

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X V ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire

- Examen, pour avis, du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 (n° 4482) (M. Michel LAUZZANA et Mme Cendra MOTIN, rapporteurs pour avis) 2
- Présences en réunion 28

Mercredi
13 octobre 2021
Séance de 9 heures 30

Compte rendu n° 6

SESSION ORDINAIRE DE 2021-2022

Présidence de

M. Éric Woerth,
Président



La commission examine, pour avis, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 (M. Michel Lauzzana et Mme Cendra Motin, rapporteurs pour avis)

M. le président Éric Woerth. Mes chers collègues, comme chaque année nous profitons de cette pause du mercredi matin dans l'examen en séance publique du projet de loi de finances pour aborder le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2022.

La commission des affaires sociales, qui est saisie au fond, a auditionné les ministres Olivier Véran, Brigitte Bourguignon et Olivier Dussopt lundi dernier 11 octobre. Elle commence ce matin l'examen du texte, qui arrivera en séance publique mercredi 20 octobre.

La commission des finances s'est comme à son habitude saisie pour avis de l'ensemble du texte, qui comprend soixante-deux articles. Nos rapporteurs pour avis sont Michel Lauzzana et Cendra Motin.

Mme Cendra Motin, rapporteure pour avis. Michel Lauzzana et moi-même avons le plaisir, ce matin, de vous présenter les grandes lignes du PLFSS pour 2022.

Ce dernier budget de la sécurité sociale de la législature continue naturellement à être marqué par les effets de la crise liée à l'épidémie de covid-19 et par les réponses que le Gouvernement y apporte. Il poursuit l'ambition réformatrice qui a guidé notre action au cours de ces dernières années pour renforcer les droits des assurés, simplifier la vie des entreprises et gérer efficacement la dette.

J'aborderai les questions d'équilibre et de recettes en rappelant tout d'abord que le solde du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) est arrêté à - 38,7 milliards d'euros en 2020, dont 80 % au titre de la seule branche maladie. La dégradation est importante, mais, finalement, le déficit est moindre que les 49 milliards que nous avons envisagés dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021.

L'explication est à chercher du côté des recettes, qui ont chuté parallèlement à la masse salariale et à la consommation, mais aussi de celui des reports, allègements et exonérations votés par le Parlement en soutien aux secteurs les plus touchés par la crise. Ces mesures ont soutenu la trésorerie des entreprises et sauvé 8,4 millions d'emplois sans peser sur les comptes sociaux puisqu'elles sont compensées par l'État.

S'agissant de l'exercice 2021, le déficit serait là aussi légèrement meilleur que prévu l'automne dernier : 34,6 milliards d'euros au lieu de 35,8. Ce résultat est la combinaison de deux mouvements inverses, avec d'un côté une hausse des recettes de 13,8 milliards, grâce au rebond exceptionnel de l'activité, et de l'autre un surcroît des dépenses de santé, à hauteur de 12,6 milliards.

La branche autonomie, dont la création est une avancée majeure de ce mandat et de cette majorité, termine son premier exercice avec un solde identique à celui qui était prévu.

Si les perspectives pluriannuelles 2021 à 2024 prévoient que les branches maladie et vieillesse resteront dans une situation de déficit élevé, la trajectoire de la branche autonomie serait, elle, excédentaire à moyen terme grâce à un surcroît de recettes de contribution sociale généralisée (CSG) en 2024. Ses dépenses seraient dynamiques sur toute la période, sous l'effet des mesures relatives à l'autonomie figurant dans le présent PLFSS.

En 2022, sur le fondement d'hypothèses pour l'essentiel validées par le Haut Conseil des finances publiques, le solde devrait amorcer son rétablissement, avec un déficit de 21,6 milliards d'euros. Les déficits porteraient encore majoritairement sur la branche maladie, pour 19,7 milliards, et, dans une moindre mesure, sur les branches vieillesse et autonomie, ainsi que sur le FSV, pour 5 milliards au total. En revanche, les branches famille et accidents du travail-maladies professionnelles retrouveraient une situation excédentaire, avec des soldes positifs de respectivement 1,7 et 1,3 milliard d'euros.

Les dispositions que le PLFSS pour 2022 comporte en recettes nous semblent particulièrement opportunes. La contemporanéisation des aides aux services à la personne permettra de réduire ou de supprimer les avances de frais des particuliers, grâce à la généralisation de l'expérimentation menée depuis 2020 sur le CESU + (chèque emploi service universel +) et sur la PAJEMPLOI +, outil concernant la garde d'enfants.

Le plan pour les travailleurs indépendants se concrétise avec plusieurs mesures : la prolongation de la modulation des cotisations et des contributions en temps réel, l'allègement de la procédure d'installation et l'octroi d'un trimestre supplémentaire de retraite pour compenser la perte d'activité liée à la crise.

Le statut du conjoint collaborateur – très majoritairement des conjointes – du chef d'une entreprise artisanales, commerciale ou libérale sera élargi au concubin, bénéficiera d'assiettes plus lisibles et sera limité à cinq ans.

Nous allégeons en outre de 30 millions d'euros la taxe pour les grossistes répartiteurs afin de garantir et d'améliorer l'approvisionnement en médicaments.

Enfin, le chantier de l'unification des prélèvements autour des URSSAF se poursuit avec, en 2022 et en 2023, le transfert de la collecte des cotisations de retraite complémentaire AGIRC-ARRCO et des cotisations de plusieurs régimes, dont la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse (CIPAV). Les mêmes URSSAF pourront mieux lutter contre la fraude sociale grâce à un accès plus rapide aux informations bancaires par voie dématérialisée.

Les allègements sociaux atteindront 71,5 milliards d'euros en 2022, dont près de 85 % sont compensés. Les premières reprises de dette effectuées en application des lois organique et ordinaire que nous avons votées le 7 août 2020 se sont déroulées dans d'excellentes conditions de marché, preuve de la crédibilité de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), avec des taux d'intérêt compris entre - 0,22 % et + 0,13 % en 2021.

M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis. Les dépenses de la sécurité sociale en 2020, 2021 et probablement en 2022 traduisent logiquement l'impact de la crise sanitaire sur la sécurité sociale, et en tout premier lieu sur la branche maladie du régime général.

Les dépenses de cette dernière ont atteint le point haut de 238,8 milliards d'euros en 2020, un niveau inégalé, qui a un peu diminué en 2021. Pour l'année en cours, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) fixé en loi de financement de la sécurité sociale ne pourra d'ailleurs pas être respecté en raison de la succession des vagues épidémiques que nous avons connue : les dépenses de l'ONDAM devraient ainsi atteindre 237,1 milliards, bien au-delà des 225,4 milliards prévus.

Plusieurs éléments ont contribué à cette augmentation de nos dépenses de santé en 2020 et en 2021, parmi lesquelles les dépenses liées aux tests diagnostics. Au cours des huit premiers mois de l'année 2021, environ 58 millions de tests PCR et 37 millions de tests antigéniques ont été réalisés, entraînant à ce jour 4,5 milliards d'euros de dépenses pour l'assurance maladie.

D'autres éléments, en majorité liés à la crise sanitaire, ont contribué au dépassement des prévisions de dépenses de la branche maladie au cours des deux dernières années. Ainsi, les dépenses d'indemnités journalières (IJ) ont dépassé de 2,4 milliards d'euros la prévision pour 2020, des IJ dérogatoires ayant été instaurées au plus haut de la crise. Elles se sont maintenues à un niveau élevé en 2021, sans que des raisons évidentes ne l'expliquent. La régulation de ces dépenses reste à ce jour un gisement d'économie important pour la sécurité sociale.

En 2020, le dispositif d'indemnisation de la perte d'activité destiné aux professionnels de santé de ville a représenté un montant total de 1,3 milliard d'euros. Enfin la dotation à Santé publique France s'est élevée à 4,8 milliards en 2020 et dépasse la prévision de 3,5 milliards en 2021.

Les mesures de crise sont des décisions politiques : en 2021, et *a fortiori* en 2022, une partie de la croissance des dépenses du champ de l'ONDAM s'explique par la mise en œuvre du « Ségur de la santé », progressivement étendu à l'ensemble du champ social et médico-social par les accords signés à la suite de la mission confiée à Michel Laforcade.

Le coût du « Ségur » en 2021 est de 9,2 milliards d'euros, dont 7,9 milliards de revalorisation salariale. Entre juillet 2020 et juillet 2021, 1,5 million d'employés des hôpitaux et des EHPAD ont bénéficié de la mesure de revalorisation « socle » de 183 euros nets par mois. En 2022, 12,5 milliards d'euros seront consacrés aux mesures du « Ségur de la santé ».

Cette année 2022 devrait être caractérisée par deux dynamiques aux effets opposés. D'abord, le ralentissement de la pression épidémique devrait limiter les dépenses liées à la crise. Par précaution, une dotation de crise de 4,9 milliards est tout de même prévue.

Ensuite, les dépenses hors crise et hors « Ségur » devraient augmenter de 16 milliards d'euros environ, en raison de l'évolution tendancielle des soins et de plusieurs mesures structurantes proposées dans ce PLFSS, qui concrétisent les engagements pris par le Président de la République dans le cadre du Conseil stratégique des industries de santé.

