RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère des finances
et des comptes publics

Ministère des affaires sociales,
de la santé et des droits des femmes

PROJET DE LOI

de financement de la sécurité sociale pour 2015

**PREMIERE PARTIE :
DISPOSITIONS RELATIVES A L'EXERCICE 2013**

Article 1^{er}

Au titre de l'exercice 2013, sont approuvés :

1° Le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	182,2	189,1	-6,9
Vieillesse	212,2	215,8	-3,6
Famille	54,9	58,2	-3,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,5	12,8	0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches)	449,8	462,9	-13,1

2° Le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale :

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	158,0	164,8	-6,8
Vieillesse	111,4	114,6	-3,1
Famille	54,6	57,8	-3,2
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,0	11,3	0,6
Toutes branches (hors transferts entre branches)	324,0	336,5	-12,5

3° Le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	16,8	19,7	-2,9

4° Les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, s'élevant à 173,8 milliards d'euros ;

5° Les recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites, lesquelles sont nulles ;

6° Les recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse, s'élevant à 0,1 milliard d'euros ;

7° Le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, s'élevant à 12,4 milliards d'euros.

Article 2

Est approuvé le rapport figurant en annexe A à la présente loi présentant un tableau, établi au 31 décembre 2013, retraçant la situation patrimoniale des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit et décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents et la couverture des déficits, tels qu'ils sont constatés dans les tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2013 figurant à l'article 1^{er}.

**DEUXIEME PARTIE :
DISPOSITIONS RELATIVES A L'EXERCICE 2014**

Article 3

I. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le chapitre 8 du titre 3 du livre 1 est complété par une section 3 ainsi rédigée :

« Section 3

« Contribution au titre de médicaments destinés au traitement de l'hépatite C

« Art. L. 138-19-1. - Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours de l'année civile au titre des médicaments destinés au traitement de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1 et L. 162-18, est supérieur à un montant W déterminé par la loi et s'est accru de plus de 10 % par rapport au même chiffre d'affaires réalisé l'année précédente minoré des remises mentionnées aux articles L. 138-19-4, L. 162-16-5-1 et L. 162-18 et de la contribution prévue au présent article, les entreprises titulaires des droits d'exploitation de ces médicaments sont assujetties à une contribution.

« La liste des médicaments mentionnés au premier alinéa est établie et publiée par la Haute Autorité de santé. Le cas échéant, cette liste est actualisée après chaque autorisation de mise sur le marché ou autorisation temporaire d'utilisation de médicaments qui en relèvent.

« Art. L. 138-19-2. - L'assiette de la contribution est égale au chiffre d'affaires mentionné au premier alinéa de l'article L. 138-19-1 minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1 et L. 162-18 et après déduction de la part du chiffre d'affaires afférente à chaque médicament figurant sur la liste mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 138-19-1 dont le chiffre d'affaires hors taxes correspondant est inférieur à 10 % de W.

« Pour les médicaments bénéficiant d'une autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, un montant prévisionnel de la remise due en application de l'article L. 162-16-5-1 est calculé pour la détermination de l'assiette de la contribution. Ce montant prévisionnel est égal au nombre d'unités déclarées sur l'année considérée par l'entreprise concernée au Comité économique des produits de santé en application du deuxième alinéa de l'article L. 162-16-5-1 multiplié par la différence entre l'indemnité maximale déclarée en application du premier alinéa du même article et le dernier prix proposé ou déclaré par l'entreprise en application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6.

« Art. L. 138-19-3. - Le montant total de la contribution est calculé comme suit :

«

Part de chiffre d'affaires de l'ensemble des entreprises redevables (S)	Taux de la contribution exprimé en % de la part de chiffre d'affaires concernée
S supérieur à W et inférieur ou égal à W + 10 %	50 %
S supérieur à W + 10 % et inférieur ou égal à W + 20 %	60 %
S supérieur à W + 20 %	70 %

« La contribution due par chaque entreprise redevable est déterminée au prorata de son chiffre d'affaires calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-19-2 et minorée, le cas échéant, des remises versées au titre de l'article L. 138-19-4.

« Le montant de la contribution due par chaque entreprise redevable ne peut excéder 15 % de son chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours de l'année civile considérée au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 5111-1 du code de la santé publique.

« Le montant cumulé des contributions mentionnées aux articles L. 138-10 et L. 138-19-1 dues par chaque entreprise redevable ne peut excéder 15 % de son chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours de l'année civile considérée au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 5111-1 du code de la santé publique. L'excédent éventuel s'impute sur la contribution mentionnée à l'article L. 138-10.

« *Art. L. 138-19-4.* - Les entreprises redevables de la contribution qui, en application des articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5 et L. 162-16-6, ont conclu avec le Comité économique des produits de santé, pour l'ensemble des médicaments de la liste mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 138-19-1 qu'elles exploitent, une convention en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due et conforme aux modalités définies par un accord conclu, le cas échéant, en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4, peuvent signer avec le comité, avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, un accord prévoyant le versement sous forme de remise, à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, de tout ou partie du montant dû au titre de la contribution. Les entreprises exploitant les médicaments de la liste précitée bénéficiant d'une autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, dont le syndicat représentatif est signataire de l'accord mentionné au premier alinéa de l'article L. 162-17-4, peuvent également signer avec le comité un accord prévoyant le versement de remises.

« Les entreprises signataires d'un accord mentionné au premier alinéa sont exonérées de la contribution si la somme des remises versées est supérieure à 90 % du total des montants dont elles sont redevables au titre de la contribution.

« *Art. L. 138-19-5.* - Lorsqu'une entreprise assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques appartient à un groupe, la notion d'entreprise mentionnée à l'article L. 138-19-1 s'entend de ce groupe.

« Le groupe mentionné à l'alinéa précédent est constitué par une entreprise ayant publié des comptes consolidés au titre du dernier exercice clos avant l'année au cours de laquelle la contribution est due, en application de l'article L. 233-16 du code de commerce, et les sociétés qu'elle contrôle ou sur lesquelles elle exerce une influence notable au sens du même article.

« La société qui acquitte la contribution adresse à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, d'une part, une déclaration consolidée pour l'ensemble du groupe et, d'autre part, pour chacune des sociétés du groupe, une déclaration contenant les éléments non consolidés y afférents.

« En cas de scission ou de fusion d'une entreprise ou d'un groupe, le champ des éléments pris en compte pour le calcul de la contribution est défini à périmètre constant.

« *Art. L. 138-19-6.* - La contribution due par chaque entreprise redevable fait l'objet d'un versement au plus tard le 1^{er} mars suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.

« Le montant total de la contribution et sa répartition entre les entreprises redevables fait l'objet d'une régularisation l'année suivant celle au cours de laquelle le prix ou le tarif des médicaments concernés par les remises dues en application de l'article L. 162-16-5-1 a été fixé. Cette régularisation est déduite des montants dus au titre des remises mentionnées à l'article L. 162-18.

« Les entreprises redevables de la contribution sont tenues de remettre à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale la déclaration, conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, permettant de déterminer le chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due, avant le 1^{er} mars de l'année suivante.

« *Art. L. 138-19-7.* - Le produit de la contribution et des remises mentionnées à l'article L. 138-19-4 est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. » ;

2° A l'article L. 138-20, après la référence : « L. 138-10 » est insérée la référence : « L. 138-19-1, ».

II. - Le montant W mentionné aux articles L. 162-19-1 à L. 162-19-3 du code de la sécurité sociale est fixé à 450 millions d'euros.

Exposé des motifs

L'émergence de nouvelles molécules destinées au traitement de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C constituent une innovation thérapeutique majeure. Toutefois, les prix pratiqués par les laboratoires ainsi que les volumes attendus font peser un risque important, spécifique et nouveau sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie et, plus largement, mettent en péril la soutenabilité à moyen terme de notre système de soins reposant sur la solidarité nationale. La progression du chiffre d'affaires de ces médicaments et leur impact sur les dépenses d'assurance maladie sont en effet sans précédent et apparaissent significativement plus dynamiques que pour toutes les autres classes thérapeutiques d'ampleur comparable.

Aussi, afin de se prémunir contre le risque pesant sur les finances de la protection sociale tout en garantissant à chaque patient l'accès à cette innovation, il est proposé de mettre en place

un mécanisme progressif de contribution ayant pour but de rendre les dépenses de médicaments compatibles avec l'ONDAM. Ce mécanisme serait à la charge des entreprises exploitant les médicaments les plus contributeurs de la dépense et ne pas ainsi faire porter aux autres l'arrivée de produits proposés à des prix élevés.

Le dispositif permet donc de définir pour l'hépatite C un plafond de dépenses que la solidarité nationale peut assumer sans demander d'effort supplémentaire aux industriels, calculé sur la base des chiffres d'affaires hors taxe réalisés par les entreprises concernées. Au-delà de ce plafond, les laboratoires reverseront une contribution en fonction de leur chiffre d'affaire réalisé. Les chiffres d'affaires de chaque médicament destinés au traitement de la pathologie, dont la liste sera définie par la Haute Autorité de santé, seront inclus dans l'assiette de la contribution à l'exception de ceux représentant un faible chiffre d'affaire, ces derniers étant supposés traiter plusieurs pathologies et n'étant pas générateurs du risque pesant sur l'ONDAM. Pour permettre un juste financement de l'innovation, ce montant est fixé à un niveau très supérieur à celui des thérapies précédentes et le mécanisme ne s'applique que pour un niveau de progression du chiffre d'affaires de l'ensemble des médicaments destinés au traitement de l'hépatite C près de quatre fois supérieur à celui de l'ONDAM.

Afin de privilégier l'échange et la politique conventionnelle et sous réserve que certains engagements liés notamment au rendement de la mesure soient garantis, le comité économique des produits de santé pourra conclure avec les laboratoires concernés une convention dont l'objet est de répartir le montant total de la contribution entre les différentes entreprises.

Cette mesure apparaît aujourd'hui comme le seul moyen de concilier l'accès aux thérapies innovantes tout en mutualisant les risques financiers entre les laboratoires et l'assurance maladie.

Article 4

Au II de l'article 63 de la loi n° 2013-1203 du 17 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 le montant : « 138 » est remplacé par le montant : « 118 ».

Exposé des motifs

L'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) est financé par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour sa mission d'indemnisation des accidents médicaux, notamment ceux liés au virus de l'immunodéficience humaine (VIH), aux virus des hépatites B et C (VHB et VHC) et au virus T-lymphotropique humain (HTLV).

Cette dotation est fixée par la loi de financement de la sécurité sociale. Ainsi, l'article 63 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a prévu une dotation de 138 M€.

La présente mesure a pour objet de réduire le montant de la dotation pour cet exercice. En effet, le montant prévisionnel des dépenses à la charge de l'assurance maladie est évalué à 137,2 M€ (au lieu de 150 M€), suite à un moindre niveau d'activité de l'office constaté à mi-année 2014. Aussi est-il proposé de ramener la dotation à 118 M€.

Article 5

I. - Au titre de l'année 2014, sont rectifiés :

1° Les prévisions de recettes, les objectifs de dépenses et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ainsi qu'il suit :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	186,4	193,8	-7,4
Vieillesse	218,1	219,9	-1,7
Famille	56,2	59,1	-2,9
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,5	13,2	0,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	461,2	472,9	-11,7

2° Les prévisions de recettes, les objectifs de dépenses et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale ainsi qu'il suit :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	161,4	168,8	-7,3
Vieillesse	115,1	116,7	-1,6
Famille	56,2	59,1	-2,9
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,0	11,8	0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	332,7	344,3	-11,7

3° Les prévisions de recettes, les prévisions de dépenses et le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ainsi qu'il suit :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Prévisions de dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	16,9	20,6	-3,7

4° L'objectif d'amortissement de la dette sociale par la caisse d'amortissement de la dette sociale qui est fixé à 12,7 milliards d'euros.

5° Les prévisions des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites qui demeurent fixées conformément au II de l'article 35 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013.

6° Les prévisions de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse lesquelles sont nulles en application du II.

II. - L'article L. 135-3-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots « d'une nouvelle section » sont remplacés par les mots « d'une section distincte »

2° Le 1° et le 2° sont supprimés.

III. - La dernière ligne du tableau du dernier alinéa de l'article L. 137-16 du même code est supprimée.

IV. - L'article L. 135-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 12° le financement des avantages non contributifs instaurés, au bénéfice des retraités de l'ensemble des régimes, par décret, lorsque celui-ci le prévoit. »

V. - Les dispositions des II, III et IV s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2014.

Exposé des motifs

La section 1 du fonds de solidarité vieillesse sera mobilisée en 2014 pour assurer le financement de deux mesures de solidarité annoncée par le Gouvernement : la revalorisation du minimum vieillesse à 800 euros et le versement d'une prime exceptionnelle de 40 € aux retraités modestes. Les conditions de mise en œuvre de cette prime seront fixées par décret et les dispositions relatives aux charges du FSV sont adaptées en conséquence. Ces deux postes de dépenses généreront des dépenses supplémentaires de la section 1 du fonds, à hauteur de 250 M€ environ.

La section 2 du fonds affiche quant à elle une situation excédentaire. Cette section a vocation à financer le maintien à 65 ans du départ à la retraite pour les parents de trois enfants ou d'enfant handicapé par la mise en réserve de recettes. Les projections montrent que les réserves accumulées jusqu'ici, plus de 900 M€, suffisent à financer l'intégralité de la dépense correspondante. Cet article procède donc à une réaffectation de la fraction de forfait social dont bénéficiait la section 2 du FSV vers la section 1 de ce même fonds.

En tout état de cause, cette mesure d'affectation de recettes, qui contribuera à redresser les comptes de la section 1 du FSV n'affecte aucunement les droits des assurés et assurées concernés, dont les droits à retraite sont garantis en premier lieu par les régimes de base et ont été confortés par les dispositions de la loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites.

Article 6

Au titre de l'année 2014, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs sont rectifiés ainsi qu'il suit :

	(en milliards d'euros)
	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	80,9
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	55,5
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,7
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,5
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	9,0
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,0
Autres prises en charge	1,7
Total	178,3

TROISIEME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET A L'EQUILIBRE FINANCIER
DE LA SECURITE SOCIALE POUR L'EXERCICE 2015

TITRE I^{ER}
DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT
ET A LA TRESORERIE

CHAPITRE I^{ER}
RATIONALISATION DE CERTAINS PRELEVEMENTS AU REGARD DE LEURS OBJECTIFS

Article 7

I. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

A. - Au 1° et au 2° du III de l'article L. 136-2, les mots : « déterminés en application des dispositions des I et III du même article » sont remplacés par les mots : « mentionnés au 2° du III de l'article L. 136-8 » ;

B. - L'article L. 136-8 est ainsi modifié :

1° Au 1° du II, les mots : « au taux de 6,2 % » sont remplacés par les mots : « aux taux de 3,8 % ou de 6,2 %, selon les dispositions du III, » ;

2° Au 2° du II, les mots : « au taux de 6,6% » sont remplacés par les mots : « aux taux de 3,8 % ou de 6,6 % », selon les dispositions du III, » ;

3° Le III est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :

« *III.* - Les taux mentionnés au 1° et au 2° du II s'appliquent :

« 1° Pour ceux de 6,2 % et 6,6 %, aux allocations, indemnités et pensions perçues par les personnes dont le montant des revenus de l'avant-dernière année tels que définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts excède 13 900 €, pour la première part de quotient familial, majorée de 3 711 € pour chaque demi-part supplémentaire. Pour la Martinique, la Guadeloupe et la Réunion, les montants des revenus sont fixés à 15 207 € pour la première part, majorés de 4 082 € pour la première demi-part et 3711 € pour chaque demi-part supplémentaire à compter de la deuxième. Pour la Guyane et Mayotte ces montants sont fixés respectivement à 15 930 €, 4 268 € et 3 711 € ;

« 2° Pour celui de 3,8 %, aux allocations, indemnités et pensions perçues par les personnes dont le montant des revenus de l'avant-dernière année tels que définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts est inférieur aux seuils mentionnés à l'alinéa précédent et excède 10 633€, pour la première part de quotient familial, majorée de 2 839 € pour chaque demi-part supplémentaire, retenues pour le calcul de l'impôt sur le revenu afférent auxdits revenus. Pour la Martinique, la Guadeloupe et la Réunion, les montants des revenus sont fixés à 12 582 €, pour la première part, majorés de 3 123 € pour la première demi-part et 2 839 € pour chaque demi-part supplémentaire à compter de la deuxième. Pour la Guyane et Mayotte ces montants sont fixés respectivement à 13 156 €, 3 268 € et 2 839 € ;

« Les seuils mentionnés au présent III sont applicables pour l'exercice 2015. Pour les exercices ultérieurs ils sont revalorisés conformément à l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac constatée pour l'avant-dernière année et arrondis à l'euro le plus proche, la fraction d'euro égale à 0,50 étant comptée pour 1. »

C. - La section I du chapitre I^{er} du titre III du livre I^{er} est ainsi modifiée :

1° Elle est dénommée « Cotisations et contributions sur les revenus de remplacement » ;

2° L'article L. 130-1 est supprimé ;

3° Il est inséré un article L. 131-0 ainsi rédigé :

« *Art. L. 131-0.* - Les cotisations et contributions dues sur les avantages de retraite, d'invalidité, les indemnités journalières, les allocations de chômage et de préretraite et les autres revenus mentionnés à l'article L. 131-2 et au 7° du II de l'article L. 136-2 sont, sous réserve des dispositions du II *bis* de l'article L. 136-5, précomptées au moment du versement de ces avantages, allocations ou revenus, par l'organisme débiteur de ces revenus. » ;

4° Les articles L. 131-2 et L. 131-3 sont transférés au sein de cette section et l'article L. 131-2 est ainsi modifié :

a) Les deux premiers alinéas sont ainsi rédigés :

« Une cotisation d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès est prélevée sur les allocations et indemnités des travailleurs involontairement privés d'emploi ou placés en situation de cessation totale ou partielle d'activité versées en application des articles L. 5421-2, L. 5425-2, L. 5422-1, L. 5122-4, du II de l'article L. 5122-1 et des articles L. 1233-68, L. 1233-72, L. 5123-2, L. 5123-3 et L. 5424-6 du code du travail, ainsi que de l'article L. 5343-18 du code des transports.

« Une cotisation d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès est également prélevée sur les avantages alloués aux assurés en situation de préretraite ou de cessation d'activité en application de l'article 15 de l'ordonnance n° 82-108 du 30 janvier 1982 ou de dispositions réglementaires ou conventionnelles. Les taux qui leur sont applicables sont fixés par décret. » ;

b) Au troisième alinéa, les mots : « 1031 du code rural » sont remplacés par les mots : « L. 741-14 du code rural et de la pêche maritime ».

D. - La section II du chapitre I^{er} du titre III du livre I^{er} est abrogée.

E. - Le chapitre III *bis* du titre III du livre I^{er} est complété par une section VI ainsi rédigée :

« Section VI
« Règles d'arrondis

« Art. L. 133-10. - Le montant des cotisations et des assiettes sociales déclarées aux organismes de sécurité sociale en application des dispositions du présent code ou du code rural et de la pêche maritime est arrondi à l'euro le plus proche. La fraction d'euro égale à 0,50 est comptée pour 1. »

F. - Les 3 premières phrases du III de l'article L. 136-5 sont supprimées.

G. - A l'article L. 137-11-1, les mots : « selon les règles définies à l'article L. 130-1 » sont remplacés par les mots : « à l'euro le plus proche, la fraction d'euro égale à 0,50 étant comptée pour 1. »

H. - Le premier alinéa de l'article L. 243-2 est supprimé et au deuxième alinéa du même article les mots : « mentionnées à l'alinéa ci-dessus » sont remplacés par les mots : « dues sur les revenus de remplacement mentionnés à la section première du chapitre I^{er} du titre III du livre I^{er} »

I. - A l'article L. 244-1, les mots : « L'employeur ou le travailleur indépendant » sont remplacés par les mots : « Le cotisant ».

J. - A l'article L. 244-11 les mots : « dues par un employeur ou un travailleur indépendant, » sont supprimés.

K. - A l'article L. 244-14, les mots : « employeurs ou travailleurs indépendants » sont remplacés dans les deux occurrences par les mots : « cotisants ».

L. - Le deuxième alinéa de l'article L. 612-9 est supprimé.

II. - Le 1^o *bis* de l'article L. 14-10-4 du code de l'action social et des familles est ainsi modifié :

1^o Les mots : « dont la cotisation d'impôt sur le revenu de l'année précédente est supérieure ou égale au montant mentionné au 1 *bis* de l'article 1657 du code général des impôts » sont remplacés par les mots : « dont le montant des revenus de l'avant-dernière année tels que définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts excède le seuil mentionné au deuxième alinéa du III de l'article L. 136-8 » ;

2^o Les mots : « au III de » sont remplacés par le mot : « à » ;

III. - Au III de l'article 14 de l'ordonnance n^o 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, les mots : « aux articles L. 243-2 du code de la sécurité sociale et 1031 du code rural » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 131-0 du code de la sécurité sociale ».

IV. - Au troisième alinéa de l'article L. 761-10 du code rural et de la pêche maritime, les mots : « , conformément aux principes énoncés à l'article L. 136-2 et au premier alinéa » sont remplacés par : « évaluées selon les modalités prévues au deuxième alinéa »

V. - Les dispositions du I et du II s'appliquent aux revenus de remplacement dus au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2015.

Exposé des motifs

Le rapport du groupe de travail sur la fiscalité des ménages remis au Premier ministre le 13 mai dernier par MM. Dominique Lefebvre et François Auvigne souligne que notre système fiscal-social présente des propriétés redistributives marquées mais également un caractère déformé aux niveaux inférieurs du barème, résultant d'un empilement de dispositifs qui peuvent différer bien que poursuivant des objectifs similaires. Même s'il réduit globalement les inégalités, ce système se caractérise dans le bas du barème des prélèvements par des effets de seuils importants puisque le franchissement de certains commande l'obtention ou la perte de plusieurs avantages sociaux et fiscaux à la fois. Certains de ces seuils reposent en outre sur des critères qui reflètent imparfaitement la réalité des capacités contributives.

Cette imperfection est en particulier observée s'agissant de la contribution sociale généralisée (CSG) sur les revenus de remplacements. Afin de préserver le pouvoir d'achat des personnes qui les perçoivent et ont de faibles revenus, le législateur a en effet exclu de son assiette les pensions de retraites et les allocations de chômage perçues par des contribuables dont le revenu fiscal de référence de l'avant-dernière année est inférieur au seuil d'assujettissement à la taxe d'habitation. Le franchissement du seuil d'exonération de taxe d'habitation, fixé à 10 224 € pour une personne seule en 2013, conduit ainsi à un double assujettissement à la taxe d'habitation en 2013 et à la CSG au taux de 3,8% en 2014.

Ce seuil a en outre été complété, à compter de 1997 et de la création d'un taux intermédiaire de CSG sur les revenus de remplacement, par un second seuil, qui dépend du montant de cotisation d'impôt sur le revenu, dont le franchissement emporte quant à lui l'assujettissement au taux normal de CSG de 6,2 % sur les allocations de chômage ou 6,6 % pour les pensions de retraite. Ce seuil correspondant en pratique au seuil de recouvrement de l'impôt sur le revenu, soit une cotisation d'impôt supérieure à 61 €.

Or, ce second seuil est moins à même de prendre en compte les capacités contributives que celui du revenu fiscal de référence, dans la mesure où il est calculé après l'application d'éventuelles réductions d'impôts attachées au soutien d'objectifs spécifiques (mais avant imputation des crédits d'impôts). De par sa construction ce seuil est en outre susceptible de conduire à des « va et vient » s'agissant des taux de CSG appliqués successivement à un même pensionné alors même que sa situation est pourtant globalement inchangée par ailleurs. On observe à cet égard que près de 10 % des retraités changent chaque année de taux, ce qui est particulièrement élevé pour une population dont les revenus sont en général plutôt stables. Afin limiter les effets du franchissement des seuils sociaux et de mettre en œuvre la préconisation du rapport sur la fiscalité des ménages visant à ce que le revenu fiscal de référence devienne progressivement l'unique critère pour l'octroi d'un avantage fiscal ou social, la présente mesure, lui substitue un critère de revenu fiscal. Par ailleurs, il fixe, pour l'assujettissement au taux réduit de CSG, un seuil qui sera revalorisé pour les années suivantes en fonction de l'inflation, indépendamment de celui retenu pour l'assujettissement à la taxe d'habitation.

Afin de limiter au minimum les impacts pour les ménages, le changement est réalisé à rendement financier global inchangé par rapport à 2014.

L'article procède par ailleurs à une modification des dispositions, actuellement éparées et insuffisamment mises à jour, qui régissent le recouvrement de la CSG sur les revenus de remplacement afin de les rendre plus lisibles et d'en simplifier la gestion, sans impact pour les redevables.

Article 8

I. - L'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 21° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 21° Les personnes qui contribuent à l'exécution d'une mission de service public pour le compte d'une personne publique ou privée, lorsque cette activité revêt un caractère occasionnel au regard du temps qu'elles y consacrent et des revenus qu'elles en tirent.

« Un décret précise les sommes, activités et employeurs entrant dans le champ d'application du présent 21°. Il fixe, le cas échéant, les conditions dans lesquelles, lorsque la participation à la mission de service public constitue le prolongement d'une activité salariée, les sommes versées en rétribution de la participation à cette mission peuvent, en accord avec l'ensemble des parties, être versées à l'employeur habituel pour le compte duquel est exercée l'activité salariée, lorsque ce dernier maintient en tout ou partie la rémunération. Il fixe également, le cas échéant, les conditions dans lesquelles les dispositions du précédent alinéa ne sont pas applicables, sur leur demande, aux personnes dont la participation à la mission de service public s'effectue dans le prolongement de l'une des professions mentionnées à l'article L. 621-3. Dans ce cas, les sommes versées en rétribution de l'activité occasionnelle sont assujetties dans les mêmes conditions, selon les mêmes modalités et sous les mêmes garanties que le revenu d'activité non salarié, tel que défini à l'article L. 131-6, ou les revenus professionnels, tels que définis à l'article L. 731-14 du code rural et de la pêche maritime, que ces personnes tirent de leur profession. » ;

2° L'article est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret fixe, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent article. »

II. - L'article 13 de la loi n° 98-546 du 2 juillet 1998 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier est abrogé.

III. - Le présent article s'applique aux sommes versées à compter du 1^{er} janvier 2015.

Exposé des motifs

Le présent article a pour objectif de fournir un cadre social adapté à un certain nombre d'activités occasionnelles accomplies par des professionnels sous forme de concours à des missions de service public, notamment dans le domaine sanitaire et social (médecins accueillant des étudiants en médecine, médecins salariés participant à la permanence des soins ambulatoires, personnes participant à des commissions scientifiques ou des commissions paritaires...).

L'article vise également à proposer un dispositif particulier pour le versement des rémunérations et le recouvrement des cotisations dues au titre des sommes versées dans ce cadre. Il s'agit de proposer à la personne contribuant à la réalisation d'une mission de service public et à la personne publique ou privée pour le compte de laquelle celle-ci est effectuée de faire verser la rétribution afférente à la mission et précompter les cotisations dues par l'employeur habituel, avec l'accord de ce dernier, afin de réduire les démarches administratives des personnes concernées et de limiter les cas de pluri-affiliation. En effet, l'obligation pour certains salariés de s'affilier comme travailleurs indépendants peut représenter une charge disproportionnée, dissuasive à leur participation à ces activités.

En outre, en cohérence avec les évolutions issues de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 s'agissant des indemnités de mandat des élus locaux, cet article supprime l'exonération dont bénéficiaient jusqu'alors les indemnités versées aux membres des chambres des métiers et de l'agriculture ainsi que celle applicable aux indemnités pour perte de gain que perçoivent les administrateurs des caisses de sécurité sociale ayant la qualité de travailleur indépendant.

Article 9

A la sous-section 1 de la section 1 du chapitre II du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale, après l'article L. 242-4-3, il est inséré un article L. 242-4-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 242-4-4.* - Les cotisations forfaitaires fixées par arrêté pris en application des dispositions des articles L. 241-2, L. 241-3, L. 241-5 et L. 241-6 ne peuvent être calculées sur une base inférieure à 70 % de la rémunération lorsque celle-ci est égale ou supérieure à 1,5 fois la valeur du plafond mentionné à l'article L. 241-3. »

Exposé des motifs

La partie législative du code de la sécurité sociale renvoie à des arrêtés ministériels le soin de fixer, pour certaines catégories d'assujettis, des assiettes forfaitaires de cotisations de sécurité sociale (famille, maladie, vieillesse et accident du travail – maladies professionnelles). Cette règle en application de laquelle l'assiette des cotisations peut, dans certains cas, être fixée à un niveau infra-législatif, a conduit à mettre en place des assiettes forfaitaires qui ont principalement un effet protecteur sur les droits sociaux, lorsque l'assiette retenue est fixée à un niveau supérieur à la rémunération. Néanmoins, dans certains cas, ces cotisations permettent une réduction des prélèvements sociaux, lorsque leur assiette est inférieure aux sommes perçues, et peuvent conduire à des formes d'optimisation sociale.

