

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2024

Nouvelle lecture



Réunie le mercredi 8 novembre 2023 sous la présidence de Philippe Mouiller, la commission des affaires sociales a examiné le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2024.

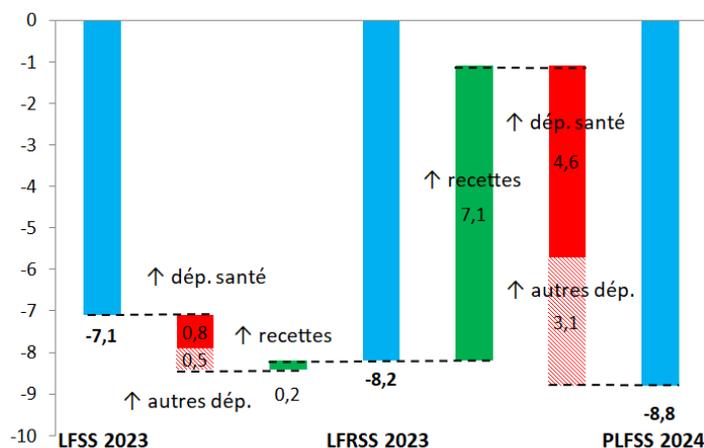
Elle a adopté 152 amendements en vue de sa discussion en séance publique et a déploré une programmation renonçant à toute ambition de stabilisation du déficit et reposant sur des hypothèses optimistes.

1. UN DÉFICIT 2023 REVU À LA HAUSSE

Selon le présent PLFSS, le déficit des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (Robss) et du Fond de solidarité vieillesse (FSV) passerait de 19,7 milliards d'euros en 2022 à 8,8 milliards d'euros en 2023. Ce déficit de 8,8 milliards d'euros en 2023 correspond à une révision à la hausse de 1,7 milliard d'euros par rapport à la prévision de la LFSS 2023, les recettes et les dépenses étant revues à la hausse de respectivement 7,3 et 9 milliards d'euros.

Solde des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (Robss) et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) : évolution des prévisions pour 2023

(en milliards d'euros)



2. UNE TRAJECTOIRE FINANCIÈRE INQUIÉTANTE POUR L'AVENIR MALGRÉ DES PRÉVISIONS OPTIMISTES DU GOUVERNEMENT

A. EN 2024, LE DÉBUT D'UNE PÉRIODE D'AGGRAVATION DU DÉFICIT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE

Après l'amélioration résultant de la fin de la crise sanitaire, le déficit des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse repartirait à la hausse, passant de 8,8 milliards d'euros en 2023 à 11,2 milliards d'euros en 2024.

Tableau d'équilibre des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (Robss) et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) pour 2024

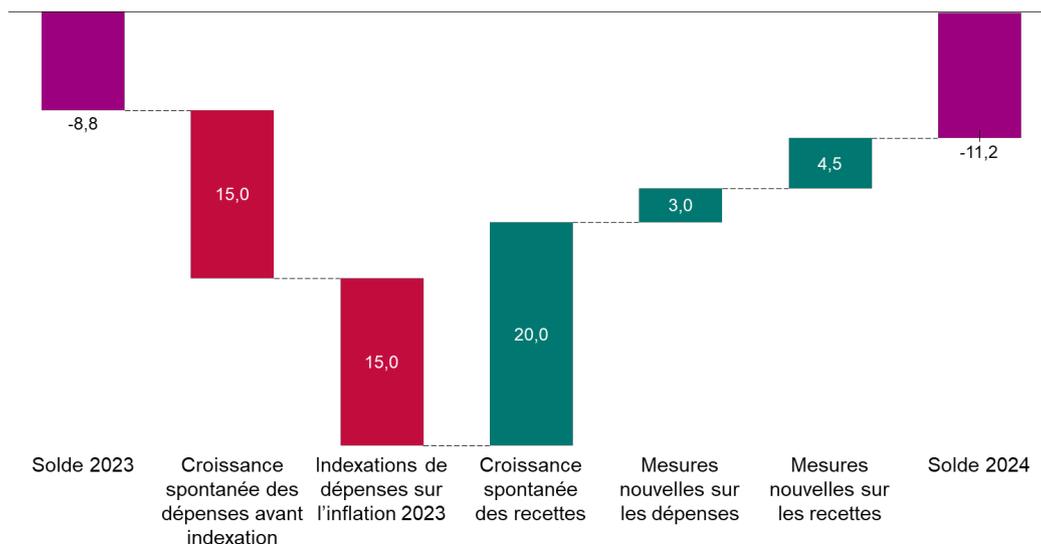
(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	242,7	251,9	- 9,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	17,1	16	1,2
Vieillesse	287,8	293,7	- 5,9
Famille	58,8	58	0,8
Autonomie	41,2	39,9	1,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	629,5	641,4	- 11,9
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris FSV	630,7	641,8	- 11,2

Cette aggravation du déficit proviendrait notamment de la forte inflation de 2023, qui susciterait une forte revalorisation des dépenses.

Le déficit 2024 des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (Robss) et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) : reconstitution des facteurs d'évolution du PLFSS

(en milliards d'euros)



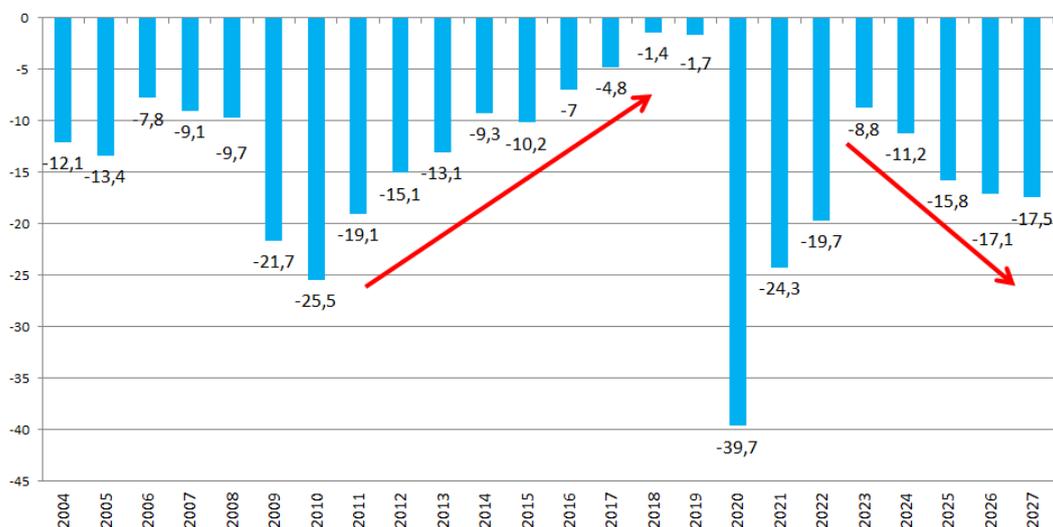
Les prévisions de dépenses de la branche maladie paraissent toutefois optimistes. Si l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) augmentait de 3,5 % au lieu de 2,9 %, cela majorerait le déficit de 1,5 milliard d'euros.

B. LE RENONCEMENT À TOUT OBJECTIF DE STABILISATION DU DÉFICIT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE

Le présent PLFSS se caractérise par l'abandon de tout objectif non seulement de retour à l'équilibre des régimes obligatoires de base, mais aussi de simple stabilisation du déficit. Il s'agit d'une différence majeure par rapport à la réduction continue du déficit menée de 2011 à 2019, période pendant laquelle l'Ondam était par ailleurs respecté.

Prévisions de solde des Robss et du FSV jusqu'en 2027

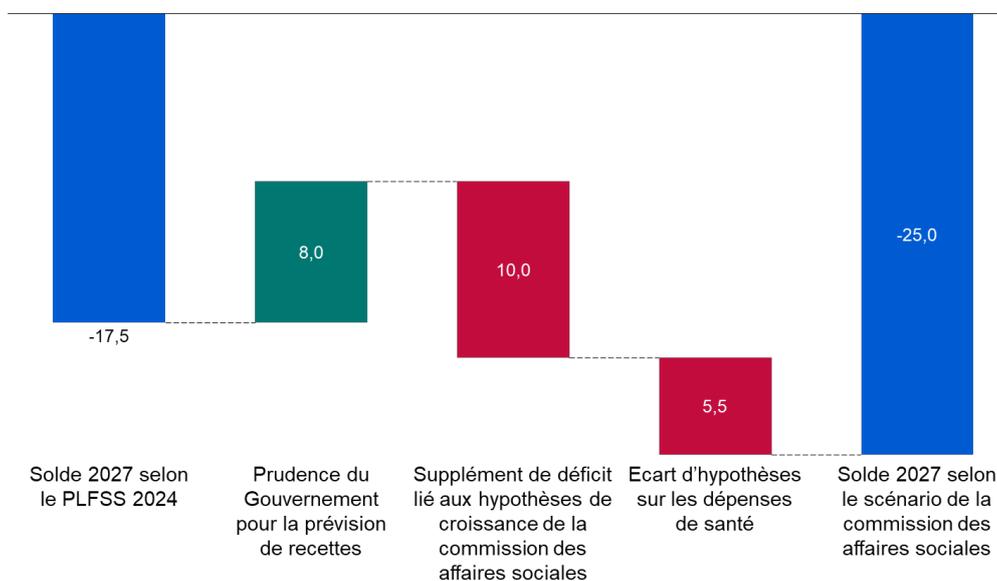
(en milliards d'euros)



Cette programmation peu ambitieuse est aussi, paradoxalement, optimiste. Certes, le Gouvernement suppose que la croissance spontanée sera nettement inférieure à celle du PIB en valeur, ce qui tend à majorer le déficit 2027 de 8 milliards d'euros. Mais en sens inverse, il retient une hypothèse de croissance de 1,7 % en moyenne, supérieure de 0,4 point au consensus des conjoncturistes, ce qui le conduit à minorer le déficit de 10 milliards d'euros. Par ailleurs, une hypothèse de croissance de l'Ondam de 3,5 % par an, au lieu de 3 % environ pour le PLFSS, majorerait le déficit de 2027 de plus de 5 milliards d'euros. Au total, le déficit pourrait être de 25 milliards d'euros en 2027.

