

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 2016

NOR : FCPX1523191L/Bleue-1

PREMIÈRE PARTIE :
Dispositions relatives à l'exercice 2014

Article 1^{er}

Au titre de l'exercice 2014, 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	186,7	193,2	-6,5
Vieillesse	219,1	219,9	-0,8
Famille	56,3	59,0	-2,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,8	13,1	0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches)	462,8	472,1	-9,3

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

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	161,9	168,4	-6,5
Vieillesse	115,6	116,8	-1,2
Famille	56,3	59,0	-2,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,3	11,6	0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches)	334,1	343,8	-9,7

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	17,2	20,6	-3,5

4° Les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, s'élevant à 178,0 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, lesquelles sont nulles ;

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

Exposé des motifs

Le déficit du régime général de sécurité sociale et du FSV s'est établi à 13,2 milliards d'euros en 2014. Cela correspond, par rapport aux prévisions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, à une amélioration de 2,2 milliards d'euros sur ce champ. Sur le périmètre tous régimes de base et FSV, le déficit diminue de 2,3 milliards d'euros par rapport à la prévision de la loi de financement précitée.

Pour la cinquième année consécutive, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) a été respecté : les dépenses relevant de ce champ ont été de 178,0 milliards d'euros en 2014, soit une sous-exécution de 0,3 milliard d'euros par rapport à l'objectif abaissé par la loi du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014.

Les tableaux d'équilibre ci-dessus sont établis sur le fondement des états financiers annuels approuvés par les organismes à la suite de leur audit par la Cour des comptes ou les commissaires aux comptes. L'ensemble de ces comptes ont été certifiés, le cas échéant avec des réserves. Ces éléments sont détaillés dans l'annexe 2 au présent projet de loi.

Article 2

Est approuvé le rapport figurant en annexe A à la présente loi présentant un tableau, établi au 31 décembre 2014, 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 ou la couverture des déficits, tels qu'ils sont constatés dans les tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2014 figurant à l'article 1^{er}.

DEUXIÈME PARTIE : Dispositions relatives à l'exercice 2015**Article 3**

I. - Au I de l'article 74 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015, le montant : « 280,6 » est remplacé par le montant : « 230,6 ».

II. - Au II de l'article 74 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015, le montant : « 115 » est remplacé par le montant : « 83 ».

Exposé des motifs

I. - En application de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, les ressources du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

La dotation FMESPP participe, à hauteur de 50 millions d'euros, aux efforts d'économies supplémentaires sur l'ONDAM conformément aux engagements pris dans le cadre du pacte de stabilité (pour un montant global de 425 M€ d'économies nouvelle sur l'ONDAM 2015). Ce montant vient minorer la dotation la portant ainsi à 230,6 millions d'euros.

II. - 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 et des préjudices résultant de contaminations par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des hépatites B et C (VHB et VHC) et du virus T-lymphotropique humain (HTLV).

En application de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, cette dotation est fixée par la loi de financement de la sécurité sociale. Ainsi, l'article 74 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a fixé la dotation à 115 millions d'euros.

La présente mesure a pour objet de réduire le montant de la dotation pour cet exercice en raison d'un moindre niveau de dépenses. En effet, le montant prévisionnel des dépenses à la charge de l'assurance maladie est évalué à 107,8 millions d'euros (au lieu de 146,6 millions d'euros), à la suite d'un moindre niveau d'activité de l'office constaté au cours de l'année 2015. Aussi est-il proposé de ramener la dotation à 83 millions d'euros.

Article 4

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

1° L'article L. 138-10 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les deux occurrences des mots : « et L. 162-18 » sont remplacées par les mots : « , L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 » ;

b) Le 1° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 1° Les médicaments ayant, au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, au moins une indication désignée comme orpheline en application du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins, pour lesquels le chiffre d'affaire hors taxes n'excède pas 30 millions d'euros ; »

c) Au 2°, après le mot : « qui », sont insérés les mots : « , au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, » ;

2° L'article L. 138-11 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « et L. 162-18 » sont remplacés par les mots : « , L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 » ;

b) A la première phrase du deuxième alinéa, après le mot : « fixé » sont insérés les mots : « , au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, » ;