Le présent article propose ainsi une règle d'encadrement général visant à limiter à 30% le taux d'abattement pouvant être appliqué à la rémunération réelle au titre de ces mécanismes d'assiette forfaitaire. Pour ne pas pénaliser l'emploi dans les secteurs dans lesquels la demande de travail des entreprises ou des associations est particulièrement sensible à son coût, cet encadrement sera limité aux rémunérations supérieures à 1,5 fois le montant du plafond de la sécurité sociale.

Article 10

I. - Le chapitre VIII du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Dans l'intitulé du chapitre et de sa section 1, les mots : « au sens de l'article L. 596 » sont supprimés ;

2° La section 2 est remplacée par les dispositions suivantes :

« Section 2

« Contribution à la charge des entreprises assurant l'exploitation « d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques

« Art. L. 138-10. - Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours de l'année civile au titre des médicaments mentionnés ci-dessous par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique, minoré des remises mentionnées aux articles L. 138-19-4, L. 162-16-5-1 et L. 162-18 et de la contribution prévue à l'article L. 138-19-1, s'est accru de plus de L %, déterminé par la loi, par rapport au même chiffre d'affaires réalisé l'année précédente minoré des remises mentionnées aux articles L. 138-13, L. 138-19-4, L. 162-16-5-1 et L. 162-18 et des contributions prévues au présent article et à l'article L. 138-19-1, ces entreprises sont assujetties à une contribution.

« Les médicaments pris en compte pour le calcul des chiffres d'affaires mentionnés au premier alinéa sont ceux inscrits sur les listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 162-17, à l'article L. 162-22-7, à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, ceux bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code et ceux pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code. Ne sont toutefois pas pris en compte :

« 1° Les médicaments orphelins désignés comme tels en application du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins, dans la limite de l'indication ou des indications au titre de laquelle ou desquelles la désignation comme médicament orphelin a été accordée par la Commission européenne pour lesquels le chiffre d'affaire hors taxes n'excède pas 30 millions d'euros ;

« 2° Les spécialités génériques définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, hormis celles qui sont remboursées sur la base d'un tarif fixé en application de l'article L. 162-16 du présent code ou celles pour lesquelles, en l'absence de tarif forfaitaire de responsabilité, le prix de vente au public des spécialités de référence définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est identique à celui des autres spécialités appartenant au même groupe générique.

« *Art. L. 138-11.* - L'assiette de la contribution est égale au chiffre d'affaires mentionné au premier alinéa de l'article L. 138-10 minoré des remises mentionnées aux articles L. 138-19-4, L. 162-16-5-1 et L. 162-18 et de la contribution prévue à l'article L. 138-19-1.

« Pour les médicaments bénéficiant d'une autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code et dont le prix ou tarif de remboursement n'a pas encore été fixé en application des articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5 et L. 162-16-6, un montant prévisionnel de la remise due en application de l'article L. 162-16-5-1 est calculé pour la détermination de l'assiette de la contribution. Ce montant prévisionnel est égal au nombre d'unités déclarées sur l'année considérée par l'entreprise concernée au Comité économique des produits de santé en application du deuxième alinéa de l'article L. 162-16-5-1 multiplié par la différence entre l'indemnité maximale déclarée en application du premier alinéa du même article et le dernier prix proposé ou déclaré par l'entreprise en application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6.

« *Art. L. 138-12.* - Le montant total de la contribution est calculé comme suit :

«

Taux d'accroissement du chiffre d'affaires de l'ensemble des entreprises redevables (T)	Taux de la contribution exprimé en % de la part de chiffre d'affaires concernée
T supérieur à L et inférieur ou égal à L + 0, 5 point	50 %
T supérieur à L + 0, 5 point et inférieur ou égal à L + 1 point	60 %
T supérieur à L + 1 point	70 %

« La contribution due par chaque entreprise redevable est déterminée au prorata de son chiffre d'affaires calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-11 et minorée, le cas échéant, des remises versées au titre de l'article L. 138-13.

« Le montant de la contribution due par chaque entreprise redevable ne peut excéder 10 % de son chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours de l'année civile considérée au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 5111-1 du code de la santé publique.

« *Art. L. 138-13.* - Les entreprises redevables de la contribution qui, en application des articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5 et L. 162-16-6, ont conclu avec le Comité économique des produits de santé, pour l'ensemble des médicaments mentionnés à l'article L. 138-10 qu'elles exploitent, une convention en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due et conforme aux modalités définies par un accord conclu, le cas échéant, en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4, peuvent signer avec le comité, avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, un accord prévoyant le versement sous forme de remise, à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, de tout ou partie du montant dû au titre de la contribution. Les entreprises exploitant les médicaments mentionnés à l'article L. 138-10 bénéficiant d'une autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, dont le syndicat représentatif est signataire de l'accord mentionné au premier alinéa de l'article L. 162-17-4, peuvent également signer avec le comité un accord prévoyant le versement de remises.

« Les entreprises signataires d'un accord mentionné au premier alinéa sont exonérées de la contribution si la somme des remises versées est supérieure à 80 % du total des montants dont elles sont redevables au titre de la contribution.

« *Art. L. 138-14.* - Lorsqu'une entreprise assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques appartient à un groupe, la notion d'entreprise mentionnée à l'article L. 138-10 s'entend de ce groupe.

« Le groupe mentionné à l'alinéa précédent est constitué par une entreprise ayant publié des comptes consolidés au titre du dernier exercice clos avant l'année au cours de laquelle la contribution est due, en application de l'article L. 233-16 du code de commerce, et les sociétés qu'elle contrôle ou sur lesquelles elle exerce une influence notable au sens du même article.

« La société qui acquitte la contribution adresse à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, d'une part, une déclaration consolidée pour l'ensemble du groupe et, d'autre part, pour chacune des sociétés du groupe, une déclaration contenant les éléments non consolidés y afférents.

« En cas de scission ou de fusion d'une entreprise ou d'un groupe, le champ des éléments pris en compte pour le calcul de la contribution est défini à périmètre constant.

« *Art. L. 138-15.* - La contribution due par chaque entreprise redevable fait l'objet d'un versement au plus tard le 1^{er} juin suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.

« Le montant total de la contribution et sa répartition entre les entreprises redevables fait l'objet d'une régularisation l'année suivant celle au cours de laquelle le prix ou le tarif des médicaments concernés par les remises dues en application de l'article L. 162-16-5-1 a été fixé. Cette régularisation est déduite des montants dus au titre des remises mentionnées à l'article L. 162-18.

« Les entreprises redevables de la contribution sont tenues de remettre à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale la déclaration, conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, permettant de déterminer le chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due, avant le 1^{er} mars de l'année suivante.

« *Art. L. 138-16.* - Le produit de la contribution et des remises mentionnées à l'article L. 138-13 est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. » ;

3° Les articles L. 138-17 à L. 138-19 sont abrogés.

II. - Le I s'applique pour le calcul de la contribution due à compter de l'année 2015.

Le taux L mentionné aux articles L. 162-10 et L. 162-12 du code de la sécurité sociale est fixé à -1 %.

III. - A compter du 1^{er} janvier 2015, le montant W mentionné aux articles L. 162-19-1 à L. 162-19-3 du code de la sécurité sociale est fixé à 700 millions d'euros.

IV. - Après l'article L. 162-17-4-1 du code de la sécurité sociale, il est rétabli un article L. 162-17-5 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-17-5.* - Le Comité économique des produits de santé peut fixer, pour les médicaments inscrits sur l'une des listes ouvrant droit au remboursement au titre de leur autorisation de mise sur le marché ou pour les produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation mentionnés à l'article L. 162-22-7, le montant des dépenses des régimes obligatoires de sécurité sociale au-delà duquel il peut décider de baisser le prix ou le tarif de responsabilité mentionné aux articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5, L. 162-16-6 et L. 165-7 des produits et prestations concernés.

« Les entreprises exploitant ces produits et prestations peuvent toutefois solliciter auprès du Comité économique des produits de santé de verser sous forme de remise à l'assurance maladie un montant égal à la perte de chiffre d'affaires annuel qui résulterait de l'application de la décision de baisse tarifaire. »

V. - L'article L. 162-22-7-1 du même code est abrogé. Toutefois, les dispositions de cet article continuent de s'appliquer aux spécialités, produits ou prestations pour lesquels le Comité économique des produits de santé a fixé un montant maximum de dépenses.

Exposé des motifs

En France, les dépenses de médicaments en France sont de l'ordre de 25 milliards d'euros et elles ne cessent de croître. Or, au vu de la forte contrainte qui pèse aujourd'hui sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie et de l'engagement du Gouvernement à maintenir la stabilité des dépenses de médicaments remboursés, il convient de pérenniser et d'adapter les actions permettant d'assurer la soutenabilité du système de santé en optimisant les dépenses de médicaments.

En effet, l'outil existant de régulation globale, le taux K, présente un certain nombre de limites : le cadre juridique de sa mise en œuvre conventionnelle est complexe, peu lisible et n'offre pas de garantie de rendement au regard de la clause de sauvegarde. Tout en conservant les principes essentiels du dispositif (référence au chiffre d'affaires, progressivité de la contribution, encouragement à un dispositif de remises conventionnelles), il est donc nécessaire de proposer certaines évolutions. De nouveaux mécanismes d'action permettraient ainsi de mieux faire participer l'ensemble des entreprises concernées mais également de doter le comité économique des produits de santé (CEPS) de nouveaux outils intervenant quand le débat conventionnel n'a pas permis d'aboutir à un consensus.

La présente mesure a donc pour objet d'adapter les outils de régulation existants, à commencer par le taux K, qui devient ainsi le taux L.

Tout d'abord, afin de continuer à financer l'accès de tous aux meilleurs traitements disponibles, il est indispensable de renforcer le mécanisme de sauvegarde, notamment en garantissant un rendement minimum de cette clause tout en préservant l'égalité de traitement entre les entreprises dont les produits influent sur les dépenses de l'assurance maladie. Le mécanisme existant est donc ajusté et simplifié dans un double objectif de prévisibilité pour les entreprises et de garantie de la soutenabilité des dépenses de médicaments par le système national de financement des soins.

Par ailleurs, il est proposé d'étendre la disposition qui permet aujourd'hui au CEPS de fixer, pour un médicament pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation, un montant de dépense au-delà duquel il peut décider d'une baisse de prix. L'objectif de cette mesure est donc de doter le CEPS de nouveaux outils pour les rares cas où le débat conventionnel n'a pas permis d'aboutir à un consensus car il s'agit d'un dispositif alternatif à la fixation unilatérale du prix facial.

Enfin, au-delà du dispositif du taux L, le dernier objet de cet article est de modifier, pour l'année 2015, le montant plafond des dépenses qui peuvent être alloués aux médicaments destinés au traitement de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C. En effet, dans la partie rectificative de la présente loi, il est proposé de mettre en place un nouveau mécanisme de régulation qui permet de définir, pour le traitement de cette pathologie, un montant plafond de dépenses que la solidarité nationale peut supporter, calculé en fonction des prévisions de progression de la dépense dans cette pathologie et des contraintes liées à l'ONDAM, et au-delà duquel les laboratoires reversent une contribution. Le montant qui a été fixé pour l'année 2014 doit être revu à la hausse dans la mesure où les médicaments concernés ne seront plus dans une période de prise en charge dérogatoire ou d'entrée progressive sur le marché. Aussi, il convient pour 2015 de prendre en compte la montée en charge des mises sous traitements et l'entrée dans le droit commun du financement, en augmentant le montant de l'enveloppe dédiée à ces produits.

Article 11

I. - Le code général des impôts est ainsi modifié :

1° L'article 1600-0 O est abrogé ;

2° L'article 1600-0 Q est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa du I, les mots : « des taxes mentionnées au I des articles 1600-0 O et 1600-0 P déclarent ces taxes » sont remplacés par les mots : « de la taxe mentionnée au I de l'article 1600-0 P déclarent cette taxe » et les mots : « chacune des taxes concernées » sont remplacés par les mots : « la taxe concernée » ;

b) Au deuxième alinéa du I, les mots : « les taxes mentionnées au I des articles 1600-0 O et » sont remplacés par les mots : « la taxe mentionnée au I de l'article » ;

c) Au II, les mots : « Les taxes mentionnées au I des articles 1600-0 O et 1600-0 P sont constatées, recouvrées et contrôlées » sont remplacés par les mots : « La taxe mentionnée au I de l'article 1600-0 P est constatée recouverte et contrôlée » ;

d) Au premier alinéa du III, les mots : « des taxes mentionnées » sont remplacés par les mots : « de la taxe mentionnée » et les mots : « les taxes à leur place » sont remplacés par les mots : « la taxe à leur place » ;

e) Au deuxième alinéa du III, les mots : « dispositifs mentionnés au II de l'article 1600-0 O et aux » sont supprimés ;

f) Au IV, les mots : « des taxes mentionnées aux articles 1600-0 O et » sont remplacés par les mots : « de la taxe mentionnée à l'article » ;

3° Au III *bis* de l'article 1647, la référence : « 1600-0 O, » est supprimée.

II. - Le premier alinéa de l'article L. 166 D du livre des procédures fiscales est supprimé.

III. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 138-9-1 est ainsi modifié :

a) Au deuxième alinéa, après le mot : « délais » sont insérés les mots : « et formes » ;

b) Le dernier alinéa est supprimé ;

2° L'article L. 138-20 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après la référence : « L. 245-5-1 » il est inséré la référence : « , L. 245-5-7 » ;

b) Après le premier alinéa, il est inséré deux alinéas ainsi rédigés :

« Les déclarations et versements afférents à ces contributions ainsi que les déclarations prévues aux articles L. 138-9-1 et L. 165-5 sont effectués par voie dématérialisée, dans des conditions fixées par décret.

« La méconnaissance de l'obligation de déclaration par voie dématérialisée prévue au précédent alinéa entraîne l'application d'une majoration, fixée par décret, dans la limite de 0,2 % des sommes dont la déclaration a été effectuée par une autre voie que la voie dématérialisée. La méconnaissance de l'obligation de versement prévue au même alinéa entraîne l'application d'une majoration, fixée par décret, dans la limite de 0,2 % des sommes dont le versement a été effectué selon un autre mode de paiement. Ces majorations sont versées auprès de l'organisme chargé du recouvrement de ces contributions dont le redevable relève, selon les règles, garanties et sanctions applicables à ces contributions. » ;

3° L'article L. 165-5 est ainsi modifié :

a) Au deuxième alinéa, après le mot : « délais » sont insérés les mots : « et formes » ;

b) Le dernier alinéa est supprimé ;

4° L'article L. 241-2 est ainsi modifié :

a) Au 6° après la référence: « L. 245-5-1 », il est inséré la référence : « , L. 245-5-7 » ;

b) Au 7° les mots : « Les taxes perçues au titre des articles L. 1600-0 O et L. 1600-0 R » sont remplacés par les mots : « La taxe perçue au titre de l'article L. 1600-0 R » ;

5° Dans l'intitulé de la section 2 du chapitre V du titre IV du livre II, le mot : « contribution » est remplacé par le mot : « contributions » ;

6° Après l'article L. 245-5-6, il est inséré un article L. 245-5-7 ainsi rédigé :

« *Art. L. 245-5-7. - I. - Les personnes assujetties à la taxe sur la valeur ajoutée en application de l'article 256 A du code général des impôts qui effectuent la première vente en France des dispositifs définis au II du présent article sont soumises à une contribution perçue au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.*

« *II. - La contribution s'applique aux dispositifs médicaux définis à l'article L. 5211-1 du code de la santé publique et aux dispositifs médicaux de diagnostic in vitro définis à l'article L. 5221-1 du même code.*

« *III. - L'assiette de la contribution est constituée du montant total des ventes de dispositifs mentionnés au II, hors taxe sur la valeur ajoutée, réalisées au cours de l'année civile précédente, à l'exclusion des ventes portant sur les dispositifs mentionnés au même II lorsqu'ils sont exportés hors de l'Union européenne ou lorsqu'ils sont expédiés vers un autre Etat membre de l'Union européenne.*

« *IV. - Le taux de la contribution prévue au I du présent article est fixé à 0,29 %.*

« V. - La contribution n'est pas exigible lorsque le montant total des ventes mentionnées au III du présent article n'a pas atteint, au cours de l'année civile précédente, un montant hors taxes de 500 000 €.

« VI. - La première vente en France au sens du I du présent article s'entend de la première vente intervenant après fabrication en France ou après introduction en France en provenance de l'étranger de dispositifs mentionnés au II.

« Le fait générateur de la contribution intervient lors de la première vente des dispositifs mentionnés au même II. La contribution est exigible lors de la réalisation de ce fait générateur.

« VII. - La contribution mentionnée au I du présent article est versée selon les mêmes modalités que celles prévues à l'article L. 245-5-5 du présent code.

« VIII. - L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale transmet à l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique les données collectées à partir des déclarations des redevables de la contribution mentionnée au I du présent article, dans les conditions et suivant les modalités déterminées par décret.

« Les destinataires des informations transmises sont astreints, pour les données dont ils ont à connaître en application du présent article, au secret professionnel sous les sanctions prévues à l'article 226-13 du code pénal. »

IV. - Au premier alinéa de l'article L. 5121-18 du code de la santé publique, les mots : « taxe prévue à l'article 1600-0 O du code général des impôts » sont remplacés par les mots : « contribution prévue à l'article L. 245-5-7 du code de la sécurité sociale ».

V. - A. - Les 1^o, 2^o et 3^o du III du présent article s'appliquent aux déclarations et versements effectués à compter du 1^{er} janvier 2015.

B. - La taxe mentionnée à l'article 1600-0 O du code général des impôts dans sa rédaction en vigueur antérieurement à la présente loi demeure exigible au titre des ventes des dispositifs mentionnés au II du même article réalisées jusqu'au 31 décembre 2014.

La contribution prévue à l'article L. 245-5-7 du code de la sécurité sociale créé par le présent article est applicable aux ventes des dispositifs mentionnés au II du même article réalisées à compter du 1^{er} janvier 2015.

Exposé des motifs

Le secteur des dispositifs médicaux est en France un secteur en croissance et plusieurs publications récentes dressent le portrait d'un secteur dont le renforcement et le développement sont très positifs pour la France en termes d'emplois non délocalisables.

Le présent article a pour objectif de simplifier les démarches administratives des entreprises de ce secteur.

Ainsi, il est proposé, dans un souci de rationalisation de l'action de recouvrement et de contrôle et de simplification de la fiscalité pour les petits redevables, de rehausser le seuil d'assujettissement pour la taxe sur les premières ventes de dispositifs médicaux et de confier son recouvrement à un seul opérateur, le réseau des URSSAF, déjà en charge du recouvrement des autres contributions sur les produits de santé (spécialités pharmaceutiques et dispositifs médicaux). Ainsi, tous les redevables actuels dont le chiffre d'affaires annuel est inférieur à 500 000 € seront désormais exonérés de cette taxe et dispensés de toute déclaration. Par ailleurs, pour les redevables restants, la déclaration et le paiement de cette taxe seront concomitants à la déclaration et au paiement de la contribution sur les dépenses de publicité dont ils sont par ailleurs redevables le cas échéant.

Par ailleurs, le présent article prévoit la dématérialisation de la déclaration unique et du paiement de l'ensemble des contributions sur les produits de santé dont le recouvrement avait été unifié par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013. Dans la même logique, il prévoit la dématérialisation des déclarations spécifiques effectuées auprès du Comité économique des produits de santé (CEPS) et de l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM).

Article 12

I. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° La section 1 du chapitre 1^{er} du titre 7 du livre 1 est complétée par un article L. 171-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 171-4.* - La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale du régime social des indépendants, la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, la Caisse nationale d'assurance vieillesse, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et la Caisse nationale des barreaux français peuvent confier, dans des conditions déterminées par convention, l'exercice des recours subrogatoires que les caisses exercent contre le responsable d'un accident à une ou plusieurs de ces dernières. » ;

2° A l'article L. 613-21, les mots : « à L. 376-3 » sont remplacés par les mots : « à L. 376-4 » ;

3° A la section 4 du chapitre 3 du titre 4 du livre 6, il est inséré un article L. 643-9 ainsi rédigé :

« *Art. L. 643-9.* - Les dispositions des articles L. 376-1 à L. 376-4 sont applicables aux prestations servies en application du présent chapitre. » ;

4° Au chapitre 4 du titre 4 du livre 6, il est inséré un article L. 644-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 644-4.* - Les dispositions des articles L. 376-1 à L. 376-4 sont applicables aux prestations servies en application du présent chapitre. » ;

5° Au chapitre 5 du titre 4 du livre 6, il est inséré un article L. 645-5-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 645-5-1.* - Les dispositions des articles L. 376-1 à L. 376-4 sont applicables aux prestations servies en application du présent chapitre. » ;

6° La sous-section 7 de la section 3 du chapitre 3 du titre 2 du livre 3 est complétée par un article L. 723-13-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 723-13-1.* - Les dispositions des articles L. 376-1 à L. 376-4 sont applicables aux prestations servies en application de la présente section. » ;

7° La section 4 du chapitre 3 du titre 2 du livre 7 est complétée par un article L. 723-21-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 723-21-1.* - Les dispositions des articles L. 376-1 à L. 376-4 sont applicables aux prestations servies en application de la présente section. ».

II. - Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° Le titre III du livre VII est complété par un chapitre III ainsi rédigé :

« *CHAPITRE III*
« **RECOURS DES CAISSES CONTRE LES TIERS PAYEURS**

« *Art. L. 733-1.* - Les dispositions des articles L. 376-1 à L. 376-4 du code de la sécurité sociale sont applicables aux prestations servies en application du chapitre II du présent titre.

« Pour l'application de ces dispositions, les caisses de mutualité sociale agricole sont substituées aux caisses d'assurance maladie. » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 761-16, après la référence : « L. 454-1, » est ajoutée la référence : « L. 454-2, » ;

3° La dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 761-19 est complétée par les mots : « ainsi que des articles L. 454-1 et L. 454-2 du même code. » ;

4° Au premier alinéa de l'article L. 762-14, les mots : « à L. 376-3 » sont remplacés par les mots : « à L. 376-4 » ;

5° Au premier alinéa de l'article L. 762-26, après les mots : « chapitre II » sont ajoutés les mots « et du chapitre III ».

III. - Les dispositions du présent article sont applicables à compter du 1^{er} juillet 2015.

Exposé des motifs

Le présent article vise à parachever l'extension, à l'ensemble des régimes de sécurité sociale, des dispositions applicables dans le régime général en matière de recours contre les tiers responsables.

Par ailleurs, il prévoit la possibilité pour les caisses nationales des régimes dont les caisses locales ont la capacité d'exercer de tels recours de conclure entre elles des conventions visant à en confier la mise en œuvre qu'à certaines de ces caisses locales.

CHAPITRE II
SIMPLIFICATION DU RECOUVREMENT

Article 13

I. - Le code général des impôts est ainsi modifié :

1° L'article 995 est ainsi modifié :

a) Le 11° est complété par les mots : « , à l'exception de la part se rapportant à l'obligation d'assurance en matière de circulation de véhicules terrestres à moteur instituée par l'article L. 211-1 du code des assurances » ;

b) Le dernier alinéa du 12° est complété par les mots : « à l'exception de la part se rapportant à l'obligation d'assurance en matière de circulation de véhicules terrestres à moteur instituée par l'article L. 211-1 du code des assurances » ;

c) Le 13° est abrogé ;

d) L'article est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 18° Les contrats d'assurance maladie qui sont assujettis à la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale. » ;

2° L'article 1001 est ainsi modifié :

a) Les 2° *bis* et les 2° *ter* sont abrogés ;

b) Au 5° *bis*, après le mot : « moteur » sont ajoutés les mots : « autres que les assurances relatives à l'obligation d'assurance en matière de véhicules terrestres à moteur instituée par l'article L. 211-1 du code des assurances. » ;

c) Après le 5° *bis*, il est inséré deux alinéas ainsi rédigés :

« 5° *ter* A 15 % pour les assurances relatives à l'obligation d'assurance en matière de véhicules terrestres à moteur instituée par l'article L. 211-1 du code des assurances et concernant les véhicules terrestres à moteur utilitaires d'un poids total autorisé en charge supérieur à 3,5 tonnes et les camions, camionnettes, fourgonnettes à utilisations exclusivement utilitaires des exploitations agricoles et exclusivement nécessaires au fonctionnement de celles-ci ;

« A 33 % pour les assurances relatives à l'obligation d'assurance en matière de véhicules terrestres à moteur instituée par l'article L. 211-1 du code des assurances pour les véhicules autres que ceux mentionnés au précédent alinéa. » ;

d) Au dernier alinéa, les mots : « du produit de la taxe afférente aux contrats visés au 2° bis, qui est affecté, par parts égales, à la Caisse nationale des allocations familiales et à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et à l'exception d'une fraction du produit de la taxe afférente aux contrats mentionnés au 2° ter qui est affectée, pour la part correspondant à un taux de 5 %, à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés » sont remplacés par les mots : « de la fraction correspondant à un taux de 13,3 % du produit de la taxe au taux de 33 % et du produit de la taxe au taux de 15 % visés au 5° ter du présent article, qui sont affectés aux organismes de la sécurité sociale dans les conditions prévues à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale ».

II. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

A. - Le 4° de l'article L. 131-8 est ainsi rédigé :

« 4° La fraction du produit de la taxe mentionnée au dernier alinéa de l'article 1001 du code général des impôts est affectée à la Caisse nationale des allocations familiales ;

B. - Les articles L. 137-6, L. 137-7 et L. 137-9 sont abrogés ;

C. - A l'article L. 138-20, la référence : « L. 137-6, » est supprimée ;

D. - A l'article L. 862-3, après les mots : « sont constitués », sont insérés les mots : « d'une fraction » ;

E. - L'article L. 862-4 est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « , au profit du fonds visé à l'article L.862-1, » sont supprimés et les mots : « afférentes aux garanties de protection complémentaire en matière de frais de soins de santé souscrites » sont remplacés par le mot : « maladie » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « la cotisation correspondant à ces garanties et stipulée » sont remplacés par les mots : « le montant des sommes stipulées » et il est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Les sommes stipulées au profit de ces organismes s'entendent également de tous accessoires dont ceux-ci bénéficient directement ou indirectement du fait de l'assuré. » ;

2° Au II, le taux : « 6,27 % » est remplacé par le taux : « 13,27 % » ;

3° Après le II, sont insérées les dispositions suivantes :

« III. - Par dérogation, le taux de la taxe est fixé à :

« 1° 6,27 % pour les contrats d'assurance maladie souscrits dans les conditions prévues au 1° de l'article 998 du code générale des impôts ;

« 2° 6,27 % pour les contrats d'assurance maladie complémentaire couvrant les personnes physiques ou morales qui exercent exclusivement ou principalement une des professions agricoles ou connexes à l'agriculture définies aux articles L. 722-4, L. 722-9, au 1° de l'article L. 722-10 et aux articles L. 722-21, L. 722-28, L. 722-29, L. 731-25 et L. 741-2 du code rural et de la pêche maritime ainsi que leurs salariés et les membres de la famille de ces personnes, lorsqu'ils vivent avec elles sur l'exploitation si les garanties respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale ;

« 2° bis 20,27 % pour les contrats mentionnés au 2° qui ne respectent pas la condition énoncée ;

« 3° 7 % pour les contrats d'assurance maladie afférents aux garanties de protection en matière de frais de soin de santé pour les personnes qui ne sont pas à la charge d'un régime obligatoire d'assurance maladie français.

« 4° 7 % pour les garanties assurant le versement d'indemnités journalières.

« IV. - Le taux prévu au II est applicable aux contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative à la condition que l'organisme ne recueille pas d'informations médicales auprès de l'assuré au titre de ce contrat ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture, que les cotisations ou les primes ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

« Ce taux est également applicable aux contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations collectives à adhésion obligatoire sous réserve que les cotisations ou les primes ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions mentionnées au même article L. 871-1.

« Lorsque l'ensemble de ces conditions n'est pas satisfait, le taux est majoré de 7 points.

« V. - Le taux prévu au 4° du III est applicable lorsque l'état physique de l'assuré nécessite un arrêt temporaire de travail à la condition que les organismes ne recueillent pas d'informations médicales auprès de l'assuré et ne fixent pas le montant des primes d'assurance en fonction de son état de santé.

« Lorsque l'ensemble de ces conditions n'est pas satisfait, le taux est majoré de 7 points. » ;

4° Le III devient le VI ;

5° Il est ajouté un VII et un VIII ainsi rédigés :

« VII. - Le produit de la taxe perçu au titre des contrats mentionnés au 1° et 2° et, pour la part correspondant à un taux de 6,27 %, des 1° et 2° bis du II est affecté au fonds mentionné à l'article L. 862-1. Le reste du produit de la taxe est affecté par parts égales à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et à la Caisse nationale des allocations familiales.