Peuvent être cités à cet égard l'accès direct au marché remboursé pour les médicaments innovants ayant obtenu un avis de la Haute Autorité de santé ou encore l'introduction dans la tarification des produits de santé d'un critère relatif à la sécurité d'approvisionnement du marché français que garantit l'implantation des sites de production.

Les dépenses des autres branches de la sécurité sociale retrouvent progressivement un rythme de croissance proche de celui observé avant la crise. La baisse de la natalité tend notamment à modérer les dépenses de la branche famille.

Toutefois, et c'est une excellente nouvelle, la jeune branche autonomie bénéficiera en 2022 de mesures structurantes qui sont prévues dans le PLFSS : la fixation d'un tarif plancher pour les services à domicile, à 22 euros par heure, et la réforme du financement des soins à domicile. Ces mesures concrétisent l'engagement pris par la majorité de faire des métiers du

grand âge des professions attractives et pourvues à la hauteur des besoins d'aujourd'hui, et *a fortiori* de demain.

Mme Véronique Louwagie (LR). Les propos de Mme la rapporteure pour avis sur ce qu'elle nomme l'ambition réformatrice du Gouvernement appellent quatre observations.

Tout d'abord, il n'y a rien dans ce PLFSS, pas plus que dans les précédents, sur la pénurie de médecins que nous connaissons tant en ville que dans les hôpitaux. Aucune réforme, aucune prise en compte de la réalité. Cela commence à poser d'importants problèmes, notamment en termes de prévention, puisque nombre de personnes n'ont aujourd'hui plus de médecin traitant.

Le PLFSS ne prévoit rien non plus en matière de politique familiale, alors que la natalité continue à baisser. La baisse du plafond du quotient familial, la réforme de la prestation d'accueil du jeune enfant, la mise sous conditions de ressources et la modulation des allocations familiales vont à l'inverse d'une politique de soutien à la natalité.

Par ailleurs, la loi relative au grand âge et à l'autonomie, très attendue, annoncée par Mme Buzyn et qui avait motivé la nomination de Mme Bourguignon, a été jetée aux oubliettes.

Le PLFSS n'aborde pas plus la grande – puis la plus petite – réforme des retraites qui devait intervenir, bien que tout le monde s'accorde sur le fait qu'il faille traiter le sujet.

Nous n'avons donc pas la même vision des ambitions réformatrices.

M. Brahim Hammouche (Dem). Les comptes pour 2022 de la sécurité sociale resteront très marqués par la crise sanitaire. Comme lors de chaque crise, notre modèle social a su jouer son rôle d'amortisseur économique et social.

Si nous partageons l'objectif de redressement des comptes sociaux, nous nous réjouissons qu'il ne soit pas poursuivi au détriment de la santé de nos concitoyens et de l'offre de soins sur le territoire.

Sur le plan strictement financier, le groupe démocrate se félicite de la poursuite et de la consolidation des revalorisations issues du « Ségur de la santé ». Ainsi plus de 2 milliards d'euros sont mobilisés en faveur du personnel hospitalier - sages-femmes, aides-soignants, infirmiers – et du personnel médico-social – aides médico-sociales et médico-psychologiques, auxiliaires de vie sociale, accompagnants éducatifs et sociaux. Ces métiers bénéficient depuis le début du mois d'une revalorisation de 183 euros nets par mois.

Le PLFSS comporte plusieurs autres mesures positives, comme la prise en charge intégrale de la contraception féminine jusqu'à l'âge de 25 ans, dans une logique de prévention et de santé publique, la prise en charge de la télésurveillance, le renforcement de l'accès aux soins visuels et le remboursement par l'assurance maladie des consultations des psychologues libéraux.

S'agissant du médicament, l'abaissement de la taxe sur la vente en gros ainsi que la nouvelle trajectoire financière de la branche autonomie, avec la création d'un tarif plancher horaire de 22 euros pour les services à domicile, vont dans le bon sens. Attention cependant à ce que le partage de la valeur soit réel et se répercute bien sur les rémunérations des salariés.

Enfin, je me réjouis de la mobilisation autour de la transformation des EHPAD en centres de ressources territoriaux chargés d'une mission d'appui et d'accompagnement, grâce à un accroissement des recrutements et un déploiement des équipes mobiles de gériatrie.

Si ce PLFSS contient de nombreuses bonnes mesures, nous formons le vœu que le dynamisme retrouvé des recettes, sous l'effet du rebond de l'économie qu'accélère aussi le plan de relance, favorise des décisions plus structurelles pour l'amélioration de notre système de santé. Il conviendra notamment d'assurer rapidement et durablement une couverture complète des territoires en services de soins palliatifs. L'équité territoriale d'accès aux soins, du premier sourire au dernier soupir, reste en effet une ambition forte pour notre groupe.

M. Jean-Louis Bricout (SOC). Ce PLFSS devrait être l'occasion de quelques mesures de correction statutaire au profit de professions qui se sentent en manque de considération et quelque peu oubliées par le « Ségur de la santé », comme celle des infirmiers anesthésistes. En grève le 16 septembre dernier, ces derniers se trouvent aujourd'hui dans une situation précaire en raison du manque de perspectives d'avenir de leur statut.

Des démarches parlementaires avaient été entreprises : un amendement visant à intégrer la profession réglementée d'infirmier anesthésiste dans le dispositif d'exercice en pratique avancée avait été adopté à l'unanimité en février 2021, lors de l'examen de la proposition de loi de notre collègue Stéphanie Rist en séance publique au Sénat. Or le dispositif a ensuite été supprimé par l'Assemblée nationale.

Un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) étant attendu pour la fin du mois d'octobre, l'avenir statutaire des infirmiers anesthésistes ne devrait pas être réglé de manière imminente. Ces derniers restent donc dans une attente angoissante et dommageable. Cette profession indispensable permet pourtant de libérer du temps de travail médical et de rendre notre système de santé plus efficace.

Les infirmiers anesthésistes doivent être considérés à leur juste valeur. Ils sont aujourd'hui moins payés que les infirmiers qui ont fait des études plus courtes et cette inégalité se maintient du début à la fin de la carrière. La profession a d'ailleurs été l'une des moins revalorisées à l'issue du « Ségur de la santé ». Que va donc lui apporter le PLFSS ?

Je fais par ailleurs miennes les interrogations concernant la loi relative au grand âge, que l'on ne voit pas venir malgré une forte attente, et le manque de médecins et de spécialistes dans nos territoires. Que comptez-vous faire sur ce sujet de la démographie médicale, au delà des mesures incitatives qui coûtent souvent cher aux collectivités territoriales et ne suffisent pas à régler le problème ? Êtes-vous prêts à trancher entre l'incitatif et le coercitif ?

Mme Lise Magnier (Agir ens). Tout comme le projet de loi de finances, le PLFSS pour 2022 porte les stigmates de la crise sanitaire. Le déficit de la sécurité sociale devrait atteindre 21,6 milliards d'euros, preuve s'il en fallait que les organismes de sécurité sociale ont pris toute leur part dans la gestion de la crise.

Nous nous réjouissons du succès de la campagne vaccinale, qui permet d'éviter pour le moment une nouvelle vague dramatique. Toutefois, les incertitudes demeurent face à un virus qui nous a rendus très prudents. Il nous semble donc parfaitement responsable d'avoir intégré 5 milliards d'euros à l'ONDAM pour des dépenses exceptionnelles liées à l'épidémie de covid, qui n'est malheureusement pas encore derrière nous.

Par ailleurs, ce PLFSS poursuit l'engagement du « Ségur de la santé », notamment en faveur de l'hôpital et du secteur médico-social : largement attendues, ces mesures sont tout simplement méritées.

L'investissement de 2 milliards d'euros dans nos hôpitaux et dans nos EHPAD est également nécessaire et essentiel, même s'il n'épuise bien sûr pas les problématiques auxquelles est confronté notre système de santé : le travail se fera sur la durée.

Enfin, le groupe Agir ensemble, particulièrement attaché à la loi relative au grand âge et à l'autonomie, regrette très fortement son abandon. Nous notons toutefois les avancées inscrites dans le PLFSS concernant le renforcement de la branche autonomie, créée en 2020 à l'initiative de la majorité. Je pense notamment au tarif plancher de 22 euros par heure pour les services à domicile, au renforcement de la présence de médecins coordonnateurs et d'infirmières de nuit au sein de nos EHPAD, ainsi qu'à l'enveloppe de 20 millions d'euros visant à en faire des centres de ressources territoriaux – car c'est aussi par des politiques territoriales que nous pourrions améliorer l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie.

Pour toutes ces raisons, le groupe Agir ensemble soutiendra le PLFSS pour 2022.

M. Michel Zumkeller (UDI-I). Le groupe UDI et indépendants constate avec inquiétude que les comptes de la sécurité sociale se maintiennent à un niveau jamais atteint auparavant : le déficit pour 2021 s'établit à 34 milliards d'euros et la dette sociale culmine à 166 milliards.

Dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour des comptes vous a alertés sur l'indispensable retour à l'équilibre des comptes, au risque qu'une partie des prestations sociales versées aujourd'hui repose sur les générations futures. Elle ajoute même qu'il existe un risque de voir le déficit dépasser de manière permanente les 10 milliards d'euros à partir de 2024.

Notre groupe considère qu'il n'est pas responsable de faire reposer les politiques de santé publique d'aujourd'hui sur les épaules de nos enfants.

Dans le détail, nous considérons qu'il faut s'engager plus fortement dans le virage domiciliaire : c'est une aspiration des patients et des personnes âgées autant qu'une nécessité afin de permettre un allègement de nos EHPAD et de nos hôpitaux.

De la même manière, nous regrettons l'insuffisance des politiques de prévention et de dépistage, qui participent d'un renforcement de la qualité des soins. Nous sommes ainsi très attachés aux travaux sur les perturbateurs endocriniens et aimerions que tout cela apparaisse dans ce type de texte.

Il en va de même de la lutte contre la fraude aux prestations sociales, thème qui nous semble important – il serait utile de discuter des pistes que trace l'excellent rapport de nos collègues Patrick Hetzel et Pascal Brindeau sur ce sujet – ou de la biométrie – dont on ne nous dira plus qu'elle est impossible à mettre en œuvre, maintenant qu'on a été capable de finaliser en trois mois un QR code pour le passe sanitaire.

Concernant l'organisation de notre système de santé, nous sommes très attachés à une plus grande décentralisation et défendons ainsi l'idée d'un ORDAM, un objectif régional de

dépenses d'assurance maladie qui permettrait d'être plus proche des territoires. Nous regrettons également l'absence de mesures visant à lutter contre les déserts médicaux.

Tels sont les sujets que notre porte-parole de groupe Valérie Six et nous nous attachons à développer tout au long de l'examen de ce PLFSS.

M. Charles de Courson (LT). L'examen de ce PLFSS nous amène à un triste constat : les budgets des régimes de sécurité sociale de base et du FSV sont structurellement déficitaires, à hauteur de 22,6 milliards d'euros selon les estimations pour 2022.

Bien entendu, la branche maladie demeure la plus gravement touchée. Hors mesures liées à la crise sanitaire, son déficit reste à un niveau élevé en 2022 : 14,8 milliards d'euros. Cela continuera dans les années à venir, avec 13,7 milliards en 2023 et 14,8 milliards en 2024 et 2025, d'après les prévisions gouvernementales. On voit donc apparaître une forme d'effet cliquet.

L'ONDAM est quant à lui fixé à 236,3 milliards, après avoir atteint 237 milliards en 2021, soit une baisse apparente de 0,6 %. Mais, comme pour le projet de loi de finances, il faut se méfier du trompe-l'œil budgétaire : hors dépenses d'urgence et de soutien, l'ONDAM progresse en fait de 3,8 % par rapport à l'exercice 2021. Cela s'explique par la croissance des dépenses de santé ainsi que par les mesures annoncées dans le cadre du « Ségur », dont une partie est reconductible.

Les perspectives d'évolution laissent craindre un accroissement continu de la dette sociale. La branche famille est certes excédentaire, mais cela témoigne surtout du peu d'ambition de la politique familiale du Gouvernement alors que la situation démographique française se dégrade. La branche autonomie, elle, qui n'est toujours pas financée, est donc amenée à être déficitaire dès sa première année, à hauteur de presque un milliard d'euros.

Le déficit structurel de la branche retraite, tout compris, y compris le FSV, dépasse les 6 milliards d'euros tant en 2020 qu'en 2021, et s'établirait à 4,1 milliards d'euros en 2022. Faute d'une réforme structurelle, le déficit devrait se monter, d'après les prévisions gouvernementales, à 7,9 milliards d'euros en 2025, soit une dérive de 1,3 milliard par an. Une telle réforme est donc devenue incontournable et devra donc être engagée par le prochain gouvernement.

Quelles économies opère donc le présent PLFSS afin de ramener nos comptes sociaux à l'équilibre ?

S'agissant du financement de la dette sociale, la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie a déjà organisé par anticipation un nouveau transfert de la dette de la sécurité sociale à la CADES, à hauteur de 136 milliards d'euros, dont 92 milliards au titre des déficits prévisionnels pour 2020, 2021, 2022 et 2023.

On va à la dérive. Si le dossier de presse relatif au PLFSS, en présentant page 40 l'évolution du déficit entre 2008 et 2024, laisse à penser que tout s'arrange, ce n'est qu'une illusion. Le ministère des solidarités et de la santé et le ministère chargé des comptes publics évoquent un déficit cumulé de 92 milliards au titre des déficits de 2020 à 2023 liés à la crise, mais si l'on additionne les soldes de toutes les branches pour ces quatre années, on obtient un déficit de 109,5 milliards, soit une différence de 17,5 milliards.

Dans son rapport sur l'application des LFSS, la Cour des comptes a relevé que le plafond sera insuffisant et ne permettra pas de couvrir les déficits. Faut-il donc prévoir un nouveau dispositif pour poursuivre le transfert des déficits à la CADES à hauteur de ces 17,5 milliards d'euros ?

M. Alain Bruneel (GDR). Pour le dernier PLFSS de la législature, il aurait été souhaitable de répondre aux besoins exprimés par les populations, en particulier ceux que la pandémie a fait émerger. Ainsi, le service public du médicament aurait eu sa place dans le débat.

Sur les 136 milliards d'euros de dette sociale repris par la CADES, outre 92 milliards nouveaux et 31 milliards du passé, l'État reprend la dette des hôpitaux publics à hauteur de 13 milliards. Il la fait payer par les autres : c'est facile !

En outre, l'État ne compense pas totalement les exonérations de charges sociales.

Nous déplorons l'abandon de la loi sur le grand âge, qui avait été précédée d'un excellent rapport, tant les besoins en la matière sont évidents.

Je suis donc très réservé sur ce PLFSS qui manque l'occasion d'aborder nombre de sujets majeurs, y compris certains qui ont été oubliés par le « Ségur » : si les personnels médico-sociaux ont été entendus parce qu'ils se sont fortement mobilisés, de nombreuses professions ne l'ont pas été, comme les sages-femmes ou les infirmiers de bloc opératoire. Je pense aussi au forfait hospitalier ou encore à la pénurie de médecins. Il fallait au moins poser les problèmes.

M. Jean-René Cazeneuve. Je trouve le propos de Mme Louwagie sur les déserts médicaux un peu fort de café : si, entre 2007 et 2012, la majorité avait supprimé le *numerus clausus*, nous aurions suffisamment de médecins aujourd'hui !

Prétendre que nous n'avons rien fait est absolument faux. Nous avons supprimé le *numerus clausus*. Certes, la pénurie de médecins va durer encore cinq ou six ans : nous payons le fait que la décision n'a pas été prise il y a plusieurs années. C'est un fait incontestable.

Et en attendant que la suppression du *numerus clausus* produise ses effets, nous avons pris de très nombreuses mesures : cumul emploi-retraite, création des assistants médicaux, temps médical libéré en confiant de nouvelles responsabilités aux pharmaciens et aux infirmières, télémédecine, maisons de santé...

M. Jean-Paul Dufrègne. Nous regrettons amèrement l'absence d'une réforme d'ampleur en faveur de l'autonomie.

La loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et l'autonomie, qui crée une branche de la sécurité sociale dédiée à l'autonomie, devait être complétée par une réforme sur le grand âge. Maintes fois annoncée et maintes fois reportée, celle-ci ne verra finalement pas le jour sous ce quinquennat, l'exécutif l'estimant trop coûteuse.

Nous l'avions dénoncé l'année dernière : la création de la branche autonomie ne s'est pas accompagnée des financements suffisants pour faire face aux besoins, estimés dans le rapport de M. Libault de mars 2019 à 6 milliards d'euros supplémentaires par an à partir de 2024 et 9 milliards à compter de 2030. Les dépenses en faveur de l'autonomie se montent à 34,2 milliards dans le présent PLFSS, en hausse de 2 milliards, soit 6 %, par rapport à 2021. Ces dépenses sont en grande partie absorbées par les revalorisations consécutives au « Ségur » au profit du secteur médico-social.

Faute d'une réforme d'envergure, le Gouvernement se contente d'inscrire quelques mesures annoncées par le Premier ministre le 23 septembre au profit des EHPAD et de l'aide à domicile : l'instauration d'un tarif horaire plancher national à 22 euros pour le financement des services d'aide à domicile par les départements, pour un coût de 260 millions d'euros ; un plan de recrutement de personnel soignant dans les EHPAD ; la généralisation de la présence d'infirmières de nuit d'ici à 2023 ; le renforcement de la présence de médecins coordonnateurs.

Ces mesures vont évidemment dans le bon sens, mais elles ne reprennent qu'un minuscule échantillon des 175 recommandations du rapport de M. Libault ou des préconisations du rapport d'information sur les EHPAD de Caroline Fiat et Monique Iborra. Elles sont loin d'être à la hauteur, alors que les besoins de recrutement sont estimés à 200 000 postes dans les EHPAD et 100 000 postes dans le secteur de l'aide à domicile dans les dix prochaines années.