Une programmation optimiste du déficit des Robss et du FSV à l'horizon 2027

(en milliards d'euros)

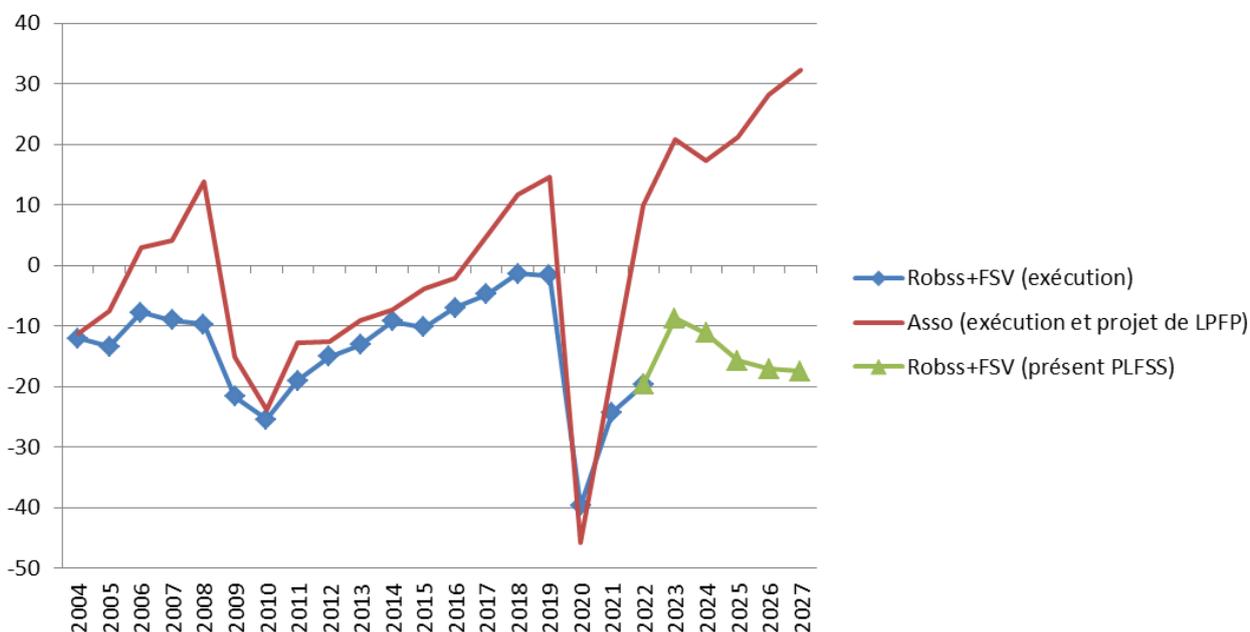


Les prévisions financières des Robss et du FSV du PLFSS 2024 doivent être resituées dans le cadre de celles de l'ensemble des administrations de sécurité sociale (Asso), qui, outre les Robss et le FSV, comprennent notamment la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades), le Fonds de réserve pour les retraites (FRR), l'Unédic et les régimes complémentaires de retraite.

Selon le projet de loi de programmation des finances publiques (LPFP) en cours de discussion, en 2027 le fort déficit des Robss et du FSV s'accompagnerait paradoxalement d'un excédent de 1 point de PIB (soit plus de 30 milliards d'euros) de l'ensemble des Asso, du fait d'un fort excédent des Asso hors Robss et FSV. Cette prévision repose sur les hypothèses optimistes, à ce stade non documentées, de réalisation de 6 milliards d'euros d'économies à partir de 2025 grâce aux revues de dépenses, et de forts excédents de l'Unédic et des régimes complémentaires de retraite, qui atteindraient en 2027 respectivement 0,4 point de PIB (environ 13 milliards d'euros) et 0,3 point de PIB (environ 10 milliards d'euros).

Selon le Gouvernement, des déficits croissants des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (Robss) et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) contrastant avec un excédent croissant des administrations de sécurité sociale (Asso)

(en milliards d'euros)

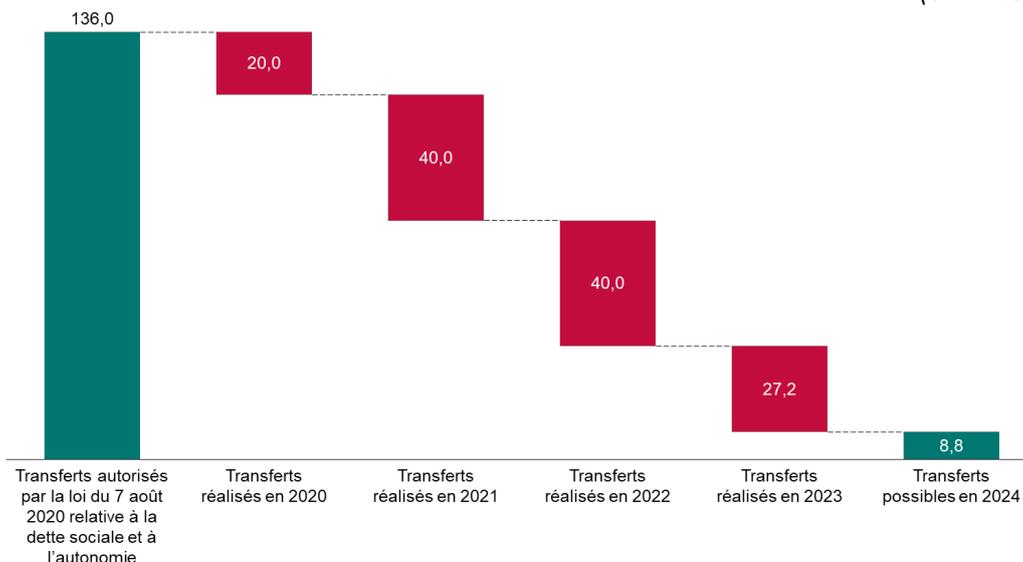


C. SÉCURISER LE FINANCEMENT DE LA DETTE SOCIALE

En 2020, la loi a autorisé le transfert de 136 milliards d'euros de dette de l'Acoss (devenue depuis Urssaf Caisse nationale) à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades). Compte tenu des transferts déjà réalisés, seulement 8,8 milliards d'euros de transferts seront possibles en 2024.

Transferts de dette de l'Urssaf Caisse nationale à la Cades

(en milliards d'euros)



À droit constant, les déficits de la sécurité sociale s'accumuleraient à l'Urssaf Caisse nationale, qui se finance à court terme en empruntant sur les marchés, ce qui pourrait susciter un risque de liquidité. Un transfert de dette supplémentaire à la Cades impliquerait de repousser l'échéance d'amortissement de la dette sociale, actuellement fixée à 2033, ce qui ne pourrait être fait que par une loi organique.

Les principaux amendements adoptés par la commission à l'initiative de la rapporteure générale :

- rétablissement des dispositions obligatoires du PLFSS supprimées par l'Assemblée nationale (article liminaire, article 1^{er}, article 2) ;
- rejet de la trajectoire financière proposée par le Gouvernement jusqu'en 2027, marquée à la fois par une aggravation du déficit et par des hypothèses optimistes (article 16) ;
- suppression de la disposition autorisant le Gouvernement à réduire par arrêté, sans aucun plafond, la compensation à l'Unédic des allègements de contributions patronales (article 10) ;
- suppression de la neutralisation de l'augmentation du plafond des compensations de la CNSA aux départements pour la PCH et l'APA qui devrait normalement résulter du transfert de 0,15 point de CSG de la Cades à la CNSA (article 10) ;
- transfert de 2 milliards d'euros de taxe sur les salaires de la branche maladie vers la branche famille, en conséquence du transfert par la LFSS 2023 de 2 milliards d'euros de dépenses d'indemnités journalières liées au congé maternité de la branche maladie à la branche famille (article 10) ;
- disposition selon laquelle la fixation en euros (et non plus en multiples du Smic) des salaires maximaux permettant de bénéficier des allègements de charges patronales dits « bandeau maladie » et « bandeau famille » ne puisse aboutir à ce que ces seuils deviennent inférieurs à 2 Smic de l'année en cours (article 10 *quinquies*) ;
- suppression de la réforme de l'assiette et des modalités de liquidation de la clause de sauvegarde des médicaments (article 11) ;
- augmentation du seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux pour 2023 et 2024 (articles 4 et 11).