« VIII. - L'organisme chargé du recouvrement de la taxe prévue au I peut obtenir des administrations fiscales communication de tout élément afférent aux contrats mentionnés au II du présent article en application des dispositions de l'article L. 152 du livre des procédures fiscales. »

III. - Les dispositions prévues aux I et II du présent article s'appliquent aux primes, cotisations ou fractions de primes ou cotisations pour lesquelles un fait générateur d'imposition intervient à compter du 1^{er} janvier 2016.

Toutefois, les primes ou cotisations d'assurance relatives aux véhicules terrestres à moteur dont le fait générateur est intervenu antérieurement au 1^{er} janvier 2016, en vertu des dispositions de l'article L. 137-6 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction en vigueur avant la présente loi, ne sont taxées à la taxe sur les conventions d'assurance qu'au taux prévu au 5^o bis et à hauteur de 18/33^e du taux prévu au second alinéa du 5^o ter de l'article 1001 du code général des impôts tels qu'issus de la présente loi. Les primes ou cotisations d'assurance maladie dont le fait générateur est intervenu antérieurement au 1^{er} janvier 2016, en vertu des dispositions de l'article L.862-4 du code de la sécurité sociale dans sa version en vigueur avant la présente loi, sont taxées aux taux prévus par la présente loi lorsqu'elles n'ont pas été soumises à la taxe sur les conventions d'assurance applicable antérieurement au 1^{er} janvier 2016.

Exposé des motifs

Les sociétés d'assurance, les mutuelles et les institutions de prévoyance qui proposent des contrats d'assurance maladie doivent actuellement déclarer et verser à deux échéances différentes, auprès de deux organismes différents (Urssaf et DGFIP), deux taxes juridiquement distinctes – la taxe de solidarité additionnelle et la taxe sur les conventions d'assurance – pourtant assises sur les mêmes éléments et toutes deux affectées essentiellement à la sphère sociale en raison de la complémentarité entre la couverture assurée par les régimes obligatoires d'assurance maladie et celle des régimes complémentaires.

De la même façon, les sociétés d'assurance qui proposent des contrats d'assurance relatifs aux véhicules terrestres à moteur doivent actuellement déclarer et verser à deux échéances différentes, auprès de deux organismes différents (DGFIP et Urssaf), deux taxes juridiquement distinctes - la contribution sur les véhicules terrestres à moteur et la taxe sur les conventions d'assurance - pourtant assises sur les mêmes éléments.

La suppression, pour chacune des catégories de contrats d'assurance, de l'empilement des deux taxes auxquelles elles sont actuellement soumises, permettra une simplification du paysage de la fiscalité française et une plus grande lisibilité par les redevables. De même, la rationalisation du recouvrement, confié dorénavant uniquement à l'Urssaf d'Ile de France pour ce qui concerne les contrats d'assurance maladie et à la DGFIP pour ce qui concerne les contrats d'assurance des véhicules terrestres à moteur, permettra de ne pas spécialiser deux administrations distinctes dans la gestion et le contrôle de taxations spécifiques.

Article 14

I. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° La dernière phrase du III de l'article L. 136-5 est supprimée ;

2° L'article L. 243-1-3 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 243-1-3. - I. - Au titre des périodes de congés de leurs salariés, les employeurs affiliés aux caisses de congés mentionnées à l'article L. 3141-30 du code du travail s'acquittent des cotisations et contributions auprès des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 dans les conditions suivantes :

« 1° Pour les cotisations et contributions mentionnées à l'article L. 834-1 ainsi qu'aux articles L. 2333-64 et L. 2531-2 du code général des collectivités territoriales, par le versement libératoire de majorations proportionnelles aux cotisations et contributions correspondantes dont ils sont redevables au titre des rémunérations qu'ils versent pour l'emploi de leurs salariés. Le taux de ces majorations est fixé par décret ;

« 2° Pour les cotisations de sécurité sociale et les contributions mentionnées à l'article L. 136-2, à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relatif au remboursement de la dette sociale et au 1° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles, par un versement assis sur les montants dus aux caisses mentionnées à l'article L. 3141-30 du code du travail pour la couverture des périodes de congés de leurs salariés. Le cas échéant, les versements des cotisations et contributions à la charge des salariés font l'objet d'un ajustement dans les conditions fixées par décret sur la base des montants d'indemnités de congés payés effectivement versés.

« II. - A. - Sous réserve du 2°, les dispositions du 2° du I s'appliquent aux périodes d'acquisition des congés postérieures au 1^{er} avril 2015 et les dispositions du 1° du I s'appliquent à compter du 1^{er} avril 2016.

« B. - De manière transitoire, jusqu'à une date fixée par décret pour chaque secteur concerné et au plus tard le 1^{er} avril 2018, le versement mentionné au 2° de l'article L. 243-1-3 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue du présent article, est effectué par les caisses mentionnées à l'article L. 3141-30 du code du travail, avant la fin du mois au cours duquel les cotisations leur sont versées. Ce versement est égal au produit d'un taux fixé par décret en fonction des taux de cotisations et contributions en vigueur et du montant d'assiette sur lequel les cotisations versées aux caisses de congés payés sont calculées. Le cas échéant, ce versement fait l'objet d'un ajustement dans les conditions fixées par décret sur la base des montants d'indemnités de congés payés effectivement versés.

« C. - Un décret fixe les conditions permettant aux entreprises des secteurs qui le souhaitent de bénéficier du dispositif prévu au 2° de l'article L. 243-1-3 dans sa rédaction issue du présent article avant la date fixée au 2° du II. »

Exposé des motifs

Dans les secteurs où existent des caisses de congés payés, les règles applicables pour le recouvrement des cotisations sociales sont très disparates selon les différents types de cotisations et de contributions et également selon le type d'exonérations qui les concernent : certaines sont appliquées « à la source » par les employeurs tandis que d'autres le sont « à la sortie » par les caisses de congés payés, qui ne sont pas les employeurs.

La retenue à la source s'impose comme le modèle le plus cohérent à terme. En effet, dès lors que l'employeur a acquitté les sommes nécessaires au paiement des cotisations sociales, il est justifié que celles-ci soient immédiatement affectées à la sécurité sociale. C'est d'ailleurs l'option qui a été retenue par la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 à l'occasion de l'élargissement important des dispositifs de baisse du coût du travail : il a été choisi en effet une application « au fil de l'eau » de ces avantages pour les employeurs. Ainsi, la mesure permettra notamment de ne plus déconnecter, dans un sens fortement défavorable à la sécurité sociale, le paiement des cotisations et les exonérations portant sur celles-ci.

Cette mesure, sans impact sur le coût du travail pour les entreprises ni sur les droits des salariés, participe en 2015 à la compensation d'une partie des pertes de recettes pour la sécurité sociale, consécutives aux allègements prévus dans le pacte de responsabilité et de solidarité.

A terme, cette mesure permettra de simplifier l'architecture des prélèvements sociaux. Des dispositions transitoires sont toutefois prévues sur une durée importante, afin de permettre aux entreprises des différents secteurs concernés de se préparer à la mise en œuvre de ce dispositif.

Article 15

I. - A. - Dans la section 4 du chapitre 3 du titre 4 du livre 2 du code de la sécurité sociale, il est rétabli un article L. 243-13 ainsi rédigé :

« *Art. L. 243-13.* - I. - Les contrôles prévus à l'article L. 243-7 visant les entreprises occupant moins de dix salariés ou les travailleurs indépendants ne peuvent s'étendre sur une période supérieure à trois mois.

« Cette période peut être prorogée une fois à la demande expresse de l'entité contrôlée ou de l'organisme de recouvrement.

« La limitation du temps de contrôle prévue au premier alinéa n'est pas applicable lorsqu'est établi au cours de cette période :

« 1° Une situation de travail dissimulé tel que défini aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail ;

« 2° Une situation d'obstacle à contrôle mentionnée à l'article L. 243-12-1 ;

« 3° Une situation d'abus de droit tel que défini à l'article L. 243-7-2 ;

« 4° Un constat de comptabilité insuffisante ou documentation inexploitable.

« II. - Les dispositions du présent article ne sont pas applicables :

« 1° Lorsque la personne contrôlée verse, directement ou par l'entremise d'un tiers, des rémunérations à des salariés dont le nombre est égal ou supérieur à celui mentionné au premier alinéa du I ;

« 2° Lorsque l'entité appartient à un ensemble de personnes entre lesquelles un lien de dépendance ou de contrôle existe au sens des articles L. 233-1 et L. 233-3 du code de commerce et que l'effectif de l'ensemble de ces entités est égal ou supérieur à celui mentionné au premier alinéa du I. »

B. - À l'article L. 243-7 du code de la sécurité sociale, après la première phrase, il est inséré la phrase suivante : « Le contrôle peut être diligenté chez toute personne lorsque les inspecteurs peuvent présumer, du fait d'un contrôle en cours, que cette dernière verse à des salariés de l'employeur contrôlé initialement une rémunération au sens de l'article L. 242-1. »

II. - La section 3 *bis* du chapitre 3 du titre 4 du livre 2 du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 243-6-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 243-6-5. - Sauf en cas de travail dissimulé, le directeur des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-2 peut conclure avec un cotisant une transaction par laquelle les parties terminent une contestation née, ou préviennent une contestation à naître.

« Ce contrat doit comporter des concessions réciproques. Il ne peut porter, pour une période limitée à trois ans, que sur :

« 1° Le montant des majorations de retard et les pénalités notamment appliquées en cas de production tardive ou inexactitude des déclarations obligatoires relatives aux cotisations et contributions sociales ;

« 2° L'évaluation d'éléments d'assiette des cotisations ou contributions dues relative aux avantages en nature, aux avantages en argent et aux frais professionnels, lorsque la détermination de ces éléments présente une difficulté particulière ;

« 3° Les montants de redressements calculés en application des méthodes de vérification par échantillonnage et extrapolation.

« La possibilité de conclure une transaction sur un ou plusieurs chefs de redressements faisant suite à un contrôle prévu à l'article L. 243-7 et faisant l'objet d'un recours devant la commission de recours amiable de l'organisme de recouvrement est suspendue à compter de la date de ce recours et jusqu'à la date de la décision de cette commission. Cette possibilité n'est rétablie à l'issue de cette période que lorsque le tribunal des affaires de la sécurité sociale a été saisi.

« Lorsqu'une transaction est devenue définitive après approbation de l'autorité mentionnée à l'article L. 151-1, aucune procédure contentieuse ne peut plus être engagée ou reprise pour remettre en cause ce qui a fait l'objet de la transaction.

« Toute convention portant sur les éléments mentionnés aux 1° à 3° doit, à peine de nullité, respecter les conditions et la procédure fixée par le présent article et les textes pris pour son application.

« La transaction conclue par la personne mentionnée au premier alinéa engage l'organisme de recouvrement. L'article L. 243-6-4 est applicable aux transactions. »

III. - L'article L. 652-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa, les mots : « cotisations et majorations », sont remplacés par les mots : « cotisations, contributions et majorations » ;

2° Le troisième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les contestations sont portées devant le juge de l'exécution. A peine d'irrecevabilité, les contestations sont formées par le débiteur dans le délai d'un mois à partir de la notification de l'opposition. En cas de contestation, le paiement est différé pendant ce délai, et le cas échéant jusqu'à ce qu'il soit statué, sauf si le juge autorise le paiement pour la somme qu'il détermine. Toutefois le paiement n'est pas différé :

« 1° Lorsque la créance de l'organisme fait suite à un redressement pour travail dissimulé tel que défini aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail ;

« 2° Lorsque la créance de l'organisme fait suite à un contrôle au cours duquel il a été établi une situation d'obstacle à contrôle mentionnée à l'article L. 243-12-1 ;

« 3° Lorsque la créance de l'organisme fait suite à un contrôle au cours duquel il a été établi une situation d'abus de droit tel que défini à l'article L. 243-7-2 ;

« 4° Lorsque la créance de l'organisme fait suite à un contrôle au cours duquel il a été établi un constat de comptabilité insuffisante ou de documentation inexploitable ;

« 5° Lorsque la créance de l'organisme fait suite à un contrôle au cours duquel il a été établi l'absence de bonne foi du cotisant ;

« 6° Lorsque la créance de l'organisme fait suite à un contrôle au cours duquel il a été établi l'absence de mise en conformité telle que prévue à l'article L. 243-7-6 ;

« 7° Lorsque le cotisant a fait l'objet de sanctions pour procédure abusive et dilatoire ;

« 8° Lorsque le cotisant qui n'est pas à jour du paiement de ses cotisations et contributions exigibles n'a pas souscrit ou ne respecte pas un plan d'apurement. » ;

3° Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Les dispositions du présent article sont applicables au recouvrement des indus de prestations sociales dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. »

IV. - Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° La sous-section 2 de la section 1 du chapitre IV du titre II du livre VII du code rural et de la pêche maritime est complétée par un article ainsi rédigé :

« *Art. L. 724-7-1.* - Les dispositions de l'article L. 243-13 du code de la sécurité sociale sont applicables au régime agricole. » ;

2° L'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime est complété par la phrase suivante : « La deuxième phrase de l'alinéa premier de l'article L. 243-7 du code de la sécurité sociale est applicable au régime agricole. » ;

3° La section 3 du chapitre IV du titre II du livre VII du code rural et de la pêche maritime est complétée par un article L. 725-26 ainsi rédigé :

« *Art. L. 725-26.* - Les dispositions de l'article L. 243-6-5 du code de la sécurité sociale sont applicables au régime agricole » ;

4° L'article L. 725-12 du code rural et de la pêche maritime est ainsi rédigé :

« *Art. L. 725-12.* - Les dispositions de l'article L. 652-3 du code de la sécurité sociale sont applicables au régime agricole. »

V. - A. - Les dispositions du I ainsi que du 1° et 2° du IV du présent article s'appliquent aux contrôles engagés à compter du 1^{er} janvier 2015.

B. - Les dispositions du II et du 3° du IV du présent article s'appliquent aux transactions conclues à compter d'une date fixée par décret en Conseil d'Etat et au plus tard le 1^{er} octobre 2015.

C. - Les dispositions du III et du 4° du IV du présent article s'appliquent aux titres exécutoires émis à compter du 1^{er} janvier 2015.

Exposé des motifs

Les relations entre les entreprises et les organismes de contrôle doivent être fondées sur une relation de confiance et le Gouvernement souhaite ainsi que puissent être réexaminés les dispositifs existants, parfois anciens, qui paraissent insuffisamment remplir l'objectif d'équilibre des droits et obligations des deux parties. Le présent article s'inscrit dans cette démarche s'agissant des relations entre les cotisants et les organismes de recouvrement des cotisations de sécurité sociale. Il s'agit de formaliser des engagements réciproques qui permettront d'améliorer tant la sécurité juridique que l'efficacité du recouvrement. Les cotisants gagneront en sécurité juridique par la limitation des délais des contrôles et l'encadrement des transactions pouvant être conclues avec les organismes. Les organismes de sécurité sociale bénéficieront d'un renforcement de l'efficacité de la procédure de l'opposition à tiers détenteur vis-à-vis des cotisants dont la bonne foi ne peut être retenue ainsi que de l'élargissement du champ du contrôle.

Article 16

I. - A l'article L. 243-6 du code de la sécurité sociale, après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque l'obligation de remboursement des cotisations naît d'une décision rectificative d'une caisse d'assurance retraite et de la santé au travail en matière de taux de cotisation d'accidents du travail et maladies professionnelles, la demande de remboursement des cotisations peut porter sur l'ensemble de la période au titre de laquelle les taux sont rectifiés. »

II. - Les dispositions du I s'appliquent aux recours formés devant la caisse primaire d'assurance maladie ou la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail à compter du 1^{er} janvier 2015.

Exposé des motifs

La Cour de cassation a précisé en 2013 qu'en l'état actuel des textes relatifs au remboursement des cotisations sociales, seul le recours contre la notification par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) d'un taux de cotisations d'accidents du travail pouvait interrompre le cours de la prescription de la demande de remboursement de cotisations d'accidents du travail et maladies professionnelles indument versées. Les contestations portées devant une caisse primaire ne sont donc pas considérées comme interruptives de la prescription.

La mesure proposée, qui s'inspire d'une recommandation formulée par la Cour de cassation dans son rapport d'activité de 2012, vise à éviter que l'employeur n'ait à former plusieurs recours pour obtenir le remboursement des cotisations indument versées auprès de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) lorsque la révision de son taux de cotisation par la CARSAT est la conséquence d'une décision favorable d'une Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) ou d'une décision juridictionnelle relative au caractère professionnel d'un sinistre ou au taux d'incapacité permanente qui en découle.

Article 17

I. - Le livre VII du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° L'article L. 723-35 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il statue sur les demandes de remise des pénalités et majorations de retard portant sur des montants supérieurs à un seuil fixé par arrêté du ministre chargé du budget, du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture. » ;

b) Les sixième et onzième alinéas sont supprimés ;

2° Après l'article L. 731-13-1, il est inséré un article L. 731-13-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 731-13-2.* - Les personnes mentionnées aux articles L. 722-4 et L. 731-23 soumises à un régime réel d'imposition sont tenues d'effectuer les déclarations pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales et de procéder au versement de celles-ci par voie dématérialisée.

« Les obligations prévues à l'alinéa précédent s'imposent au-delà d'un seuil fixé par décret en fonction du montant des revenus professionnels définis aux articles L. 731-14 à L. 731-22.

« La méconnaissance de ces obligations entraîne l'application des majorations prévues au II de l'article L. 133-5-5 du code de la sécurité sociale. »

II. - Jusqu'à la publication de l'arrêté mentionné au premier alinéa de l'article L. 723-35 du code rural et de la pêche maritime dans sa rédaction issue du présent article, les conseils d'administration des caisses de mutualité sociale agricole demeurent compétents pour statuer sur l'ensemble des demandes de remise des pénalités et majorations de retard.

Exposé des motifs

Le présent article vise à harmoniser et mettre en cohérence le régime agricole avec les autres régimes (régime général et régime des travailleurs indépendants non agricoles).

Il s'agit en pratique :

- d'une part, de permettre au directeur des caisses de mutualité sociale agricole de se prononcer sur les remises de majoration et pénalités de retard inférieures à un seuil fixé par arrêté, comme au régime général. En l'état actuel du droit, les remises de majorations de retard relèvent de la seule compétence des commissions de recours amiables, ce qui représente une lourde charge de travail pour ces commissions ;

- d'autre part, de prévoir, en cohérence avec les dispositions figurant dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, la dématérialisation des déclarations et des versements des non salariés agricoles dont les revenus sont les plus importants. Cette disposition s'inscrit dans un contexte où près de 60 % des déclarants télé-déclarent déjà leurs revenus.

Article 18

I. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au II de l'article L. 133-5-3 dans sa rédaction en vigueur au 1^{er} janvier 2016, la référence « L. 212-3, » est supprimée ;

2° Le I de l'article L. 136-5 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les personnes qui relèvent du régime spécial de sécurité sociale des marins, la contribution portant sur les revenus mentionnés aux articles L. 136-1 à L. 136-4 est recouvrée par l'organisme gestionnaire du régime spécial de sécurité sociale des marins selon les dispositions mentionnées à l'article L. 241-6-2. » ;

3° Après l'article L. 241-6-1, il est inséré un article L. 241-6-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 241-6-2.* - Le recouvrement des cotisations d'allocations familiales dues au titre des personnes qui relèvent du régime spécial de sécurité sociale des marins, ainsi que le contrôle et le contentieux du recouvrement, est assuré par l'organisme gestionnaire de ce régime.

« Un décret fixe les conditions dans lesquelles cette mission peut être en tout ou partie déléguée, par convention, à des organismes du régime général de la sécurité sociale. » ;

4° Au 6° de l'article L. 752-4, les mots : « mentionnées aux 1°, 2°, 3° et 4° de l'article L. 212-3 du présent code qui sont exercées dans les départements d'outre-mer par la Caisse maritime d'allocations familiales » sont remplacés par les mots : « dévolues à l'organisme gestionnaire du régime spécial de sécurité sociale des marins ».

II. - Le code du travail est ainsi modifié :

1° Le *f* de l'article L. 5427-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *f*) Par l'organisme gestionnaire du régime spécial de sécurité sociale des marins lorsqu'elles sont dues au titre des salariés affiliés au régime spécial de sécurité sociale des marins. » ;

2° Au deuxième et au troisième alinéa de l'article L. 6331-53, les mots : « la Caisse nationale d'allocations familiales des pêches maritimes » sont remplacés par les mots : « l'organisme gestionnaire du régime spécial de sécurité sociale des marins ».

III. - La Caisse maritime d'allocations familiales est dissoute à la date du 1^{er} janvier 2016.

Les droits et obligations afférents au service des prestations familiales des personnes affiliées au régime spécial de sécurité sociale des marins et assurés avant cette date par la Caisse maritime d'allocations familiales sont transférés aux caisses d'allocations familiales de leur lieu de résidence.

Les droits et obligations afférents au recouvrement des cotisations et contributions sociales dues par les employeurs et les travailleurs indépendants et assurés avant cette date par la Caisse maritime d'allocations familiales sont transférés à l'Etablissement national des invalides de la marine.

Les contrats de travail des salariés de la Caisse maritime d'allocations familiales sont transférés à la caisse d'allocations familiales de Charente-Maritime et à l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Poitou-Charentes.

Les modalités relatives à ces transferts sont définies par des conventions conclues, en fonction de leur objet, entre le directeur de la Caisse maritime d'allocations familiales et le directeur de la Caisse nationale des allocations familiales ou celui de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Ces conventions déterminent également les modalités de transfert, à compter du 1^{er} janvier 2016, des biens meubles et immeubles de la Caisse maritime d'allocations familiales vers la caisse d'allocations familiales de Charente-Maritime et l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Poitou-Charentes.

IV. - La section 2 du chapitre 2 du titre 1^{er} du livre 2 du code de la sécurité sociale est abrogée.

V. - Le présent article entre en vigueur au 1^{er} janvier 2016

Exposé des motifs

La caisse maritime d'allocations familiales (CMAF) est une caisse de la branche famille qui assure le service des prestations familiales pour la population des marins et de leurs familles et le recouvrement des cotisations d'allocations familiales et de la contribution sociale généralisée due par les marins et leurs employeurs. Elle enregistre une faible activité et des coûts de gestion unitaires élevés. Cette situation est appelée à se dégrader compte tenu de la diminution de la population couverte : en effet, les marins peuvent choisir d'être affiliés à la CMAF ou à une caisse d'allocations familiales et seuls 30 % d'entre eux font le choix la CMAF.

Afin de garantir à cette population de marins une qualité de service équivalente à celle offerte aux autres assurés, la présente mesure vise donc à confier la gestion des prestations familiales de la CMAF aux caisses d'allocations familiales. Cette mesure de gestion n'a pas d'impact sur les prestations d'action sociale du service social maritime dont bénéficient les marins, qui restent inchangées.

La présente mesure organise ce transfert d'activité à compter du 1^{er} janvier 2016. A compter de cette date, les marins affiliés à la CMAF relèveront alors, pour les prestations familiales, de la caisse d'allocations familiales de leur lieu de résidence comme c'est déjà le cas pour 70 % des marins.

L'activité de recouvrement de la CMAF pour les cotisations familiales et les contributions sociales sera, quant à elle, transférée à l'Etablissement national des invalides de la marine (ENIM), qui constituera ainsi le guichet unique pour le recouvrement des cotisations sociales des marins.

Le présent projet prévoit également des dispositions pour garantir le transfert des contrats de travail des salariés de la CMAF ainsi que des biens meubles et immeubles.

CHAPITRE III
RELATIONS FINANCIERES ENTRE LES REGIMES ET ENTRE CEUX-CI ET L'ETAT

Article 19

I. - L'article L. 225-1-4 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 225-1-4.* - Dans la limite des plafonds de ressources non permanentes fixés en application du e du 2° du C du I de l'article LO. 111-3, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut :

« 1° Consentir, contre rémunération, des prêts et avances d'une durée inférieure à douze mois au régime d'assurance vieillesse des non salariés agricoles ;

« 2° A titre exceptionnel et contre rémunération, consentir des avances d'une durée inférieure à un mois aux régimes obligatoires de base autres que le régime général ainsi qu'aux organismes et fonds mentionnés au 8° du III de l'article LO. 111-4, dans la limite du montant prévisionnel des flux financiers de l'année en cours entre l'agence et le régime, l'organisme ou le fonds concerné.

« Pour déterminer les conditions de chacune des avances mentionnées aux 1° et 2°, une convention est conclue entre l'agence et le régime, l'organisme ou le fonds concerné. La convention est soumise à l'approbation des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. »

II. - L'article L. 731-5 du code rural et de la pêche maritime est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le régime des exploitants agricoles peut recourir à des prêts et avances auprès de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans les conditions prévues à l'article L. 225-1-4 du code de la sécurité sociale. »

III. - Pour les exercices 2015, 2016 et 2017, les montants empruntés par la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole auprès de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale en application de l'article L. 225-1-4 du code de la sécurité sociale ne peuvent excéder 3,8 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Cet article vise à faire bénéficier le régime des exploitants agricoles des conditions favorables de financement auxquelles l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) a recours. La caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), qui assume des frais financiers supérieurs à ceux de l'ACOSS pour un encours moyen près de dix fois moindre que celui du régime général, rencontre des difficultés croissantes dans un contexte marqué par le resserrement bancaire. Le présent article vise à permettre à l'ACOSS de prêter, contre rémunération, les sommes nécessaires à la couverture du besoin de financement courant de la CCMSA. Cette possibilité demeure néanmoins encadrée par la fixation d'un plafond d'emprunt sur une période triennale.

Article 20

I. - L'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 modifiée relative à l'extension et à la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte est ainsi modifiée :

1° Au dernier alinéa de l'article 8, les mots « à la caisse gestionnaire » sont remplacés par les mots « à l'organisme gestionnaire mentionné à l'article 19 » ;

2° L'article 15 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. 15.* - L'organisme gestionnaire du régime des prestations familiales à Mayotte mentionné à l'article 19 exerce une action sociale en faveur des ressortissants du régime et de leurs familles dans les conditions fixées par l'article 26 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte. » ;

3° L'article 19 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. 19.* - La gestion du régime des prestations familiales institué par la présente ordonnance est assurée par la caisse de sécurité sociale de Mayotte instituée par l'article 22 de l'ordonnance n°96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte. Un décret fixe, en tant que de besoin, les conditions d'application du présent article. » ;

4° A l'article 13, à l'article 17 et à l'article 22, les mots : « l'organisme payeur », « la caisse gestionnaire », « la caisse gestionnaire du régime des prestations familiales à Mayotte » et « l'organisme débiteur des prestations familiales » sont remplacés par les mots : « l'organisme mentionné à l'article 19 ».

II. - L'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 modifiée relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte est ainsi modifiée :

1° Après l'article 20-5-6, il est inséré un article 20-5-7 ainsi rédigé :

« *Art. 20-5-7.* – Les frais d'hospitalisation mentionnés au 10° de l'article 20-1 sont facturés dans les conditions prévues aux articles L. 162-22-6, L. 162-22-7, L. 174-1 et au I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale. » ;

2° L'article 22 est ainsi modifié :

a) Au II, il est rétabli un 2° ainsi rédigé :

« 2° D'assurer la gestion du régime des prestations familiales institué par le titre I^{er} de l'ordonnance n°2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte ; »

b) Au II, il est rétabli un 5° ainsi rédigé :

« 5° D'exercer une action sociale en faveur des ressortissants du régime des prestations familiales et de leurs familles ; »

c) La première phrase du premier alinéa du III est ainsi rédigée : « La caisse assure le recouvrement des ressources des régimes mentionnés aux 1° à 4° et de la cotisation prévue à l'article L. 834-1 du code de la sécurité sociale tel qu'adapté par le 4° de l'article 42-1 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte selon les règles, les garanties et les sanctions prévues par le code de la sécurité sociale et mises en œuvre par les organismes chargés du recouvrement des contributions et cotisations du régime général de la sécurité sociale de la France métropolitaine. » ;

d) Le IV est abrogé ;

e) Au VI, après la référence : « L. 222-1 », il est inséré la référence : « , L. 223-1 » ;

3° Au quatrième alinéa de l'article 23, après les mots : « des femmes mahoraises » sont insérés les mots : « , un représentant des associations familiales » ;

4° L'article 23-2 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Les dispositions des articles L. 114-17 et L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte sous réserve de l'adaptation suivante : au 1° et au 3° du II de l'article L. 162-1-14, les mots : « du présent code » sont remplacés par les mots : « de la présente ordonnance ».