3° L'article L. 138-13 est ainsi modifié :

a) A la première phrase du premier alinéa, le mot : « l'ensemble » sont remplacés par les mots : « au moins 90 % de leur chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année civile au titre » et, à la dernière phrase du même alinéa, les mots : « de remises » sont remplacés par les mots : « d'une remise » ;

b) A la première phrase du dernier alinéa, après le mot : « versées », sont insérés les mots : « en application de ces accords » et, à la dernière phrase du même alinéa, les mots : « les remises qu'elle verse sont supérieures ou égales » sont remplacés par les mots : « la remise qu'elle verse en application de l'accord est supérieure ou égale » ;

4° L'article L. 138-14 est ainsi modifié :

a) Les trois premiers alinéas sont supprimés ;

b) Au dernier alinéa, les mots : « ou d'un groupe » sont supprimés ;

5° L'article L. 138-15 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, la date : « 1^{er} juin » est remplacée par la date : « 1^{er} juillet » ;

b) La première phrase du deuxième alinéa est ainsi rédigée :

« La fixation du prix ou du tarif des médicaments concernés par les remises dues en application de l'article L. 162-16-5-1 entraîne une régularisation du montant total et de la répartition entre les entreprises redevables de la contribution due au titre de l'année précédant la fixation de ce prix ou de ce tarif. » ;

c) Au dernier alinéa, la date : « 1^{er} mars » est remplacée par la date : « 1^{er} avril » ;

6° Au premier alinéa de l'article L. 138-19-1, après chaque occurrence de la référence : « L. 162-16-5-1 », est insérée la référence : « , L. 162-17-5 » ;

7° Au premier alinéa de l'article L. 138-19-2, après la référence : « L. 162-16-5-1 », est insérée la référence : « , L. 162-17-5 » ;

8° Au dernier alinéa de l'article L. 138-19-4, les mots : « les remises qu'elle verse sont supérieures ou égales » sont remplacés par les mots : « la remise qu'elle verse en application de cet accord est supérieure ou égale » ;

9° L'article L. 138-19-5 est ainsi modifié :

a) Les trois premiers alinéas sont supprimés ;

b) Au dernier alinéa, les mots : « ou d'un groupe » sont supprimés.

II. - Le I s'applique à compter des contributions et remises dues au titre de 2015.

Exposé des motifs

Le présent article procède à certains ajustements ponctuels des dispositifs L et W, afin d'améliorer la prévisibilité du montant qui serait dû par chaque industriel au cas où la clause de sauvegarde viendrait à se déclencher, de clarifier l'application des deux dispositifs et d'assouplir le calendrier de versement de la contribution due en cas de dépassement du taux L (repoussée d'un mois, du 1^{er} mars au 1^{er} avril).

Article 5

Au titre de l'année 2015, 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	190,5	198,0	-7,5
Vieillesse	223,5	223,8	-0,2
Famille	52,8	54,4	-1,6
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,9	13,2	0,6
Toutes branches (hors transferts entre branches)	467,3	475,9	-8,6

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	166,6	174,1	-7,5
Vieillesse	119,9	120,5	-0,6
Famille	52,8	54,4	-1,6
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,4	11,8	0,6
Toutes branches (hors transferts entre branches)	339,3	348,3	-9,0

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	16,5	20,3	-3,8

4° L'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale qui est fixé à 13,6 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° 2014-1554 de financement de la sécurité sociale pour 2014 ;

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

Exposé des motifs

Le déficit du régime général et du FSV devrait s'établir à 12,8 milliards d'euros en 2015, soit une amélioration par rapport aux prévisions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 de 0,7 milliards d'euros. Cet écart s'explique essentiellement par l'amélioration du solde des branches vieillesse et famille, qui est plus importante que la dégradation du solde du Fonds de solidarité vieillesse.

Article 6

Au titre de l'année 2015, 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	82,9
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	56,8
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,8
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	9,1
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,0
Autres prises en charge	1,6
Total	181,9

Exposé des motifs

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 avait fixé l'objectif national de dépenses d'assurance maladie à 182,3 milliards d'euros. Conformément aux engagements pris dans la cadre du programme de stabilité, des mesures d'économies complémentaires, qui ont pris la forme d'annulations de crédits, ont été adoptées à hauteur de 425 millions d'euros. L'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2015 est révisé en conséquence à 181,9 milliards d'euros dans le présent projet de loi, aboutissant à un taux d'évolution de +2,0 % par rapport aux dépenses constatées en 2014.