Une réforme d'ampleur en faveur de l'autonomie est absolument nécessaire.

M. le président Éric Woerth. Les déficits sont abyssaux, il est vrai. Les effets de la crise l'étaient aussi, mais tous les déficits ne lui sont pas dus. Le déficit s'est creusé dans une proportion supérieure de 10 milliards d'euros par rapport à la crise précédente il y a une dizaine d'années : c'est considérable. La période qui a suivi la crise de 2008-2009 avait vu une lente remontée du solde de la sécurité sociale, qui s'est malheureusement brisée sur la crise sanitaire alors que nous étions presque à l'équilibre. La succession de crises risque de poser un problème de déficit structurel de nos régimes.

L'ONDAM progresse très vite, puisque son évolution hors dépenses exceptionnelles liées à la crise sanitaire est de près de 4 % en 2022. Le « Ségur » y pèse très lourd : il représente presque la moitié des dépenses nouvelles pour 2022, avec notamment 10 milliards d'euros pour les rémunérations. Certes les soignants étaient mal payés, mais il faudra des mesures pour absorber ce coût.

Le tarif plancher de 22 euros est une bonne nouvelle pour les personnels des services d'aide à domicile, mais pose une difficulté pour les structures entièrement privées. La profession réclame quelques éclaircissements.

S'agissant toujours de la branche maladie, nous devons nous attendre à une longue convalescence : jusqu'en 2025, le redressement serait très progressif, avec un ONDAM qui resterait élevé. La baisse du chômage permettra peut-être une augmentation de la masse salariale, mais elle est déjà intégrée dans vos prévisions : il faudra donc encore un coup de rein supplémentaire.

Quant à la branche dépendance, mes collègues l'ont dit, la réforme est inachevée. Vous avez construit une façade sans maison derrière. Toutes les dépenses liées à la dépendance ont été réunies au sein d'une même branche mais le sujet de la dépendance n'a pas été traité et ne le sera pas avant la fin du quinquennat. C'est d'ailleurs très difficile, puisque ce ne sont que des coûts supplémentaires. Dont acte, mais ne parlez pas d'une réforme historique : il n'y a rien d'historique là-dedans, vous avez simplement défini une organisation administrative.

S'agissant de la branche vieillesse, elle est désormais chroniquement déficitaire. Vous entérinez un déficit de 7 ou 8 milliards d'euros d'ici 2025. Il faudra absolument le résorber, comme nous l'avons fait à une époque et comme d'autres l'ont fait, car la première exigence pour garantir la justice d'un système de retraite par répartition est évidemment que celui-ci soit

financé ; sinon, ceux qui payent aujourd'hui ne recevront pas la pension qu'ils sont en droit d'attendre demain.

Enfin, la CADES récupère un certain nombre de casseroles. Elle qui avait presque atteint le sommet dévisse et se retrouve tout en bas de la paroi – sans compter une impasse d'une vingtaine de milliards d'euros qui obligera sans doute à rehausser le plafond de reprise de dette.

Bref, il reste beaucoup de travail, c'est le moins que l'on puisse dire, dans cette période de bascule.

Mme Christine Pires Beaune. Je voulais souligner trois erreurs faites en matière d'action sanitaire et sociale au cours du quinquennat.

D'abord, mais c'est une position personnelle, je regrette qu'on n'ait pas supprimé l'ONDAM. La question de la santé devrait être abordée sous l'angle non pas des dépenses mais des besoins, lesquels peuvent augmenter mais aussi diminuer. Ainsi, on sait que le vieillissement de la population se traduira par une hausse du coût de la dépendance.

Nous aurions dû avoir le courage de revenir sur la tarification à l'acte, qui est unanimement dénoncée. Ce qui a pu sembler une bonne décision à l'époque est aujourd'hui totalement incompris. Certains actes sont sous-facturés, ce qui entraîne des déficits chroniques.

Enfin, je regrette l'abandon de la loi dépendance, que nous attendons depuis quinze ans. Vous nous l'aviez promise – je me souviens des propos de Mme Buzyn en ce sens dans l'hémicycle.

Monsieur le président, pourriez-vous organiser une audition du ministre des solidarités et de la santé consacrée au « Ségur » ? À mes yeux, le « Ségur » est une très bonne chose. Vous souligniez la dépense qu'il crée, certes, mais qui peut dire que les 183 euros par mois d'augmentation pour les personnels de santé ne sont pas justifiés ?

Cette audition ne serait pas consacrée au volet du fonctionnement, même s'il reste des choses à dire sur l'aide à domicile et sur la concurrence qui a été installée entre certains services et l'hôpital, mais concernerait le volet de l'investissement, sur lequel le ministre avait promis de la transparence. Qu'il s'agisse de la récupération de la dette, de l'investissement sanitaire ou de l'investissement médico-social, j'aimerais être informée de ce qui se passe dans nos territoires.

M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis. Je rappelle que le projet de loi de financement de sécurité sociale n'a pas vocation à résoudre tous les problèmes en matière de santé. Il s'intéresse au financement, pas à la structuration de l'offre de soins.

Madame Louwagie, s'agissant de la pénurie de médecins, nombre d'avancées ont été faites, notamment avec la stratégie « ma santé 2022 » et les communautés professionnelles territoriales de santé.

Il y a plus de quarante-cinq ans, lorsque j'ai commencé mes études de médecine, il y avait *numerus clausus* et concours. Il a fallu nous attendre pour supprimer le *numerus clausus*. Puisqu'il faut dix ans pour faire des médecins, nous gérons donc la pénurie. Nous le faisons le mieux possible, en libérant du temps médical, en favorisant la mobilisation d'infirmières en

pratique avancée, mais ce sont des mesures qui demandent du temps pour produire leur plein effet. Ne nous faites donc pas ce procès.

Monsieur Zumkeller, de grandes associations pour la prévention sont en train de se créer dans les régions – cela a commencé avant la crise. C’est très intéressant. J’ai assisté au premier comité de pilotage dans ma région. La stratégie décennale de lutte contre les cancers prévoit également des actions très importantes en matière de prévention, qui concernent aussi la qualité et l’hygiène de vie, ou le sport, et qui s’accompagnent de financements substantiels, d’après l’Institut national du cancer. Il faut désormais les concrétiser, la stratégie décennale n’ayant été définie qu’en février dernier. Nous y travaillons.

Mme Cendra Motin, rapporteure pour avis. S’agissant de la pénurie de médecins, je vous renvoie d’abord au plan « ma santé 2022 », qui a apporté les premières réponses au problème en levant le *numerus clausus* et en améliorant l’attractivité de certaines spécialités – le recrutement de médecins du travail par exemple reste difficile. C’était l’un des objets de la proposition de loi pour renforcer la prévention en santé au travail de Charlotte Parmentier-Lecocq et Carole Grandjean.

Nous avons aussi cherché à donner de l’autonomie aux infirmiers – Jean-Louis Bricout a évoqué les infirmiers anesthésistes. Les infirmiers en soins généraux ont connu des évolutions sans précédent au cours de ce quinquennat. La proposition de loi de Stéphanie Rist, en développant la pratique avancée, leur a donné beaucoup plus de responsabilités.

Le temps médical a été allongé grâce à la création des assistants médicaux. Nous essayons de rendre le métier plus attractif, car les incitations fiscales ne suffiront pas à convaincre les médecins de revenir s’installer dans les territoires. Les collectivités sont très mobilisées, parfois presque trop, pour attirer des médecins et le succès n’est pas suffisamment au rendez-vous. C’est la raison pour laquelle, dans le PLFSS, la télésurveillance devient une procédure de droit commun afin d’éviter à ceux qui n’ont pas de médecin à proximité de faire des kilomètres. Cela représente des économies pour la sécurité sociale, puisque ce sont autant de véhicules sanitaires qui ne sont pas utilisés, et cela peut aider à pallier certains manques dans les territoires.

Comme l’a rappelé Jean-René Cazeneuve, ce sont les mesures issues de « ma santé 2022 » qui nous aideront à augmenter le nombre de praticiens. Nous avons un mur face à nous, nous devons tenir jusqu’en 2025 ; selon les prévisions, cela ira mieux ensuite. En attendant, nous cherchons des solutions.

En ce qui concerne la politique de natalité, je souhaite rappeler quelques-unes de nos réalisations. D’abord, après la prestation d’accueil du jeune enfant, à travers PAJEMPLOI +, ce sont les crédits d’impôt qui bénéficient désormais de la contemporanéisation, ce qui réduit considérablement le reste à charge pour les familles. Il y a aussi le congé paternité d’un mois ou le service public des pensions alimentaires, grâce auquel les femmes seules perçoivent systématiquement la pension qui leur est due. C’est une mesure qui relève de la politique familiale et à laquelle nous attachons de l’importance.

Monsieur Hammouche, nous partageons votre objectif en matière de soins palliatifs. Le ministre des solidarités et de la santé a annoncé un grand plan dans ce domaine. Nous serons très attentifs aux moyens qui seront engagés pour garantir un meilleur maillage territorial.