« La caisse de sécurité sociale de Mayotte assume dans ce cadre les compétences respectivement des organismes chargés de la gestion des prestations familiales ou des prestations d'assurance vieillesse et des caisses d'assurance maladie. » ;

5° Au huitième alinéa de l'article 24, les mots : « et L. 222-1 » sont remplacés par les mots : « , L. 222-1 et L. 223-1 » ;

6° L'article 26 est ainsi rédigé :

« Art. 26. - I. - Pour assurer le service des prestations des régimes définis au 1° à 4° du II de l'article 22, les organismes nationaux mentionnés aux articles L. 221-1, L. 222-1, et L. 223-1 du code de la sécurité sociale attribuent à la caisse de sécurité sociale de Mayotte les dotations dont elle doit disposer pour couvrir les dépenses de chacun desdits régimes au titre de l'exercice, après déduction des recettes de cotisations et contributions sociales de ces mêmes régimes au titre de l'exercice.

« Si, pour tout ou partie des régimes, les recettes de cotisations et contributions sociales excèdent les dépenses au titre de l'exercice, la caisse de sécurité sociale de Mayotte transfère les excédents constatés aux organismes nationaux du régime général concernés au titre de ce même exercice.

« II. - Les organismes nationaux mentionnés au I ainsi que l'agence centrale des organismes de sécurité sociale attribuent à la caisse de sécurité sociale de Mayotte les dotations dont elle doit disposer pour couvrir ses dépenses de gestion administrative au titre de l'exercice, après déduction des éventuelles recettes de gestion administrative au titre de ce même exercice.

« Les dépenses de gestion administrative de la caisse s'inscrivent dans le respect des autorisations budgétaires fixées par les contrats pluriannuels de gestion mentionnés à l'article L. 227-3 du code de la sécurité sociale.

« III. - Les organismes nationaux mentionnés aux articles L. 221-1, L. 222-1 et L. 223-1 du code de la sécurité sociale attribuent à la caisse de sécurité sociale de Mayotte les dotations dont elle doit disposer pour couvrir les dépenses d'action sociale et de prévention au bénéfice des ressortissants des régimes mentionnés au II de l'article 22.

« Les dépenses d'action sociale et de prévention s'inscrivent dans le respect des autorisations budgétaires fixées par les contrats pluriannuels de gestion mentionnés à l'article L. 227-3 du code de la sécurité sociale.

« Les objectifs de l'action sociale et de la prévention exercée par la caisse de sécurité sociale de Mayotte en faveur des ressortissants des régimes visés au II de l'article 22 et de leur famille sont définis par les contrats pluriannuels mentionnés à l'article L. 227-3 du code de la sécurité sociale.

« IV. - La gestion de chacun des régimes et actions mentionnés au II de l'article 22 ci-dessus est retracée distinctement dans les écritures comptables de la caisse de sécurité sociale.

« V. - L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure la gestion commune de la trésorerie des différents régimes et actions gérés par la caisse de sécurité sociale de Mayotte dans les conditions fixées en application de l'article L. 225-1 du code de la sécurité sociale.

« VI. - Les dispositions des articles L. 114-5, L. 114-6 et L. 114-6-1 du code de la sécurité sociale sont applicables à la caisse de sécurité sociale de Mayotte.

« VII. - Pour l'application du présent article, la caisse de sécurité sociale de Mayotte est considérée comme un organisme de base au sens du titre 1^{er} du livre 2 du code de la sécurité sociale.

« VIII. - Un décret fixe, en tant que de besoin, les conditions d'application du présent article. »

III. - L'article L. 762-1-2 du code rural et de la pêche maritime dans sa rédaction issue de l'ordonnance n°2012-789 du 31 mai 2012 portant extension et adaptation de certaines dispositions du code rural et de la pêche maritime et d'autres dispositions législatives à Mayotte, est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « à l'exception de celle des prestations familiales, » sont remplacés par les mots : « à l'exception du service des prestations familiales, » ;

2° Le deuxième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Le service des prestations familiales pour les non salariés des professions agricoles est assuré par l'organisme gestionnaire mentionné à l'article 19 de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 modifiée relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte. »

IV. - Au II de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, après les mots : « maladies professionnelles » sont insérés les mots : « à l'exception de ceux affiliés au régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de Mayotte ».

V. - Les réserves et le report à nouveau inscrits dans les comptes de la caisse de sécurité sociale de Mayotte au 1^{er} janvier 2015 au titre de la gestion des régimes, de l'action sociale et de la prévention mentionnés au II de l'article 22 sont transférés, après affectation du résultat de l'exercice 2014, aux organismes nationaux mentionnés aux articles L. 221-1, L. 222-1 et L. 223-1 du code de la sécurité sociale. Un arrêté fixe les montants de ces transferts.

VI. - Les droits, biens et obligations de la caisse d'allocations familiales de La Réunion afférents à la gestion du régime des prestations familiales à Mayotte sont transférés à la caisse de sécurité sociale de Mayotte.

VII. - Les dispositions du I, du II à l'exception des dispositions du 1°, du IV et du V du présent article prennent effet au 1^{er} janvier 2015. Les dispositions du 1° du II et du III du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

Exposé des motifs

Après quinze ans d'intégration croissante de la protection sociale mahoraise au droit commun, et bien que le régime de Mayotte demeure juridiquement distinct du régime général, notamment en ce qui concerne les règles d'affiliation et les prestations servies, il apparaît nécessaire de revoir l'organisation comptable et budgétaire de la Caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM), afin de la rapprocher, pour l'ensemble des prestations, de celle applicable aux caisses générales de sécurité sociale, conformément aux recommandations de la Cour des comptes. Il s'agit également de faire rentrer dans le droit commun la tarification des séjours hospitaliers des assurés de Mayotte lorsqu'ils doivent recevoir des soins sur le territoire national hors de l'île.

Article 21

I. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

A. - L'article L. 131-7 est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa les mots « à l'exception de l'exonération prévue au deuxième alinéa de l'article L. 242-1 et des mesures prévues aux articles L. 241-13 et L. 241-6-4 dans leur rédaction en vigueur au 1^{er} janvier 2011 et dans les conditions d'éligibilité en vigueur à cette date compte tenu des règles de cumul fixées par ces articles. » sont supprimés ;

2° Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation aux dispositions du 1^{er} alinéa, la compensation de l'exonération prévue au deuxième alinéa de l'article L. 242-1, des mesures prévues aux articles L. 241-6-1, L. 241-6-4, L. 241-13 et au deuxième alinéa de l'article L. 242-11, dans leur rédaction en vigueur au 1^{er} janvier 2015 et dans les conditions d'éligibilité en vigueur à cette date compte tenu des règles de cumul fixées par ces articles, ainsi que de la réduction de la contribution mentionnée à l'article L. 651-1 résultant des dispositions du 11° de l'article 3 de la loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 est couverte par l'affectation des recettes mentionnées à l'article L. 131-8 et des mesures mentionnées à l'article xx de la loi de finances pour 2015. »

B. - L'article L. 131-8 est ainsi modifié :

1° A la fin du troisième alinéa du 1°, le taux : « 27,5 % » est remplacé par le taux : « 18 % » ;

2° A la fin du quatrième alinéa du 1°, le taux : « 19 % » est remplacé par le taux : « 28,5 % ».

3° A la fin du deuxième alinéa du 7°, le taux : « 60 % » est remplacé par le taux : « 59,49 % » ;

4° A la fin du sixième alinéa du 7°, le taux : « 7,48% » est remplacé par le taux : « 7,99 % » ;

C. - L'article L. 651-2-1 est ainsi modifié :

a) A la fin du deuxième alinéa du 1°, le taux : « 22 % » est remplacé par le taux : « 13,3 % » ;

b) à la fin du troisième alinéa du 1°, le taux : « 33 % » est remplacé par le taux : « 41,7 % » ;

D. - Au 2° du VI de l'article L. 136-8, après les mots : « aux articles L. 136-6 et L. 136-7 » sont insérés les mots : « et pour les produits visés au III de l'article 18 de l'ordonnance du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale ».

II. - Le IV de l'article 1600-0 S du code général des impôts, dans la rédaction en vigueur au 1^{er} janvier 2015, est ainsi rédigé :

« IV. - Le produit des prélèvements de solidarité mentionnés au I est affecté :

« 1° A la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés pour la part correspondant au taux de 1,82 % ;

« 2° A la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, dans les conditions prévues à l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles pour la part correspondant au taux de 0,18 % ;

III. - L'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 6° Une part, fixée à l'article L. 1600-0 S du code général des impôts, des prélèvements de solidarité mentionnés au même article. »

Exposé des motifs

Les mesures du Pacte de responsabilité et de solidarité (renforcement des allègements généraux, exonérations de cotisations famille, création d'un abattement sur la contribution sociale de solidarité des sociétés) ont un impact sur les recettes à hauteur de - 6,3 Md€ pour les organismes de sécurité sociale. L'article xx du projet de loi de finances prévoit les modalités globales de la compensation de ces mesures pour la sécurité sociale ainsi que l'affectation à celle-ci de l'équivalent du produit de la fiscalisation des majorations de pension pour enfants (soit 1,2 Md€), comme acté lors de l'adoption de la loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraite. Cet article prévoit notamment l'affectation du prélèvement de solidarité à la CNAM ainsi que la rebudgétisation de la part des aides personnelles au logement actuellement financées par la branche famille.

Tirant les conséquences de ces dispositions, le présent article procède à des réaffectations de recettes internes entre les branches et caisses de sécurité sociale afin d'une part d'assurer une compensation équilibrée des effets du pacte de responsabilité et de solidarité pour chacune d'entre elles et d'autre part pour faire bénéficier le FSV du produit de la fiscalisation des majorations de pensions pour enfants.

Ces réaffectations concernent également la CNSA, qui bénéficiera de manière pérenne d'une compensation des effets du pacte sur la contribution sociale pour l'autonomie compte tenu de son inclusion dans le champ des allègements généraux.

L'article prévoit en outre les opérations de transferts internes aux sections de la CNSA nécessaire au financement, en 2015 et à titre exceptionnel, des opérations d'investissement immobilier des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS) à hauteur de 50 M€. Ce transfert est rendu possible du fait de la montée en charge progressive des dispositifs prévus par le projet de loi portant adaptation de la société au vieillissement.

Cet article procède par ailleurs à une correction marginale relative aux règles de centralisation des contributions fiscales et sociales par l'Acoss.

Article 22

I. - Le III de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « aux I à II » sont remplacés par les mots : « aux *a* à *e* et au *f* du I ainsi qu'au II » ;

2° Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La contribution portant sur les revenus mentionnés au *e bis* du I ci-dessus est assise, contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que l'impôt sur le revenu. Le produit de cette contribution est versé à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale pour le montant effectivement recouvré net du prélèvement prévu au III de l'article 1647 du code général des impôts. »

II. - Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2015.

Exposé des motifs

Le présent article modifie les modalités de versement, de l'Etat aux organismes sociaux, des prélèvements sociaux au titre de « l'exit tax ».

Pour ce dispositif, mis en place en 2011 afin de soumettre à l'impôt sur le revenu et aux prélèvements sociaux les plus-values latentes sur les valeurs mobilières et droits sociaux constatées avant le changement de domicile des personnes physiques, une différence significative existe entre le montant des émissions mises en recouvrement et le niveau des recouvrements effectifs.

Or, aux termes de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale, c'est aujourd'hui sur la base des mises en recouvrement que le montant de la contribution sur les revenus du patrimoine est versé aux organismes affectataires. Actuellement, ces sommes non recouvrées mais effectivement transférées aux organismes affectataires ont entraîné en 2013 une minoration de l'ordre de 0,5 Md€ des recettes nettes d'impôt sur le revenu alors que ces recettes n'ont pas été encaissées par l'Etat.

Le présent article modifie les modalités de reversement des sommes dues au titre de ces prélèvements sociaux pour qu'elles ne soient plus versées sur la base du rôle primitif mis en recouvrement, mais bien du recouvrement effectif de la contribution.

Article 23

Est approuvé le montant de 3,7 milliards d'euros correspondant à la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale, mentionné à l'annexe 5 jointe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

TITRE II
CONDITIONS GENERALES DE L'EQUILIBRE FINANCIER
DE LA SECURITE SOCIALE

Article 24

Pour l'année 2015, sont approuvés les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	191,0	198,0	-7,0
Vieillesse	222,7	224,0	-1,3
Famille	52,4	54,6	-2,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,7	13,5	0,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	466,2	476,6	-10,3

Article 25

Pour l'année 2015, sont approuvés les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	166,7	173,6	-6,9
Vieillesse	119,4	120,9	-1,5
Famille	52,4	54,6	-2,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,3	12,1	0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	338,1	348,6	-10,5

Article 26

I. - Pour l'année 2015, sont approuvés les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(en milliards d'euros)			
	Prévisions de recettes	Prévisions de dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	16,6	19,6	-2,9

II. - Pour l'année 2015, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 13,1 milliards d'euros.

III. - Pour l'année 2015, les prévisions de recettes par catégorie affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à :

(en milliards d'euros)	
	Prévisions de recettes
Recettes affectées	0
Total	0

IV. - Pour l'année 2015, les prévisions de recettes par catégorie mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse sont fixées à :

(en milliards d'euros)	
	Prévisions de recettes
Recettes affectées	0
Total	0

Article 27

I. - Sont habilités en 2014 à recourir à des ressources non permanentes afin de couvrir leurs besoins de trésorerie les organismes mentionnés dans le tableau ci-dessous, dans les limites indiquées :

	(en millions d'euros)
	Montants limites
Agence centrale des organismes de sécurité sociale	36 300
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	3 700
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales	600
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines	1 050
Caisse nationale des industries électriques et gazières	200
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français	400
Caisse de retraite du personnel de la Régie autonome des transports parisiens	15

II. - Le montant maximum des ressources non permanentes fixé au I pour l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut être majoré par décret dans la limite du montant fixé pour la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole au même I compte tenu des dispositions de la convention mentionnée à l'article L. 225-1-4 liant ces deux organismes.

Article 28

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2015 à 2018), les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

**QUATRIEME PARTIE :
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DEPENSES POUR L'EXERCICE 2015**

**TITRE I^{ER}
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DEPENSES D'ASSURANCE MALADIE**

**CHAPITRE I^{ER}
AMELIORATION DE L'ACCES AUX SOINS ET AUX DROITS**

Article 29

I. - Le titre 6 du livre 1 du code la sécurité sociale est ainsi modifié :

A. - Après l'article L. 161-35-1, il est créé un article L. 161-35-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 161-35-1.* - Les organismes servant les prestations d'un régime de base d'assurance maladie sont habilités, dans le cadre de la dispense d'avance de frais, à liquider et payer au professionnel ou à l'établissement de santé es dépenses prises en charge par l'assurance maladie obligatoire ainsi que, le cas échéant, par délégation de gestion, celles prises en charge par l'organisme servant les prestations complémentaires d'assurance maladie de l'assuré. ».

B. - Au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7, après les mots : « à l'article L. 861-1 » sont insérés les mots : « et aux bénéficiaires de la déduction prévue à l'article L. 863-2. ».

II. - L'article L. 863-3 du même code est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Dans le respect des conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7, les bénéficiaires susmentionnés sont dispensés de l'avance de frais, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ainsi que sur la part des dépenses couverte par leur contrat d'assurance complémentaire en matière de santé sélectionné en application de l'article L. 863-6, pour l'ensemble des actes et prestations qui leur sont dispensés par les professionnels de santé, à l'exception de ceux dispensés par les médecins lorsque le bénéficiaire se trouve dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3.

« Un décret détermine les modalités de la mise en œuvre de la dispense d'avance de frais en prévoyant la procédure applicable entre les professionnels de santé et les organismes servant les prestations du régime de base de l'assurance maladie d'une part et celle applicable entre les organismes servant les prestations complémentaires et les organismes servant les prestations du régime de base de l'assurance maladie d'autre part. »

III. - L'article L. 863-3 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi entre en vigueur à la date fixée au premier alinéa du II de l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014. A titre transitoire et jusqu'au 31 décembre 2015, par dérogation aux dispositions de l'article L. 863-3 susmentionné, la dispense d'avance de frais prévue à cet article s'applique, s'agissant de la part des dépenses prise en charge par l'assurance complémentaire, à hauteur des garanties fixées par le décret mentionné à l'article L. 863-6 du même code.

Exposé des motifs

Le présent article vise à étendre aux bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (ACS), le dispositif de tiers-payant intégral déjà pratiqué pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c).

Les bénéficiaires de l'ACS, dont les revenus s'établissent au maximum au niveau du seuil de pauvreté sont, pour cette raison, particulièrement susceptibles de renoncer aux soins. Afin de leur faciliter l'accès aux soins, la convention médicale prévoit la pratique du tiers-payant pour la part des dépenses de santé remboursée par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Afin de compléter cette disposition, il est proposé d'étendre la dispense d'avance de frais à la part complémentaire des prestations d'assurance maladie en instaurant un tiers-payant intégral à destination des bénéficiaires de l'ACS ayant utilisé leur attestation de droits pour souscrire une assurance maladie complémentaire et respectant le parcours de soins.

Pour des questions de rapidité de mise en œuvre et afin de faciliter la gestion par les professionnels de santé de ce dispositif, il est proposé de garantir la mise en œuvre du tiers-payant intégral grâce au déploiement du système déjà appliqué aux bénéficiaires de la CMU-c, sauf dans l'hypothèse où le professionnel de santé choisit d'utiliser un système ad hoc garantissant la pratique d'un tiers-payant intégral.

La généralisation du tiers-payant intégral aux bénéficiaires de l'ACS interviendra à compter de la date d'entrée en vigueur de la réforme des contrats ACS, le 1^{er} juillet 2015.

Article 30

A l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, après le 21^o, il est inséré un 22^o ainsi rédigé :

« 22^o Pour certains frais dus au titre des honoraires de dispensation des pharmaciens mentionnés au 7^o de l'article L. 162-16-1. »

Exposé des motifs

La réforme relative à la diversification de la rémunération des pharmaciens a introduit deux types d'honoraires de dispensation : le premier s'applique pour la délivrance de chaque médicament (honoraire par conditionnement), le second s'applique en complément lorsque l'ordonnance est qualifiée de complexe (au moins cinq médicaments prescrits sur une même ordonnance). Sa mise en œuvre est prévue au 1^{er} janvier 2015.

L'honoraire de conditionnement est neutralisé par une réduction à due concurrence de la marge des pharmaciens et sa création n'a pas d'impact sur le reste à charge du patient. Ce n'est pas le cas de l'honoraire complémentaire afférent à une ordonnance complexe.

Afin d'éviter que cette réforme ne se traduise par la création de dépenses supplémentaires à la charge du patient, le présent article vise à introduire une exonération du ticket modérateur applicable aux honoraires de dispensation dus aux pharmaciens en cas d'ordonnance complexe.

Article 31

I. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 331-6 est ainsi modifié :

a) Les deux premiers alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« En cas de décès de la mère au cours de la période d'indemnisation de la cessation d'activité comprise, selon le cas, soit entre la naissance de l'enfant et la fin de l'indemnisation au titre du régime d'assurance maternité, soit entre la naissance de l'enfant et la fin du maintien de traitement lié à la maternité, le père bénéficie, dans des conditions fixées par décret, d'un droit à indemnisation pour la durée restant à courir entre la date du décès et la fin de la période d'indemnisation dont aurait bénéficié la mère, sous réserve qu'il cesse tout travail salarié durant cette période et sans qu'il soit fait application des conditions prévues à l'article L. 313-1. Pendant cette durée, le père bénéficie de l'indemnité journalière mentionnée à l'article L. 331-3. » ;

b) Au quatrième alinéa, les mots : « ne perçoit pas l'indemnité, le bénéfice de celle-ci » sont remplacés par les mots : « ne demande pas à bénéficier de l'indemnité, le droit à indemnisation » et après les mots : « au conjoint », le mot : « salarié » est supprimé ;

2° Après l'article L. 613-19-2, il est inséré un article L. 613-19-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 613-19-3.* - En cas de décès de la mère au cours de la période d'indemnisation de la cessation d'activité comprise, selon le cas, soit entre la naissance de l'enfant et la fin de l'indemnisation au titre du régime d'assurance maternité, soit entre la naissance de l'enfant et la fin du maintien de traitement lié à la maternité, le père bénéficie, dans des conditions fixées par décret, d'un droit à indemnisation pour la durée restant à courir entre la date du décès et la fin de la période d'indemnisation dont aurait bénéficié la mère, sans qu'il soit fait application des conditions prévues à l'article L. 613-8. Pendant cette durée, le père bénéficie, d'une part, de l'indemnité prévue aux articles L. 613-19 et L. 613-19-1 sous réserve qu'il cesse toute activité professionnelle durant cette période et, d'autre part, de l'allocation forfaitaire prévue aux mêmes articles lorsqu'elle n'a pas été versée à la mère.

« Le père peut demander le report de tout ou partie de la période d'indemnisation à laquelle il a droit dans des conditions fixées par décret.

« Lorsque le père de l'enfant ne demande pas à bénéficier de l'indemnité et de l'allocation, le droit prévu au présent article est accordé au conjoint de la mère ou à la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle. » ;

3° Après l'article L. 722-8-3 il est inséré un article L. 722-8-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 722-8-4.* - En cas de décès de la mère au cours de la période d'indemnisation de la cessation d'activité comprise, selon le cas, soit entre la naissance de l'enfant et la fin de l'indemnisation au titre du régime d'assurance maternité, soit entre la naissance de l'enfant et la fin du maintien de traitement lié à la maternité, le père bénéficie, dans des conditions fixées par décret, d'un droit à indemnisation pour la durée restant à courir entre la date du décès et la fin de la période d'indemnisation dont aurait bénéficié la mère, sous réserve qu'il cesse toute activité professionnelle durant cette période et sans qu'il soit fait application du dernier alinéa de l'article L. 722-6. Pendant cette durée, le père bénéficie, d'une part, de l'indemnité prévue aux articles L. 722-8 et L. 722-8-1 sous réserve qu'il cesse toute activité professionnelle durant cette période et, d'autre part, de l'allocation forfaitaire prévue à l'article L. 732-10 lorsqu'elle n'a pas été versée à la mère.

« Le père peut demander le report de tout ou partie de la période d'indemnisation à laquelle il a droit dans des conditions fixées par décret simple.

« Lorsque le père de l'enfant ne demande pas à bénéficier de l'indemnité et de l'allocation, le droit prévu au présent article est accordé au conjoint de la mère ou à la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle. »

II. - Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° A l'article L. 732-11, les mots : « et L. 732-10-1 » sont remplacés par les mots : « , L. 732-10-1 et L. 732-12-2 » ;

2° Après l'article L. 732-12-1, il est inséré un article L. 732-12-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 732-12-2.* - En cas de décès de la mère au cours de la période d'indemnisation de la cessation d'activité comprise, selon le cas, entre la naissance de l'enfant et la fin de l'indemnisation au titre du régime d'assurance maternité, soit entre la naissance de l'enfant et la fin du maintien de traitement lié à la maternité, le père, lorsqu'il appartient à l'une des catégories mentionnées aux 1° et 2°, au 4° et au 5° de l'article L. 722-10, bénéficie, dans des conditions fixées par décret, d'un droit à indemnisation pour la durée restant à courir entre la date du décès et la fin de la période d'indemnisation dont aurait bénéficié la mère, sans qu'il soit fait application des conditions prévues à l'article L. 732-15. Pendant cette durée, le père bénéficie de l'allocation prévue à l'article L. 732-10, sous réserve qu'il cesse toute activité sur l'exploitation ou dans l'entreprise agricole.

« Le père peut demander le report de tout ou partie de la période d'indemnisation à laquelle il a droit dans les conditions fixées par le premier alinéa de l'article L. 331-5 du code de la sécurité sociale.

« Lorsque le père de l'enfant ne demande pas à bénéficier de l'allocation, le droit prévu au présent article est accordé au conjoint de la mère ou à la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle sous réserve qu'il appartienne aux catégories mentionnées au premier alinéa. »

III. - Le 5° de l'article 34 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique d'Etat est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est remplacé par cinq alinéas ainsi rédigés :

« 5° Au congé pour maternité, ou pour adoption, avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale.

« En cas de décès de la mère au cours de la période entre la naissance de l'enfant et la fin de l'indemnisation prévue par son régime d'assurance maternité, le père bénéficie d'un droit à congé, avec traitement, pour la durée restant à courir entre la date du décès de la mère et la fin de la période d'indemnisation dont elle aurait bénéficié.

« Le fonctionnaire bénéficiaire de ce droit à congé peut demander le report de tout ou partie de ce congé.

« Lorsque le père de l'enfant ne demande pas à bénéficier de ce droit à congé, avec traitement, ce droit prévu est accordé au conjoint de la mère ou au fonctionnaire lié à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle.

« Le droit au congé d'adoption est ouvert à la mère ou au père adoptif. Lorsque les deux conjoints travaillent, soit l'un des deux renonce à son droit, soit le congé est réparti entre eux. Dans ce dernier cas, la durée de celui-ci est augmentée et fractionnée selon les modalités prévues par la législation sur la sécurité sociale. » ;

2° Au troisième, devenu septième alinéa, les mots : « aux deux alinéas précédents » sont remplacés par les mots : « au présent 5° ».

IV. - Le 5° de l'article 57 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est remplacé par cinq alinéas ainsi rédigés :

« 5° Au congé pour maternité, ou pour adoption, avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale.

« En cas de décès de la mère au cours de la période entre la naissance de l'enfant et la fin de l'indemnisation prévue par son régime d'assurance maternité, le père bénéficie d'un droit à congé, avec traitement, pour la durée restant à courir entre la date du décès de la mère et la fin de la période d'indemnisation dont elle aurait bénéficié.

« Le fonctionnaire bénéficiaire de ce droit à congé peut demander le report de tout ou partie de ce congé.

« Lorsque le père de l'enfant ne demande pas à bénéficier de ce droit à congé, avec traitement, ce droit prévu est accordé au conjoint de la mère ou au fonctionnaire lié à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle.

« Le droit au congé d'adoption est ouvert à la mère ou au père adoptif. Lorsque les deux conjoints travaillent, soit l'un des deux renonce à son droit, soit le congé est réparti entre eux. Dans ce dernier cas, la durée de celui-ci est augmentée et fractionnée selon les modalités prévues par la législation sur la sécurité sociale. » ;

2° Au troisième, devenu septième alinéa, les mots : « aux deux alinéas précédents » sont remplacés par les mots : « au présent 5° ».

V. - Le 5° de l'article 41 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est remplacé par cinq alinéas ainsi rédigés :

« 5° Au congé pour maternité, ou pour adoption, avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale.

« En cas de décès de la mère au cours de la période entre la naissance de l'enfant et la fin de l'indemnisation prévue par son régime d'assurance maternité, le père bénéficie d'un droit à congé, avec traitement, pour la durée restant à courir entre la date du décès de la mère et la fin de la période d'indemnisation dont elle aurait bénéficié.

« Le fonctionnaire bénéficiaire de ce droit à congé peut demander le report de tout ou partie de ce congé.

« Lorsque le père de l'enfant ne demande pas à bénéficier de ce droit à congé, avec traitement, ce droit prévu est accordé au conjoint de la mère ou au fonctionnaire lié à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle.

« Le droit au congé d'adoption est ouvert à la mère ou au père adoptif. Lorsque les deux conjoints travaillent, soit l'un des deux renonce à son droit, soit le congé est réparti entre eux. Dans ce dernier cas, la durée de celui-ci est augmentée et fractionnée selon les modalités prévues par la législation sur la sécurité sociale. » ;

2° Au troisième, devenu septième alinéa, les mots : « aux deux alinéas précédents » sont remplacés par les mots : « au présent 5° ».

VI. - L'article L. 1225-28 du code du travail est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« En cas de décès de la mère au cours de la période d'indemnisation définie au premier alinéa de l'article L. 331-6 du code de la sécurité sociale, le père peut suspendre son contrat de travail pendant une période au plus égale à la durée d'indemnisation restant à courir, définie au premier alinéa du même article, le cas échéant reportée en application des dispositions du deuxième alinéa du même article. » ;

2° Le troisième alinéa est abrogé ;

3° Au quatrième alinéa, après les mots : « ou à la personne », il est inséré le mot : « salariée ».

V. - Le présent article s'applique aux périodes de congés ou de cessation d'activité courant à compter du 1^{er} janvier 2015.

Exposé des motifs

En cas de décès de la mère au cours de congé maternité, l'indemnité de congé maternité peut être versée au père ou, s'il n'exerce pas son droit, à la personne liée à la mère par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle, dans des conditions qui sont restrictives : d'une part, cette possibilité n'est ouverte que dans les cas où le décès de la mère est dû à l'accouchement ; d'autre part, elle suppose que la mère soit affiliée au régime général ou au régime des salariés agricoles, et que le père ou le partenaire de la mère soit affilié au même régime.

Le régime actuel est donc insatisfaisant au regard des situations individuelles rapportées par les caisses des régimes d'assurance maladie car il ne permet pas de couvrir l'ensemble des cas de décès de la mère au cours du congé maternité.