TROISIÈME PARTIE :**Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale pour l'exercice 2016****TITRE I^{ER}****DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET A LA TRESORERIE****CHAPITRE I^{ER}****DISPOSITIONS RELATIVES AU PACTE DE RESPONSABILITE ET DE SOLIDARITE ET EVOLUTIONS DE CERTAINS DISPOSITIFS PARTICULIERS EN DECOULANT****Article 7**

I. - A l'article L. 241-6-1 du code de la sécurité sociale, le nombre : « 1,6 » est remplacé par le nombre : « 3,5 ».

II. - Le I s'applique aux cotisations dues au titre des rémunérations versées à compter du 1^{er} avril 2016.

Pour chacune des périodes du 1^{er} janvier au 31 mars 2016 et du 1^{er} avril au 31 décembre 2016, la réduction de taux mentionnée à l'article L. 241-6-1 de ce code est calculée en fonction de la rémunération annuelle totale perçue en 2016.

Exposé des motifs

Dans le cadre du pacte de responsabilité et de solidarité, les pouvoirs publics ont renforcé depuis le 1^{er} janvier 2015 la réduction générale des cotisations et contributions sociales à la charge de l'employeur de façon à créer un dispositif de « zéro cotisation URSSAF » au niveau du SMIC.

Ce renforcement des allègements généraux sur les bas salaires s'est accompagné pour les entreprises d'une modulation des cotisations d'allocations familiales, sous la forme d'un taux réduit de 3,45 %, contre 5,25 % auparavant, pour les salariés dont la rémunération annuelle est inférieure à 1,6 fois le SMIC.

Conformément aux annonces du Président de la République, le présent projet de loi de financement met en œuvre la deuxième étape du pacte de responsabilité et de solidarité en étendant en 2016 cette réduction du taux de cotisations d'allocations familiales aux rémunérations comprises entre 1,6 et 3,5 SMIC.

Cette nouvelle étape permettra d'élargir, à compter du 1^{er} avril 2016, le champ des bénéficiaires des baisses du coût du travail pour couvrir 90 % des salariés et correspond en 2016 à un effort supplémentaire de plus de 3 milliards d'euros en faveur de la compétitivité et de l'emploi, en particulier dans les secteurs exposés à la concurrence internationale.

Ce renforcement de la réduction du taux des cotisations d'allocations familiales s'inscrit dans un ensemble de mesures favorables à l'emploi et à la compétitivité prévues dans le cadre du projet de loi de finances et du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 (hausse du montant de l'abattement d'assiette de C3S et relèvement et gel du dépassement des seuils d'effectifs) et qui complètent celles déjà votées en 2015 dans le cadre de la loi du 6 août 2015 pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques.

Article 8

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

1° A la troisième phrase du premier alinéa de l'article L. 651-3, le nombre : « 3,25 » est remplacé par le nombre : « 19 » ;

2° A la première phrase du premier alinéa de l'article L. 651-5-3, le mot : « électronique » est remplacé par le mot : « dématérialisée » et, à la dernière phrase du même alinéa, les mots : « et de télérèglement » sont supprimés.

II. - Le I s'applique à la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés due à compter du 1^{er} janvier 2016.

Exposé des motifs

Afin de renforcer la compétitivité des entreprises et de soutenir l'emploi, le Gouvernement s'est engagé dans une démarche d'allègement des prélèvements obligatoires pesant sur les entreprises dans le cadre du Pacte de responsabilité et de solidarité décidé par le Président de la République le 14 janvier 2014. Conformément à cet engagement, la suppression progressive de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) a été annoncée par le Premier ministre le 8 avril 2014. En effet, la C3S, assise sur le chiffre d'affaires, ne tient pas compte de manière adéquate des capacités contributives des redevables et pèse davantage sur les entreprises dont les marges sont les plus faibles par rapport à leur chiffre d'affaires. Du fait de l'absence de mécanisme de déduction de la contribution acquittée en amont d'une transaction, elle est en outre susceptible de générer des taxations en cascade qui défavorisent les productions en France. Ainsi, en raison de l'importance des consommations intermédiaires entrant dans les cycles de production, le secteur de l'industrie manufacturière est particulièrement pénalisé : il était ainsi le deuxième contributeur de C3S (1,2 milliards d'euros versé en 2014, soit 22 % de la recette totale).

Aussi, la création d'un abattement d'assiette de 3,25 millions d'euros a été décidée par la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014, qui a allégé d'un milliard d'euros la C3S due en 2015 par tous les redevables et a exonéré totalement de cette contribution 200 000 petites entreprises.