Monsieur Bricout, en attendant le rapport de l'IGAS, les infirmiers anesthésistes, comme tous les personnels de l'hôpital et tous les personnels médico-sociaux, ont bénéficié, grâce au « Ségur de la santé », d'une augmentation de salaire. Tout de même : 183 euros nets par mois, je n'ai jamais vu cela en vingt ans dans le secteur privé ! On peut dire que ce n'est pas assez, mais ce n'est pas rien. Il s'agit vraiment d'un effort important. Puisque Dominique Libault, président du Haut Conseil du financement de la protection sociale, a été cité, sachez que selon lui, les politiques se sont servis depuis vingt ans de la stagnation des salaires des soignants pour essayer d'équilibrer les comptes. Nous, nous avons fait un autre choix.

Cette action a commencé au début du quinquennat. Nous nous sommes attaqués à la tarification à l'activité (T2A) – elle n'est plus celle que nous connaissions il y a quatre ans. Nous avons commencé à la faire évoluer, notamment en psychiatrie. Mais nous ne pouvons pas révolutionner du jour au lendemain le modèle économique de nos hôpitaux : nous le faisons progressivement, mais avec détermination.

Monsieur Zumkeller, s'agissant de la fraude, les organismes sociaux ont désormais un meilleur accès aux données bancaires. Comme l'a dit notre collègue sénatrice Nathalie Goulet, la fraude est souvent le fait des entreprises. Le directeur général de l'ACOSS était donc ravi de cette mesure, qui aidera vraiment à récupérer des sommes et à lutter contre la fraude. C'est une avancée importante qui s'inscrit dans la continuité de ce que nous faisons depuis quatre ans pour essayer de rendre leur argent aux Français.

Quant à la régionalisation de la santé, on peut se réjouir que les agences régionales de santé, malgré toutes les critiques qui leur ont été adressées, aient été là au plus fort de la crise, notamment pour organiser les déplacements de malades entre les régions.

Monsieur de Courson, un ONDAM à 2,7 % hors « Ségur » est tout de même d'un niveau exceptionnel, au-delà des 2,4 % prévus dans le plan que nous avons négocié avec tous les partenaires de santé.

Ce n'est pas forcément le moment de faire des économies, en tout cas pas sur la branche maladie, qui représente 80 % des déficits, ni sur les salaires, puisque nous comblons vingt ans de non-indexation des salaires des personnels de l'hôpital. Pour autant, certaines mesures permettront de faire des économies. Ainsi, nous avons pris le virage ambulatoire, et nous continuons : les lits serviront à de l'hospitalisation à la journée plutôt qu'à de l'hospitalisation longue. Nous poursuivons l'expérimentation des hôtels hospitaliers qui permettent à des personnes d'être surveillées à proximité des hôpitaux sans y être hospitalisées, ce qui induit de réelles économies. Bref, nous n'avons pas renoncé à faire des économies.

Quant à la CADES, monsieur le président, faut-il aujourd'hui la recharger ? Je ne le crois pas. Avons-nous eu raison de le faire en 2020 ? Oui, pour deux raisons : nous en avons besoin, car nous avons anticipé le déficit de 92 milliards d'euros que nous avons à gérer, et nous l'avons fait suffisamment tôt pour que la caisse conserve sa bonne signature afin de revenir sur les marchés aussi forte que lorsqu'elle avait commencé à s'en effacer. La CADES continue à investir dans des *social bonds*, des investissements socialement responsables, ce qui n'est pas sans importance en matière de santé.

Quant à la réforme des retraites, elle est nécessaire, c'est évident. Le rapport du Conseil d'orientation des retraites montre que le déficit du régime général s'accroît – ce qui n'est pas tout à fait le cas des tous les régimes de retraite complémentaires. Comme le Président de la République l'a redit, la réforme est donc nécessaire et permettra également de soutenir la

croissance. Nous avons besoin d'un volume de travail plus important, qui sera bénéfique aussi en termes de dette sociale.

Toutefois, nous ne sommes pas encore totalement sortis de la crise. Ce n'est donc pas le moment, d'autant que nous avons vu en 2017 la difficulté à faire accepter une telle réforme. La question mérite d'être tranchée lors de l'élection présidentielle et nous commençons d'ailleurs à la voir surgir dans le débat.

M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis. S'agissant du service public du médicament, monsieur Bruneel, soit l'on fait le choix de l'économie administrée, soit l'on passe par des incitations. Le PLFSS contient des mesures incitatives pour favoriser la relocalisation de certains produits – dans le département de Mme Motin, une nouvelle usine va fabriquer des éléments entrant dans la composition du paracétamol – et la disponibilité du médicament auprès des distributeurs – des financements sont prévus pour conserver des stocks de certains médicaments. Le Président de la République a présenté sa vision devant le Conseil stratégique des industries de santé. Elle a été bien accueillie par l'industrie du médicament, ce qui est une première, car elle répond à de vrais besoins.

Enfin, monsieur Hammouche, vous avez raison sur l'importance des soins palliatifs – je le dis en tant que défenseur du droit à mourir dans la dignité. Olivier Véran a annoncé qu'il y aurait au moins un service de soins palliatifs par département à l'horizon 2024, et 171 millions d'euros y seront consacrés.

Mme Cendra Motin, rapporteure pour avis. S'agissant de l'autonomie, le PLFSS n'est pas muet. Nous aurions tous voulu avoir le temps d'adopter un texte sur l'autonomie et le grand âge, mais nous ne l'avons pas.

En matière de financement, nous prenons nos responsabilités. M. Libault a fait un très beau rapport, mais qui coûte très cher. Il faut donc trouver des solutions et les soumettre au débat public pour savoir qui va payer la solidarité. Cette année, près de 35 milliards d'euros seront consacrés à la branche autonomie : ce n'est pas rien !

M. le président Éric Woerth. Le financement de la dépendance est le sujet clef depuis douze ans. Tous les gouvernements s'y sont heurtés. Quant aux salaires des personnels soignants, ils ont évolué comme ceux des fonctionnaires, ni plus ni moins.

Ce qui peut vous être reproché, c'est de n'avoir prévu aucune recette pour financer la hausse de salaires. Augmenter les gens sans se préoccuper des ressources est à la portée de tout élève du cours préparatoire. C'est pour le moins léger.

PREMIÈRE PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2020

Article 1^{er} : *Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2020*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 1^{er} non modifié.

Article 2 : *Approbation du rapport annexé sur le tableau patrimonial et la couverture des déficits de l'exercice 2020 (annexe A)*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 2 non modifié.

Puis elle émet un avis **favorable** à l'adoption de la première partie **non modifiée**.

**DEUXIÈME PARTIE :
DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2021**

Article 3 : Affiliation, au titre de cette activité, d'une partie du personnel de santé mobilisé sur la vaccination contre la COVID-19 et dérogations aux règles du cumul emploi-retraite pendant la crise sanitaire

La commission émet un avis **favorable** à l'adoption de l'article 3 **non modifié**.

Article 4 : Allègement de la contribution sur la « vente en gros » des spécialités pharmaceutiques

La commission émet un avis **favorable** à l'adoption de l'article 4 **non modifié**.

Article 5 : Assouplissement de l'échéance de signature des contrats prévue à l'article 50 de la LFSS pour 2021

La commission émet un avis **favorable** à l'adoption de l'article 5 **non modifié**.

Article 6 : Transferts financiers entre branches en 2021

La commission émet un avis **favorable** à l'adoption de l'article 6 **non modifié**.

Article 7 : Rectification des prévisions et objectifs relatifs à 2021

La commission émet un avis **favorable** à l'adoption de l'article 7 **non modifié**.

Article 8 : Rectification de l'ONDAM et des sous-ONDAM 2021

La commission émet un avis **favorable** à l'adoption de l'article 8 **non modifié**.

Article 9 : Rectification de la dotation au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS)

La commission émet un avis **favorable** à l'adoption de l'article 9 **non modifié**.

Puis elle émet un avis **favorable** à l'adoption de la deuxième partie **non modifiée**.

**TROISIÈME PARTIE :
DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA
SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2022**

**TITRE I^{ER}
DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT
ET À LA TRÉSORERIE**

Chapitre I^{er}

Poursuivre les actions de simplification et d'équité du prélèvement

Article 10 : Poursuite de l'unification du recouvrement dans la sphère sociale

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 10 non modifié.

Article 11 : *Développement du versement en temps réel des aides sociales et fiscales des services à la personne*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 11 non modifié.

Article 12 : *Harmonisation du régime fiscal et social des contributions des employeurs publics à la protection sociale complémentaire*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 12 non modifié.

Chapitre II

Améliorer les droits sociaux des travailleurs indépendants

Article 13 : *Élargissement de l'expérimentation de l'auto-liquidation et suppression des pénalités en cas d'erreur d'estimation du revenu*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 13 non modifié.

Article 14 : *Réforme du régime social du conjoint collaborateur*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 14 non modifié.

Chapitre III

Poursuivre les actions de lutte contre la fraude

Article 15 : *Modification du droit de communication pour optimiser les investigations*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 15 non modifié.