La présente mesure vise donc à garantir la possibilité de prise en charge du nourrisson par le parent survivant en cas de décès de sa mère. Elle prévoit donc d'étendre le transfert de l'indemnisation maternité de la mère, d'une part, à l'ensemble des causes de décès et, d'autre part, à tous les régimes de sécurité sociale, en assurant entre eux la coordination nécessaire lorsque les parents relèvent de régimes d'assurance maladie différents.

Article 32

I. - Le titre 8 du livre 3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa de l'article L. 381-30-1, les mots : « et les différentes participations mentionnées à l'article L. 322-2 sont prises en charge » sont remplacés par les mots : « et pour la participation mentionnée au I de l'article L. 322-2 ainsi que le forfait journalier institué par l'article L. 174-4 qui sont pris en charge » ;

2° L'article L. 381-30-5 est ainsi modifié :

a) Au début du I, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les caisses d'assurance maladie assurent le paiement de l'intégralité des frais de soins dispensés aux personnes détenues affiliées en application du premier alinéa de l'article L. 381-30, pour la part des dépenses prises en charge par les régimes d'assurance maladie ainsi que pour la part correspondant à la participation de l'assuré mentionnée au I de l'article L. 322-2, dans la limite des tarifs servant de base au calcul des prestations, et du forfait journalier mentionné à l'article L. 174-4. » ;

b) Le II est ainsi modifié :

- au premier alinéa, les mots : « aux différentes participations de l'assuré mentionnées à l'article L. 322-2 due » sont remplacés par les mots : « à la participation de l'assuré mentionnée au I de l'article L. 322-2 due » ;

- le même alinéa est complété par les mots suivants : « et rembourse les montants correspondants à la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés au titre des

paiements effectués par les caisses d'assurance maladie en application des dispositions du premier alinéa du I. » ;

- les deuxième et troisième alinéas sont supprimés.

II. – Les dispositions du 1° du I du présent article entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2015 et celles du 2° du I entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2016.

Exposé des motifs

Les circuits de financement des soins aux personnes détenues demeurent aujourd'hui complexes. Une partie des frais de soins est remboursée aux établissements de santé par les caisses d'assurance maladie auprès desquelles sont affiliées les personnes détenues, tandis que le ticket modérateur et le forfait journalier hospitalier sont acquittés par les établissements pénitentiaires. Pour les soins dispensés en ville, la loi prévoit le paiement de l'intégralité des frais de soins aux professionnels par la caisse d'assurance maladie à laquelle est affilié le détenu et le remboursement par l'Etat à cette dernière du ticket modérateur ; or ces modalités de remboursement au niveau local, conjuguées à l'existence de circuits financiers différents entre ces soins et les soins hospitaliers, ont rendu très difficile la mise en œuvre du tiers payant en ville. Cette complexité a été soulignée par la Cour des comptes dans son dernier rapport public.

Afin de permettre la mise en œuvre du tiers payant et de faciliter pour l'administration pénitentiaire le contrôle des sommes dues, la présente mesure vise à unifier les circuits de financement pour l'ensemble de la dépense de soins aux personnes détenues. Les caisses d'assurance maladie avanceront l'intégralité des sommes dues tant aux établissements de santé qu'aux professionnels pour les soins en ville avant que l'administration pénitentiaire rembourse la caisse nationale d'assurance maladie des sommes ainsi engagées via l'émission d'une facture centralisée au niveau national.

CHAPITRE II

PROMOTION DE LA PREVENTION

Article 33

I. - Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa de l'article L. 3121-1 est abrogé ;

2° L'article L. 3121-2 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 3121-2. - I. - Dans chacun des territoires de santé mentionnés à l'article L. 1434-16, le directeur général de l'agence régionale de santé habilite au moins un centre d'information, de dépistage et de diagnostic gratuit qui assure :*

« 1° La prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites ainsi que l'accompagnement dans la recherche de soins appropriés ;

« 2° La prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement ambulatoire des infections sexuellement transmissibles ;

« 3° La prévention des autres risques liés à la sexualité, notamment par la prescription d'une contraception.

« II. - Le centre assure une prise en charge anonyme ou non selon le choix exprimé par l'utilisateur au moment de son accueil. En cas de nécessité thérapeutique ou à la demande de l'utilisateur, le médecin peut, dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la santé, procéder à la levée de l'anonymat initialement choisi par l'utilisateur, sous réserve du consentement exprès, libre et éclairé de ce dernier.

« Les activités de vaccination et de prescription de contraception exercées par le centre ne sont pas soumises à l'anonymat.

« III. - La gestion des centres définis au présent article peut être confiée à une collectivité territoriale, dans le cadre d'une convention conclue avec le directeur général de l'agence régionale de santé.

« IV. - Les dépenses afférentes aux activités prévues par le présent article sont prises en charge par l'assurance maladie sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural et de la pêche maritime relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale.

« Un décret fixe les modalités d'application du présent article. » ;

3° L'article L. 3121-2-1 est abrogé.

II. - L'article L. 174-16 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 174-16.* - Les dépenses des centres d'information, de dépistage et de diagnostic gratuit prévues à l'article L. 3121-2 du code de la santé publique s'imputent sur le fonds mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique et sont financées sous la forme d'une dotation forfaitaire annuelle.

« Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret. »

III. - Les établissements de santé et les organismes qui sont actuellement désignés en tant que consultations de dépistage anonyme et gratuit de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine ou habilités en tant que centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles ou qui relèvent d'une collectivité territoriale ayant conclu une convention en application de l'article L. 3121-1 du code de la santé publique ont jusqu'au 30 avril 2015 pour demander leur habilitation en tant que centre d'information, de dépistage et de diagnostic gratuit en application de l'article L. 3121-2 du code de la santé publique.

L'agence régionale de santé dispose d'un délai de quatre mois pour statuer sur la demande d'habilitation. L'habilitation à fonctionner en tant que centre d'information, de dépistage et de diagnostic gratuit prend effet au 1^{er} janvier 2016.

Jusqu'au 31 décembre 2015, les établissements et organismes précités, qu'ils aient ou non obtenu l'habilitation mentionnée à l'alinéa précédent, poursuivent leurs activités sous couvert

des désignations, habilitations et conventions délivrées en application des dispositions législatives et réglementaires applicables avant la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

À titre dérogatoire, une habilitation provisoire de deux ans peut être délivrée aux établissements et organismes qui ne sont pas en mesure au jour de l'habilitation d'effectuer l'ensemble des activités de centre d'information, de dépistage et de diagnostic gratuit, à la condition qu'ils s'engagent à mettre en œuvre les conditions nécessaires à l'exercice de l'ensemble des activités dans ce délai de deux ans. À l'expiration du délai, l'habilitation prend fin et ne peut être renouvelée au centre qui n'exerce pas l'intégralité des activités mentionnées à l'article L. 3121-2 du code de la santé publique.

IV. - Pour l'année 2015, les activités de prévention, de dépistage, de diagnostic et de traitement des infections sexuellement transmissibles exercées par des établissements ou organismes habilités en application de l'article L. 3121-2-1 du code de la santé publique dans sa rédaction en vigueur avant la présente loi sont prises en charge par l'assurance maladie dans les conditions prévues au I de l'article L. 174-16 du code de la sécurité sociale.

V. - Les dispositions du III et du IV du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2015. Les dispositions du I et du II du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

Exposé des motifs

La prévention et le dépistage des infections sexuellement transmissibles peuvent être réalisés actuellement par deux types de structures :

- les consultations de dépistage anonyme et gratuit du VIH et des hépatites (CDAG) qui sont habilitées par les ARS et financées par l'assurance maladie ;

- les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST), qui, depuis la loi relative aux libertés et responsabilités locales du 13 août 2004, sont gérés soit par les collectivités territoriales par convention avec l'Etat, soit par des structures habilitées par les ARS. Ils sont financés dans le cadre de la dotation générale de fonctionnement quand ils sont gérés par les conseils généraux, ou dans le cadre du Programme annuel de performance 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins », pour les structures habilitées par les ARS.

La réorganisation du dispositif CDAG-CIDDIST est préconisée par :

- le rapport de la Commission des Finances de l'Assemblée nationale sur la mission Santé pour le PLF 2009 présenté par Gérard Bapt ;

- le rapport de la Haute autorité de santé sur les stratégies de dépistage du VIH d'octobre 2009 ;

- le rapport annuel 2010 de la Cour des Comptes ;

- le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales de 2010 sur l'évaluation de la mise en œuvre de la recentralisation de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST) ;

- le rapport 2010 du groupe d'experts dirigé par le Pr P. Yeni sur la prise en charge des personnes infectées par le VIH et le rapport de 2013 dirigé par le Pr P. Morlat ;

- l'avis du Conseil national du SIDA de 2012.

La stratégie nationale de santé (SNS) prévoit donc, dans la feuille de route du chantier n° 2 « Renforcer les stratégies de prévention », cette fusion, que la mesure proposée vise à réaliser à compter du 1^{er} janvier 2016 les CDAG et les CIDDIST et de confier à l'assurance maladie le financement de la nouvelle structure.

La mesure proposée vise donc à fusionner, à compter du 1^{er} janvier 2016, les CDAG et les CIDDIST et à confier à l'Assurance maladie le financement de la nouvelle structure.

Cette fusion permettra tout d'abord de simplifier le régime juridique et financier de la structure et ainsi, de faciliter son pilotage et son suivi.

Elle emporte aussi des bénéfices en termes de santé publique. Pour l'utilisateur, il s'agit d'accroître l'accessibilité de l'offre de prévention et de dépistage du VIH/SIDA, des hépatites et des IST, notamment pour les personnes les plus exposées aux risques en santé sexuelle ou les plus éloignées de l'offre. Alors que entre 30 000 et 50 000 personnes sont non diagnostiquées et ignorent leur infection, ce qui représente plus de 20 % de la population infectée par le VIH/SIDA, par une meilleure visibilité, la mesure encouragera le dépistage volontaire, au bénéfice à la fois de la santé individuelle des personnes concernées, mais aussi la santé collective.

Ensuite, elle permettra de mieux garantir la continuité du parcours en santé sexuelle des usagers : la structure améliorera le lien entre dépistage et prise en charge le cas échéant, notamment en donnant aux usagers, conformément aux recommandations du Conseil national du sida, le choix entre anonymat et non-anonymat, afin de réduire la part de personnes diagnostiquées non prises en charge.

Afin de faciliter cette fusion de structures et son financement par l'Assurance maladie, la mesure prévoit le transfert dès le 1^{er} janvier 2015 (année de transition) du financement des CIDDIST de l'Etat à l'assurance maladie.

Article 34

I. - Le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 3111-11 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Les dépenses afférentes aux vaccins sont prises en charge, pour les assurés sociaux, par les organismes d'assurance maladie dont ils relèvent et, pour les bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat, dans les conditions fixées par le titre V du livre II du code de l'action sociale et des familles et selon les modalités prévues à l'article L. 182-1 du code de la sécurité sociale.

« La facturation dématérialisée de ces dépenses est opérée dans les conditions prévues à l'article L. 161 35 du code de la sécurité sociale. » ;

2° L'article L. 3112-3 est ainsi modifié :

a) Au deuxième alinéa, après les mots : « au suivi médical » sont insérés les mots : « , au vaccin » ;

b) L'article est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La facturation dématérialisée de ces dépenses est opérée dans les conditions prévues à l'article L. 161 35 du code de la sécurité sociale ».

II. - Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

Exposé des motifs

L'accessibilité de la vaccination à l'ensemble de la population est un élément essentiel de la santé publique.

Si la vaccination a vocation à être principalement réalisée chez le médecin traitant, des dispositifs comme les centres de vaccination peuvent favoriser, par la gratuité, l'accès à la vaccination des populations les plus fragiles ou éloignées du système de soins, et contribuer ainsi à la réduction des inégalités sociales de santé et à l'amélioration de la couverture vaccinale, pour le bénéfice de tous.

Aussi, afin de soutenir l'activité de ces centres, la mesure proposée vise à faire prendre en charge par l'assurance maladie les dispensations de vaccins réalisés par ces derniers, dans les mêmes conditions que les vaccins réalisés en ville ou les vaccins réalisés par la protection maternelle et infantile (PMI). Les centres de vaccination continueront à prendre en charge le ticket modérateur afin de maintenir la gratuité de la vaccination.

Article 35

Au chapitre 1^{er} du titre 2 du livre 2 du code de la sécurité sociale, il est rétabli un article L. 221-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 221-1-1.* - La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés participe au financement des actions des associations mentionnées à l'article L. 1114-1 du code de la santé publique, représentant les usagers du système de santé et agréées au niveau national et des organismes concourant à la promotion des droits des usagers. Un arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget fixe la liste des associations et organismes bénéficiaires et les montants qui leur sont alloués au titre du présent article. »

Exposé des motifs

La démocratie sanitaire est l'un des piliers de la stratégie nationale de santé. A ce titre, il est important de garantir un financement pérenne et indépendant des associations ou organismes qui représentent les droits des usagers du système de santé ou concourent à leur promotion.

Or l'ensemble des crédits de l'assurance maladie destinés à la démocratie sanitaire sont aujourd'hui regroupés dans le fonds d'intervention régional, ce qui ne permet pas de financer des associations ou organismes nationaux. L'objet de la mesure est donc de permettre à l'assurance maladie de financer, au niveau national, des associations ou organismes ayant pour mission de promouvoir la démocratie sanitaire, dont la liste sera déterminée par arrêté.

Ce financement sera intégré dans le périmètre du 7^e sous-objectif de l'ONDAM.

CHAPITRE III
RENFORCEMENT DE LA QUALITE ET LA PROXIMITE DU SYSTEME DE SOINS

Article 36

I. - Le chapitre 2 du titre 6 du livre 1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 162-22-19, il est inséré un article L. 162-22-20 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-22-20.* - Les établissements de santé exerçant les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 peuvent bénéficier d'une dotation complémentaire lorsqu'ils satisfont des critères liés à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins mesurés sous la forme d'un score calculé chaque année par établissement.

« Un décret en Conseil d'Etat précise les critères d'appréciation retenus ainsi que les modalités de détermination de la dotation complémentaire. La liste des indicateurs pris en compte pour l'évaluation des critères ainsi que les modalités de calcul du score sont définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. » ;

2° Après l'article L. 162-30-2, il est inséré un article L. 162-30-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-30-3.* - Les établissements de santé mentionnés au 1° de l'article L. 162-22 pour lesquels le niveau de qualité et de sécurité des soins n'est pas conforme à des référentiels nationaux signent avec le directeur général de l'agence régionale de santé un contrat d'amélioration des pratiques en établissements de santé.

« La conformité aux référentiels nationaux de qualité et de sécurité des soins est appréciée, selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat, au moyens d'indicateurs dont les valeurs limites sont précisées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Le contrat d'amélioration des pratiques comporte des objectifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, un plan d'actions pour les atteindre et des indicateurs de suivi. Il porte sur les activités de l'établissement, ainsi que sur la coordination avec les autres professionnels et structures assurant la prise en charge des patients de l'établissement, susceptibles de présenter des risques pour la qualité de la prise en charge.

« Chaque année, en cas d'écarts par rapport aux engagements contractuels, l'agence régionale de santé peut, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, enjoindre à l'établissement de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des produits versés par l'assurance maladie, proportionnée à l'ampleur et à la gravité des manquements constatés et dans la limite de 1% de ces produits.

« En cas de refus par un établissement de santé d'adhérer au contrat, l'agence régionale de santé prononce une pénalité financière, de 1% des produits reçus par l'établissement de santé des régimes obligatoires d'assurance maladie, au titre du dernier exercice clos.

« Le contrat d'amélioration des pratiques est annexé au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique. Il est conforme à un contrat type fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'application du présent article, notamment la procédure applicable, la nature des risques faisant l'objet du contrat et mentionnés au troisième alinéa, la durée maximale du contrat et les modalités de calcul des pénalités mentionnées aux quatrième et cinquième alinéas. »

II. - Les dispositions du 1^o du I entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2016. Jusqu'au 31 décembre 2015, seuls les établissements de santé volontaires dont la liste est arrêtée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale sont éligibles à un financement complémentaire portant sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins par le biais de la dotation définie à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale.

Exposé des motifs

Le financement des établissements par la tarification à l'activité repose sur un paiement des séjours selon une hiérarchie des coûts observés. Les tarifs permettent aux établissements de santé d'assurer une prise en charge en l'état de l'art médical, notamment grâce à la mise à jour régulière de la classification et des études de coûts. Cependant, le niveau de qualité atteint par les établissements de santé, tel que mesuré par les indicateurs de qualité actuels, n'est pas homogène.

Aussi, afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, la mesure proposée vise, dans son premier volet, à instaurer une incitation financière positive pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé exerçant des activités de médecine, chirurgie et obstétrique. Des expériences étrangères montrent qu'il est envisageable d'intégrer dans le niveau de rémunération des établissements de santé des incitations permettant de faire progresser plus rapidement le niveau de qualité et sécurité des soins hospitaliers.

Il est donc proposé de créer une dotation complémentaire dont le montant sera déterminé sur la base d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Ce dispositif sera généralisé en 2016.

En 2015, à titre dérogatoire, ce dispositif consistera en une rémunération versée en crédits d'aide à la contractualisation et sera limité à des établissements répondant à un appel à candidatures lancé dans le cadre du programme portant sur l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ).

La liste des établissements éligibles sera fixée par arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale.

Le second volet de la mesure vise à créer un dispositif de contractualisation entre les établissements et les agences régionales de santé (ARS) portant sur trois principaux risques identifiés lors des prises en charge hospitalières (infections nosocomiales ; risque de rupture de parcours, apprécié notamment à travers le taux de ré-hospitalisations ; risque médicamenteux, ciblé par les contrats de bon usage), ciblé sur les établissements ayant un taux de risque élevé. Chaque année, en cas de non atteinte des objectifs du contrat, l'Agence régionale de santé pourra décider de pénalités financières à l'encontre de l'établissement.

Article 37

I. - Au chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique, après l'article L. 6111-3, il est inséré un article L. 6111-3-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6111-3-1.* - Les hôpitaux de proximité sont des établissements de santé publics ou privés qui contribuent, en coopération avec l'offre de soins ambulatoire et l'offre médico-sociale du territoire qu'ils desservent, à apporter une réponse de premier recours à un besoin de soins apprécié localement. Ils constituent, en cas de nécessité, une porte d'entrée vers des établissements de second recours. Leur volume d'activité est compris entre un seuil minimal et un seuil maximal fixés par décret.

« Les hôpitaux de proximité exercent, à titre de socle commun, une activité de médecine. Ils peuvent également exercer une ou plusieurs des activités suivantes :

« 1^o Médecine d'urgence ;

« 2^o Soins de suite ;

« 3^o Soins de longue durée.

« Ils n'exercent pas d'activité de chirurgie ou d'obstétrique.

« Les hôpitaux de proximité offrent un accès à des consultations spécialisées, dans le cadre de coopération développées avec d'autres établissements de santé et avec les acteurs participant à l'offre de soins ambulatoire.

« Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, sur proposition du directeur de l'agence régionale de santé, la liste des établissements de santé reconnus comme hôpitaux de proximité au regard des conditions prévues au présent article et des besoins appréciés localement.

« Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent article, notamment les critères d'appréciation des seuils de volume d'activité ainsi que les modalités de révision de la liste mentionnée à l'alinéa précédent. »

II. - A la sous-section 3 de la section 5 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, après l'article L. 162-22-8-1, il est inséré un article L. 162-22-8-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-22-8-2.* - Par dérogation à l'article L. 162-22-6, les activités de médecine exercées par un établissement de santé reconnu comme hôpital de proximité dans les conditions définies à l'article L. 6111 3-1 du code de la santé publique bénéficient d'un financement mixte sous la forme d'une dotation forfaitaire et de tarifs nationaux des prestations mentionnés à l'article L. 162-22-10, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat. »

III. - Pour l'année 2015, et par dérogation à l'article L. 162-22-8-2 du code de la sécurité sociale créé par le présent article, la part des frais d'hospitalisation prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des soins dispensés dans le cadre des activités de médecine exercées par les hôpitaux locaux au sens de l'article L. 6141-2 du code de la santé publique, dans sa version antérieure à la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, est incluse dans la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale et comprise dans l'objectif défini à l'article L. 174-1-1 du même code. Le montant de cette dotation est modulé en fonction de l'activité produite par l'établissement mesurée par les données mentionnées à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique.

Exposé des motifs

Le Pacte Territoire Santé reconnaît le rôle essentiel des hôpitaux de proximité, qui contribuent à la mise à disposition d'un panier de soins hospitalier essentiel, en particulier dans les zones fragiles. Ils occupent une place par leur activité spécifique dans la gradation des soins et l'interface entre la médecine de ville, les hôpitaux de recours et le secteur médico-social. Pourtant, ils ne bénéficient d'aucun statut particulier et en particulier d'aucun levier propre en matière de financement.

Les hôpitaux de proximité ont un socle commun d'activité constitué d'un service de médecine, le plus souvent complémentaire à une activité de soins de suite et de réadaptation, à une unité de soins de longue durée, d'hospitalisation à domicile et/ou à une activité médico-sociale réalisée en propre ou en partenariat.

L'objectif de la mesure est donc de définir les critères permettant à des établissements ayant les mêmes caractéristiques d'activité et de fonctionnement d'être qualifiés d'hôpitaux de proximité, ouvrant droit à un financement dérogatoire applicable à l'activité de médecine de ces établissements.

Elle propose ainsi un modèle de financement spécifique pour les établissements de proximité pour lesquels un financement complet par la tarification à l'activité n'est pas adapté. Seules les activités de médecine sont visées par ce nouveau modèle de financement ; les autres activités, comme les soins de suite et de réadaptation ou les soins de longue durée, resteront financées selon leurs règles de financement, qui ne relèvent pas d'une tarification à l'activité.

Quelle que soit leur modalité de financement actuelle (dotation annuelle de financement pour les ex hôpitaux locaux, tarification à l'activité pour les autres), l'ensemble des établissements présentant les caractéristiques d'activité et de fonctionnement définies permettant d'être qualifiés d'hôpitaux de proximité bénéficieront de ce nouveau modèle de financement mixte, composé d'une part fixe et d'une part reflétant le niveau d'activité de l'établissement, sous réserve qu'ils soient inscrits sur la liste fixée au niveau national, sur proposition des directeurs généraux des agences régionales de santé qui vérifient les conditions d'éligibilité, en particulier en ce qui concerne le volume d'activité réalisé.

Ce modèle s'appliquera de façon complète en 2016. En 2015, les ex-hôpitaux locaux reconnus hôpitaux de proximité feront l'objet d'un dispositif transitoire, les autres hôpitaux de proximité resteront financés selon leurs modalités de financement en vigueur, soit en tarification à l'activité.

Article 38

I. - Après l'article L. 1435-4-2 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1435-4-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 1435-4-3. - I. - Les agences régionales de santé peuvent conclure avec un médecin conventionné un contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire prévoyant le versement d'une rémunération forfaitaire lorsque ce dernier interrompt son activité de soins pour cause de maternité ou de paternité.

« L'interruption d'activité pour le bénéfice des dispositions prévues à l'article L. 531-4 du code de la sécurité sociale ne donne pas droit au versement de cette rémunération forfaitaire.

« Le médecin bénéficie de cette rémunération à condition :

« 1° De respecter les tarifs opposables ou, lorsqu'il est autorisé à pratiquer des honoraires différents des tarifs conventionnels, à modérer sa pratique tarifaire ;

« 2° De s'engager à exercer une activité médicale libérale, pendant une durée fixée par le contrat, dans une zone définie par l'agence régionale de santé et caractérisée par une offre médicale insuffisante au regard de la spécialité ou des difficultés dans l'accès aux soins ;

« 3° De se faire remplacer durant toute la durée de l'interruption de son activité ;

« 4° De ne pas bénéficier du dispositif mentionné à l'article L. 1435-4-2 du code de santé publique.

« II. - Le contrat prévoit des engagements individualisés qui peuvent porter sur les modalités d'exercice, la prescription, des actions d'amélioration des pratiques, des actions de dépistage, de prévention et d'éducation à la santé, des actions destinées à favoriser la continuité de la coordination des soins, la permanence des soins ainsi que sur des actions de collaboration auprès d'autres médecins.

« III. - Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent article et notamment les conditions de modération de la pratique tarifaire des médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents des tarifs conventionnels. »

II. – Le présent article s'applique aux médecins dont l'installation en cabinet libéral dans les zones mentionnées au 2° du I de l'article L. 1435-4-3 du code de la santé publique est postérieure au 31 décembre 2014.

Exposé des motifs

Pour lutter contre les déserts médicaux, le pacte « territoire santé » a mis en place le statut de praticien territorial de médecine générale (PTMG). Ce dispositif est réservé aux jeunes médecins généralistes libéraux installés depuis moins d'un an et exerçant dans les territoires fragiles identifiés par les agences régionales de santé (ARS). Un an après sa création, le bilan du dispositif est positif : à la fin du premier semestre 2014, 200 PTMG sont répartis sur le territoire et 200 nouvelles installations sont prévues d'ici la fin de l'année.

Les premiers retours des professionnels, ARS et organismes d'assurance maladie montrent qu'un élément fort d'attractivité du dispositif réside dans les avantages accordés en cas de congé maternité : un revenu minimum est en effet garanti au PTMG par l'ARS en complément de ses indemnités journalières maternité servies par son régime d'affiliation.

Le présent article étend donc, sous la forme d'un contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA), l'avantage maternité des PTMG à l'ensemble des médecins, généralistes ou spécialistes, en secteur 1 ou en secteur 2, à condition qu'ils s'engagent à modérer leurs dépassements, en respectant les limites prévues dans le cadre du contrat d'accès aux soins, souhaitant s'installer et exercer en zone sous dense.

A cette occasion, l'avantage maternité est également complété par un avantage paternité. Ce dernier sera versé au même niveau que l'avantage maternité mais proratisé à la durée légale des onze jours du congé paternité, soit 1 138€ au lieu de 3 105€ dus au titre d'un mois de congé maternité.

En outre, dans le prolongement de cette mesure, le congé paternité sera également inséré au dispositif actuel des PTMG qui bénéficient aujourd'hui d'un complément de rémunération forfaitaire dans le seul cas d'un congé maternité.

L'avantage maternité/paternité sera accordé sous réserve de respecter des conditions de durée d'exercice, de zone d'activité ou d'accès aux soins. L'avantage ne pourra pas se cumuler avec le dispositif PTMG. La mise en œuvre du dispositif sera confiée aux ARS et son financement supporté par le fonds d'intervention régionale. Le dispositif sera applicable aux nouvelles installations en zones fragiles effectuées à compter du 1^{er} janvier 2015.

Article 39

A la section 2 du chapitre V du titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique, après l'article L. 1435-4-3 créé par la présente loi, il est inséré un article L. 1435-4-4 ainsi rédigé :

« Art. L. 1435-4-4. - I. - Les agences régionales de santé peuvent conclure avec un médecin conventionné spécialisé en médecine générale un contrat sur la base duquel il perçoit une rémunération complémentaire aux revenus de ses activités de soins exercées en qualité de médecin généraliste.

« Le médecin bénéficie de cette rémunération sous réserve de satisfaire l'ensemble des conditions suivantes :

« 1° Exercer dans un territoire isolé ;

« 2° Avoir une activité marquée par une forte saisonnalité ;

« 3° Avoir un revenu tiré de son activité conventionnelle inférieur à un seuil fixé par rapport aux revenus moyens pour la même spécialité ;

« 4° Respecter les tarifs opposables ;

« 5° Ne bénéficier ni du dispositif mentionné à l'article L. 1435-4-2, ni des mesures prévues au 20° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

« II. - Le contrat prévoit des engagements individualisés qui peuvent porter sur des actions en termes d'amélioration de l'accès aux soins, des actions de prévention, des actions destinées à favoriser la continuité de la coordination des soins, la permanence des soins, ainsi que sur des actions de collaboration auprès d'autres médecins et de formation pour les personnels médicaux étudiants et internes, comme non médicaux.

« III. - Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent article, notamment la durée du contrat, les critères permettant de caractériser le territoire isolé, liés à l'isolement géographique et à la densité de population des zones dans lesquelles les médecins sont situés, ainsi que le seuil de revenu mentionné au 3° du I. »

Exposé des motifs

Le Pacte Territoire Santé vise à améliorer de l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire, notamment en améliorant les conditions d'exercice des professionnels de santé dans des zones géographiques spécifiques.

Certains territoires sont en effet relativement isolés des infrastructures sanitaires de la région, alors même qu'ils sont très fréquentés durant une partie de l'année par des populations saisonnières et des touristes. La rémunération des médecins libéraux ne tient pas compte de l'ensemble des contraintes de l'exercice sur ces territoires, liées à des frais fixes parfois importants pour une patientèle régulière qui peut être faible, ce qui peut se traduire par de moindres rémunérations afférentes au rôle de médecin traitant.