Afin de poursuivre cet engagement, le présent article porte le montant de l'abattement d'assiette de C3S à 19 millions d'euros afin de réduire la contribution due en 2016 d'un milliard d'euros supplémentaire et d'exonérer totalement 80 000 petites et moyennes entreprises supplémentaires sur les 90 000 PME restant redevables en 2015. Ainsi, leur nombre sera passé de 140 000 en 2014 à 10 000 en 2016.

Cette deuxième étape de la suppression progressive de la C3S favorisera particulièrement les secteurs de l'industrie manufacturière, du commerce et de la construction, secteurs clés pour la croissance et l'emploi, puisqu'ils bénéficieront de plus de la moitié du milliard de réduction de C3S (0,7 milliard d'euros), leur permettant de dégager des marges de manœuvre pour investir et embaucher.

Article 9

I. - L'article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa du A du III, la valeur : « 40 % » est remplacée par la valeur : « 30 % » et, à la dernière phrase, les mots : « à 2,6 fois le salaire minimum de croissance » sont remplacés par les mots : « au salaire minimum de croissance majoré de 100 % » ;

2° Le troisième alinéa du A du III est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les entreprises, employeurs et organismes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2211-1 du code du travail et occupant moins de onze salariés, lorsque la rémunération horaire est inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 40 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur. Lorsque la rémunération horaire est égale ou supérieure à ce seuil et inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 60 %, la rémunération est exonérée des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur, dans la limite de la part correspondant à une rémunération horaire égale au salaire minimum de croissance majoré de 40 %. Au-delà d'un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 60 %, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale au salaire minimum de croissance majoré de 130 %. » ;

3° Le B du III est remplacé par les dispositions suivantes :

« B. - Pour les entreprises, employeurs et organismes autres que ceux mentionnés au A :

« 1° Le seuil de la rémunération horaire mentionné au deuxième alinéa du A en-deçà duquel la rémunération est totalement exonérée de cotisations à la charge de l'employeur est égal au salaire minimum de croissance majoré de 40 %. Le seuil de la rémunération horaire mentionnée au deuxième alinéa du A à partir de laquelle l'exonération devient nulle est égale au salaire minimum de croissance majoré de 200 % ;

« 2° Le seuil de la rémunération horaire mentionnée au dernier alinéa du A en deçà duquel la rémunération est exonérée dans la limite de la part correspondant à une rémunération horaire égale au salaire minimum de croissance majoré de 40 % est égal au salaire minimum de croissance majoré de 100 %. A partir de ce seuil, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale au salaire minimum de croissance majoré de 200 %. » ;

4° L'avant dernier alinéa du IV est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les entreprises mentionnées au présent IV, lorsque la rémunération horaire est inférieure ou égale au salaire minimum de croissance majoré de 70 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur. Lorsque la rémunération est supérieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 70 % et inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 150 %, la rémunération est exonérée des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur, dans la limite de la part correspondant à une rémunération égale au salaire minimum de croissance majoré de 70 %. A partir du seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 150 %, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale au salaire minimum de croissance majoré de 250 %. » ;

5° L'avant-dernier alinéa du même IV est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation à l'avant-dernier alinéa du présent IV, pour les employeurs mentionnés au B du III du présent article, la rémunération horaire à partir de laquelle l'exonération devient nulle est égale au salaire minimum de croissance majoré de 350 %. » ;

6° Le VIII est remplacé par les dispositions suivantes :

« *VIII.* - Lorsque les exonérations mentionnés aux III et IV sont dégressives, le montant de celles-ci est déterminé par l'application d'une formule de calcul définie par décret. La valeur maximale du coefficient de dégressivité retenu pour cette formule est fixée, par décret, dans la limite de la somme des taux des cotisations mentionnées au I pour une rémunération égale au salaire minimum de croissance. »

II. - Les dispositions du présent article entrent en vigueur au titre des cotisations dues à compter du 1^{er} janvier 2016.

Exposé des motifs

Le présent article vise à rationaliser le dispositif d'exonération de cotisations patronales de sécurité sociale spécifique à l'outre-mer.

Ce dispositif s'inscrit dans le cadre des politiques publiques conduites par l'Etat en vue de réduire les difficultés économiques structurelles des collectivités d'outre-mer et d'améliorer la compétitivité de leurs entreprises tout en encourageant la création d'emplois pérennes. En effet, les économies ultramarines se caractérisent par des spécificités géographiques (éloignement, insularité, faible superficie, relief et climat difficiles) qui freinent le développement économique de ces territoires.