BRANCHE MALADIE & ONDAM



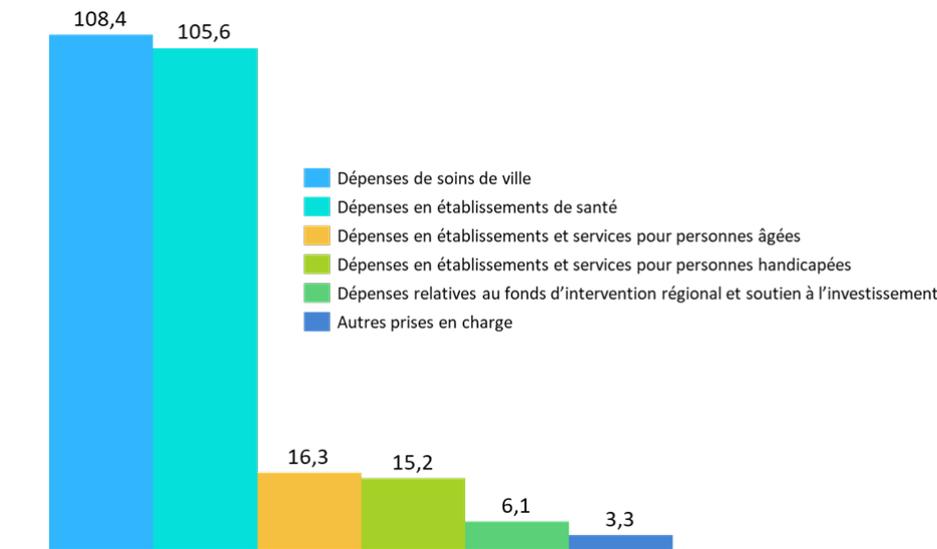
Cette année encore, le PLFSS fait la démonstration de l'incapacité du Gouvernement à apporter des réponses appropriées aux défis du système de soins. Si l'Ondam atteint un montant vertigineux, il ne constitue plus un outil de pilotage des dépenses d'assurance maladie.

Quant aux mesures relatives à la politique de santé, elles apparaissent impréparées et d'une portée très limitée. Ainsi, au-delà de quelques mesures relatives au médicament ou à la prévention, le PLFSS prétend porter une réforme du financement de l'hôpital qui n'est finalement qu'un trompe-l'œil et retouche à la marge l'organisation des soins.

1. DES DÉPENSES CONSIDÉRABLES MAIS NON PILOTÉES

A. L'ONDAM 2024 JUGÉ INSINCÈRE ET REJETÉ PAR LA COMMISSION

- **L'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam)** proposé pour 2024 s'élève à **254,9 milliards d'euros**. Ce montant est en hausse de 3,2 % par rapport à l'Ondam 2023 révisé, dépenses de crise mises à part.



*Objectif national
de dépenses
d'assurance maladie
pour 2024*

Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après les données PLFSS

La **trajectoire peu crédible** appuyée sur une base 2023 discutable et une couverture lacunaire du contexte inflationniste, comme **l'incapacité du Gouvernement à justifier** le montant qu'il présente, ont conduit la commission à **rejeter l'Ondam 2024**.

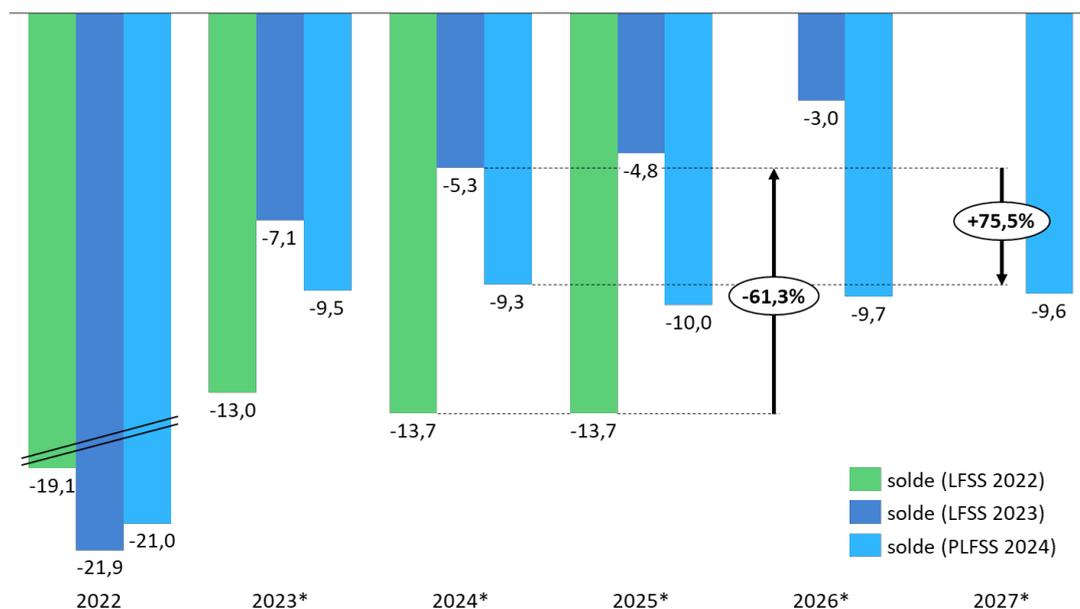
B. UNE TRAJECTOIRE DE DÉFICITS LOURDS ET PERSISTANTS

La trajectoire présentée dans ce PLFSS concernant la situation financière de la branche maladie apparaît particulièrement préoccupante et conduit à s'interroger sur sa soutenabilité.

Après une prévision illusoirement optimiste en 2022, le Gouvernement annonce désormais un horizon de **déficits durables et substantiels, 9,6 milliards d'euros par an en moyenne jusqu'en 2027**. Surtout, on peine à imaginer un hypothétique redressement de cette situation sans des **décisions difficiles en matière de recettes comme de dépenses**.

Évolution des perspectives de solde de la branche maladie

(en milliards d'euros)



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après les données LFSS et PLFSS

2. LES MESURES EMBLÉMATIQUES DU VOLET SANTÉ

A. DES MESURES DE RÉGULATION DES DÉPENSES ENRICHIES PAR LA COMMISSION

1. Le contrôle des prescriptions des arrêts de travail

Les **dépenses d'indemnités journalières (IJ) maladie** ont augmenté de **3,84 % en moyenne annuelle** de 2010 à 2022 pour atteindre 9,7 milliards d'euros.

L'article 27 vise à rendre automatique la suspension des IJ à compter de la réception du rapport, émis par le médecin mandaté par l'employeur, par le service du contrôle médical et de la notification à l'assuré social. Cette suspension est toutefois entourée de garanties ; la suspension ne pourrait intervenir sans examen médical – par le médecin contrôleur ou le service du contrôle médical – tandis que ce service disposerait toujours de la possibilité de s'autosaisir ou bien de réexaminer le dossier sur demande de l'assuré. **Considérant la nécessité de réguler les dépenses d'indemnités journalières, la commission soutient cet article qui permettrait de réduire les pertes de temps pour le service du contrôle médical.**

La durée d'un arrêt de travail prescrit ou renouvelé par téléconsultation est quant à elle limitée à trois jours par l'article 28. Cette mesure est bienvenue compte tenu des abus avérés dans un cadre jusqu'alors trop permissif et permettra en outre un suivi médical plus approprié des patients en arrêt de travail.



Dépenses d'IJ maladie en 2022

2. D'autres mesures d'économies budgétaires

L'**article 30** propose d'inciter aux transports sanitaires partagés en levant le frein que représente encore le refus des patients. L'article vise à **minorer la prise en charge des frais de transport** et à exclure du tiers payant les patients réticents **au transport partagé** alors que leur état de santé le permet. Le Gouvernement anticipe des économies générées à hauteur de 50 millions d'euros dès 2024. La commission a soutenu cet article responsabilisant les patients alors que les dépenses de transport sanitaire ont atteint les 5,5 milliards d'euros en 2022, en hausse de 7,2 % par rapport à 2021.

Le Gouvernement semble, par ailleurs, avoir finalement choisi de doubler **la franchise médicale** et **la participation forfaitaire** par voie réglementaire. Compte tenu de l'effet financier d'une telle mesure comme de son impact sur le reste à charge des patients, la commission a adopté un amendement visant à **soumettre à avis des commissions des affaires sociales toute modification des participations forfaitaires et des franchises**.

La commission a également adopté trois amendements visant à mieux maîtriser les dépenses en :

- responsabilisant davantage les patients dans leur demande de soins de ville, en mettant à leur charge une **somme forfaitaire lorsqu'ils n'honorent pas un rendez-vous** ;
- permettant de **mieux tenir compte des incidences financières des conventions professionnelles** et d'améliorer, en la matière, l'information du Parlement ;
- prévoyant que les conventions professionnelles définissent les conditions dans lesquelles **la rémunération des professionnels de santé peut être modulée** en fonction de leur degré d'utilisation du dossier médical partagé ou de leur participation à l'effort de maîtrise des dépenses et de pertinence des soins.