Afin d'inciter à l'exercice dans ces territoires isolés, il est proposé de créer un contrat permettant le versement d'une rémunération complémentaire par les agences régionales de santé à des médecins respectant un certain nombre de conditions : niveau de revenus du médecin inférieur à un seuil, respect des tarifs opposables. L'aide ne pourra être cumulée avec le dispositif de praticien territorial de médecine générale, ni avec les aides démographiques prévues par voie conventionnelle.

Le contrat est assorti d'engagements individualisés qui peuvent porter sur des actions en termes d'amélioration de l'accès aux soins, des actions de prévention, des actions destinées à favoriser la continuité de la coordination des soins, la permanence des soins, ainsi que sur des actions de collaboration auprès d'autres médecins et de formation pour les personnels médicaux étudiants et internes, comme non médicaux.

Article 40

I. - La section 5 du chapitre V du titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :

1° Les deuxième à neuvième alinéas de l'article L. 1435-8 sont remplacés par les dispositions suivantes :

« 1° La promotion de la santé, la prévention des maladies, des handicaps et de la perte d'autonomie et la démocratie en santé ;

« 2° L'organisation, la coordination et la qualité de l'offre sanitaire et médico-sociale et la promotion des parcours ;

« 3° La permanence des soins et la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire ;

« 4° L'efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels. » ;

2° L'article L. 1435-10 est ainsi modifié :

a) Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

« Les crédits du fonds délégués aux agences régionales de santé sont gérés dans le cadre d'un budget annexe au budget des agences régionales de santé. Ce budget annexe est établi et approuvé dans les conditions prévues par les articles L. 1432-3-1 et L. 1432-5. Le paiement des dépenses du fonds peut être confié à un organisme chargé de la gestion d'un régime obligatoire de l'assurance maladie lorsque ces paiements sont effectués directement aux professionnels de santé. Les crédits non consommés en fin d'exercice peuvent être reportés sur l'exercice suivant dans la limite d'un plafond. Le cas échéant, les crédits au titre de la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 1435-9 non consommés et non reportés sur l'exercice suivant en application du plafonnement précité font l'objet d'un reversement à la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. Les sommes notifiées par les agences régionales de santé au titre d'un exercice pour des actions, expérimentations et structures financées par les crédits du fonds au titre de la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 1435-9 sont prescrites au profit de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés au 31 décembre du troisième exercice suivant celui de leur notification. Les modalités d'application du présent alinéa sont fixées par décret. » ;

b) Le quatrième alinéa est supprimé ;

c) Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« En vue de permettre un suivi de l'utilisation des dotations affectées au fonds d'intervention régional, le ministre chargé de la santé assure la consolidation de l'exécution des budgets ainsi que des comptes de l'année en cours. Un bilan de l'exécution des budgets et des comptes de l'année précédente, élaboré sur la base des données transmises par chaque agence régionale de santé, est adressé au Parlement avant le 15 octobre de chaque année. Ce bilan contient notamment une analyse du bien-fondé du périmètre des actions mentionnées à l'article L. 1435-8, de l'évolution du montant des dotations régionales annuelles affectées au fonds ainsi qu'une explicitation des critères de répartition régionale. »

II. - Le 2° du I du présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

Exposé des motifs

Le présent article a pour objectif de renforcer et simplifier le fonctionnement du fonds d'intervention régional (FIR).

Tout d'abord, il étend ses missions à la démocratie en santé et à l'amélioration des conditions de travail des personnels des structures médico-sociales, les personnels des établissements de santé pouvant d'ores et déjà être bénéficiaires du fonds.

À cette occasion, il restructure les missions du fonds autour de quatre axes, en vue d'en améliorer la lisibilité et les modalités de suivi budgétaire et de les inscrire pleinement dans le cadre de la Stratégie nationale de santé : prévention, amélioration de la qualité et coordination de l'offre de soins, permanence des soins et répartition territoriale des structures et professionnels, efficacité des organisations et conditions de travail de leurs personnels. Par ailleurs, il simplifie les modalités de gestion du fonds en confiant aux agences régionales de santé (ARS), investies de la gestion budgétaire et comptable du fonds, l'ensemble des paiements relatifs au FIR à l'exclusion de ceux directement versés aux professionnels de santé, les organismes d'assurance maladie étant dans ce dernier cas les plus à même à en assurer le versement. Ces nouvelles modalités de gestion permettront aux ARS, en cas de non consommation intégrale des crédits sur un exercice, de reporter sur l'exercice suivant une partie des crédits non consommés dans la limite d'un plafonnement conformément à la vocation du fonds de gérer des projets de manière pluriannuelle.

Cet article vise ainsi à conforter le principal levier des ARS en matière de financement que constitue le FIR pour soutenir les actions de transformation du système de santé au bénéfice de ses acteurs. Le nouveau dispositif entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2016 en vue de poursuivre la préparation des modalités de déploiement en 2015.

Article 41

Le titre 6 du livre 1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 1° de l'article L. 161-37 est ainsi modifié :

a) Après les mots : « les études médico-économiques nécessaires à l'évaluation » sont insérés les mots : « des actes mentionnés aux articles L. 162-1-7 -1 et L. 162-1-8, » ;

b) Après les mots : « en raison notamment » sont insérés les mots : « de l'amélioration du service attendu de l'acte, » ;

2° L'article L. 162-1-7-1 est ainsi modifié :

a) Le deuxième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« L'Union nationale des caisses de l'assurance maladie fait connaître aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans un délai maximal qui ne peut être supérieur à six mois à compter de la transmission à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie de l'avis de la Haute Autorité de santé mentionné au troisième alinéa de l'article L. 162-1-7, les motifs de l'absence de décision d'inscription :

« 1° Des actes présentant un niveau d'amélioration du service attendu déterminé et dont l'inscription sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 est nécessaire à l'utilisation ou à la prise en charge par l'assurance maladie d'un des produits de santé définis aux articles L. 5211-1 ou L. 5221-1 du code de la santé publique ;

« 2° Des actes pouvant être pratiqués uniquement au sein d'un établissement de santé et ayant ou étant susceptibles d'avoir un impact significatif sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie ;

« 3° Des actes ayant fait l'objet d'une tarification provisoire dans le cadre d'une expérimentation, notamment dans les conditions prévues à l'article L. 162-31-1, et présentant un niveau d'amélioration du service attendu déterminé, ou étant susceptible d'avoir un impact significatif sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie.

« L'impact sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie des actes mentionnés aux 2° et 3° fait l'objet d'une évaluation médico-économique réalisée par la Haute Autorité de santé. » ;

b) Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les actes mentionnés au 3° du présent article demeurent pris en charge dans les conditions de l'expérimentation si une demande d'évaluation a été déposée auprès de la Haute Autorité de santé dans un délai de six mois avant la fin de l'expérimentation. Cette prise en charge est valable au maximum un an à compter du dépôt de cette demande, jusqu'à l'intervention de la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. » ;

c) Au troisième alinéa, les mots : « l'acte innovant, fondée notamment sur l'amélioration du service attendu de l'acte » sont remplacés par les mots : « l'amélioration du service attendu de l'acte et les conditions de réalisation de l'évaluation médico-économique par la Haute Autorité de santé » ;

3° L'article L. 162-1-8 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« En l'absence de hiérarchisation par les commissions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 162-1-7, dans un délai qui ne peut être supérieur à cinq mois à compter de la transmission à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie de l'avis de la Haute Autorité de santé mentionné au troisième alinéa du même article et de l'évaluation mentionnée au cinquième alinéa du présent article, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut procéder à la hiérarchisation d'un acte dont le service attendu est suffisant, lorsqu'il appartient à l'une ou l'autre des catégories mentionnées aux 1°, 2° ou 3° de l'article L. 162-1-7-1, sans relever des actes mentionnés au premier alinéa du même article ;

« L'impact sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie des actes mentionnés aux 2° et 3° de l'article L. 162-1-7-1 est évalué par la Haute Autorité de Santé. » ;

b) Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Dans le cas prévu au 3°, l'acte reste pris en charge dans les conditions de l'expérimentation si une demande d'évaluation a été déposée auprès de la Haute Autorité de santé dans un délai de six mois avant la fin de l'expérimentation. Cette prise en charge est valable au maximum un an à compter du dépôt de cette demande, jusqu'à l'intervention de la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. » ;

c) Au dernier alinéa, les mots : « de l'acte innovant, fondée notamment sur l'amélioration du service attendu de l'acte » sont remplacés par les mots : « des critères mentionnés aux 1° à 3° » ;

4° La première phrase de l'article L. 165-1-1 est ainsi rédigée : « Tout produit de santé mentionné aux articles L. 5211-1 ou L. 5221-1 du code de la santé publique ou acte innovant présentant un impact clinique ou médico-économique majeur peut faire l'objet, à titre dérogatoire et pour une durée limitée, d'une prise en charge partielle ou totale conditionnée à la réalisation d'une étude comparative clinique et médico-économique. Cette prise en charge relève de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. »

Exposé des motifs

Le financement des technologies de santé innovantes présente plusieurs imperfections, auxquelles il est progressivement remédié. Le Conseil d'analyse économique, puis les travaux conduits dans le cadre du contrat de filière des industries et technologies de santé, ont permis d'identifier plusieurs d'entre elles, que les présentes dispositions visent à corriger.

C'est pourquoi le présent article complète le dispositif d'inscription accélérée au remboursement des actes innovants, créé par l'article 52 de la LFSS pour 2014, afin de couvrir deux types d'actes :

- les actes pratiqués en établissement de santé et ne présentant pas de bénéfice clinique, mais ayant un impact médico-économique ou sur les dépenses de l'assurance maladie important ;

- les actes pour lesquels des expérimentations ont permis d'évaluer un niveau pertinent de tarification ainsi que le bénéfice clinique et/ou un bénéfice médico-économique.

Les missions d'évaluation médico-économique de la Haute Autorité de santé sont complétées en conséquence.

Enfin, l'article précise les conditions d'usage du « forfait innovation », en vue de rendre les conditions d'accès à ce forfait plus exigeantes en termes de données scientifiques. Cet aménagement vise à prendre en compte l'expérience issue de la première mise en œuvre de ce dispositif au cours de l'exercice 2014.

CHAPITRE IV
PROMOTION DE LA PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS ET DES ACTES

Article 42

Le chapitre 2 du titre 6 du livre 1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 162-1-17 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 162-1-17.* - En application du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins prévu à l'article L. 162-30-3, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, après avis de l'organisme local d'assurance maladie et après mise en œuvre d'une procédure contradictoire, décider de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical de l'organisme local d'assurance maladie, pour une durée ne pouvant excéder six mois, la prise en charge par l'assurance maladie d'actes, de prestations ou de prescriptions délivrés par un établissement de santé.

« Cette décision est motivée par le constat d'une proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation, d'une proportion élevée de prescriptions de ces prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation, d'un écart significatif entre le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable ou d'une proportion élevée d'actes, prestations ou prescriptions réalisés par l'établissement de santé non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé.

« Dans le cas où l'établissement de santé, informé par l'agence régionale de santé de la soumission à la procédure d'accord préalable, délivre des actes ou prestations malgré une décision de refus de prise en charge, ces actes ou prestations ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie et l'établissement ne peut pas les facturer au patient. Lorsque la procédure d'accord préalable porte sur les prescriptions réalisées par l'établissement de santé, le non respect de la procédure entraîne l'application d'une pénalité financière dans les conditions prévues au cinquième alinéa du II de l'article L. 162-30-3.

« Toutefois, en cas d'urgence attestée par le médecin ou par l'établissement de santé prescripteur, l'accord préalable du service du contrôle médical n'est pas requis pour la prise en charge des actes, prestations et prescriptions précités. » ;

2° Après l'article L. 162-30-2, il est inséré un article L. 162-30-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-30-3.* - I. - L'agence régionale de santé élabore un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins, qui définit les domaines d'actions prioritaires en matière d'amélioration de la pertinence des soins dans la région, en conformité avec les orientations retenues dans les programmes nationaux de gestion du risque mentionnés à l'article L. 182-2-1-1.

« Ce plan d'actions précise également les critères retenus pour identifier les établissements de santé faisant l'objet du contrat d'amélioration de la pertinence des soins prévu au II du présent article et ceux faisant l'objet de la procédure de mise sous accord préalable définie à l'article L. 162-1-17. Ces critères tiennent compte notamment des référentiels établis par la Haute Autorité de santé et des écarts constatés entre le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales observées pour une activité comparable.

« Le plan d'actions défini au présent I est intégré au programme pluriannuel régional de gestion du risque mentionné à l'article L. 1434-14 du code de la santé publique.

« II. - Le directeur de l'agence régionale de santé conclut avec les établissements de santé identifiés dans le cadre du plan d'actions défini au I et l'organisme local d'assurance maladie un contrat d'amélioration de la pertinence des soins, d'une durée maximale de deux ans.

« En cas de refus par un établissement de santé d'adhérer à ce contrat, le directeur de l'agence régionale de santé prononce, après observations de l'établissement, une pénalité financière correspondant à 1% des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos.

« Ce contrat comporte des objectifs qualitatifs d'amélioration de la pertinence des soins.

« Le contrat comporte, en outre, des objectifs quantitatifs lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, constate un écart significatif entre le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable ou une proportion élevée d'actes, prestations ou prescriptions réalisés par l'établissement de santé non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé.

« L'atteinte des objectifs fixés au contrat fait l'objet d'une évaluation annuelle. En cas de non atteinte de ces objectifs, le directeur de l'agence régionale de santé peut, après avis de l'organisme local d'assurance maladie et après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, engager la procédure de mise sous accord préalable mentionnée à l'article L. 162-1-17 au titre du champ d'activité concerné par les manquements constatés ou enjoindre à l'établissement de santé de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction des recettes annuelles d'assurance maladie afférentes à l'activité concernée par ces manquements. Lorsque les manquements constatés portent sur des prescriptions, la pénalité correspond à une fraction du montant des dépenses imputables à ces prescriptions. Le montant de la pénalité est proportionné à l'ampleur des écarts constatés et ne peut dépasser 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos.

« III. - Un décret en conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article, notamment les modalités selon lesquelles est évaluée l'atteinte des objectifs fixés au contrat d'amélioration de la pertinence des soins. »

Exposé des motifs

L'amélioration de la pertinence des soins est un enjeu fort pour la qualité de notre système de soins et l'efficacité des dépenses de santé. Les démarches menées en ce sens doivent désormais être intensifiées et rassemblées dans une politique plus globale s'appuyant sur des objectifs précis.

Cette évolution passe par un renforcement du pilotage par les agences régionales de santé (ARS) de la pertinence des soins dispensés en établissements de santé et par la mise à disposition d'outils gradués pour le mettre en œuvre.

La mesure proposée prévoit la mise en œuvre d'une contractualisation tripartite entre l'établissement de santé, l'ARS et l'assurance maladie autour d'objectifs d'amélioration de la pertinence des soins. Deux types d'objectifs peuvent être contractualisés, en fonction des thématiques concernées et du niveau de ciblage de l'établissement de santé au regard des enjeux de pertinence :

- des objectifs d'amélioration de la pertinence des soins, définis sur la base d'indicateurs de processus, destinés à être contractualisés avec un nombre relativement large d'établissements ciblés au niveau régional ;

- des objectifs de maîtrise du nombre des prescriptions, actes ou séjours non pertinents pour des établissements présentant des écarts importants avec les moyennes nationales ou régionales pour une activité comparable ou des pratiques non conformes aux recommandations de la Haute Autorité de santé.

La mesure propose également une refonte du dispositif de mise sous accord préalable (MSAP) pour les établissements de santé afin de l'adapter aux enjeux de la pertinence des soins et de l'insérer dans la démarche régionale portée par l'ARS en lien avec l'assurance maladie.

Article 43

Le code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

1° Le premier alinéa de l'article L. 165-1 est complété par trois phrases ainsi rédigées :
« Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent conditionner l'inscription sur la liste précitée des produits répondant pour tout ou partie à certaines descriptions génériques dont la liste est fixée par arrêté, au dépôt auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, par les fabricants, leurs mandataires ou distributeurs, d'une déclaration de conformité aux spécifications techniques des descriptions génériques concernées. L'inscription de ces produits prend la forme d'une description générique renforcée permettant leur identification individuelle. La déclaration de conformité est établie par un organisme compétent désigné à cet effet par l'agence précitée. » ;

2° Au deuxième alinéa de l'article L. 165-2, après les mots : « inscrits par description générique » sont insérés les mots : « ou par description générique renforcée » ;

3° Au second alinéa du I de l'article L. 165-3, après les mots : « inscrits par description générique » sont insérés les mots : « ou par description générique renforcée ».

Exposé des motifs

L'inscription des dispositifs médicaux (DM) sur la liste des produits et prestations (LPP) permet leur prise en charge par l'assurance maladie. Cette inscription peut se faire selon deux modalités : en nom de marque, lorsque le produit est innovant ou qu'il nécessite un suivi particulier, et en ligne générique en règle générale. Dans ce dernier cas, le fabricant de DM qui a obtenu son marquage « CE » appose lui-même sur son produit un code LPP correspondant à la ligne générique à laquelle il estime que son produit appartient.

Ce principe d'auto-inscription ne permet pas de vérifier la conformité des dispositifs médicaux aux spécifications techniques et aux conditions particulières mentionnées dans le cadre de la LPP, alors même que l'apposition du code LPP lui garantit sa prise en charge par l'assurance maladie. Les problèmes sanitaires posés récemment par certains dispositifs médicaux implantables non conformes ont montré la nécessité d'un renforcement de la traçabilité et du contrôle, qui permettraient en outre de vérifier la bonne imputation d'un produit à une ligne générique et éviter ainsi certaines prises en charge injustifiées par l'assurance maladie.

La mesure proposée vise ainsi à renforcer, pour un certain nombre de DM dont la liste sera fixée par arrêté, la modalité d'inscription sur la LPP en créant une « description générique renforcée ». Cette modalité d'inscription nouvelle permettra d'identifier individuellement les DM pris en charge par l'assurance maladie (code individuel, à l'instar de ce qui existe pour les inscriptions en nom de marque) pour lesquels la performance est prévisible et qui ne nécessitent pas d'évaluation clinique spécifique par la Haute Autorité de santé. Le tarif de prise en charge appliqué sera le tarif de prise en charge de la ligne générique correspondante. Il en serait de même pour le prix limite de vente, le cas échéant, qui serait celui de la ligne générique.

Article 44

I. - Après l'article L. 162-22-7-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-22-7-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-22-7-2.* - Lorsqu'une spécialité pharmaceutique mentionnée à l'article L. 162-22-7 est facturée en sus d'une prestation d'hospitalisation visée au 1° de l'article L. 162-22-6, le tarif national applicable à cette prestation est minoré d'un montant forfaitaire fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le montant de la minoration ne peut en aucun cas être facturé aux patients.

« La minoration s'applique aux prestations définies par arrêté, pour lesquelles la fréquence de prescription des spécialités de la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 est au moins égale à 25 % de l'activité afférente à ces prestations et qui représentent au moins 15 % des dépenses totales afférentes aux spécialités inscrites sur la liste précitée. »

II. - Les dispositions du présent article s'appliquent à compter du 1^{er} mars 2015.

Exposé des motifs

Les produits de santé inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 (liste en sus) peuvent donner lieu à des pratiques de prescription très hétérogènes, traduisant de fortes disparités dans le bon usage et la pertinence des prescriptions, bien que les pouvoirs publics aient mis en place et poursuivent des actions sur la promotion et la diffusion du bon usage du médicament.

Or les dépenses des produits de santé inscrits sur la liste en sus demeurent à un niveau très élevé et croissent de manière très dynamique. Par ailleurs, il a également été constaté que des spécialités de la liste en sus prescrites en dehors des indications de leur autorisation de mise sur le marché (AMM), donc en dehors du périmètre remboursable, sont facturées et indûment prises en charge sur cette liste en sus, notamment lorsque la mention obligatoire « hors AMM » est omise lors de la prescription.

Afin de garantir que cette liste répond bien à son objet, c'est-à-dire permettre aux patients dont l'état le nécessite le recours à de réelles innovations, et afin de s'assurer du bon usage de ces produits, il convient aujourd'hui de mobiliser l'outil tarifaire pour inciter au respect des bonnes pratiques et à la pertinence des prescriptions, en créant une incitation financière positive à la prescription des alternatives thérapeutiques prises en charge dans les tarifs d'hospitalisation dès lors qu'elles ne sont pas moins efficaces.

À cette fin, il est créé un forfait à la charge des établissements de santé pour les prescriptions dans la liste en sus d'un certain nombre de spécialités. Le rendement global de ce forfait étant réintégré dans les tarifs, la mesure est neutre pour les établissements ayant une pratique moyenne de prescription, positive pour ceux qui recourent moins à la liste en sus, et se traduit par un surcoût pour les établissements qui prescrivent plus que la moyenne dans la liste en sus. Mécaniquement, une augmentation des prescriptions dans les produits pris en charge dans les tarifs d'hospitalisation devrait en outre se traduire par une diminution des prescriptions de produits de la liste en sus, pris en charge à tort, car hors AMM.

Article 45

L'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'organisme local d'assurance maladie peut refuser les demandes de conventionnement des entreprises de taxis bénéficiaires d'une nouvelle autorisation de stationnement sur le fondement de critères définis par décret en conseil d'Etat et tenant compte des caractéristiques démographiques, géographiques et d'équipement sanitaire du territoire ainsi que du nombre de véhicules affectés au transport de patients. »

Exposé des motifs

Au cours des dix dernières années, les dépenses de transports ont progressé beaucoup plus vite que les autres postes de dépenses qui composent l'ONDAM: + 63 % entre 2001 et 2010 contre + 39,4% toutes dépenses confondues entrant dans le périmètre de l'ONDAM.

La part des transports réalisée par des taxis ne cesse de croître (+8 % en moyenne par an) et représente désormais près de 40% de la dépense globale de transports, sans qu'aucune mesure de régulation de l'offre de prestations de transports assis de patients réalisées par les taxis n'existe.

Afin de contenir l'augmentation des dépenses d'assurance maladie affectées au transport de patient, il est nécessaire de mieux maîtriser l'offre de taxis conventionnés pour effectuer du transport de malades.

C'est pourquoi la mesure proposée introduit une disposition ouvrant la possibilité aux directeurs de caisses d'assurance maladie de refuser une demande de conventionnement d'un taxi bénéficiaire d'une nouvelle autorisation de stationnement sur la base de critères tenant

compte des caractéristiques démographiques, géographiques et d'équipement sanitaire du territoire ainsi que du nombre de véhicules affectés au transport de patients.

CHAPITRE V PAIEMENT DES PRODUITS DE SANTE A LEUR JUSTE PRIX

Article 46

L'article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est précédé de la mention : « I » ;

2° L'article est complété par un II ainsi rédigé :

« II. - Lorsque le prix d'achat des spécialités par l'établissement est inférieur au prix de vente publié par le Comité économique des produits de santé ou, le cas échéant, au prix de cession fixé en application du deuxième alinéa du I minoré de la marge mentionnée au premier alinéa du même I, le prix de cession facturable et servant de base au calcul de la participation de l'assuré est égal au prix d'achat majoré d'une partie de la différence entre ces deux éléments définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale auquel s'ajoute la marge précitée. »

Exposé des motifs

Le remboursement des médicaments inscrits sur la liste des médicaments utilisés en ambulatoire mais délivrés par les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé (liste « rétrocession ») se fait sur la base du prix de cession (majoré de la TVA et de la marge rétrocession) publié par le Comité économique des produits de santé et ce, quel que soit le prix d'achat réel du médicament par les établissements de santé. Aussi, aujourd'hui, si le prix d'achat négocié par les établissements auprès de l'exploitant est inférieur au prix publié, l'assurance maladie rembourse une dépense qui, pour partie, n'a pas été engagée par l'établissement.

La présente mesure a pour objet, en étendant aux produits de la liste « rétrocession » un mécanisme d'intéressement analogue à celui qui existe pour les produits de la liste en sus, de maintenir un dispositif d'incitation à la négociation des prix d'achat les plus bas pour les établissements de santé tout en faisant bénéficier l'assurance maladie d'une partie des gains réalisés par les établissements de santé par cette négociation des prix. Ce mécanisme conduit à rapprocher la prise en charge par l'assurance maladie du prix réel d'achat par les établissements tout en permettant à ces derniers de conserver à leur bénéfice une partie significative de l'écart entre prix d'achat et tarif de remboursement.

Article 47

I. - Le titre 6 du livre 1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

A. - Le I de l'article L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

a) La première phrase est ainsi modifiée :

- Les mots : « est égal au prix de vente aux établissements de santé déclaré par l'entreprise au Comité économique des produits de santé » sont remplacés par les mots : « est fixé par convention entre l'entreprise et le Comité économique des produits de santé » ;

- Elle est complétée par les mots : « au plus tard dans un délai de cent quatre-vingts jours suivant la réception de la demande d'inscription de l'entreprise sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 ou, en cas d'inscription sur cette même liste à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans un délai de quatre-vingt-dix jours à compter du jour où l'avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique a été rendu public. » ;

b) La deuxième phrase est remplacée par la phrase suivante : « A défaut d'accord conventionnel au terme des délais mentionnés ci-dessus, le tarif de responsabilité est fixé et publié par le comité dans les quinze jours suivants. » ;

c) La troisième phrase est ainsi modifiée :

- les mots : « à la décision du » sont remplacés par les mots : « au tarif publié par le » ;

- le mot : « décision » est remplacé par le mot : « publication » ;

2° Le troisième alinéa est ainsi modifié :

a) Les mots : « à cet effet » sont supprimés ;

b) Les mots : « la procédure, les conditions dans lesquelles sont effectuées les déclarations des laboratoires exploitants, les critères de l'opposition du comité, » sont remplacés par le mot : « notamment » ;

c) Le mot : « prix » est remplacé par le mot : « tarif » ;

B. - Au premier alinéa du I de l'article L. 162-22-7, après les mots : « l'Etat fixe » sont insérés les mots : « , sur demande du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, » ;

C. - L'article L. 165-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La publication du tarif des produits ou prestations mentionnées à l'article L. 162-22-7 intervient au plus tard dans un délai de cent quatre-vingts jours suivant la réception de la demande d'inscription de l'entreprise sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 ou, en cas d'inscription sur cette même liste à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans un délai de quatre-vingt-dix jours à compter du jour où l'avis de la commission mentionnée à l'article L. 165-1 a été rendu public. »

II. - Les dispositions du présent article s'appliquent à la prise en charge, au titre de la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, des spécialités pharmaceutiques ou produits et prestations pour lesquels le dernier avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique ou de la commission mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale a été rendu public postérieurement à la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

La prise en charge, au titre de la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 précité, des spécialités pharmaceutiques ou produits et prestations pour lesquels les avis mentionnés au précédent alinéa ont été rendus publics avant l'entrée en vigueur de la présente loi demeure régie par les dispositions législatives et réglementaires applicables avant cette date.

Exposé des motifs

Cette mesure vise à modifier les modalités de fixation du tarif des médicaments facturables en sus des prestations d'hospitalisation.

Aujourd'hui, le délai de fixation du tarif court à compter de la date d'inscription des produits sur la « liste en sus ». Or la condition d'une inscription en sus préalable aux négociations tarifaires tend de facto à allonger les délais d'accès au traitement pour les patients. Aussi, afin de remédier à cette difficulté et d'optimiser la procédure de fixation des tarifs, il est proposé de faire courir ce délai à compter de la demande d'inscription sur la liste en sus. La durée du délai est fixée de façon à permettre, d'une part, d'instruire la demande d'inscription et, d'autre part, de procéder aux négociations tarifaires. Cette mesure a donc pour objectif d'écarter les risques d'insécurité juridique pour le laboratoire et une éventuelle perte de chance pour les patients.

CHAPITRE VI
AMELIORATION DE L'EFFICIENCE DE LA DEPENSE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Article 48

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le I de l'article L. 162-22-3 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 4° Le cas échéant, le montant de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-3-1. » ;

2° Après l'article L. 162-22-3, il est inséré un article L. 162-22-3-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-22-3-1. - I. -* L'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-2 peut faire l'objet, lors de sa détermination annuelle, d'une mise en réserve à hauteur d'un montant fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, de manière à concourir au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Ce montant peut être différencié selon les activités mentionnées au premier alinéa de l'article L. 162-22-1.

« II. - Au regard notamment de l'avis mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, l'Etat peut décider de verser aux établissements de santé mentionnés au *d* et au *e* de l'article L. 162-22-6 tout ou partie du montant mis en réserve en application du I.

« Il peut être différencié selon les activités mentionnées au premier alinéa de l'article L. 162-22-1.

« III. - Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat. »

3° Au premier alinéa de l'article L. 174-15, après la référence : « L. 162-22-8, » est insérée la référence : « L. 162-22-9-1, ».

Exposé des motifs

Afin d'assurer le respect de l'ONDAM, un mécanisme de réserve prudentielle a été mis en place sur une large partie des financements des établissements de santé, à travers la mise en place de gels prudentiels sur les tarifs des activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et sur les dépenses sous enveloppe fermée (dotations annuelles de fonctionnement et missions d'intérêt général et aides à la contractualisation).