L'objet du présent article est de mieux centrer ce dispositif d'exonération sur les plus bas salaires, comme le préconise la mission conduite par l'inspection générale des finances (IGF) et l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) dans le cadre de la revue des dépenses sur les exonérations et exemptions de charges sociales spécifiques. Alors que les allègements généraux sont largement ciblés sur les bas salaires, le régime applicable à l'outre-mer s'en écarte actuellement de manière significative : il est caractérisé par des points de sortie particulièrement élevés, jusqu'à 4,5 SMIC (6 560 € brut), nettement supérieurs à ceux retenus pour les allègements généraux (1,6 SMIC) et le CICE (2,5 SMIC), et s'applique donc à des niveaux de salaires où l'effet sur l'emploi est peu prononcé voire inexistant.

Afin de renforcer l'efficacité et l'efficacités de ce dispositif ciblé, la présente mesure consiste à réduire les seuils d'exonération pour les dispositifs de droit commun tout en maintenant l'équilibre général entre les différents dispositifs (entreprises de moins de 11 salariés, dispositif de droit commun et dispositif renforcé). Cette mesure concentre ainsi l'effort sur les salaires proches du SMIC.

Par ailleurs, pour les secteurs qui sont définis par la loi du 27 mai 2009 pour le développement économique des outre-mer comme étant à fort potentiel de développement (la recherche et le développement, les technologies de l'information et de la communication, le tourisme, l'environnement, l'agro-nutrition, les énergies renouvelables), le régime renforcé dont ils bénéficient déjà est rendu plus avantageux. D'une part, les seuils d'exonération totale et le niveau des franchises sont accrus et, d'autre part, pour les employeurs éligibles au crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE), les rémunérations seront éligibles jusqu'à 3,5 SMIC, contre 3 SMIC aujourd'hui. La mesure conduit à renforcer l'avantage accordé aux entreprises, les plus soumises à la concurrence.

Tout en rationalisant le dispositif, le Gouvernement maintient ainsi un avantage important, voire, pour les secteurs les plus soumis à la concurrence, supérieur à celui dont ils bénéficient actuellement.

Ces mesures s'inscrivent donc en cohérence avec la politique menée par l'Etat en faveur de la compétitivité et de l'emploi dans les entreprises ultramarines, à travers le relèvement du taux de CICE à 9 % au 1^{er} janvier 2016 (contre 6 % pour le droit commun), qui s'ajoute aux mesures du Pacte de responsabilité et de solidarité (réduction de 1,8 point des cotisations famille, imputables à l'employeur jusqu'à un niveau de salaire de 1,6 SMIC en 2015 et de 3,5 SMIC à compter de 2016).

Article 10

I. - Sont abrogés :

1° Les VII et VIII de l'article 130 de la loi n° 2006-1771 du 30 décembre 2006 de finances rectificative pour 2006 ;

2° Le VI de l'article 34 de la loi n° 2008-1443 du 30 décembre 2008 de finances rectificative pour 2008 ;

3° Les articles L. 131-4-2 et L. 131-4-3 du code de la sécurité sociale.

II. - Sous réserve du III, les dispositions du présent article s'appliquent au titre des cotisations dues pour la période courant à compter du 1^{er} janvier 2016, y compris au titre des rémunérations versées aux salariés recrutés avant cette date.

III. - Les entreprises bénéficiaires de l'exonération mentionnée au 1°, au 2° ou au 3° du I à la date du 7 octobre 2015 continuent d'en bénéficier, au titre des rémunérations versées aux salariés embauchés avant la date du 7 octobre 2015, pour la durée et sous les conditions applicables antérieurement à la publication de la présente loi de financement de la sécurité sociale.

Exposé des motifs

Dans le cadre de sa revue des dépenses de juin 2015 sur les exonérations et exemptions sociales, la mission conduite par l'inspection générale des finances (IGF) et l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) a porté une évaluation négative, au regard de leur pertinence et de leur efficacité, sur les exonérations de cotisations patronales zonées applicables aux bassins d'emploi à redynamiser (BER), aux zones de restructuration de la défense (ZRD) et aux zones de revitalisation rurale (ZRR).