B. LA GÉNÉRALISATION DES EXPÉRIMENTATIONS EN SANTÉ



*expérimentations autorisées
depuis 2018*

Le PLFSS inscrit dans le droit commun des innovations portées par des **expérimentations « de l'article 51 »** qui ont fait la preuve de leur utilité, sous la forme de **parcours coordonnés renforcés** mobilisant plusieurs professionnels de santé et fondés sur un financement forfaitaire, défini par arrêté. Ce type d'organisation permettra d'assurer un meilleur suivi de certaines maladies chroniques et la prise en charge d'actes de prévention et de soins habituellement non remboursés, tels que l'activité physique adaptée.

La commission a ainsi soutenu l'article 22 et souhaite s'assurer de **l'implication des représentants des professionnels de santé** dans la définition des forfaits, et accélérer l'évaluation des expérimentations en cours comme leur éventuelle généralisation.

C. DE NOMBREUSES MESURES EN FAVEUR DE L'APPROVISIONNEMENT EN PRODUITS DE SANTÉ ET DE L'ACCÈS AUX MÉDICAMENTS INNOVANTS

Suivant une recommandation de la commission d'enquête sénatoriale relative **aux pénuries de médicaments**, l'**article 32** renforce le **statut des préparations hospitalières spéciales (PHS)**, créé en 2022, et consacre celui des **préparations officinales spéciales (POS)**. Il entend, ainsi, permettre une meilleure implication des pharmaciens d'officine dans le maintien de la disponibilité des médicaments en tension. La commission a adopté plusieurs amendements visant à assouplir les conditions prévues à l'exécution des PHS et des POS pour favoriser le recours à ces préparations.

Visant également à répondre aux tensions d'approvisionnement, l'**article 36** transpose au secteur pharmaceutique la « **loi Florange** » en vue d'assurer la **reprise de la production de médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM)**, le cas échéant par un établissement pharmaceutique public.

Trois nouveaux outils sont également offerts au Gouvernement par l'article 33 pour **maîtriser le volume de prescription et de délivrance de médicaments** en période de rupture : limiter la prescription en téléconsultation, rendre obligatoire le recours aux ordonnances de dispensation conditionnelle et la dispensation à l'unité. La commission a jugé les deux premières mesures appropriées et susceptibles également de favoriser la pertinence des prescriptions. En revanche, elle appelle à **supprimer l'obligation de dispensation à l'unité**, jugeant celle-ci inopérante dans la grande majorité des situations de rupture et manifestement mal préparée.

En outre, dans l'objectif d'encourager le recours aux tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) et d'améliorer l'accès aux soins, la commission soutient la possibilité de permettre aux pharmaciens de **délivrer sans ordonnance certains médicaments après la réalisation d'un test**. L'article 25 entend ainsi offrir une réponse rapide supplémentaire aux angines et cystites.

Poursuivant la mise en œuvre de la réforme de l'accès précoce, **l'article 35** institue un **régime temporaire et dérogatoire de prise en charge** pour les médicaments qui ne sont pas, au terme de leur autorisation d'accès précoce, inscrits sur la liste en sus **en l'attente de données supplémentaires**. L'efficacité de ce dispositif au service de la continuité de la prise en charge thérapeutique sera **conditionnée à son attractivité** pour les industriels. C'est pourquoi la commission a adopté un amendement visant à rendre plus favorables les modalités d'indemnisation du régime dérogatoire.

Enfin, **l'article 36 bis** témoigne du défaut de concertation et d'association du Parlement qui caractérise la méthode gouvernementale. Le Gouvernement crée en effet un statut d'autorisation provisoire des médicaments à base de cannabis et met un terme à **l'expérimentation relative à l'usage médical du cannabis**, supprimant également le bilan prévu. Ce faisant, il a considéré que l'enjeu d'une information éclairée du législateur était secondaire sur une matière engageant pourtant la sécurité des patients et la pertinence des soins. C'est pourquoi la commission a rétabli cette évaluation et sollicité un avis complémentaire de la Haute Autorité de santé.

D. UNE RÉFORME DE L'HÔPITAL EN TROMPE-L'ŒIL

1. Une réforme indispensable pour rééquilibrer les modes de financement

- La commission **soutient le principe d'une réforme du financement du champ « médecine-chirurgie-obstétrique » (MCO)**, lequel constitue le cœur de l'activité hospitalière et souffre aujourd'hui des conséquences d'une tarification à l'activité (T2A) insuffisamment adaptée.

Un modèle cible fondé sur **trois « compartiments »** apparaît souhaitable, distinguant d'une part des **activités « protocolées »** financées à l'activité, qui doit rester prépondérante, et d'autre part deux séries de **dotations, relatives à des objectifs de santé publique** et de sécurité et à **des missions spécifiques** qui ne peuvent dépendre de l'activité réelle. Cependant, la définition des champs concernés et la pondération des enveloppes ne sont pas abouties.

2. Une impréparation préjudiciable à la réussite de la réforme

Cependant, **l'article 23 se borne principalement, malgré sa longueur, à produire une réécriture** des dispositions existantes relatives au financement du MCO. Le Gouvernement revendique une réforme ambitieuse que cet article ne porte pas, et qui en réalité **demeure pleinement à définir**, sur ses principes effectifs comme sur ses modalités opérationnelles : la réduction de la part de T2A ne peut être une fin en elle-même. Surtout, le Gouvernement retient une hypothèse surprenante de réforme à budget constant.

- **Face à une réforme précipitée, impréparée et ne faisant l'objet d'aucune anticipation de ses effets financiers, la commission a prévu un report au 1^{er} janvier 2028, au terme d'une expérimentation préalable** permettant d'affiner le modèle cible et ainsi améliorer effectivement l'offre de soins.

Les hôpitaux doivent pouvoir s'engager sereinement dans cette réforme structurelle, avec une ligne claire, des ressources sécurisées et un niveau d'activité rétabli.

3. DES MESURES DIVERSES D'ORGANISATION DES SOINS SANS DIRECTION BIEN AFFIRMÉE

A. DE MODESTES MESURES D'ORGANISATION DES SOINS

L'article 22 *ter* autorise les professionnels de santé des établissements scolaires à orienter des élèves vers les psychologues du dispositif *MonSoutienPsy*. Si la commission a émis quelques doutes sur la capacité du dispositif à répondre à des nouveaux adressages, **elle a soutenu cet article qui participe de la lutte contre le harcèlement scolaire.**

La participation des chirurgiens-dentistes à la régulation de la permanence des soins dentaires est ouverte par l'article 24, ce dispositif tirant les conséquences d'une expérimentation « article 51 » dont le premier bilan met en avant l'aspect bénéfique. La régulation par les chirurgiens-dentistes régulateurs au sein des **SAMU-Centres 15** permet de dégager du temps aux médecins régulateurs et de réduire le nombre de patients orientés vers les chirurgiens-dentistes de garde. C'est pourquoi, la commission a accueilli favorablement ces dispositions.

Enfin, afin de **lutter contre le non-recours aux droits**, l'article 21 offre, sur un modèle qui a fait ses preuves chez les bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées, **une présomption de droit à la complémentaire santé solidaire avec participation (C2SP)** pour certains bénéficiaires de quatre *minima* sociaux, dont l'allocation aux adultes handicapés.

B. UN VIRAGE DE LA PRÉVENTION QUI PEINE À CONVAINCRE

1. Un accompagnement de mesures de prévention déjà initiées

La commission a salué la mesure portée par l'article 17, relatif à la mise en œuvre de la **vaccination contre les papillomavirus humains (HPV)** notamment dans les collèges, qui vise une couverture vaccinale de 80 % d'une classe d'âge à horizon 2030.

Le taux de couverture vaccinale contre le HPV reste faible en France : au 31 décembre 2022, il s'établit à 41,5 % pour deux doses chez les filles de 16 ans et à 8,5 % pour deux doses chez les garçons du même âge.

La **délivrance gratuite** en pharmacie de **préservatifs pour les moins de 26 ans** sans prescription médicale, à l'article 18, constitue en réalité la régularisation d'une mesure déjà mise en œuvre depuis le 1^{er} janvier 2023. Elle prolonge la délivrance gratuite de la contraception d'urgence sans prescription prévue en LFSS 2023.

Enfin, l'article 20 revient sur les **rendez-vous de prévention**, créés par la LFSS pour 2023, qui tardent à se concrétiser. Le Gouvernement **modifie les tranches d'âges visées** et se ménage toute latitude pour définir par arrêté les conditions essentielles de leur mise en œuvre. Sur ce sujet, la commission a souhaité renvoyer au principe de la négociation conventionnelle la fixation des tarifs et des conditions de facturation au plus tard le 1^{er} janvier 2026.

2. Des mesures nouvelles à la portée limitée

- S'agissant des autres dispositions censées incarner le **virage de la prévention**, la commission s'est interrogée sur la priorisation opérée par le Gouvernement.

Ainsi, malgré l'absence de recommandation des autorités sanitaires, l'article 20 *ter* prévoit un **dépistage systématique du cytomégalovirus** chez les femmes enceintes,

Enfin, en vue de lutter contre la précarité menstruelle, l'article 19 assure la prise en charge des **protections périodiques réutilisables** pour les moins de 26 ans et pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidarité (C2S).

BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES



Alors que la branche dégagera, pour la dixième fois en onze exercices, un **excédent en 2023**, la commission regrette le manque d'ambition du PLFSS en matière de **prévention**, pourtant identifiée comme l'axe de **développement prioritaire** de la branche par les partenaires sociaux.

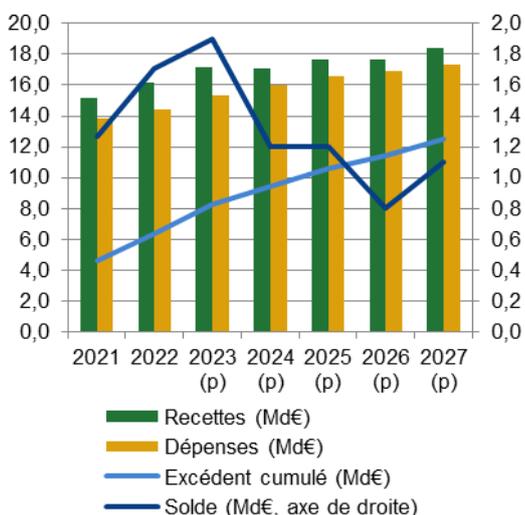
La commission a proposé de confirmer la **suppression de la réforme de la rente AT-MP** prévue à l'article 39, **insuffisamment préparée** et source de dissension entre les partenaires sociaux, et d'**adopter les trois autres articles portant mesures nouvelles**, qui permettront de libérer du temps médical pour les médecins du travail, au bénéfice des salariés agricoles, de sécuriser des prestations du régime des marins et de lutter contre le non-recours à l'indemnisation chez les victimes de l'amiante.

1. UNE SITUATION D'EXCÉDENT STRUCTUREL QUI POSE QUESTION

A. UN EXCÉDENT CONFIRMÉ EN 2023 ET LES ANNÉES SUIVANTES MALGRÉ UNE BAISSSE DES TAUX DE COTISATIONS

Avec un **excédent record de 1,9 milliard d'euros** en 2023 puis des excédents annuels compris entre 0,8 et 1,2 milliard d'euros entre 2024 et 2027, la **branche AT-MP confirme sa bonne situation financière** malgré les baisses de cotisations prévues en 2024 puis en 2026 par la LFRSS pour 2023 afin de compenser une hausse symétrique des taux sur la branche vieillesse.

Pour 2024, les **recettes prévisionnelles de 17,1 milliards d'euros** devraient couvrir les objectifs de dépenses de la branche AT-MP, fixés à **16,0 milliards d'euros** par l'**article 45** du PLFSS.



La situation structurellement excédentaire que présente la branche AT-MP est le signe d'une **déconnexion à long terme** entre ses **besoins de financement** et ses **recettes**, illustrée par l'**excédent cumulé toujours croissant** de la branche, qui atteindra, selon les prévisions, 12,5 milliards d'euros à horizon 2027. Autant de contributions réclamées à l'employeur sans qu'elles ne servent leur destination originelle : lutter contre les risques professionnels, et indemniser les victimes. Alors que l'effort de **prévention** porté par la branche AT-MP représente à **peine 2 % des dépenses** qu'elle finance, un **changement de paradigme** est désormais **indispensable** : compte tenu de sa situation financière, la branche **doit et peut faire davantage en matière de prévention**, en développant un **accompagnement personnalisé** au service des entreprises sur le modèle du programme TMS-Pros.

B. LE POIDS DES TRANSFERTS FINANCÉS PAR LA BRANCHE

Les **transferts de la branche AT-MP** aux autres branches représentent **8 % de ses dépenses totales**, un total non négligeable. Considérant que la **croissance perpétuelle du montant du transfert** au titre de la **sous-déclaration**, fixé à **1,2 milliard d'euros pour 2024** par l'article 44 du PLFSS, revient à nier les efforts pourtant réels réalisés pour lutter contre ce phénomène, et que la branche AT-MP n'a pas vocation, parce qu'elle est excédentaire, à servir de variable d'ajustement pour combler le déficit des autres branches, **la commission a adopté un amendement tendant à limiter à 1 milliard d'euros le montant du transfert**, son niveau jusqu'en 2021.

En outre, l'article 44 du PLFSS pour 2024 prévoit une **hausse de plus 50 %** du transfert au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (**Fiva**). Si son bien-fondé est incontestable compte tenu de la situation financière prévisionnelle du fonds, il est regrettable que **l'État n'y prenne pas sa part** et maintienne sa dotation à un niveau constant.

2. LA RÉFORME DES RENTES AT-MP EST INSUFFISAMMENT MÛRE POUR ÊTRE ADOPTÉE

L'article 39, supprimé dans le texte transmis, entendait transposer l'accord national interprofessionnel (ANI) du 15 mai 2023, signé unanimement, pour garantir que la **rente viagère** versée aux victimes d'AT-MP présentant une incapacité permanente supérieure à 10 % couvrirait à la fois le déficit professionnel encouru par les pertes de salaires et le déficit fonctionnel permanent, qui retrace les préjudices extraprofessionnels. Pour ce faire, il entendait réformer les modalités de calcul de la rente AT-MP pour séparer une part professionnelle et une part fonctionnelle.

Le **caractère dual de la rente AT-MP** avait en effet été infirmé par la Cour de cassation dans un revirement de jurisprudence du 20 janvier 2023, considérant que la rente, compte tenu de son mode de calcul indexé sur le salaire, ne pouvait pas couvrir le déficit fonctionnel, par nature extraprofessionnel. Ce revirement avait suscité **l'enthousiasme des associations** de victimes dès lors qu'il ouvrait droit, en cas de faute inexcusable de l'employeur (FIE), à une **réparation intégrale** devant le juge du déficit fonctionnel permanent auparavant inclus forfaitairement dans la rente, mais l'inquiétude des organisations patronales, qui craignaient une **judiciarisation des AT-MP** et des conséquences financières néfastes pour les entreprises condamnées pour une FIE.

Le manque de préparation évident de cette réforme emporte des conséquences regrettables : mal compris et inapplicable en l'état, l'article 39 a irrité les associations de victimes et exacerbé les tensions entre partenaires sociaux et menace dès lors les avancées pourtant notoires prévues par l'ANI en matière de prévention. C'est pourquoi la commission souhaite que le Sénat confirme la suppression de l'article 39.

Il importe désormais que les partenaires sociaux **maintiennent le dialogue** pour dégager, par la négociation, une **position commune sur le devenir de la rente AT-MP**, qui puisse, sinon satisfaire, du moins convenir à toutes les parties, y compris les associations de défense des victimes. Il s'agit d'une condition *sine qua non* à la transcription de **l'intégralité** de l'ANI, qui pourra avoir lieu dans un projet de loi *ad hoc* afin de ne pas retarder excessivement sa mise en œuvre.

3. D'AUTRES MESURES UTILES, MAIS SANS IMPACT SIGNIFICATIF SUR L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA BRANCHE

L'article 26 ouvre la possibilité pour les médecins du travail de **déléguer à des infirmiers en santé au travail certains actes** pour le renouvellement périodique de l'examen médical d'aptitude à destination des salariés agricoles bénéficiaires du suivi individuel renforcé. Cette délégation, définie par le médecin dans les limites des compétences des infirmiers qualifiées en santé au travail et selon un **protocole dont les modalités ont été précisées et sécurisées par un amendement adopté par la commission**, devrait permettre d'**accroître l'accessibilité aux médecins du travail et de renforcer l'attractivité des services santé sécurité au travail**.

L'article 39 *bis* **permettra de sécuriser, pour le passé et pour l'avenir, deux prestations du régime spécial des marins** dont la légalité a été remise en cause et le versement interrompu.

L'article 39 *ter* vise à **renforcer les moyens du Fiva pour identifier les bénéficiaires potentiels de ses prestations et lutter contre le non-recours**, qui frapperait plus de 50 % des victimes de mésothéliome. Il instaure notamment un cadre de transfert de données au profit du Fiva, modifié par la commission pour garantir une meilleure protection des données personnelles.

BRANCHE VIEILLESSE



Bien que la réforme des retraites ait permis de **réduire d'un tiers le déficit de la branche vieillesse** à l'horizon de 2027, elle ne suffit pas à redresser une trajectoire financière dont la dégradation serait rapide à compter de 2024, avec un déficit prévisionnel de l'ordre de **11 milliards d'euros en 2027**.

Dans le cadre du PLFSS pour 2024, la commission propose plusieurs mesures visant notamment à **garantir l'autonomie de gestion des régimes de retraite complémentaire** des salariés et des travailleurs indépendants et à **lutter contre la fraude aux pensions de retraite à l'étranger**.