De ce fait, ce dispositif ne s'applique pas au secteur des établissements de santé privés à but lucratif et à but non lucratif, conventionnés avec l'assurance maladie ayant une activité en soins de suite et réadaptation ou en psychiatrie et relevant de l'objectif quantifié national (OQN).

C'est pourquoi il apparaît aujourd'hui indispensable de le faire participer au respect de l'ONDAM en introduisant un mécanisme de régulation de cette enveloppe ouverte et particulièrement dynamique.

La mesure proposée vise donc à étendre le mécanisme de réserve prudentielle à ces activités.

Le montant mis en réserve sera fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et pourra être différencié entre les deux secteurs relevant de l'OQN (activités de soins de psychiatrie et activités de soins de suite et de réadaptation).

En cas de respect de l'ONDAM et après avis du comité d'alerte, tout ou partie du montant ainsi gagé pourra être reversé aux établissements de santé concernés. Ainsi, c'est seulement lorsque le risque de dépassement de l'ONDAM est écarté et à la suite de l'avis du comité d'alerte, que la décision de versement des crédits peut intervenir.

L'article proposé vise également à inclure pleinement les hôpitaux du service de santé des armées dans le régime de régulation introduit dès 2013 pour les activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique.

Article 49

I. - A l'article L. 254-2 du code de l'action sociale et des familles, après les mots : « au titre des articles L. 251-1 et L. 254-1 » sont insérés les mots : « dans le délai mentionné à l'article L. 253-3 ».

II. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 162-22-11 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

a) Après les mots : « l'aide médicale de l'Etat » sont insérés les mots : « ou de la prise en charge des soins urgents » ;

b) Les mots : « de l'article L. 251-1 » sont remplacés par les mots : « des articles L. 251-1 et L. 254-1 » ;

2° Le premier alinéa de l'article L. 162-22-11-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

a) Après les mots : « l'aide médicale de l'Etat » sont insérés les mots : « ou de la prise en charge des soins urgents » ;

b) Les mots : « de l'article L. 251-1 » sont remplacés par les mots : « des articles L. 251-1 et L. 254-1 ».

III. - Le II de l'article 33 de la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 est ainsi modifié :

1° Après les mots : « l'aide médicale de l'Etat » sont insérés les mots : « ou de la prise en charge des soins urgents » ;

2° Les mots : « de l'article L. 251-1 » sont remplacés par les mots : « des articles L. 251-1 et L. 254-1 ».

IV. - Le présent article s'applique aux prestations réalisées à compter du 1^{er} janvier 2015. Pour les prestations réalisées antérieurement à cette date, le délai dans lequel les demandes en

paiement doivent être présentées sous peine de forclusion continue de courir jusqu'au terme prévu en application de l'article L. 2224 du code civil, sans pouvoir excéder le 31 décembre 2016.

Exposé des motifs

Les étrangers en situation irrégulière ne justifiant pas de la condition de résidence nécessaire pour recueillir le bénéfice de l'aide médicale d'Etat (AME) peuvent relever du dispositif des soins urgents s'ils nécessitent des soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître.

Les règles de tarification et de facturation de ces soins sont actuellement dérogatoires du droit commun, ce qui conduit à des coûts majorés pour l'assurance maladie et complique le suivi de cette dépense et la compréhension de ses déterminants, pourtant indispensables à un pilotage efficient de ce dispositif.

La mesure proposée consiste, d'une part, à rapprocher du droit commun les règles de tarification des soins urgents, en passant de l'application des tarifs journaliers de prestation à celle des tarifs nationaux utilisés dans le cadre de la tarification à l'activité et, d'autre part, à aligner le délai de facturation des soins urgents sur celui de l'aide médicale d'Etat.

Cette mesure rapproche donc ce dispositif du droit commun et devrait permettre de renforcer le pilotage de la dépense afférente aux soins urgents, sans réduire pour autant l'accès à ces soins vitaux pour les populations concernées.

CHAPITRE VII
AUTRES MESURES

Article 50

I. - La section 1 du chapitre II du titre IV du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est complétée par un article L. 1142-3-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1142-3-1.* - A l'exclusion du 1^o de l'article L. 1142-1, des articles L. 1142-2 et L. 1142-4 et des dispositions de l'article L. 1142-5 en tant qu'elles portent sur les missions de conciliation des commissions mentionnées à cet article, les dispositions des sections I à IV du présent chapitre ne sont pas applicables aux demandes d'indemnisation de dommages imputables à des actes de soins à visée esthétique, y compris dans leur phase préparatoire et de suivi, lorsque ces actes ne sont pas pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie. »

II. - Le présent article s'applique aux demandes d'indemnisation postérieures au 31 décembre 2014.

Exposé des motifs

Dans un arrêt récent, la Cour de cassation a considéré que les actes de chirurgie esthétique, quand ils étaient réalisés dans les conditions prévues aux articles L. 6322-1 et L. 6322-2 du code de la santé publique, ainsi que les actes qui leur sont préparatoires, constituaient des actes de soins au sens de l'article L. 1142-1 et suivants du même code, susceptibles ainsi de relever de l'intervention de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM), qui se caractérise notamment par une possibilité de prise en charge subsidiaire par la solidarité nationale.

Le présent article modifie les dispositions relatives à l'indemnisation des accidents médicaux par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux afin de réserver cette indemnisation, s'agissant des dommages imputables à des actes de soins à visée esthétique, aux seuls de ces actes pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Les personnes victimes de dommages imputables à des actes de soins à visée esthétique non pris en charge pourront toutefois solliciter l'intervention des commissions de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux en tant qu'elles siègent en formation de conciliation, afin de favoriser le règlement amiable de leur litige avec le responsable du dommage. Elles pourront également se voir indemniser dans le cadre des dispositifs de droit commun de réparation en responsabilité civile.

L'intervention de l'ONIAM est maintenue pour les actes de chirurgie esthétique à visée réparatrice (à titre d'exemple, pour une mastectomie faisant suite à un cancer).

Article 51

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 1221-8 est ainsi modifié :

a) Le 3° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 3° Des médicaments issus du fractionnement du plasma régis par les dispositions du livre I^{er} de la partie V ; »

b) Le 4° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 4° Du plasma à finalité transfusionnelle dans la production duquel intervient un processus industriel, régi par les dispositions du livre I^{er} de la partie V ; »

c) Les 4° à 7° deviennent les 5° à 8° ;

2° L'article L. 1221-9 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après le mot : « labiles », sont ajoutés les mots : « à l'exception du plasma à finalité transfusionnelle mentionné aux 1° de l'article L. 1221-8. » ;

b) Après le premier alinéa, il est ajouté un second alinéa ainsi rédigé :

« La conservation et la délivrance, par les établissements de transfusion sanguine, des plasmas à finalité transfusionnelle relevant du 1° ou du 4° de l'article L. 1221-8 font l'objet d'une facturation spécifique sur la base d'un tarif déterminé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. » ;

3° Après la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 1221-10, il est insérée une phrase ainsi rédigée : « Cette autorisation vaut autorisation de conserver et, le cas échéant, délivrer le plasma mentionné au 4° de l'article L. 1221-8. » ;

4° L'article L. 1221-13 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après les mots : « produits sanguins labiles » sont ajoutés les mots : « et, sans préjudice des articles L. 5121-22 et suivants, chez les donneurs et receveurs du plasma mentionné au 4° de l'article L. 1221-8. » ;

b) Au dernier alinéa, après les mots : « produits sanguins labiles » sont insérés les mots : « et du plasma mentionné au 4° de l'article L. 1221-8 » ;

5° L'article L. 1222-8 est ainsi modifié :

a) Au 1°, les mots : « de la cession des » sont remplacés par les mots : « des activités liées aux » ;

b) Après le 1°, il est inséré un 1° *bis* ainsi rédigé :

« 1° *bis* Les produits des activités liées au plasma mentionné au 4° de l'article L. 1221-8 ; »

6° A la deuxième phrase du deuxième alinéa de l'article L. 1223-1, après le mot : « notamment », sont insérés les mots : « , par dérogation aux dispositions de l'article L. 4211-1, conserver et délivrer du plasma mentionné au 4° de l'article L. 1221-8 et » ;

7° L'article L. 5121-1 est complété par un 18° ainsi rédigé :

« 18° Médicament dérivé du sang, tout médicament préparé industriellement à partir du sang et de ses composants. Ils sont soumis aux dispositions du présent titre, sous réserve des dispositions spécifiques qui leur sont applicables. Ils comprennent notamment :

« a) Les médicaments issus du fractionnement du plasma ;

« b) Le plasma à finalité transfusionnelle dans la production duquel intervient un processus industriel. » ;

8° L'article L. 5121-3 est abrogé ;

9° Après l'article L. 5126-5-1, est inséré l'article L. 5126-5-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 5126-5-2. - Par dérogation aux dispositions des articles L. 4211-1 et L. 5126-1, les activités de conservation et de délivrance des médicaments définis au b du 18° de l'article L. 5121-1 sont effectuées par un établissement de transfusion sanguine ou au sein de l'établissement de santé dans les conditions mentionnées à l'article L. 1221-10. »

Exposé des motifs

La Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) a requalifié en médicament dérivé du sang (MDS) le plasma à finalité transfusionnelle dans la production duquel intervient un processus industriel (ci-après « plasma industriel »).

La mesure proposée vise à mettre le droit français en conformité avec la directive 2001/83/CE instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain, tout en évitant de fragiliser l'organisation du système de délivrance de ce type de plasma en France.

Il est d'abord procédé à une redéfinition du champ des médicaments dérivés du sang, pour y inclure, conformément à l'arrêt de la CJUE, le plasma industriel.

L'article introduit ensuite une dérogation au circuit pharmaceutique pour le plasma industriel, afin de préserver un circuit unique de conservation et de délivrance (produit délivré pour un patient donné) de l'ensemble des produits sanguins transfusionnels, de manière à garantir la sécurité sanitaire.

Pour ces mêmes motifs de sécurité sanitaire, l'article soumet le plasma industriel, désormais classé en tant que médicament mais ayant une finalité strictement transfusionnelle, à un double circuit de pharmacovigilance et d'hémovigilance.

Enfin, la fixation administrative des prix des produits sanguins est adaptée, en ce qui concerne le plasma à finalité transfusionnelle, au regard du nouveau contexte concurrentiel de ce composant sanguin. Dans le même temps, pour permettre une mise en concurrence effective pour l'ensemble des plasmas, qu'ils soient classés en tant que produits sanguins labiles ou médicaments dérivés du sang, l'article prévoit une facturation spécifique et différenciée pour l'activité de conservation et de délivrance de ces produits. Par cohérence, les recettes de l'Etablissement français du sang sont modifiées pour prendre en compte les activités de conservation et de délivrance du plasma à finalité transfusionnelle.

Article 52

Le chapitre 1^{er} du titre 6 du livre 3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° A l'article L. 361-1, les mots : « multiple du gain journalier de base tel qu'il est défini à l'article L. 323-4 » sont remplacés par les mots : « montant forfaitaire déterminé par décret » ;

2° L'article L. 361-2 est abrogé.

Exposé des motifs

Le capital décès étant déterminé en fonction des salaires du défunt, le dispositif ne permet pas de répondre de manière satisfaisante, pour les assurés les plus précaires, à l'objectif de permettre aux proches de faire face aux frais immédiats occasionnés par le décès, notamment les frais d'obsèques. A l'inverse, la protection complémentaire en matière de décès obligatoire pour les cadres et le développement des accords de branche ou d'entreprise couvrant le risque décès font du capital de base une prestation subsidiaire en terme de montant pour une majorité de salariés, notamment parmi ceux les mieux rémunérés.

La présente mesure propose donc de réformer le capital décès en forfaitisant son montant de manière à garantir plus d'équité entre les assurés.

Article 53

I. - Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés mentionné à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est fixé à 280,6 millions d'euros pour l'année 2015.

II. - Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionné à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique est fixé à 115 millions d'euros pour l'année 2015.

III. - Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires mentionné à

l'article L. 3135-1 du code de la santé publique est fixé à 15,257 millions d'euros pour l'année 2015.

IV. - Le montant de la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement des agences régionales de santé au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnements des personnes âgées ou handicapées, mentionnée au 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, est fixé à 103,17 millions d'euros pour l'année 2015.

V. - Au dernier alinéa du I de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles les mots : « , pour la réalisation d'études sur les coûts des établissements et services mentionnés à l'article L. 314-3-1 du présent code, » sont supprimés et les mots : « le financement à la charge des organismes de sécurité sociale soumis à l'objectif de dépenses mentionné à l'article L. 314-3 du présent code. » sont remplacés par les mots : « les fractions du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4, mentionnées aux a) des 1. et 2. du I du présent article. »

Exposé des motifs

I. - Le FMESPP est financé par une dotation annuelle des régimes d'assurance maladie fixée par la loi de financement de la sécurité sociale. Pour 2015, il est proposé que cette dotation s'élève à 280,6 M€.

II. - Il est proposé de fixer à 115 M€ la dotation pour 2015 de l'assurance maladie à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

En effet, les dépenses pour 2015 à la charge de l'assurance maladie sont estimées à 145,8 M€ (dont 120 M€ au titre des indemnisations). Les autres produits de l'office hors dotation de l'Etat sont estimés pour 2015 à 12,1 M€. Sur ces bases le résultat cumulé fin 2015 s'établirait à 20,4 M€, ce qui assure à l'office une réserve prudentielle suffisante.

III. - Il est proposé de fixer à 15,257 M€ la dotation pour 2015 de l'assurance maladie à l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires, au titre de ses missions d'acquisition, de fabrication, d'importation, de stockage et de distribution des produits et services nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves. Cette dotation maintient, sur la période 2013-2015, un financement paritaire de l'établissement public par l'Etat et l'assurance maladie pour l'exercice de cette mission.

IV. - Il est proposé de fixer à 103,17 M€ le montant des contributions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) au budget des agences régionales de santé (ARS) pour des actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées, financées sur la recette de CSA affectée à la section 1 du budget de la caisse, conformément à ce que prévoit l'article L. 1432-6 du code de la santé publique. A titre indicatif, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a fixé à 91,37 M€ le montant de cette contribution pour l'exercice en cours.

V. - La mesure clarifie également le financement des dotations allouées par la CNSA à l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) en l'imputant sur une partie de la ressource de la contribution sociale pour l'autonomie

affectée à la section 1 du budget de la CNSA et non sur les crédits de l'ONDAM médico-social compris dans l'objectif général de dépenses (OGD), afin de mettre fin à une contradiction des textes en vigueur.

Article 54

Pour l'année 2015, les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 198,0 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 173,6 milliards d'euros.

Article 55

Pour l'année 2015, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

	(en milliards d'euros)
	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	83,0
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	56,9
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	20,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,7
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	9,2
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional	3,1
Autres prises en charge	1,6
Total	182,3

TITRE II

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DEPENSES D'ASSURANCE VIEILLESSE

Article 56

Par dérogation aux conditions prévues à l'article L. 351-14-1 du code de la sécurité sociale, les périodes passées entre le 18 mars 1962 et le 31 décembre 1975 dans les camps militaires de transit et d'hébergement, alors qu'ils étaient âgés de 16 à 21 ans, par les assurés, enfants des anciens harkis, moghaznis et personnels des diverses formations supplétives de statut civil de droit local ayant servi en Algérie et fixé leur domicile en France, sont prises en compte au régime général d'assurance vieillesse, dans des conditions et limites fixées par décret, sous réserve du versement de cotisations prévu au premier alinéa du même article, diminué d'une réduction forfaitaire prise en charge par l'Etat.

Le nombre de trimestres d'assurance attribués en application du présent article est limité à quatre, sans que le total des trimestres acquis à ce titre et, le cas échéant, en application de l'article L. 351-14-1 précité n'excède le plafond fixé au premier alinéa de cet article.

Exposé des motifs

Depuis les accords d'Evian du 18 mars 1962, le Gouvernement français a adopté diverses mesures de réparation et de reconnaissance en faveur des rapatriés anciens membres des formations supplétives et assimilés ayant servi en Algérie, de leurs conjoints survivants et de leurs enfants.

Le Président de la République a annoncé la mise en œuvre d'un plan d'action en faveur des harkis, décliné en deux volets : un volet « reconnaissance » destiné à l'approfondissement du travail sur la mémoire des harkis dans la République et un volet « réparation », dont l'objectif est l'amélioration des aides existantes pour qu'elles répondent mieux aux besoins des harkis et de leurs descendants.

L'action n° 10 du second volet de ce plan propose de répondre spécifiquement à la situation des personnes qui, maintenues alors qu'elles étaient jeunes dans des camps de transit et de reclassement à l'issue de la guerre d'Algérie, ont eu des difficultés particulières pour accéder à la formation puis au marché du travail.

La mesure proposée prévoit d'améliorer les droits à retraite de ces assurés, en leur ouvrant la possibilité de racheter des trimestres, dans la limite de quatre, correspondant aux périodes passées dans ces camps et durant lesquelles ils n'ont pas pu se constituer de droits à retraite. Une réduction forfaitaire spécifique, compensée par l'Etat, sera par ailleurs appliquée au barème du rachat, afin de favoriser l'accès à ce rachat en diminuant le coût du reste à charge pour les assurés concernés.

Article 57

Pour l'année 2015, les objectifs de dépenses de la branche vieillesse sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 224,0 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 120,9 milliards d'euros.

TITRE III DISPOSITIONS RELATIVES AUX DEPENSES DE LA BRANCHE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES

Article 58

I. - Le montant de la contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante est fixé à 380 millions d'euros au titre de l'année 2015.

II. - Le montant de la contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante est fixé à 693 millions d'euros au titre de l'année 2015.

III. - Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé à 1000 millions d'euros au titre de l'année 2015.

Exposé des motifs

Le présent article a pour objet de fixer les montants des dotations versées par la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT-MP) du régime général au Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante (FIVA), au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) et à la branche de l'assurance maladie du régime général au titre de la sous-déclaration des AT-MP.

Pour 2015, le total des dépenses du FIVA est évalué à 480 M€. Compte tenu du résultat cumulé fin 2014, qui serait de -16 M€, et des autres produits du fonds (prévus à hauteur de 80 M€, dont 50 M€ de reprises sur provisions), d'une dotation de l'Etat de 10 M€, une dotation de la branche AT-MP de 380 M€ est nécessaire pour 2015.

Les charges du FCAATA devraient s'élever, pour 2015, à 747 M€, soit une diminution de 4,9 % par rapport à 2014. Son résultat pour 2014 devrait s'établir à 70 M€ et le produit de la fraction des droits sur les tabacs affectée au Fonds demeurer stable (35 M€), ce qui permet d'envisager pour 2015 une dotation de 693 M€. Le résultat de 2015 (- 19 M€) serait compensé par le résultat net cumulé au titre des années passés (19 M€ également).

La commission de la sous-déclaration des AT-MP s'est réunie au cours du deuxième trimestre 2014. Au terme de ses travaux, elle a évalué le montant de cette sous-déclaration dans une fourchette comprise entre 695 et 1 300 M€, soit un ordre de grandeur supérieur à celui de

2011 (587 à 1 100 M€). Au regard de cette estimation, il est proposé de fixer le montant du versement à 1 000 M€ pour 2015.

Article 59

I. - Les dispositions de l'article L. 752-5 du code rural et de la pêche maritime sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Art. L. 752-5. - Bénéficient d'indemnités journalières lorsqu'ils se trouvent dans l'incapacité physique, temporaire, de continuer ou de reprendre le travail pour cause d'accident du travail ou de maladie professionnelle :

« 1° Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés au 1° de l'article L. 722-4 ;

« 2° Les collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés à l'article L. 321-5 ;

« 3° Les aides familiaux et les associés d'exploitation mentionnés au 2° de l'article L. 722-10.

« Les indemnités journalières sont servies à l'expiration d'un délai déterminé par décret suivant le point de départ de l'incapacité de travail et pendant toute la période d'incapacité de travail qui précède soit la guérison complète, soit la consolidation de la blessure ou le décès, ainsi que dans le cas de rechute prévu aux articles L. 443-1 et L. 443-2 du code de la sécurité sociale.

« L'indemnité est égale à une fraction du gain forfaitaire annuel fixé par arrêté des ministres chargés respectivement de l'agriculture et de la sécurité sociale. Elle est majorée à l'issue d'une période d'incapacité fixée par décret. Elle est incessible et insaisissable. »

II. - L'attribution d'indemnités journalières aux personnes mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 752-5 du code rural et de la pêche maritime dans sa rédaction issue de la présente loi est applicable aux arrêts de travail prescrits à compter du 1^{er} janvier 2015.

Exposé des motifs

Le régime accidents du travail-maladies professionnelles des non salariés agricoles mis en place en 2002 prévoit des prestations en nature et en espèces. L'ensemble des assurés bénéficient des prestations en nature. En revanche, les prestations en espèces qui se composent d'indemnités journalières et d'une rente en cas d'incapacité permanente ne sont pas attribuées de façon uniforme : ainsi, seuls les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricoles peuvent bénéficier d'indemnités journalières en cas d'incapacité de travail temporaire, ce qui exclut donc les collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise et les aides familiaux du bénéfice de ces prestations.

La mesure proposée vise donc à permettre aux collaborateurs et aux aides familiaux de percevoir des indemnités journalières lorsqu'ils sont obligés d'interrompre leur activité en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

Article 60

Pour l'année 2015, les objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 13,5 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 12,1 milliards d'euros.

TITRE IV

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DEPENSES DE LA BRANCHE FAMILLE

Article 61

A la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 531-2 du code de la sécurité sociale, après le mot : « montant de la prime » sont insérés les mots : « varie selon le rang de l'enfant. II ».

Exposé des motifs

Actuellement, les primes à la naissance et à l'adoption sont versées aux familles dont les ressources ne dépassent pas un certain plafond. Les montants respectifs de la prime à la naissance et à l'adoption sont les mêmes pour chaque enfant, quel que soit leur rang.

L'article vise à inscrire le principe d'un montant différencié de prime en fonction du rang de l'enfant dans le foyer. Ainsi, pour une première naissance ou adoption, les montants actuels de la prime à la naissance et de la prime à l'adoption seront conservés mais réduits à compter du deuxième enfant. En effet, si l'arrivée d'un premier enfant est particulièrement coûteuse pour un ménage, les dépenses réalisées pour ce premier enfant, notamment en matériel de puériculture, bénéficient aux enfants suivants.

Article 62

Pour l'année 2015, les objectifs de dépenses de la branche famille de la sécurité sociale sont fixés à 54,6 milliards d'euros.

TITRE V
DISPOSITIONS RELATIVES AUX ORGANISMES CONCOURANT
AU FINANCEMENT DES REGIMES OBLIGATOIRES

Article 63

I. - Au 2° de l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale, les mots : « Une partie, fixée par la loi de financement de sécurité sociale, » sont remplacés par les mots : « Une fraction, fixée par décret, ».

II. - Les dispositions du I s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2016.

III. - Pour l'année 2015, les dépenses de prise en charge mentionnées au 2° de l'article L. 135 2 du même code sont fixées à 3,4 milliards d'euros pour le régime général, 400 millions d'euros pour le régime des salariés agricoles et 100 millions d'euros pour le régime social des indépendants.

Exposé des motifs

L'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale prévoit que le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) prend en charge chaque année une partie fixée par la loi de financement de la sécurité sociale des dépenses de minimum contributif servi par le régime général, le régime des salariés agricoles et le régime social des indépendants (RSI).

Depuis 2012, le régime général a ainsi bénéficié chaque année de 3,4 Md€ de transfert, le régime des salariés agricoles de 0,4 Md€ et le RSI de 0,1 Md€, ces montants correspondant, d'après les données statistiques disponibles, à un peu plus de la moitié de la dépense totale des régimes au titre du minimum contributif. Pour l'année 2015, il est proposé de maintenir inchangé le niveau de ces transferts.

A partir de 2016 ce transfert sera fixé sur la base du montant effectif des dépenses au titre du minimum contributif.

Article 64

Pour l'année 2015, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées ainsi qu'il suit :

(en milliards d'euros)	
Prévisions de charges	
Fonds de solidarité vieillesse	19,6

TITRE VI
DISPOSITIONS RELATIVES A LA GESTION DES REGIMES OBLIGATOIRES
DE BASE ET DES ORGANISMES CONCOURANT A LEUR FINANCEMENT
AINSI QU'AU CONTROLE ET A LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE

Article 65

I. - L'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi modifié :

a) Après le 4°, il est inséré un 5° ainsi rédigé :

« 5° Les agissements visant à faire obstacle ou à se soustraire aux opérations de contrôle exercées par les agents des organismes mentionnés au présent article » ;

b) Au sixième, devenu septième alinéa, après les mots : « en cas de récidive » sont insérés les mots : « ou de réitération d'infractions ayant conduit à la perception frauduleuse de prestations » ;

2° Au II, le mot : « dixième » est remplacé par le mot : « trentième ».

Exposé des motifs

Le présent article a pour objectif de garantir une plus grande proportionnalité des sanctions prononcées par les caisses de sécurité sociale. Il vise, d'une part, à diminuer le seuil minimal des pénalités financières et, d'autre part, à introduire des sanctions spécifiques pour les cas réitérations d'infractions ou d'obstacles à contrôle, afin d'éviter que les organismes n'en soient réduits soit à ne retenir que de simples avertissements, soit à l'inverse à mettre en œuvre des sanctions parfois exagérément lourdes comme la suspension du service des prestations.

Ces mesures permettront de mieux tenir compte de la diversité des situations rencontrées et d'améliorer l'efficacité du contrôle.

Article 66

I. - L'article L. 242-1-3 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 242-1-3.* - Lorsqu'un redressement de cotisations sociales opéré par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 ou L. 752-4 a une incidence sur les droits des salariés au titre de l'assurance vieillesse, ces organismes transmettent les informations nécessaires aux organismes mentionnés à l'article L. 215-1 afin de procéder à la rectification des droits des salariés concernés.

« En cas de constat de travail dissimulé au sens des articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail faisant état d'une situation de collusion entre l'employeur et son salarié, cette rectification n'est effective qu'à compter du paiement du redressement. »

II. - Après l'article L. 725-12-1 du code rural et de la pêche maritime, il est inséré un article L. 725-12-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 725-12-2. - Lorsqu'un redressement de cotisations sociales opéré par l'organisme mentionné à l'article L. 723-3 a une incidence sur les droits des salariés au titre de l'assurance vieillesse, cet organisme procède à la rectification de leurs droits.

« En cas de constat de travail dissimulé au sens des articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail faisant état d'une situation de collusion entre l'employeur et son salarié, cette rectification n'est effective qu'à compter du paiement du redressement. »

III. - Les dispositions du présent article s'appliquent aux redressements notifiés à compter du 1^{er} janvier 2015.

Exposé des motifs

Le présent article vise à rétablir une égalité de traitement entre salariés en termes d'ouverture de droits à l'assurance vieillesse en cas de non paiement des cotisations salariales par l'employeur à l'organisme de recouvrement. En effet, à l'heure actuelle, les salariés pouvant apporter la preuve d'un précompte sur leur rémunération bénéficient d'une alimentation de leurs droits quand bien même les cotisations dues ne sont pas versées à l'organisme de recouvrement. En revanche, les salariés d'une entreprise redressée suite à contrôle ne bénéficient pas de ces dispositions, l'alimentation étant conditionnée au paiement du redressement par l'entreprise.

Le présent article permet ainsi de ne plus conditionner la prise en compte des droits vieillesse au paiement du redressement sauf, dans le cadre de procès verbaux de travail dissimulé, en cas de collusion entre l'employeur et le salarié.

Par ailleurs, s'agissant de l'accomplissement des déclarations modificatives, afin de simplifier la charge déclarative pour l'employeur et d'apporter au salarié la garantie de la réalité de la déclaration, le présent article propose de confier à l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) la charge finale d'établir et de transmettre le document permettant à la branche vieillesse de prendre en compte les modifications à apporter au niveau des droits des salariés.

Cet article est également applicable au régime agricole.

