avenir.

Sur les quatre-vingt-douze articles que compte la loi promulguée, cinquante-huit doivent être présumés d'application directe. L'échéancier liste, en effet, seulement trente-quatre articles devant faire l'objet d'une ou plusieurs mesures d'application. Les autres articles appellent, outre la remise par le Gouvernement de quatre rapports au Parlement, l'adoption de cinquante-sept actes d'application au sens strict, décrets et arrêtés. Sept mois après la publication de la loi, seuls quatorze de ces cinquante-sept textes ont été publiés, et vingt et un articles n'ont fait l'objet d'aucun des textes d'application qu'ils prévoient.

Je tiens toutefois à souligner que mes collègues et moi sommes bien conscients de l'ampleur de la tâche à accomplir pour l'administration, ainsi que des délais qu'imposent les avis que doivent donner le Conseil d'État, les caisses de sécurité sociale, et j'en passe.

J'en viens à l'examen par branche.

S'agissant du volet recettes, trésorerie, gestion du risque, seule une quinzaine d'articles nécessitaient des mesures réglementaires d'application. En

matière de cotisations et de fiscalité, beaucoup de dispositions sont d'application directe. Pour autant, le taux d'application est particulièrement faible, avec seulement cinq actes publiés sur quinze articles en appelant. Parmi les actes d'application pris, on peut notamment relever le décret modifiant le régime d'exonération de cotisations patronales de sécurité sociale spécifique à l'outre-mer, et le décret adaptant le calendrier d'entrée en vigueur de la déclaration sociale nominative. Au rang de ce qui manque, on remarquera tout particulièrement les actes d'application du très complexe article 24, qui réaffecte au sein des organismes de sécurité sociale le produit des prélèvements sur les revenus du capital.

Sur les trente-cinq articles relatifs à la branche maladie, quinze nécessitent des mesures réglementaires d'application. Seulement 20 % d'entre elles ont été effectivement publiées.

Dans le cadre de l'organisation et du financement de l'assurance maladie, des mesures importantes ont déjà été prises. Ainsi, en matière d'amélioration de l'accès à la complémentaire santé, les mesures visant à permettre l'entrée en vigueur des dispositifs relatifs à la labellisation des contrats de complémentaire pour les personnes de soixante-cinq ans et plus, et le dispositif relatif au versement d'un « chèque santé » pour les travailleurs à temps partiel ou en contrat à durée déterminée de courte durée, ont fait l'objet de décrets d'application dès le 30 décembre 2015.

S'agissant des mesures relatives à l'amélioration de l'accès aux droits, qui concernent notamment la mise en place de la protection universelle maladie, plusieurs décrets visant à préciser les conditions de prise en charge des assurés ont déjà été pris.

On peut se féliciter également de la publication, dès le 2 janvier 2016, du décret visant à préciser les conditions de la prise en charge des frais de santé engagés par les victimes et les familles des victimes d'actes de terrorisme, ainsi que de la publication, le 29 juin dernier, du décret d'application permettant aux jeunes filles mineures de bénéficier de la confidentialité et de la gratuité pour l'ensemble des consultations médicales visant à la prescription d'un contraceptif.

Dans le domaine de la prévention et des conditions de prise en charge, une disposition, relative à la prise en charge des certificats de décès, ne s'est pas encore traduite par la publication d'un texte d'application.

La réforme du financement des établissements de santé est, quant à elle, au milieu du gué. Si l'on peut se féliciter de la mise en place effective de l'encadrement de la progression des tarifs journaliers de prestation, la réforme de la tarification des soins de suite et de réadaptation suscite encore quelques interrogations. Pas moins de huit dispositions différentes nécessitent des mesures d'application qui devraient être publiées en novembre prochain. Il nous appartiendra de saisir l'occasion de l'examen du prochain PLFSS pour obtenir des précisions sur cette réforme.