Chapitre IV

Harmoniser les règles relatives aux contributions pharmaceutiques

Article 16 : *Mise en cohérence des contributions sur le champ des produits de santé*

Amendement CF10 du rapporteur pour avis.

M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis. Il s'agit de la clause de sauvegarde, qui permet à la sécurité sociale de récupérer une partie des sommes excédentaires lorsqu'il y a des dépassements trop importants concernant un médicament ou un dispositif médical. Lorsque cela se produit, ce qui n'a pas été le cas l'année dernière, je propose que l'assurance maladie analyse dans les trois mois les facteurs qui expliquent ces dépassements. En effet, l'augmentation des dépenses n'est pas forcément due au produit lui-même et peut dépendre d'éléments extérieurs. Nous devons assurer cette transparence vis-à-vis des industriels.

La commission adopte l'amendement CF 10 (amendement 551).

Elle adopte l'article 16 modifié.

Après l'article 16

Amendement CF9 de la rapporteure pour avis.

Mme Cendra Motin, rapporteure pour avis. Il vise à permettre aux organismes complémentaires d'appliquer le bon taux de CSG et de contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) aux indemnités journalières, aux rentes d'invalidité et aux pensions qu'elles versent. La situation des bénéficiaires est en effet variable : ils sont soumis tantôt aux conditions de droit commun, tantôt à un taux allégé, et sont même parfois exonérés. Les institutions visées disposent déjà de l'information, mais seulement au titre des retraites complémentaires ; l'objectif de l'amendement est de leur permettre de l'utiliser dans tous les cas et plus facilement.

La commission adopte l'amendement CF9 (amendement 550).

TITRE II CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 17 : *Transferts financiers pour 2022*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 17 non modifié.

Article 18 : *Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionné à l'annexe*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 18 non modifié.

Articles 19 et 20 : *Approbation des tableaux d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires, du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse pour 2022*

La commission émet un avis favorable à l'adoption des articles 19 et 20 non modifiés.

Article 21 : *Approbation de l'annexe C, de l'objectif d'amortissement de la dette sociale ainsi que des prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites et de mises en réserve au Fonds de solidarité vieillesse*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 21 non modifié.

Article 22 : *Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 22 non modifié.

Article 23 : *Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B)*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 23 non modifié.

Puis elle émet un avis favorable à l'adoption de la troisième partie modifiée.

QUATRIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2022

TITRE I^{er} – DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES

Chapitre I^{er}

Poursuivre la transformation du système de santé

Article 24 : *Prise en charge de la télésurveillance dans le droit commun*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 24 non modifié.

Article 25 : *Mise en œuvre des réformes de financement des établissements de santé*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 25 non modifié.

Article 26 : *Réforme du financement des urgences : honoraires des praticiens libéraux exerçant dans les structures d'urgence des établissements de santé ex OQN et report de l'entrée en vigueur du forfait patient urgence au 1^{er} janvier 2022*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 26 non modifié.

Article 27 : *Évolution des activités des hôpitaux des armées*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 27 non modifié.

Article 28 : *Isolement et contention*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 28 non modifié.

Chapitre II

Renforcer la politique de soutien à la perte d'autonomie

Article 29 : *Revalorisations salariales dans le secteur médico-social*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 29 non modifié.

Article 30 : *Réforme du financement et transformation de l'offre des services à domicile de l'autonomie*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 30 non modifié.

Article 31 : *Extension des missions des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 31 non modifié.

Article 32 : *Création d'un système d'information national pour la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 32 non modifié.

Chapitre III

Rénover la régulation des dépenses de produits de santé

Article 33 : *Rénover la régulation des dépenses de produits de santé*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 33 non modifié.

Article 34 : *Conditions de prise en charge des médicaments dispensés en association de traitement et modalités d'inscription de certains dispositifs médicaux*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 34 non modifié.

Article 35 : *Production en urgence de médicaments critiques et règles relatives aux préparations magistrales et hospitalières*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 35 non modifié.

Article 36 : *Expérimentation de la prise en charge de certains médicaments directement après leur évaluation par la Haute Autorité de santé*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 36 non modifié.

Article 37 : *Possibilité, pour les pharmaciens d'officine, de substituer des biosimilaires aux médicaments biologiques de référence*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 37 non modifié.

Article 38 : *Prise en compte d'un critère de sécurité d'approvisionnement dans la tarification des produits de santé*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 38 non modifié.

Article 39 : *Mise en conformité avec l'obligation de sérialisation pour les pharmacies d'officine*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 39 non modifié.

Chapitre IV

Renforcer l'accès aux soins et les actions de prévention en santé

Article 40 : *Autorisation des orthoptistes à réaliser certains actes en accès direct*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 40 non modifié.

Article 41 : *Renvoi aux négociations conventionnelles des modalités de prise en charge des renouvellements de prescriptions effectués par les masseurs-kinésithérapeutes*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 41 non modifié.

Article 42 : *Généralisation d'expérimentations en santé*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 42 non modifié.

Article 43 : *Prolongation de l'expérimentation haltes soins addictions*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 43 non modifié.

Article 44 : *Extension de la gratuité de la contraception aux assurées majeures jusqu'à 25 ans*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 44 non modifié.

Article 45 : *Simplification de l'accès à la complémentaire santé solidaire*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 45 non modifié.

Après l'article 45

Amendement CF3 de Mme Véronique Louwagie.

Mme Véronique Louwagie. Cet amendement, ainsi que les trois suivants, découle du travail que j'ai réalisé dans le cadre du printemps de l'évaluation sur le coût des soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière. Un certain nombre des dépenses en question sont couvertes non par l'aide médicale de l'État (AME) mais par des dispositifs de droit commun. J'évalue le coût total des soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière à 1,5 milliard d'euros : un milliard au titre de l'AME, inscrits dans la mission *Santé* du projet de loi de finances, et 500 millions au titre des autres dispositifs.

L'amendement CF3 vise à éviter que certaines personnes soient placées sans nécessité dans le régime de la protection universelle maladie (PUMA). Les personnes étrangères en situation régulière bénéficient de la PUMA. Si leur séjour n'est plus régulier mais qu'elles restent en France, elles ne basculent pas tout de suite dans l'AME : elles continuent à dépendre de la PUMA pendant six mois. L'objectif de cette disposition est d'éviter que les personnes demandant le renouvellement d'un titre de séjour ne basculent à tort dans l'AME, compte tenu des délais administratifs très longs pour obtenir un nouveau titre, pour revenir ensuite dans le champ de la PUMA. Toutefois, il n'est pas normal qu'un grand nombre de personnes qui ne demandent pas le renouvellement de leur titre de séjour continuent à bénéficier de la PUMA : celles-là doivent basculer immédiatement dans l'AME.

Mme Cendra Motin, rapporteure pour avis. Avis défavorable. Cela créerait une rupture d'égalité. Par ailleurs, les personnes visées sont dans une situation intermédiaire, car on ne sait pas si elles vont demander ou non un renouvellement de leur titre de séjour. Elles peuvent prendre le temps de la réflexion, voire tout simplement ne pas être au courant qu'elles doivent le faire. Certes, elles reçoivent un courrier qui les prévient que leurs droits à la PUMA vont s'arrêter, mais elles n'ont pas forcément accès à toute l'information. En outre, la prolongation des droits à la PUMA permet d'opérer la transition vers l'AME. Il est important de la conserver, sans la conditionner à la fourniture de documents qui parfois pose problème, même si l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA) a fait des progrès considérables dans le traitement des dossiers. Les associations d'aide aux étrangers sont elles aussi très sollicitées à ce sujet, et les demandes de titre de séjour ne sont pas forcément instantanées.

Mme Véronique Louwagie. Il ne s'agit pas de priver ces personnes de tout dispositif de soins : je propose qu'elles basculent dans l'AME. À partir du moment où une personne est en situation régulière mais ne sollicite pas le renouvellement de son titre de séjour, elle se met d'elle-même, de manière volontaire, en situation irrégulière.

Vous m'opposez le principe d'égalité. Or l'égalité n'est pas l'uniformité : ce principe n'interdit nullement de traiter différemment des situations différentes.

Mme Stella Dupont. Le principe de réalité s'impose aussi à nous : garantir l'accès aux soins ne sert pas qu'à préserver la santé individuelle des personnes concernées, mais répond aussi à un enjeu de santé publique. En effet, il s'agit de personnes extrêmement précaires, souffrant parfois de pathologies lourdes et très contaminantes, telle la tuberculose.

Par ailleurs, le basculement d'un régime à l'autre ajouterait encore aux difficultés des établissements de santé. Cela deviendrait une usine à gaz. Il faut donc en rester à l'existant.

M. le président Éric Woerth. Il doit être possible de trouver un équilibre entre l'ouverture à tous vents et la fermeture complète : c'est ce que recherche Mme Louwagie. Si des personnes trouvent le moyen de demander un certain nombre de droits, c'est bien qu'elles disposent d'un minimum d'informations. Quand il s'agit d'obtenir des droits, on a toujours l'information ; par la suite en revanche, on n'est jamais au courant de rien !