ANNEXE A

RAPPORT RETRAÇANT LA SITUATION PATRIMONIALE AU 31 DECEMBRE 2013 DES REGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DES ORGANISMES CONCOURANT A LEUR FINANCEMENT, A L'AMORTISSEMENT DE LEUR DETTE OU A LA MISE EN RESERVE DE RECETTES A LEUR PROFIT ET DECRIVANT LES MESURES PREVUES POUR L'AFFECTATION DES EXCEDENTS ET LA COUVERTURE DES DEFICITS CONSTATES POUR L'EXERCICE 2013

I. - Situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2013

ACTIF	2013	2012	PASSIF	2013	2012
Immobilisations	7,7	6,8	Capitaux propres	-110,9	-107,2
Immobilisations non financières	4,3	4,1	Dotations	30,9	32,8
Prêts, dépôts de garantie et autres	2,5	1,8	Régime général	0,6	0,6
Avances/ prêts accordés à des organismes de la sphère sociale (Ugecam, UIOSS)	0,9	0,9	Autres régimes	4,2	4,0
			Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)	0,2	0,2
			Fonds de réserve pour les retraites (FRR)	26,0	28,1
			Réserves	10,3	9,1
			Régime général	2,6	2,5
			Autres régimes	5,5	5,7
			FRR	2,2	0,9
			Report à nouveau	-152,6	-145,8
			Régime général	-4,3	4,1
			Autres régimes	-3,0	-1,5
			CADES	-145,4	-148,3
			Résultat de l'exercice	-1,6	-5,9
			Régime général	-12,5	-13,3
			Autres régimes	-0,6	-1,7
			Fonds de solidarité vieillesse (FSV)	-2,9	-4,1
			CADES	12,4	11,9
			FRR	1,9	1,3
			Ecart d'estimation (réévaluation des actifs du FRR en valeur de marché)	2,1	2,4
			Provisions	20,4	19,9
Actif financier	55,4	57,7	Passif financier	173,4	173,9
Valeurs mobilières et titres de placement	48,3	46,8	Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, ECP)	159,8	162,3
Autres régimes / régime général	7,4	7,3	Régime général	20,5	16,9
CADES	7,1	5,6	CADES	139,3	145,4
FRR	33,9	33,8	Dettes à l'égard d'établissements de crédits	11,2	7,4
Encours bancaire	6,7	10,4	ACOSS (prêts CDC)	3,0	4,0
Régime général	1,5	2,6	Régime général (ordres de paiement en attente au 31/12)	4,6	-
Autres régimes	1,8	1,5	Autres régimes	2,6	2,3
FSV	1,0	0,8	CADES	1,0	1,0
CADES	0,2	3,0	Dettes nettes au titre des instruments financiers	0	0
FRR	2,2	2,4	Dépôts reçus	2,2	2,2
Créances nettes au titre des instruments financiers	0,4	0,6	ACOSS	2,2	2,2
CADES	0,2	0,2	Autres	0,2	2,1
FRR	0,2	0,3	Autres régimes	0,1	0,1
			CADES	0,1	2,0
Actif circulant	63,7	64,0	Passif circulant	43,8	42,0
Créances de prestations	7,6	7,4	Dettes et charges à payer (CAP) à l'égard des bénéficiaires	20,0	19,8
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	9,2	9,3	Dettes à l'égard des cotisants	1,2	1,3
Produits à recevoir de cotisations, contributions sociales et autres impositions	35,5	35,5		0,0	0,0
Créances sur l'Etat et autres entités publiques	9,0	8,4	Dettes et CAP à l'égard de l'Etat et autres entités publiques	8,7	8,5
Produits à recevoir de l'Etat	0,5	0,6		0,0	0,0
Autres actifs	1,8	2,9	Autres passifs	13,8	12,4
Total de l'actif	126,8	128,5	Total du passif	126,8	128,5

Sur le champ des régimes de base, du FSV, de la CADES et du FRR, le passif net (ou « dette ») de la sécurité sociale, mesuré par ses capitaux propres négatifs qui représentent le cumul des déficits passés restant à financer, s'élevait à 110,9 milliards d'euros au 31 décembre 2013, soit l'équivalent de 5,4 points de PIB. Ce passif net, en hausse de 3,6 milliards d'euros par rapport à 2012, tend à se stabiliser après la forte dégradation consécutive à la crise économique des années 2008-2009, sous le triple effet de la réduction des déficits des régimes de base et du FSV (16,0 milliards d'euros en 2013 contre 19,1 milliards d'euros en 2012), de l'augmentation de la capacité de remboursement de la CADES (12,4 milliards d'euros contre 11,9 milliards d'euros en 2012) et des résultats en hausse du FRR (1,9 milliards d'euros contre 1,3 milliards d'euros en 2012).

Le financement de ce passif est assuré à titre principal par l'endettement financier. Son montant net, qui correspond à la différence entre les dettes financières (essentiellement portées par la CADES et l'ACOSS) et les actifs financiers placés ou détenus en trésorerie (essentiellement par le FRR), s'établit donc à un niveau proche du passif net de la sécurité sociale et en suit les mêmes tendances si on tient compte par ailleurs des effets de la variation du besoin en fonds de roulement lié au financement des opérations courantes des régimes (écart entre les sommes à encaisser sur cotisations et les sommes à décaisser sur prestations principalement) et des acquisitions d'actifs immobilisés, qui pèsent également sur la trésorerie. L'endettement financier net de la sécurité sociale a donc également évolué à un rythme ralenti par rapport aux années récentes et s'établit à 118,0 milliards d'euros au 31 décembre 2013, après 116,2 milliards d'euros à fin 2012.

Evolution du passif net et de l'endettement financier net de la sécurité sociale depuis 2009

(en milliards d'euros)	2009	2010	2011	2012	2013
Passif net au 31/12 (capitaux propres)	-66,3	-87,1	-100,6	-107,2	-110,9
<i>variation N-1/N</i>	-	-20,8	-13,5	-6,6	-3,6
Endettement financier net	-76,3	-96,0	-111,2	-116,2	-118,0
<i>variation N-1/N</i>	-	-19,7	-15,2	-5,0	-1,8

L'ensemble de ces éléments sont détaillés en annexe 9 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

II. - Couverture des déficits et affectation des excédents constatés sur l'exercice 2013

Les comptes du régime général ont été déficitaires de 12,5 milliards d'euros en 2013. La branche maladie a ainsi enregistré un déficit de 6,8 milliards d'euros, la branche famille un déficit de 3,2 milliards d'euros et la branche vieillesse un déficit de 3,1 milliards d'euros, la branche accidents du travail et maladies professionnelles ayant quant à elle dégagé, pour la première fois depuis 2008, un excédent qui s'est élevé à 0,6 milliards d'euros. Par ailleurs, le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) a enregistré un déficit de 2,9 milliards d'euros.

Dans le cadre fixé par la loi organique du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a organisé le transfert à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) dès l'année 2011 des déficits 2011 des branches maladie et famille du régime général. Elle a également prévu la reprise progressive à compter de 2012 des déficits 2011 à 2018 de la branche vieillesse du régime général et du FSV, dans la double limite de 10 Md€ chaque année et de 62 Md€ au total. Conformément aux dispositions organiques, la Caisse a été affectataire de ressources lui permettant de financer ces sommes.

Même si la reprise des déficits de la branche vieillesse et du FSV reste prioritaire, compte tenu des marges rendues disponibles par les différentes mesures prises en matière de redressement financier de ceux-là, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a intégré les déficits 2012 à 2018 des branches maladie et famille dans le champ de la reprise prévue par la LFSS pour 2011, sans modification des plafonds initiaux de reprise ni de l'échéance d'amortissement des déficits, qui demeure estimée par la CADES à 2024. Dans ce cadre, les déficits 2012 de la branche maladie (5,9 Md€) ont été repris en 2014 à hauteur de 4 Md€.

Par ailleurs, les excédents de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au titre de 2013 ont été affectés à la réduction des déficits cumulés passés, dont le montant est ainsi réduit de 2,4 à 1,7 milliards d'euros.

La plupart des régimes de base autres que le régime général présentent par construction des résultats annuels équilibrés ou très proches de l'équilibre. Il en est ainsi des régimes intégrés financièrement au régime général (régimes agricoles à l'exception de la branche retraite du régime des exploitants, régimes maladie des militaires et des marins), des régimes de retraite équilibrés par des subventions de l'État (SNCF, RATP, régimes des mines et des marins), des régimes d'employeurs (fonction publique de l'État), équilibrés par ces derniers, et enfin du régime social des indépendants dont les déficits sont couverts par une affectation à due proportion du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés.

Cependant, plusieurs régimes ne bénéficiant pas de tels mécanismes d'équilibrage ont enregistré en 2013 des résultats déficitaires. S'agissant de la branche retraite du régime des exploitants agricoles, dont les déficits 2009 et 2010 avaient été repris par la CADES, le déficit s'est élevé à 0,6 milliards d'euros (contre 1,0 milliard d'euros en 2012), portant le montant des déficits cumulés depuis 2011 à 2,6 milliards d'euros. Le PLFSS prévoit que ce déficit pourra, à l'avenir, être financé par des avances rémunérées de trésorerie par l'ACOSS qui viendront compléter les financements bancaires auxquels a recours jusqu'ici la CCMSA pour couvrir ces déficits cumulés.

Concernant la Caisse nationale de retraites des collectivités locales (CNRACL), le déficit comptable s'est dégradé légèrement en 2013, à 0,1 milliard d'euros, alors qu'elle était proche de l'équilibre en 2012. Compte tenu de la non reconduction en 2013 des recettes du prélèvement exceptionnel de 0,7 milliard d'euros effectué sur les réserves de plusieurs fonds finançant des prestations au bénéfice des agents des collectivités locales prévu par la loi de financement pour 2012, cette évolution traduit en fait une amélioration de près de 0,6 milliard d'euros de l'équilibre du régime à la suite d'une hausse des taux de cotisations intervenue en 2013, qui sera reconduite en 2014.

Le déficit du régime des mines s'est élevé à 0,2 milliard d'euros en 2013, portant son montant cumulé à 0,9 milliard d'euros en fin d'année. Dans le contexte d'une limitation des concours financiers de la Caisse des dépôts et consignations, partenaire financier historique de la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines, la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2014 a étendu jusqu'en 2017 les dispositions de la LFSS pour 2013 prévoyant la faculté d'un recours à des avances de trésorerie de l'ACOSS à hauteur de 250 M€, en complément des financements procurés par la Caisse.

ANNEXE B

**RAPPORT DECRIVANT LES PREVISIONS DE RECETTES ET LES OBJECTIFS DE
DEPENSES PAR BRANCHE DES REGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DU REGIME
GENERAL, LES PREVISIONS DE RECETTES ET DE DEPENSES DES ORGANISMES
CONCOURANT AU FINANCEMENT DE CES REGIMES AINSI QUE L'OBJECTIF
NATIONAL DE DEPENSES D'ASSURANCE MALADIE POUR LES QUATRE ANNEES A
VENIR**

La présente annexe décrit l'évolution des agrégats de dépenses, de recettes et de soldes du régime général, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse pour la période 2015-2018. Cette évolution s'inscrit dans le cadre de l'objectif d'un retour progressif à l'équilibre des comptes des régimes de sécurité sociale. D'ici 2018, le déficit global du régime général et du FSV devrait être divisé par près de 5 par rapport à 2014. Il se limiterait en effet à 2,9 milliards d'euros.

En milliards d'euros

	2014	2015	2016	2017	2018
Solde régime général et FSV	-15,4	-13,4	-10,3	-5,7	-2,9
Solde tous régimes et FSV	-15,4	-13,3	-10,2	-6,1	-4,0

Dans un environnement économique caractérisé par les incertitudes sur la reprise de l'activité en zone euro, ce redressement de la trajectoire financière des régimes s'appuiera sur la poursuite de l'action ambitieuse de régulation des dépenses menée depuis 2012. Cette action reposera sur une maîtrise accrue du rythme d'évolution des dépenses d'assurance maladie et sur la poursuite des adaptations des règles d'attribution des prestations versées par la branche famille. Elle bénéficie par ailleurs des effets attendus de la loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites. Par ailleurs les modalités de compensation des mesures centrales prises dans le cadre du pacte de responsabilité et de solidarité permettront de ne pas affecter globalement les recettes de la sécurité sociale.

I. - Un environnement économique caractérisé par les incertitudes sur la reprise de l'activité dans la zone euro.

Les projections pluriannuelles de recettes et de dépenses des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse reposent, pour l'exercice 2014, sur une prévision de croissance de l'activité de 0,4%. Cette prévision tient compte de la faible croissance de l'activité constatée dans la zone euro au 1^{er} semestre 2014, après un exercice 2013 marqué par une amélioration des perspectives conjoncturelles. La masse salariale du secteur privé, principale source de financement des régimes, augmenterait de 1,6% sur l'année en cours.

Pour l'année 2015, l'évolution des soldes des régimes de sécurité sociale et du FSV retient comme sous-jacent une prévision de croissance du PIB de 1%, légèrement plus prudente que celle du « *Consensus Forecasts* » de septembre (1,1% de croissance de l'activité en 2015). L'hypothèse de masse salariale associée à cette prévision de croissance de l'activité s'élève à 2% pour le prochain exercice.

Au-delà de 2015, la poursuite du redressement de la trajectoire des comptes sociaux bénéficiera de l'accélération progressive des principaux agrégats économiques, sous le double effet du déploiement du pacte de compétitivité (crédit d'impôt compétitivité emploi) et de la mise en œuvre du pacte de responsabilité adopté dans le cadre de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 du 8 août 2014. Le renforcement des allègements généraux de cotisations sociales et la baisse du taux des cotisations familiales pour les salaires inférieurs à 1,6 SMIC dès 2015 permettront de soutenir l'emploi et l'investissement. Le volet

solidarité du pacte, qui reposera sur un allègement de l'impôt sur le revenu pour les foyers modestes imposables, contribuera par ailleurs à soutenir la consommation des ménages.

Cette accélération de la croissance de l'activité à compter de 2016 permettra un retour à des niveaux de progression soutenue de la masse salariale du secteur privé (3,5% en 2016 et 4,2% en 2017-2018), favorisant ainsi le retour vers l'équilibre des comptes sociaux à cet horizon de moyen terme.

Principales hypothèses retenues

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
PIB (volume)	0,30%	0,40%	1,00%	1,70%	1,85%	1,85%
Masse salariale privée	1,20%	1,60%	2,00%	3,50%	4,20%	4,20%
Masse salariale publique	1,10%	1,50%	1,10%	1,10%	1,10%	1,10%
Inflation	0,70%	0,50%	0,90%	1,40%	1,75%	1,75%

Conformément à la loi organique n°2012-1403 du 17 décembre 2012, l'ensemble de ces prévisions économiques ont été soumises au Haut conseil des finances publiques, qui s'est prononcé sur la sincérité des hypothèses retenues ainsi que sur leur cohérence avec nos engagements européens.

II. Un redressement des comptes sociaux assis, en cohérence avec la stratégie des finances publiques de la France, sur un effort d'économies en dépenses.

1. Un ONDAM fixé à 2% en moyenne.

Les réformes en matière de gouvernance et de pilotage de l'ONDAM ont permis de respecter ou d'être en deçà de l'objectif initial voté chaque année en LFSS. Les estimations présentées dans la CCSS de septembre 2014 font finalement état d'une sous-consommation de l'ONDAM 2013 de 1,7 Md€ après prise en compte du dénouement des provisions.

A côté des réformes structurelles mises en œuvre, la mise en réserve d'une partie des moyens de l'ONDAM, en début d'année, à hauteur de 0,3% au minimum de l'objectif voté, a contribué à ce résultat et a fait la preuve de son efficacité en matière de pilotage de dépenses d'assurance maladie. Cette disposition, introduite dans les lois de programmation des finances publiques précédentes, s'est avérée efficace et correctement calibrée et il est ainsi proposé de la reconduire sur les exercices à venir.

Ainsi, les gels infra-annuels réalisés sur l'ONDAM 2014 contribueront, avec les mesures proposées en partie rectificative de la présente loi, à sécuriser l'exécution de l'objectif tel que prévu en LFSS rectificative, malgré l'augmentation attendue sur les soins de ville liée à l'introduction sur le marché du nouveau traitement destiné aux patients atteints du VHC.

Dans le cadre de la stratégie globale des finances publiques, l'ONDAM verra par ailleurs son taux d'évolution abaissé à 2% en moyenne sur la période 2015-2017, soit un effort global d'économie de 10 Md€ sur trois ans. En 2015, les dépenses dans le champ de l'ONDAM seront contenues en évolution de 2,1% par rapport à l'objectif 2014. Le respect de cet objectif nécessitera un effort inédit d'économies, de 3,2 Md€, afin de compenser une évolution tendancielle des dépenses de 3,9%.

Cette trajectoire suppose de poursuivre et d'accentuer l'effort d'économies structurelles sur le champ de l'assurance maladie, mais également de garantir un pilotage renforcé de son

exécution, sans diminuer la qualité des soins, ni augmenter le reste à charge des assurés et avec l'objectif de préserver l'innovation et l'accès de tous aux soins les plus efficaces.

Le plan d'économies qui structure le déploiement de la stratégie nationale de santé s'articulera autour de 4 axes.

Le premier axe vise le renforcement de l'efficacité de la dépense hospitalière, qui passe notamment par des mutualisations qui pourront s'appuyer sur les nouveaux groupements hospitaliers territoriaux et des économies sur les achats hospitaliers, où des marges très importantes demeurent. En cohérence avec ces actions, portées en partie dans la loi de santé, les outils à disposition des agences régionales de santé en matière de supervision financière des établissements de santé en difficulté seront renforcés.

Le deuxième axe est le virage ambulatoire qui sera opéré dans les établissements hospitaliers. Une accélération de la diffusion de la chirurgie ambulatoire sera naturellement le pivot de cette transformation d'ensemble qui vise à une meilleure articulation entre ville et hôpital. D'autres actions seront menées : développement de l'hospitalisation à domicile, amélioration de la prise en charge en sortie d'établissement, optimisation du parcours pour certaines pathologie ou populations.

Le troisième axe concerne les produits de santé. Au-delà des mesures de maîtrise des prix, un accent particulier sera placé sur le développement des médicaments génériques afin de lever les derniers freins à une diffusion plus large, génératrice d'économies importantes.

Le dernier axe vise à améliorer la pertinence du recours à notre système de soins dans toutes ses composantes : réduction des actes inutiles ou redondants que ce soit en ville ou en établissements de santé, maîtrise du volume de prescription des médicaments et lutte contre la iatrogénie, optimisation des transports de patients... Ces actions seront déclinées dans le programme national de gestion du risque qui est instauré par la loi de santé.

Ces économies nécessaires pour assurer la pérennité de l'assurance maladie seront néanmoins accompagnées de mesures garantissant l'accès aux soins des populations précaires. Ainsi est-il notamment prévu d'étendre le dispositif de tiers-payant intégral déjà pratiqué pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) aux bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (ACS).

2. Les trajectoires des régimes d'assurance vieillesse reflètent l'effet des mesures de la loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites.

L'évolution des dépenses d'assurance vieillesse des régimes de base serait de 2,5 % en moyenne sur la période 2014-2017.

Cette évolution tient compte de l'effet des réformes adoptées dans le cadre de la loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites et notamment l'évolution progressive de la durée d'assurance requise pour l'obtention d'une retraite à taux plein. Ces mesures visent à faire face, de manière responsable, au défi que constitue à long terme l'allongement de l'espérance de vie. Elles s'accompagnent de mesure de solidarité pour les publics les plus fragiles susceptibles de connaître des carrières heurtées, à l'image des mères de famille qui ne seront plus pénalisées par les interruptions occasionnées par leur congé maternité.

En 2015, les dépenses d'assurance vieillesse connaissent par ailleurs une évolution modérée due au faible niveau d'inflation, la règle de revalorisation des pensions étant en effet construite sur la base de l'évolution des prix afin de garantir le pouvoir d'achat des retraités.

3. La branche famille contribuera également à l'effort de maîtrise de la dépense publique

Les dépenses de la branche famille sont affectées par un changement de périmètre en 2015 correspondant au transfert à la charge de l'Etat de la part de l'aide personnalisée au logement actuellement financée par la branche famille. Conjugué aux autres mesures décrites ci-dessous ce transfert (soit 4,7 milliards) couvrira les mesures de baisses des cotisations sociales et de la C3S mises en œuvre au 1^{er} janvier 2015 par la loi de financement rectificative du 8 août 2014 dans le cadre du pacte de responsabilité et de solidarité.

Hormis cet effet, les trajectoires de dépenses de la branche présentent un volet d'économies à venir sur les prestations de la branche famille. Ces dispositions permettront d'infléchir significativement le rythme moyen d'évolution des dépenses : il aurait été de 2 % par an en l'absence des mesures prévues en loi de financement et sera ramené à 1,3 % suite aux mesures prises et en neutralisant le transfert du financement de l'APL à l'Etat.

L'impact de ces mesures d'économies – rendues nécessaire par l'impératif de redressement de la branche famille – sur les ménages sera compensé par les mesures prévues dans le cadre de la loi de finances rectificative pour 2014 qui a augmenté le pouvoir d'achat des ménages de près d'1,3 milliard d'euros. Cette mesure, qui prend la forme d'une réduction d'impôt de 350 euros pour un célibataire et 700 euros pour un couple, s'impute automatiquement sur l'impôt sur le revenu dû par les contribuables. Le Gouvernement poursuit en 2015 l'allègement de l'impôt sur le revenu des ménages modestes, en supprimant la première tranche d'imposition. Cette mesure bénéficiera à 6 millions de ménages supplémentaires, pour un coût d'un peu plus de 3 milliards d'euros.

III. – Dans le cadre de la compensation à la sécurité sociale du pacte de responsabilité et de solidarité, des recettes nouvelles seront affectées à la sécurité sociale, sans impact sur le niveau des prélèvements obligatoires.

Conformément aux engagements pris par le Gouvernement à l'occasion de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale rectificative pour 2014, les mesures présentées dans le cadre des lois financières pour 2015 permettront de compenser intégralement la perte de recettes induite par la mise en œuvre du pacte de responsabilité pour les organismes de sécurité sociale, soit 6,3 milliards d'euros et d'affecter conformément aux engagements pris à l'occasion des débats sur la loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites l'équivalent du produit de la fiscalisation des majorations de pensions.

Cette compensation intégrale prévue par les lois financières se traduit notamment par le transfert évoqué *supra* de la totalité des aides personnelles au logement au budget de l'Etat, ainsi que par une réaffectation de recettes à la sécurité sociale (en particulier l'affectation du prélèvement de solidarité à la CNAMTS). Cette compensation sera sans impact sur le niveau global des prélèvements obligatoires, le financement des mesures du pacte de responsabilité étant assuré globalement par les efforts de maîtrise des dépenses sur l'ensemble du champ des administrations publiques.

Cette compensation s'appuiera également sur la réforme portée par ce projet de loi des modalités de prélèvement des cotisations et contributions sociales dues au titre des indemnités de congés payés lorsque celles-ci sont versées par des caisses de mutualisation de la gestion des congés. Cette mesure participera ainsi, pour l'exercice 2015, au financement du pacte de responsabilité.

IV. Cette stratégie de maîtrise des déficits sociaux s'articule avec le schéma de reprise par la CADES adopté précédemment.

Les financements déjà affectés à la Cades permettront en effet de reprendre sur la période l'ensemble des déficits de la CNAVTS et du FSV, mais aussi de transférer à la caisse le déficit 2012 de la branche famille, le reliquat du déficit 2012 de la branche maladie et une partie du déficit de cette même branche pour 2013. Ces transferts permettront de maîtriser l'évolution des besoins de trésorerie de l'ACOSS, qui bénéficie néanmoins d'un contexte favorable marqué par le niveau historiquement bas des taux d'intérêt.

Recettes, dépenses et soldes du régime général

(en milliards d'euros)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Maladie								
Recettes	148,2	155,0	158,0	161,4	166,7	172,5	179,0	185,1
Dépenses	156,8	160,9	164,8	168,8	173,6	178,3	182,7	186,4
Solde	-8,6	-5,9	-6,8	-7,3	-6,9	-5,8	-3,7	-1,4
AT/MP								
Recettes	11,3	11,5	12,0	12,0	12,3	12,7	13,2	13,8
Dépenses	11,6	11,7	11,3	11,8	12,1	12,3	12,4	12,6
Solde	-0,2	-0,2	0,6	0,2	0,2	0,4	0,8	1,2
Famille								
Recettes	52,0	53,8	54,6	56,2	52,4	53,7	55,3	57,1
Dépenses	54,6	56,3	57,8	59,1	54,6	55,1	56,2	57,8
Solde	-2,6	-2,5	-3,2	-2,9	-2,3	-1,4	-0,9	-0,7
Vieillesse								
Recettes	100,5	105,5	111,4	115,1	119,4	124,2	129,0	133,2
Dépenses	106,5	110,2	114,6	116,7	120,9	124,7	128,5	133,7
Solde	-6,0	-4,8	-3,1	-1,6	-1,5	-0,5	0,4	-0,5
Toutes branches consolidées								
Recettes	301,0	314,2	324,0	332,7	338,1	350,2	363,3	375,6
Dépenses	318,4	327,5	336,5	344,3	348,6	357,4	366,6	376,9
Solde	-17,4	-13,3	-12,5	-11,7	-10,5	-7,2	-3,3	-1,3

Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Maladie								
Recettes	171,8	178,9	182,2	186,4	191,0	196,2	202,3	208,8
Dépenses	180,3	184,8	189,1	193,8	198,0	202,0	206,0	210,2
Solde	-8,5	-5,9	-6,9	-7,4	-7,0	-5,8	-3,7	-1,4
AT/MP								
Recettes	12,8	13,1	13,5	13,5	13,7	14,1	14,7	15,3
Dépenses	13,0	13,7	12,8	13,2	13,5	13,6	13,8	14,0
Solde	-0,1	-0,6	0,7	0,3	0,3	0,5	0,9	1,3
Famille								
Recettes	52,3	54,1	54,9	56,2	52,4	53,7	55,3	57,1
Dépenses	54,9	56,6	58,2	59,1	54,6	55,1	56,2	57,8
Solde	-2,6	-2,5	-3,3	-2,9	-2,3	-1,4	-0,9	-0,7
Vieillesse								
Recettes	194,6	203,4	212,2	218,1	222,7	229,5	236,5	243,4
Dépenses	202,5	209,5	215,8	219,9	224,0	229,9	236,5	245,0
Solde	-7,9	-6,1	-3,6	-1,7	-1,3	-0,4	0,0	-1,6
Toutes branches consolidées								
Recettes	419,6	436,5	449,8	461,2	466,2	479,6	494,5	510,0
Dépenses	438,7	451,6	462,9	472,9	476,6	486,8	498,3	512,4
Solde	-19,1	-15,1	-13,1	-11,7	-10,3	-7,2	-3,7	-2,4

Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble du Fonds de solidarité vieillesse

(en milliards d'euros)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Recettes	14,1	14,7	16,8	16,9	16,6	16,8	17,3	17,9
Dépenses	17,5	18,8	19,7	20,6	19,6	19,8	19,7	19,5
Solde	-3,4	-4,1	-2,9	-3,7	-2,9	-3,0	-2,4	-1,6

ANNEXE C

**ÉTAT DES RECETTES, PAR CATÉGORIE ET PAR BRANCHE, DES RÉGIMES
OBLIGATOIRES DE BASE ET DU RÉGIME GÉNÉRAL
AINSI QUE DES RECETTES, PAR CATÉGORIE, DES ORGANISMES CONCOURANT AU
FINANCEMENT DE CES RÉGIMES**

**I. - Recettes par catégorie et par branche des régimes obligatoires de base de
sécurité sociale**

Exercice 2015 (en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP*	Régimes de base
Cotisations effectives	86,9	125,4	32,1	12,8	255,4
Cotisations prises en charge par l'Etat	1,5	1,5	0,6	0,1	3,6
Cotisations fictives d'employeur	0,6	38,5	0,0	0,3	39,4
Contribution sociale généralisée	64,9	0,0	10,9	0,0	75,4
Impôts, taxes et autres contributions sociales	31,4	19,1	8,0	0,1	58,5
Transferts	2,8	37,6	0,4	0,1	29,3
Produits financiers	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
Autres produits	3,0	0,5	0,5	0,3	4,3
Recettes	191,0	222,7	52,4	13,7	466,2

**Accidents du travail-maladies professionnelles*

Les montants figurant en total par branche et par catégorie peuvent être différents de l'agrégation des montants détaillés du fait des opérations réciproques (notamment transferts).

II. - Recettes par catégorie et par branche du régime général de sécurité sociale

Exercice 2015 (en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP*	Régime général
Cotisations effectives	77,4	74,7	32,1	11,9	194,2
Cotisations prises en charge par l'Etat	1,1	1,0	0,6	0,1	2,8
Cotisations fictives d'employeur	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Contribution sociale généralisée	56,2	0,0	10,9	0,0	66,8
Impôts, taxes et autres contributions sociales	25,8	14,6	8,0	0,0	48,4
Transferts	3,5	28,8	0,4	0,0	22,1
Produits financiers	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres produits	2,7	0,2	0,5	0,3	3,7
Recettes	166,7	119,4	52,4	12,3	338,1

**Accidents du travail-maladies professionnelles*

Les montants figurant en total par branche et par catégorie peuvent être différents de l'agrégation des montants détaillés du fait des opérations réciproques (notamment transferts).

III. - Recettes par catégorie des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

Exercice 2015 (en milliards d'euros)

	Fonds de solidarité vieillesse
Contribution sociale généralisée	10,6
Impôts, taxes et autres contributions sociales	6,1
Produits financiers	0,0
Autres produits	0,0
Total	16,6