De nombreux rapports ont déjà mis en évidence, depuis plusieurs années, le manque d'efficacité de ces dispositifs dont l'objectif était de favoriser l'emploi dans les territoires ciblés mais dont l'effet économique s'est avéré limité voire inexistant, tout en représentant un coût élevé pour les finances publiques. Par ailleurs, la complexité de ces dispositifs, que le récent rapport souligne, est à la source d'une insécurité juridique notable et de nombreuses erreurs révélées par les URSSAF qui prouvent une appropriation imparfaite par les employeurs.

Enfin, la récente mission met en évidence que, grâce au Pacte de responsabilité et de solidarité, les exonérations de droit commun que constituent les allègements généraux applicables aux salariés pour les rémunérations inférieures à 1,6 SMIC et la baisse de cotisations d'allocations familiales qui sera étendue jusqu'à 3,5 SMIC en 2016 représentent des avantages financiers croissants, ce qui justifie d'autant plus de revenir sur les dispositifs particuliers qui avaient été conçus par ailleurs.

Le dispositif des « bassins d'emploi à redynamiser » (BER) est une franchise de cotisations patronales de sécurité sociale qui s'applique aux salariés pour la fraction de leur rémunération inférieure à 1,4 SMIC, quel que soit le niveau de cette rémunération. Cette absence de plafonnement procure des avantages sociaux très importants, en moyenne 2,6 fois plus élevés que dans le droit commun, ce qui crée un effet d'aubaine évident qui nuit à l'efficacité du dispositif et à l'objectif de rationalisation de la dépense publique. Par ailleurs, en ciblant uniquement deux bassins d'emploi, de dimensions très restreintes, le zonage du dispositif, figé historiquement, devient aujourd'hui vecteur d'inégalités entre territoires.

Le dispositif des zones de revitalisation rurale (ZRR) consiste en une exonération dégressive des cotisations patronales de sécurité sociale jusqu'à 2,4 SMIC qui s'applique pour une durée de 12 mois sur chaque embauche dans les établissements situés dans les zones de revitalisation rurales tant que celle-ci ne porte pas l'effectif au-delà de 50 salariés. Ce dispositif perd de son attractivité (réduction de près de moitié des effectifs exonérés en 15 ans). Les employeurs en ZRR ont désormais tendance à privilégier, pour soutenir leurs créations d'emploi, les allègements généraux renforcés depuis le Pacte, plus pérennes et lisibles. Outre la revue des dépenses mentionnée, un rapport des députés Calmette et Vigier de juillet 2014 appelle à la suppression de cette niche sociale. L'exonération applicable aux organismes d'intérêt général installés en ZRR n'est pas modifiée par le présent article.

Le dispositif des zones de restructuration de la défense (ZRD) procure quant à lui pendant cinq ans aux entreprises localisées dans ces zones un avantage social sous la forme d'une exonération de cotisations patronales dégressive jusqu'à 2,4 SMIC, qui diminue au fil du temps. Le faible recours à ce dispositif (à peine 2 000 salariés dans plus de 2 000 communes concernées), la redondance avec d'autres dispositifs, le coût très élevé de cette niche au regard d'un effet sur l'emploi mal évalué et peu cohérent avec le caractère temporaire des restructurations d'implantations justifient la suppression du dispositif, ainsi que le recommande également la Cour des comptes dans son rapport de novembre 2014 sur les aides de l'Etat aux territoires concernés par les restructurations des armées.

La suppression progressive de ces dispositifs permettra un basculement au fil de l'eau des employeurs vers la réduction générale des cotisations et contributions sociales qui s'avère même déjà, pour les salaires les plus bas, plus favorable pour les employeurs.

Afin de ne pas remettre en cause la situation des entreprises déjà bénéficiaires, les exonérations attribuées au titre des contrats de travail en cours à la date de la présentation du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 en conseil des ministres, soit le 7 octobre 2015, continueront de s'appliquer selon les mêmes modalités.

CHAPITRE II
SIMPLIFICATION DU RECOUVREMENT DES COTISATIONS DUES PAR LES ENTREPRISES ET LES
TRAVAILLEURS NON SALARIES

Article 11

I. - La section 3 du chapitre III du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 133-4-8 ainsi rédigé :

« *Art. L. 133-4-8.* - I. - Les redressements opérés dans le cadre d'un contrôle effectué en application des articles L. 243-7 du présent code et L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime relatif à l'application des règles liées au caractère obligatoire et collectif des systèmes de garanties de protection sociale complémentaire mentionné au sixième alinéa de l'article L. 242-1 du présent code portent sur le montant global des cotisations dues sur les contributions que les employeurs ont versées pour le financement de ces garanties.