M. Brahim Hammouche. Le parcours administratif de ces personnes est souvent très difficile, épuisant – un véritable parcours du combattant. Il faudrait sécuriser et faciliter les choses.

Vous avez dit, madame Louwagie, que certaines d'entre elles se plaçaient volontairement en situation irrégulière. Dans la réalité, on peut se trouver pris malgré soi dans une nasse administrative. Parfois aussi, ces personnes ont subi des traumatismes qui peuvent entraîner des troubles y compris cognitifs, et ont besoin d'un accompagnement pour s'organiser et planifier les choses.

La commission rejette l'amendement CF3.

Amendement CF2 de Mme Véronique Louwagie.

Mme Véronique Louwagie. Certaines personnes entrent en France avec un visa de tourisme de trois mois et restent sur le territoire après son expiration sans demander le renouvellement de leur titre de séjour. Or elles bénéficient de la PUMA pendant six mois supplémentaires, ce qui leur garantit une couverture maladie semblable à celle de la majorité des Français. Je considère que ces personnes doivent basculer dans l'AME à l'expiration de leur titre de séjour.

Mme Cendra Motin, rapporteure pour avis. Avis défavorable. Le principe de solidarité qui régit notre sécurité sociale – laquelle n'est pas uniquement contributive, comme le montre par exemple le financement de trimestres de retraite par le Fonds de solidarité vieillesse – interdit de cesser brutalement la prise en charge de soins. Cela pourrait placer dans une situation difficile non seulement les patients, mais aussi les professionnels et établissements de santé, qui n'auraient pas la certitude de pouvoir recouvrer les sommes dues au titre des soins dispensés. Comme l'a très justement rappelé Stella Dupont, il est heureux que les personnes qui ont des pathologies lourdes soient prises en charge : il ne faudrait pas que la limitation dans le temps de leur prise en charge empêche qu'elles soient soignées.

Enfin, il n'est pas simple de passer de la PUMA à l'AME : des allers-retours comme ceux qui découleraient de vos amendements complexifieraient encore les choses, aussi bien pour les bénéficiaires que pour les personnels soignants et les associations qui suivent les étrangers au quotidien.

M. le président Éric Woerth. Nous ne sommes pas le seul pays à subir une forte immigration : comment fait-on ailleurs ? L'enjeu n'est pas seulement d'ordre administratif, il y

va de l'accès aux droits et d'un éventuel appel d'air. Quant aux risques sanitaires, je n'ai pas noté la recrudescence des épidémies dans les autres pays qui accueillent à peu près les mêmes ressortissants.

M. Patrick Hetzel. Pour éviter ces risques de santé publique, un certain nombre de pays donnent accès à des dispensaires. Entre cette solution et la très grande ouverture qui est la nôtre, il y a évidemment une différence. L'amendement de Mme Louwagie me semble donc tout à fait pertinent.

En ce qui concerne les fraudes, nous avons déposé un certain nombre d'amendements, qui ont systématiquement été considérés comme irrecevables. Cela pose vraiment problème : à quel moment la majorité nous laissera-t-elle aborder la question ? L'année dernière, une commission d'enquête, que j'ai eu l'honneur de présider, a travaillé sur cet enjeu et a formulé des propositions. Or c'est toujours le silence radio. La manière dont la majorité refuse de se saisir de la question est en elle-même très révélatrice.

Mme Véronique Louwagie. Mes amendements ne visent pas du tout à exclure ces personnes de tout dispositif de soins : je demande simplement qu'elles basculent dans l'aide médicale de l'État. Nous avons onze dispositifs destinés à couvrir les soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière. Il serait vraiment temps de clarifier les choses.

Mme Cendra Motin, rapporteure pour avis. S'il s'agissait de clarifier les choses, nous pourrions nous entendre, mais vous proposez en réalité de limiter l'accès de ces personnes aux soins.

En ce qui concerne l'irrecevabilité financière des amendements, monsieur Hetzel, la beauté du mode de fonctionnement de notre assemblée tient justement au fait que ce n'est pas la majorité qui la prononce, mais l'opposition.

M. le président Éric Woerth. Cette conception de la vie politique me semble assez datée : l'irrecevabilité, qu'elle soit financière ou à un autre titre, est prononcée non pas parce que l'on est de droite ou de gauche, mais parce que l'on essaie d'exercer correctement sa mission, dans le respect des textes constitutionnels. Ne voyez pas de la politique partout.

Mme Cendra Motin, rapporteure pour avis. Nous sommes d'accord sur le fait que la Constitution s'impose à nous tous. J'apportais simplement une précision en réponse à des reproches infondés.

M. Charles de Courson. Fort heureusement, nous soignons tout le monde. Mme Louwagie pourrait-elle préciser à la commission quelles seraient les conséquences de ses amendements du point de vue des soins prodigués ? Autrement dit, quelle serait la différence, en termes de soins reçus, pour les personnes qui sortiraient de la protection maladie universelle ?

Mme Véronique Louwagie. Ces personnes basculeraient dans le dispositif de l'AME de droit commun, qui offre une couverture santé équivalente à la PUMA et à la complémentaire santé solidaire – certes avec quelques restrictions, mais très modiques. En effet, comme le soulignent les rapports de l'IGAS, la France est l'un des pays le plus généreux en la matière.

Ce que je souhaite, c'est apporter de la clarification. Il s'agit d'une question qui crispe les Français, et nous devons y apporter une réponse. J'évalue la somme en jeu à 1,5 milliard d'euros – tout en sachant que je n'ai pas eu les moyens d'évaluer les dix dispositifs inscrits dans

le budget de la sécurité sociale : j'ai eu principalement accès aux dépenses dépendant de la mission *Santé*. Il faut clarifier les choses, car de nombreuses personnes en situation irrégulière bénéficient de la PUMA.

Mme Stella Dupont. Monsieur Hetzel, notre système présente de fortes similitudes avec ce que l'on observe ailleurs dans le monde, en particulier en Europe. Nous aussi avons des centres de santé ouverts aux sans-abri, dans lesquels les étrangers peuvent se faire soigner avant d'être orientés vers l'hôpital si nécessaire.

La proposition qui nous est faite accentuerait largement la difficulté administrative pour les établissements de santé.

N'oublions pas non plus que notre système est plus transparent que celui, par exemple, de l'Allemagne : dans notre budget, des crédits clairement identifiés sont dédiés à l'AME. Il n'en va pas de même à l'étranger, ce qui rend les comparaisons extrêmement difficiles.

La commission rejette l'amendement CF2.

Amendement CF1 de Mme Véronique Louwagie.

Mme Véronique Louwagie. Un décret de décembre 2019 a ramené de douze à six mois la durée maximale de la prolongation du bénéfice de la PUMA pour une personne qui est sortie d'une situation régulière ; elle bascule ensuite dans l'AME. De fait, le délai de douze mois était trop long. Or il y a une incohérence, car ce délai est toujours inscrit dans l'article L. 160-1 du code de la sécurité sociale. Je vous propose donc de le remplacer par un délai de six mois. Cela éviterait en outre qu'il suffise d'un décret pour le rallonger de nouveau.

Mme Cendra Motin, rapporteure pour avis. Qui peut le plus peut le moins. La loi encadre le dispositif en prévoyant un délai maximum d'un an, le décret le fixe à six mois : il ne faut pas y voir une incohérence, juste le fait qu'il puisse être intéressant de conserver un peu de marge de manœuvre. Ce n'est pas parce qu'il est possible d'accorder des droits pendant un an que l'on est obligé de le faire : cela dépend des situations. C'est aussi une manière de laisser le temps à l'administration de faire son travail et de permettre aux gens de régulariser leur situation dans un délai raisonnable. L'OFPPRA a fait un travail remarquable pour réduire les délais d'instruction, en s'appuyant d'ailleurs sur un texte adopté au début du quinquennat. Avis défavorable.

M. Charles de Courson. Le décret a maintenu des possibilités de dérogation jusqu'à un an, conformément à la loi. Pourriez-vous nous dire combien de personnes voient leurs droits prolongés au-delà de six mois ?

Mme Véronique Louwagie. Je n'ai plus le chiffre en tête, mais je vous le communiquerai : il figure dans mon rapport.

La commission rejette l'amendement CF1.

Amendement CF4 de Mme Véronique Louwagie.

Mme Véronique Louwagie. Quand un demandeur d'asile arrive en France, il bénéficie pendant les trois mois qui suivent l'enregistrement de sa demande du dispositif de l'AME « soins urgents ». Durant la période d'instruction de la demande d'asile, il bénéficie de la PUMA. En cas d'avis favorable, il continue à dépendre de ce régime ; en cas d'avis

défavorable, et s'il reste en France, il bascule vers l'aide médicale de l'État. Or un grand nombre de demandeurs d'asile viennent de pays d'origine sûrs. Autrement dit, ils ont très peu de chances d'obtenir l'asile. Pour la Moldavie par exemple, sur 1 490 demandes d'asile en 2020, 1 476 ont été rejetées ; en 2019, on a compté une admission sur les 419 décisions rendues.