1. UNE DÉGRADATION PRÉVISIBLE DE LA TRAJECTOIRE FINANCIÈRE DE LA BRANCHE MALGRÉ LA RÉFORME DES RETRAITES

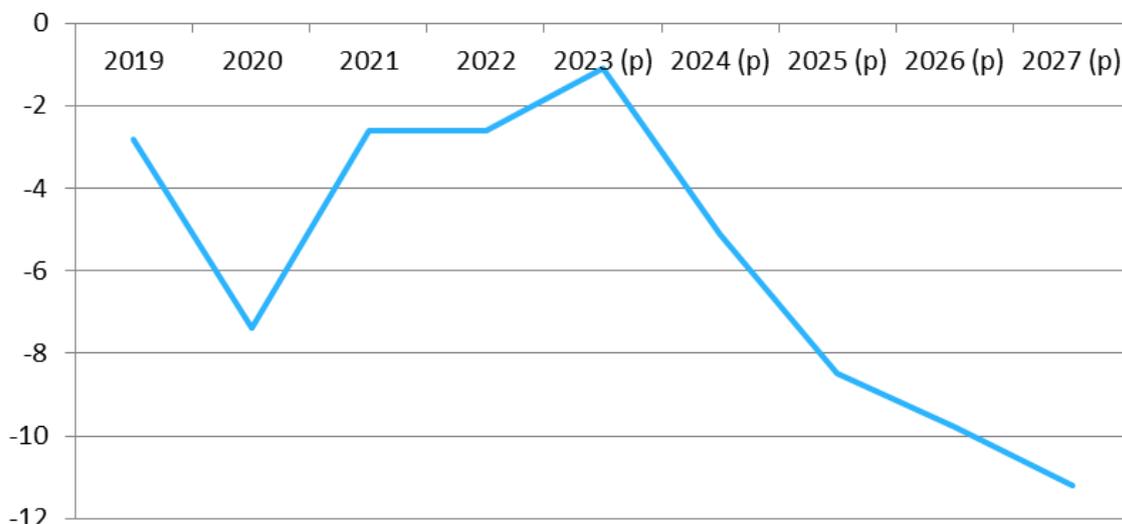
Avec un déficit de 1,1 milliard d'euros en 2023, la branche vieillesse (régimes obligatoires de base et Fonds de solidarité vieillesse – FSV) poursuit son redressement fondé sur la **dynamique de croissance post-crise sanitaire**, et ce malgré la **forte revalorisation des pensions** liée à l'inflation et la mise en œuvre de la **revalorisation exceptionnelle des petites pensions** prévue dans le cadre de la réforme des retraites de 2023, qui a amorcé sa montée en charge le 1^{er} septembre dernier.

La trajectoire financière de la branche devrait toutefois **s'inverser dès 2024** en raison, notamment, du vieillissement démographique, du ralentissement de la croissance de la masse salariale du secteur privé et des difficultés financières du régime des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers, pour atteindre un déficit de **11,2 milliards d'ici à 2027**.

Ces déficits auraient été encore bien plus lourds sans **la réforme des retraites, qui permettrait d'améliorer le solde de la branche vieillesse de 6,3 milliards d'euros en 2027**.

Évolution du solde de la branche vieillesse des ROB et du FSV de 2019 à 2027

(en milliards d'euros)



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après la LFSS pour 2022 et le PLFSS pour 2023

2. DES MESURES DE BON SENS VISANT À ASSURER LA JUSTICE ET L'ÉQUITÉ DU SYSTÈME DE RETRAITES

A. RETRAITES COMPLÉMENTAIRES : GARANTIR LA LIBERTÉ DE GESTION DES PARTENAIRES SOCIAUX

1. L'Agirc-Arrco doit demeurer libre de contribuer ou non au financement des déficits du régime général

Pour compenser les effets de leur fermeture aux nouveaux entrants, qui entraîne une contraction progressive des cotisations collectées, les régimes spéciaux fermés (SNCF, RATP, industries électriques et gazières, clercs de notaire, notamment) seraient adossés au régime général (article 9). Celui-ci serait donc **chargé de les équilibrer financièrement** à compter de 2025 et recevrait en contrepartie une contribution de l'État et de l'Agirc-Arrco.

De plus, **une autre contribution serait demandée à l'Agirc-Arrco** « au titre de la solidarité au sein du système de retraite », en compensation des gains qu'elle tire de la réforme des retraites, estimés à **1,2 milliard d'euros en 2026** et à **3,1 milliards en 2030**¹.

Les excédents de l'Agirc-Arrco appartiennent à ses seuls cotisants.

Soucieuse de préserver l'autonomie de gestion des partenaires sociaux et de garantir à l'Agirc-Arrco la propriété des réserves constituées au prix d'efforts conséquents, la commission propose **la suppression des dispositions prévoyant cette dernière contribution**, ce qui n'empêcherait pas pour autant les partenaires sociaux de décider d'eux-mêmes d'en verser une².

Il est également proposé de **rejeter le « gel » de la contribution tarifaire d'acheminement (CTA)**, payée par le consommateur d'énergie pour financer les droits spécifiques des assurés du régime des industries électriques et gazières, qui doit s'éteindre au même rythme que ces droits.

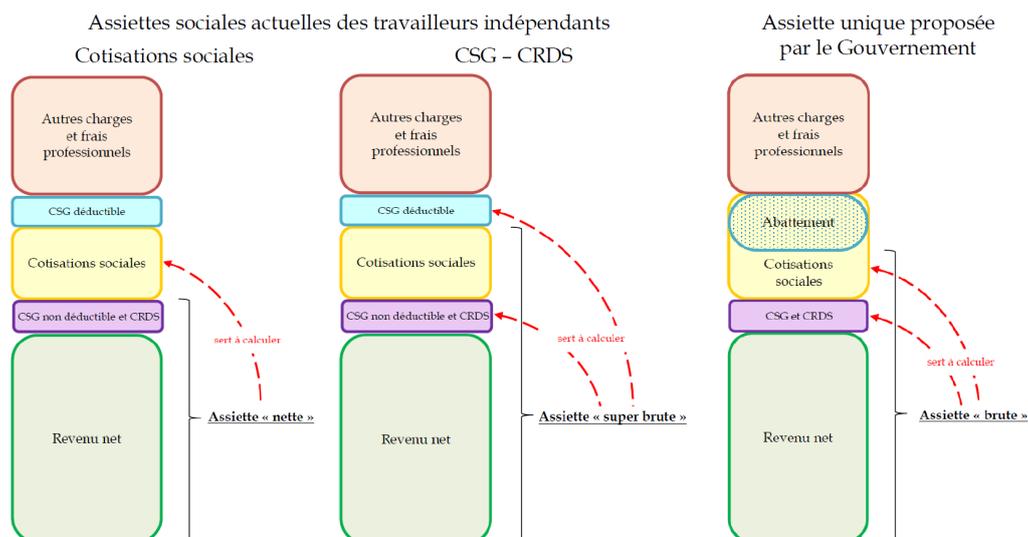
2. La neutralité financière de la réforme de l'assiette sociale des indépendants doit être assurée dans le respect des prérogatives des organisations professionnelles

Les articles 10 *ter* et 10 *nonies* mettent en œuvre la réforme très attendue de l'assiette sociale des indépendants. Ceux-ci sont en effet redevables, proportionnellement, de plus de CSG-CRDS que les salariés et de moins de cotisations créatrices de droits. Leurs deux assiettes sociales seraient dorénavant **unifiées au sein d'une seule assiette**, à laquelle serait appliqué un abattement, de façon à leur permettre, **à niveau global de prélèvement constant**, de cotiser davantage et de verser moins de CSG-CRDS, c'est-à-dire de **s'ouvrir plus de droits sociaux**.

¹ Gains bruts, sans prise en compte des mesures adoptées par les partenaires sociaux dans le cadre de l'ANI 2023-2026 (cumul emploi-retraite créateur de droits, suppression du « bonus-malus » et revalorisation des pensions à un niveau proche de l'inflation), qui représenteraient un coût de 2,7 milliards d'euros en 2027.

² Y compris sous la forme d'un « swap » de cotisations d'assurance vieillesse et de retraite complémentaire.

Projet d'assiette sociale unique des travailleurs indépendants



Source : Commission des affaires sociales du Sénat

Bien que le Gouvernement n'ait communiqué aucune précision sur son coût et ses effets exacts, cette réforme, qui devrait être avantageuse à une majorité écrasante de travailleurs indépendants, pourrait coûter **1,4 milliard d'euros**, une somme qui serait divisée par deux par le relèvement des taux et des barèmes des cotisations d'assurance vieillesse et d'assurance maladie des indépendants. Le Gouvernement souhaite que le reliquat soit compensé par **une augmentation de leurs cotisations de retraite complémentaire**, qu'il pourrait lui-même mettre en œuvre si les régimes concernés ne formulaient pas de propositions dans ce sens.

La commission propose de s'en remettre à la responsabilité des organisations professionnelles pour assurer la neutralité financière de la réforme et de **refuser d'accorder au Gouvernement cette faculté**, qui constituerait un dangereux précédent.

B. LUTTER AVEC DÉTERMINATION CONTRE LA FRAUDE AUX PRESTATIONS SOCIALES À L'ÉTRANGER

Chaque année, le régime général verse **3,8 milliards d'euros** de pensions à des retraités installés hors de France.

Depuis 2020, la loi prévoit que les bénéficiaires de pensions de retraite servies par un régime français installés à l'étranger puissent satisfaire à leur obligation annuelle de justification de leur existence par le biais soit d'un « certificat d'existence », soit d'un **dispositif biométrique**. Ce dernier doit permettre aux retraités concernés, à compter du **printemps 2024**, de se photographier avec leur smartphone afin que leur visage soit comparé à leur pièce d'identité biométrique. Il s'agit toutefois davantage d'une mesure de simplification que de lutte contre la fraude, dès lors que **le recours à la biométrie reste facultatif**.