Peu de dispositions concernaient directement le secteur médico-social. Nous attendons la remise, pour le 31 décembre 2016 au plus tard, d'un rapport que j'avais ardemment souhaité sur la continuité des soins entre le domicile et les établissements médico-sociaux pour personnes âgées, ainsi que la publication des décrets d'application de l'article 75 réformant le financement des établissements et services médico-sociaux.

De même pour l'assurance vieillesse, outre la demande d'un rapport consacré aux conditions de revalorisation des pensions de retraite du régime des cultes, seuls deux articles appelaient des mesures d'application : l'un est relatif à l'adaptation du cumul emploi-retraite à la situation des anciens mineurs, l'autre, à la mise en œuvre du nouveau dispositif de plafonnement du cumul emploi-retraite. Le décret d'application prévu pour ce dernier article est en attente de publication.

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

En ce qui concerne la branche famille, cette année 2016 a été marquée par la généralisation du dispositif de garantie contre les impayés de pension alimentaire (GIPA). Ce dispositif repose sur deux volets : d'une part, le soutien aux familles monoparentales avec le versement d'une allocation de soutien familial différentielle dès le premier mois d'impayés, d'autre part, la responsabilisation des débiteurs de pensions alimentaires impayées grâce à l'amélioration des outils de recouvrement. Le décret d'application a été pris, permettant la généralisation du dispositif dès le mois d'avril 2016, comme cela était prévu.

Vous le constatez, si tout se passe très bien pour certaines branches, pour d'autres, les résultats sont un peu moins bons. Néanmoins, nous avons confiance : il reste du temps jusqu'au 31 décembre.

M. Christophe Sirugue. Je reviens sur vos remarques relatives à la pertinence de l'exercice. Vous avez raison de souligner que nous disposons de plusieurs sources d'information sur l'application du PLFSS. Nous sommes également face à un problème difficile : lorsque nous rendons trop tard un rapport sur le sujet, nous sommes hors délai par rapport aux prescriptions du Règlement, mais lorsque nous respectons le Règlement, nous ne disposons pas de toutes les informations utiles. À titre personnel, il me semble nécessaire que l'on s'interroge sur les dispositions du Règlement de l'Assemblée relatives à cet exercice.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Pour ma part, je regrette que les textes d'application relatifs à des mesures qui ne sont pas seulement symboliques soient encore en attente de parution. Je pense au dépistage du cancer du sein pour les femmes présentant des risques spécifiques. Même si la prévention s'est améliorée en France depuis quelques années, nous sommes encore assez en retard sur ce point. Je regrette aussi que l'article 68, qui vise à expérimenter la prise en charge par un psychologue et un diététicien des enfants de trois à huit ans présentant un risque d'obésité, n'ait pas encore trouvé de traduction réglementaire.

Il en est de même de l'article 69, relatif au financement de la permanence des soins ambulatoires – les propositions que nous avons émises dans un rapport sur le sujet avec Jean-Pierre Door, en juin 2015, avaient pourtant été unanimement votées par notre commission. Il n'est pas non plus anodin de ne pas encore pouvoir appliquer l'article 70 qui prévoit la prise en charge des certificats de décès par l'assurance maladie. Je pense, enfin, à l'article 73 qui définit les modalités de fixation des prix par le comité économique des produits de santé (CEPS), notamment pour les soins innovants. Le coût considérable de certains médicaments indispensables met en danger notre système de sécurité sociale. Il est regrettable que le décret n'ait pas encore été publié alors que les sommes en jeu se comptent en centaines de millions, voire en milliards d'euros et que le dispositif prévu est très pertinent.

Madame Huillier, je vous remercie pour la présentation que vous venez d'effectuer. Comme vous-même et M. Sirugue, je considère que l'exercice auquel nous sommes contraints par le Règlement a quelque chose d'un peu pénible, ne permettant pas d'atteindre l'objectif visé puisque nous ne disposons pas des réponses attendues. Il faudra travailler sur ce problème dans les années à venir, quelle que soit la majorité en place.

*

* *

*La Commission **autorise** le dépôt du rapport d'information sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.*