Je propose donc que les demandeurs d'asile venant de pays sûrs passent directement dans le dispositif de l'aide médicale de l'État : il n'y a aucune raison que ces personnes bénéficient pendant dix-huit mois de l'assurance maladie gratuite. Cette mesure permettrait de lutter contre les demandes d'asile de complaisance.

Mme Cendra Motin, rapporteure pour avis. Je ne partage pas votre vision. Certes, l'OFPRA utilise le critère des pays sûrs pour déterminer si une demande doit être satisfaite ou pas, mais cela n'a aucun lien avec la question qui nous occupe, à savoir la continuité de la prise en charge des patients et, le cas échéant, la transition vers d'autres modes de prise en charge, notamment l'AME, qui s'accompagne d'ailleurs d'une diminution des droits, comme vous l'avez indiqué. Pour ma part, je ne crois pas que les gens qui viennent en France le fassent par plaisir et pour bénéficier pendant dix-huit mois de la PUMA, y compris quand ils sont originaires de Moldavie. En tout cas, nous nous refusons à accréditer un tel discours. Avis défavorable.

M. Charles de Courson. Au-delà des pourcentages de rejet des demandes d'asile pour les ressortissants de pays sûrs, il serait intéressant de savoir ce que deviennent ces personnes. Notre drame, c'est que notre procédure de demande d'asile est complètement encalminée – elle prend des mois et des mois – et que les personnes à qui l'on refuse l'asile restent en France : 90 % des arrêtés d'expulsion restent non exécutés, en partie faute de conventions bilatérales avec les pays d'origine. Ce système est fou, et il pousse une partie de nos concitoyens vers les extrêmes.

Mme Stella Dupont. Le sujet est sérieux, effectivement, et il faut avoir à l'esprit un certain nombre d'éléments. En 2019, 30 000 personnes ont été reconduites dans leur pays d'origine, auxquelles s'en ajoutent 10 000 qui sont parties de façon volontaire. Ce n'est pas rien : il y a des arrivées, mais aussi des départs. Par ailleurs, les années 2020 et 2021 ont été exceptionnelles, avec des fermetures de frontières qui ont rendu les reconduites difficiles.

Le Gouvernement travaille avec ses partenaires internationaux pour faciliter les reconduites. L'actualité nous a rappelé que c'était parfois compliqué et qu'en la matière, la diplomatie devait beaucoup œuvrer.

Mme Véronique Louwagie. Il faudrait vraiment réfléchir à la question. Les personnes provenant de pays sûrs savent qu'elles n'obtiendront pas l'asile ; or on leur offre, à travers la PUMA, une couverture santé pendant dix-huit mois. Je ne propose pas de priver ces personnes de tout dispositif de soins, mais considère qu'elles doivent basculer vers l'aide médicale d'État.

Voilà ce que déclarait M. le ministre des solidarités et de la santé ici même, le 26 mai : « il peut y avoir des problèmes avec certains pays, notamment d'Europe de l'Est : il faut les regarder avec lucidité ». C'est avec lucidité que je vous présente cet amendement, car rien n'est fait dans ce domaine.

Mme Cendra Motin, rapporteure pour avis. Nous sommes lucides. Gérard Collomb notamment, lorsqu'il était au Gouvernement, avait pris cette question à bras-le-corps

et renforcé les échanges à ce sujet avec certains pays d'Europe de l'Est, pour normaliser nos relations avec eux.

Par ailleurs, nous sommes en période de reprise économique. Les chefs d'entreprise nous disent qu'il va falloir faire venir des travailleurs de l'étranger. Il s'agit là de personnes en situation régulière, je vous l'accorde ; toujours est-il que ce n'est pas en envoyant le signal que les gens ne sont pas les bienvenus que nous pourrions nous en sortir.

M. le président Éric Woerth. Il y a quand même de la marge...

Mme Claudia Rouaux. On ne récolte plus les cocos de Paimpol faute de main-d'œuvre étrangère. En se promenant dans les vignobles, on se rend compte que la plupart des personnes qui font les vendanges viennent de l'étranger. C'est la même chose à Paris, dans les hôtels ou dans les taxis qui circulent la nuit.

Il faut donner la possibilité de travailler à ces gens : c'est ce qu'ils veulent, et de nombreux métiers sont en tension. Je préfère leur donner de l'espoir plutôt que leur dire qu'ils doivent quitter notre pays.

La commission rejette l'amendement CF4.

Chapitre V

Simplifier et moderniser le service public de la sécurité sociale

Article 46 : *Adaptation et prolongation du dispositif de prise en charge exceptionnelle par l'assurance maladie en cas de risque sanitaire grave*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 46 non modifié.

Article 47 : *Modernisation de la délivrance des prestations en espèces des travailleurs indépendants afin de tenir compte des enseignements de la crise sanitaire*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 47 non modifié.

Article 48 : *Simplification et modernisation des prestations en espèces pour les non salariés agricoles*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 48 non modifié.

Article 49 : *Généralisation du recours à l'intermédiation financière des pensions alimentaires*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 49 non modifié.

Article 50 : *Amélioration de l'indemnisation des victimes professionnelles de pesticides*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 50 non modifié.

Article 51 : *Sécurisation des droits à retraite de base des travailleurs indépendants non agricoles affectés par les fermetures administratives*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 51 non modifié.

Article 52 : *Rachat de trimestres de base pour certaines professions indépendantes non affiliées et les travailleurs indépendants à Mayotte*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 52 non modifié.

Article 53 : *Extension de la retraite progressive aux salariés en convention de forfait et à certains travailleurs non-salariés*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 53 non modifié.

Après l'article 53

Amendement CF12 de la rapporteure pour avis.

Mme Cendra Motin, rapporteure pour avis. Il s'agit de demander au Gouvernement un rapport sur la manière dont on pourrait améliorer la dématérialisation des arrêts de travail et son extension aux fonctionnaires, à la suite du rapport sur la rémunération des agents publics en arrêt maladie qui nous avait été remis par la Cour des comptes en application du 2° de l'article 58 de la loi organique relative aux lois de finances.

La commission adopte l'amendement CF12 (amendement 552).

TITRE II DOTATIONS ET DÉPENSES DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AUX RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE

Article 54 : *Dotations au Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé, aux agences régionales de santé et à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 54 non modifié.

Article 55 : *Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 55 non modifié.

Article 56 : *Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et sous ONDAM 2022*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 56 non modifié.

Article 57 : *Dotation au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, transfert au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles et dépenses engendrées par les dispositifs de prise en compte de la pénibilité*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 57 non modifié.

Article 58 : *Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 58 non modifié.

Article 59 : *Objectif de dépenses de la branche vieillesse*

*La commission émet un avis **favorable** à l'adoption de l'article 59 **non modifié**.*

Article 60 : *Objectif de dépenses de la branche famille*

*La commission émet un avis **favorable** à l'adoption de l'article 60 **non modifié**.*

Article 61 : *Objectif de dépenses de la branche autonomie*

*La commission émet un avis **favorable** à l'adoption de l'article 61 **non modifié**.*

Article 62 : *Prévision des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (Fonds de solidarité vieillesse)*

*La commission émet un avis **favorable** à l'adoption de l'article 62 **non modifié**.*

*Puis elle émet un avis **favorable** à l'adoption de la quatrième partie **modifiée**.*

*Elle émet un avis **favorable** à l'adoption de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 **modifié**.*

*

* *

Commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire

Réunion du mercredi 13 octobre à 9 heures 30

Présents. - M. Éric Alauzet, M. Julien Aubert, M. Jean-Noël Barrot, Mme Émilie Bonnivard, Mme Aude Bono-Vandorme, M. Jean-Louis Bricout, M. Fabrice Brun, M. Alain Bruneel, Mme Émilie Cariou, M. Michel Castellani, Mme Anne-Laure Cattelot, M. Jean-René Cazeneuve, M. Charles de Courson, Mme Marie-Christine Dalloz, Mme Dominique David, Mme Cécile Delpirou, Mme Jennifer De Temmerman, M. Jean-Paul Dufrègne, Mme Stella Dupont, M. Brahim Hammouche, M. Patrick Hetzel, M. Alexandre Holroyd, M. Christophe Jerretie, Mme Frédérique Lardet, M. Michel Lauzzana, Mme Marie Lebec, M. Marc Le Fur, Mme Patricia Lemoine, M. Fabrice Le Vigoureux, M. Patrick Loiseau, Mme Véronique Louwagie, Mme Marie-Ange Magne, Mme Lise Magnier, M. Jean-Paul Mattei, Mme Cendra Motin, Mme Catherine Osson, M. Xavier Paluszkiewicz, M. Hervé Pellois, Mme Bénédicte Peyrol, Mme Christine Pires Beaune, Mme Valérie Rabault, M. Robin Reda, M. Xavier Roseren, Mme Claudia Rouaux, M. Éric Woerth, M. Michel Zumkeller

Excusés. - M. Damien Abad, M. François Cornut-Gentille, M. Benjamin Dirx, M. Daniel Labaronne, M. Laurent Saint-Martin, M. Olivier Serva