L'obtention par connivence d'un certificat d'existence par **les ayants droits d'un retraité décédé** demeurant possible, la commission a adopté un amendement du rapporteur de la branche vieillesse visant à **rendre obligatoire, dès 2027, le contrôle biométrique de l'existence** chaque fois que cela sera possible, en fonction de la situation du pays de résidence en matière d'équipement en titres d'identité biométriques.

Le contrôle biométrique de l'existence des retraités résidant à l'étranger deviendrait obligatoire à compter de 2027.

Dans les autres cas, le Gouvernement pourrait opter, notamment en fonction du degré de confiance dans les administrations locales du pays, pour l'envoi d'un certificat d'existence ou **un contrôle annuel** auprès d'un consulat ou d'un collaborateur ou partenaire de l'organisme débiteur de la pension (agents de contrôle, réseau d'agences bancaires, etc.).

BRANCHE FAMILLE

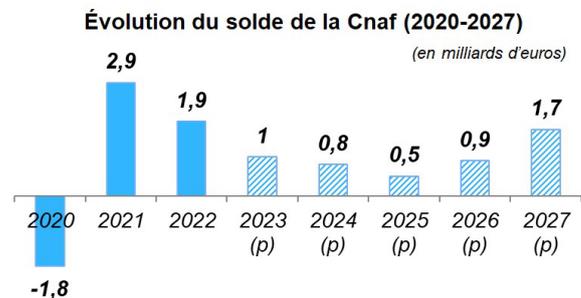


En 2024, le solde de la branche famille devrait être excédentaire de 800 millions d'euros, en forte contraction depuis 2021. Cet excédent se réduirait encore jusqu'à atteindre 500 millions d'euros en 2025. Ce solde est ainsi consommé sans que les réformes nécessaires à une politique soutenant toutes les familles, dans un contexte de chute inquiétante de la natalité, ne soient mises en œuvre.

La commission regrette que **ce PLFSS 2024 ne porte aucune mesure de politique familiale et ne contienne que quelques ajustements paramétriques à des réformes passées.**

1. UN PARADOXE DOULOUREUX : DES DÉPENSES EN HAUSSE EN L'ABSENCE DE POLITIQUE FAMILIALE FORTE

Les dépenses de la branche devraient atteindre 58 milliards d'euros en 2024 (+ 18,6 % depuis 2021). Cette hausse des dépenses n'est pas le seul résultat des réformes adoptées depuis 2021 mais provient d'autres facteurs indépendants, tels l'indexation des prestations légales sur l'inflation et surtout le **transfert, depuis l'assurance maladie-maternité, de la charge du congé maternité post-natal pour une somme de 2 milliards d'euros.**



La commission prend acte que cette hausse traduit également un effort financier quant aux prestations extra-légales finançant les accueils collectifs. Le fonds national d'action sociale de la branche augmenterait ainsi ses dépenses de 6,4 % en 2023 en lien avec la nouvelle COG prévoyant la revalorisation de la prestation de service unique (PSU).

Toutefois, considérant que le besoin de réformes ambitieuses de politique familiale exige de conserver une capacité de financement, **la commission a souhaité transférer à la branche famille 2 milliards d'euros de recettes** de la taxe sur les salaires depuis la branche maladie-maternité, ce transfert visant à compenser l'attribution des charges.

Le contexte de la natalité – chute potentielle de 16 % du nombre de naissances annuelles entre 2014 et 2023 – rend nécessaire une prise de conscience collective.

2. UN PLFSS QUASIMENT BLANC POUR LA BRANCHE FAMILLE

L'**article 46 bis**, adopté par la commission, propose d'assouplir le recours au congé paternité et d'accueil de l'enfant par les non-salariés agricoles, considérant que le régime actuel est trop rigide.

L'**article 46 ter** ajuste divers paramètres des réformes passées concernant le complément de mode de garde (CMG). La commission a validé ces adaptations à l'exception de deux mesures. Premièrement, **la commission a souhaité maintenir, au sein du barème du CMG, la prise en compte des horaires atypiques de garde pour les parents travaillant la nuit ou le week-end.** Deuxièmement, la commission, estimant ne pas disposer des informations nécessaires, n'a pas approuvé le second report à 2026 de l'application de la réforme du tiers payant du CMG « structure » versé aux familles recourant à une microcrèche ou un prestataire à domicile. Adoptée en LFSS 2019, cette réforme de la prestation avait été initialement prévue pour 2022 avant qu'un premier report, en LFSS 2022, ne le reporte à septembre 2024.

BRANCHE AUTONOMIE



Les dépenses de la branche autonomie approcheront 40 milliards d'euros en 2024, représentant 40 % de l'ensemble des financements publics dédiés à la prise en charge de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

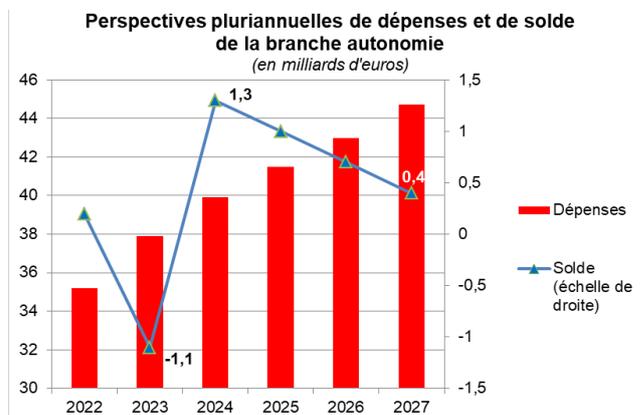
L'atteinte des objectifs pour répondre aux besoins liés au vieillissement est obérée par la situation préoccupante du secteur médico-social.

Ce PLFSS pourrait cependant marquer un tournant en matière de financement des Ehpad en amorçant la fusion des sections « soins » et « dépendance ». La commission appelle plus largement à une clarification des relations financières entre la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et les départements.

1. DES PERSPECTIVES FINANCIÈRES TEMPORAIREMENT AMÉLIORÉES

A. UNE SITUATION À NOUVEAU EXCÉDENTAIRE À PARTIR DE 2024

L'objectif de dépenses de la branche pour 2024 s'élève à **39,9 milliards d'euros**, en augmentation de 5,3 % par rapport à 2023. Pour autant, alors qu'un déficit est prévu pour 2023, le solde de la branche serait **excédentaire de 1,3 milliard d'euros en 2024**. En effet, la CNSA bénéficiera de l'apport de 0,15 point de CSG en provenance de la Cades prévu par la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie (+ 2,6 milliards d'euros pour 2024).



Cet excédent devrait toutefois s'éroder rapidement sous l'effet du dynamisme tendanciel des dépenses pour s'établir, en l'absence de mesures nouvelles, à 0,4 milliard d'euros en 2027. Ainsi, à moyen terme, la question des ressources de la branche ne cessera pas de se poser dans un contexte de vieillissement de la population et de besoins encore insatisfaits.

B. UNE CROISSANCE DIFFICILE À SOUTENIR POUR LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

L'objectif global de dépenses au titre des établissements et services sociaux et médico-sociaux (OGD), fixé à 31,5 milliards d'euros pour 2024, connaît une hausse plus prononcée dans le champ des personnes âgées (+ 4,9 %) que dans celui des personnes handicapées (+ 3,4 %).



Hausse de l'OGD en 2024



ETP supplémentaires en Ehpad (2024)



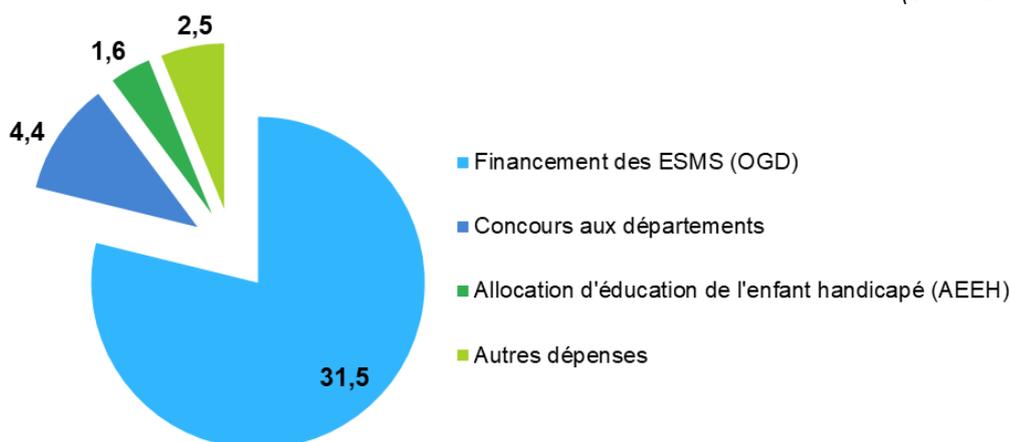
créations de places de services de soins infirmiers à domicile prévues d'ici 2030

Les mesures nouvelles financées par l'OGD incluent le **recrutement d'environ 6 000 équivalents temps plein (ETP) en Ehpad**, après les 3 000 recrutements prévus cette année. Cette accélération permettra d'améliorer le taux d'encadrement dans les Ehpad même si l'objectif du Gouvernement de recruter 50 000 infirmiers et aides-soignants en établissements sur le quinquennat a vu son horizon repoussé à 2030.

Quelque 120 millions d'euros supplémentaires seront dédiés au « virage domiciliaire », reflétant la montée en charge de la réforme de la tarification des services à domicile engagée depuis 2022 et la création de 50 nouveaux centres de ressources territoriaux. Toutefois, les étapes à franchir pour atteindre d'ici 2030 l'objectif de 25 000 nouvelles places en services de soins infirmiers à domicile (Ssiad), qui doivent devenir des services autonomie à domicile (SAD), n'apparaissent pas avec évidence au regard des difficultés de recrutement que connaît le secteur.

Répartition des dépenses de la branche autonomie en 2024

(en milliards d'euros)



Source : Commission des affaires sociales (données DSS)

2. FACE À DE FORTES ATTENTES, DES MESURES EN DEMI-TEINTE

A. UN TOURNANT ATTENDU EN MATIÈRE DE FINANCEMENT DES EHPAD

- La situation financière des Ehpad, qui s'explique à la fois par des difficultés conjoncturelles – notamment la hausse des prix et les décisions prises en matière de revalorisation des salaires – et par les problèmes plus structurels qui affectent les établissements, est alarmante. S'il est nécessaire et bienvenu, le **fonds d'urgence de 100 millions d'euros** prévu par l'**article 3** n'est pas à la hauteur des besoins et ne pourra permettre de traiter que les situations les plus critiques.

- **L'article 37** vise à créer un **régime adapté de financement des Ehpad dans lequel les sections « soins » et « dépendance » seraient fusionnées**. La nouvelle section « soins et entretien de l'autonomie » serait subventionnée par un forfait global unique attribué par l'ARS, moyennant une participation des résidents, et financé par la branche autonomie.

Ce régime pérenne, et non expérimental, serait toutefois optionnel pour les départements. Par son caractère « à la carte », cette réforme de simplification et d'homogénéisation pourrait paradoxalement se traduire par des complexités supplémentaires et laisser s'installer dans la durée des disparités territoriales plus profondes.

La commission propose de transformer le régime adapté de financement en une expérimentation d'une durée de trois ans à laquelle pourraient participer dix départements.

Si l'évaluation du dispositif par la CNSA était concluante, sa généralisation et sa pérennisation pourraient être envisagées dès le terme de l'expérimentation.

- Au-delà du financement des Ehpad, il semble aujourd'hui nécessaire de clarifier les relations financières entre la CNSA et les départements. En particulier, **les modalités de la compensation du coût de la mise en place du tarif plancher pour les services à domicile ont pu générer des effets d'aubaine** et léser les départements qui avaient déjà fait l'effort d'avoir des tarifs plus élevés que la moyenne. Plus généralement, la CNSA verse aujourd'hui douze concours aux départements. Le PLFSS ne contient aucune mesure visant à les rationaliser.

Une réforme des concours financiers de la CNSA aux départements est souhaitable afin d'en améliorer la lisibilité et la transparence.

À l'article 10, la commission a supprimé la neutralisation de l'impact sur les plafonds des concours APA et PCH du transfert de 0,15 point de CSG à la branche.

B. DES PROMESSES À CONCRÉTISER DANS LE CHAMP DU HANDICAP

- **L'article 38** prévoit la création d'un **service de repérage des enfants de moins de six ans** susceptibles de présenter un handicap et la prise en charge par l'assurance maladie d'un parcours de bilan, de diagnostic et d'intervention. Il s'inscrit dans l'objectif de « *déployer 50 000 solutions nouvelles* » pour les personnes en situation de handicap d'ici 2030, annoncé lors de la conférence nationale du handicap (CNH) d'avril 2023.

La commission s'est interrogée sur la valeur ajoutée de ce nouveau « service » auquel sont appelés à contribuer des acteurs existants et sur son articulation avec les outils déjà déployés, tels que les plateformes de coordination et d'orientation (PCO) et le forfait d'intervention précoce en matière de troubles du neuro-développement.



*personnes bénéficiant
de l'« amendement Creton »*

- La situation des jeunes adultes en situation de handicap maintenus, au titre de l'« amendement Creton », dans des structures pour enfants telles que les instituts médico-éducatifs (IME) au-delà de l'âge limite pour lequel elles sont agréées est un sujet de préoccupation grandissante.

Considérant qu'un accompagnement plus adapté doit être proposé à ces personnes, la commission a adopté un **amendement permettant, à titre expérimental, l'accueil de jeunes en situation de handicap dès l'âge de 16 ans dans des dispositifs médico-sociaux de transition.**

- Censé traduire l'engagement de garantir le **remboursement intégral des fauteuils roulants** dès 2024, **l'article 38 bis** est d'une portée incertaine : les conditions d'application de cette mesure, de niveau conventionnel et réglementaire, sont suspendues aux négociations à venir.

C. UNE PREMIÈRE DÉCLINAISON DE LA NOUVELLE STRATÉGIE POUR LES AIDANTS 2023-2027

- **L'article 37 bis** prévoit que la durée des droits à l'allocation journalière du proche aidant (AJPA), qui est actuellement de 66 jours, puisse être renouvelée lorsque le bénéficiaire du congé de proche aidant est ouvert successivement au titre de différentes personnes aidées, dans la limite d'un an.
- Enfin, dans l'attente de mesures plus structurantes en faveur du répit des aidants, **l'article 37 ter** prolonge d'une année supplémentaire l'expérimentation de dérogations au droit du travail dans le cadre de services de « relayage » à domicile de longue durée. Cette prolongation doit s'accompagner d'un véritable bilan et d'une réflexion sur le modèle économique et juridique du dispositif.



En séance publique, le Sénat a adopté en première lecture le projet de loi de financement de la sécurité sociale, modifié par 281 amendements.

Le Sénat a notamment :

- respectivement modifié et rejeté les montants des Ondam pour 2023 et 2024 ;
- rejeté la trajectoire financière quadriennale, qui prévoit une nette dégradation du déficit des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, qui passerait de 8,8 milliards d'euros en 2023 à 17,5 milliards d'euros en 2027 ;
- renforcé les mesures de régulation et le contrôle du Parlement en cas de risque de dépassement de l'Ondam ;
- prévu que le Parlement se prononce sur le montant des dotations que les régimes obligatoires de base de sécurité sociale versent aux fonds, organismes et agences qu'ils subventionnent ;
- supprimé la disposition prévoyant une contribution des régimes complémentaires de retraite au titre de la « *solidarité financière* » du système de retraite ;
- supprimé la possibilité, pour le Gouvernement, de réduire par arrêté, dès 2023 et sans plafonnement, la compensation à l'Unédic du dispositif de réduction dégressive des contributions patronales d'assurance chômage, ce qui est contraire au principe de gestion paritaire de l'Unédic et remet en cause son désendettement ;
- supprimé la neutralisation de l'augmentation du plafond des compensations de la CNSA aux départements pour la PCH et l'APA qui devrait normalement résulter du transfert de 0,15 point de CSG de la Cades à la CNSA ;
- imposé, dans le cas de l'assurance maladie, la consultation des deux commissions des affaires sociales sur toute modification des montants de la participation forfaitaire ou de la franchise annuelle ;
- inscrit dans la loi un plancher égal à 2 Smic de l'année en cours dans le cas de la définition des salaires maximaux permettant de bénéficier des « bandeau famille » et « bandeau maladie » en multiples du Smic de 2023 (et non plus du Smic de l'année en cours) ;
- transféré 2 milliards d'euros de recettes de la branche maladie vers la branche famille, en conséquence du transfert de charge équivalent réalisé par la LFSS 2023 ;
- prévu une expérimentation en 2025-2027 devant permettre d'ajuster la réforme du financement de l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique des établissements de santé ;
- transformé en expérimentation la fusion optionnelle des sections « soins » et « dépendance » des Ehpad et unités de soins de longue durée ;
- rétabli le droit d'option accordé aux branches professionnelles pour le recouvrement par les Urssaf de leurs contributions conventionnelles de formation professionnelle et de dialogue social.

La suite de la navette

Après l'échec de la commission mixte paritaire réunie afin de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion, le Sénat a **rejeté en nouvelle lecture** le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, en adoptant une motion tendant à lui opposer la question préalable.



Philippe Mouiller
Les Républicains,
Deux-Sèvres
Président

Consulter le dossier législatif :

<http://www.senat.fr/dossier-legislatif/plfss2024.html>



**Élisabeth
Doineau**
UC,
Mayenne

Rapporteuse générale,
chargée des recettes et
des équilibres généraux



**Corinne
Imbert**
App. LR,
Charente-Maritime

Rapporteuse
pour la branche
assurance maladie



**Marie-Pierre
Richer**
Ratt. LR,
Cher

Rapporteuse
pour la branche
accidents du travail
et maladies
professionnelles



**Pascale
Gruny**
LR,
Aisne

Rapporteur
pour la branche
vieillesse



**Olivier
Henno**
UC,
Nord

Rapporteur
pour la branche
famille



**Chantal
Deseyne**
LR,
Eure-et-Loir

Rapporteur
pour la branche
autonomie