« II. - Par dérogation au I et dans les conditions définies aux alinéas suivants, l'agent chargé du contrôle réduit le redressement à hauteur d'un montant calculé sur la seule base des sommes faisant défaut ou excédant les contributions nécessaires pour que la couverture du régime revête un caractère obligatoire et collectif au sens du sixième alinéa de l'article L. 242-1 et des textes pris pour son application, sous réserve que l'employeur reconstitue ces sommes de manière probante.

« Le redressement ainsi réduit est fixé à hauteur :

« 1^o D'une fois et demie ces sommes lorsque le motif du redressement repose sur l'absence de production d'une demande de dispense ou de tout autre document ou justificatif nécessaire à l'appréciation du caractère obligatoire et collectif ;

« 2^o De trois fois ces sommes dans les cas autres que ceux mentionnés au 1^o et lorsque le manquement à l'origine du redressement ne révèle pas une méconnaissance d'une particulière gravité des règles prises en application du sixième alinéa de l'article L. 242-1.

« Le montant du redressement ainsi établi par l'agent chargé du contrôle ne peut être supérieur à celui résultant de l'assujettissement de l'ensemble des contributions de l'employeur au financement du régime.

« III. - Les dispositions du II du présent article ne sont pas applicables lorsque le redressement procède d'un cas d'octroi d'avantage personnel ou d'une mesure discriminatoire au sens de l'article 1^{er} de la loi n^o 2008-496 du 27 mai 2008 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations, lorsque l'irrégularité en cause a déjà fait l'objet d'une observation lors d'un précédent contrôle, dans la limite des cinq années civiles qui précèdent l'année où est initié le contrôle, ou lorsqu'est établie au cours de cette période l'une ou l'autre des situations suivantes :

« 1^o Une situation de travail dissimulé, défini aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail ;

« 2^o Une situation d'obstacle à contrôle, mentionné à l'article L. 243-12-1 du présent code ;

« 3° Une situation d'abus de droit, défini à l'article L. 243-7-2 du présent code.

« IV. - Par dérogation à l'article L. 243-1, les employeurs ne peuvent, dans les cas prévus au présent article, demander aux salariés le remboursement des cotisations salariales dues sur les montants donnant lieu à redressement. »

II. - Les dispositions du présent article s'appliquent aux contrôles engagés à compter du 1^{er} janvier 2016.

Exposé des motifs

Le rapport parlementaire sur les relations entre les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) et les entreprises d'avril 2015, intitulé « Pour un nouveau mode de relations URSSAF / Entreprises » de MM. Bernard Gérard et Marc Goua a souligné la nécessité d'appliquer, à l'issue des contrôles, des redressements qui soient mieux proportionnés au manquement réellement opéré par l'entreprise dans certaines situations d'application de la réglementation.

Cet enjeu se pose avec une acuité particulière s'agissant des redressements opérés au sein des régimes de protection sociale complémentaire dans le cadre de l'application du bénéfice des avantages sociaux accordés pour les régimes d'entreprise respectant un caractère collectif et obligatoire. Lorsqu'un système de garanties mis en place au sein des entreprises remplit les critères relatifs au caractère collectif et obligatoire, le financement patronal de cette couverture est exclu de l'assiette sociale et soumis au forfait social au taux de 8 % pour la santé et la prévoyance et de 20 % pour la retraite, ainsi qu'à la CSG et la CRDS.

Or, en application de la législation actuelle, lorsqu'un système de garanties ne remplit pas toutes les conditions requises pour que la contribution versée par l'employeur soit exclue de l'assiette des cotisations de sécurité sociale, les organismes chargés du contrôle sont tenus de considérer que l'ensemble du financement patronal constitue une rémunération et doivent donc l'assujettir à l'ensemble des prélèvements sociaux. Ces redressements, qui peuvent représenter des montants très significatifs, résultent pourtant d'erreurs de nature et de gravité différentes allant du simple défaut de fourniture de pièces justificatives à l'erreur de droit manifeste.

Ainsi, la perte du bénéfice de l'exonération sociale a des conséquences sur l'ensemble du financement patronal et sur l'ensemble des salariés de l'entreprise. C'est une situation très différente de celle généralement suivie par les URSSAF puisque, habituellement, les redressements réalisés portent uniquement sur un champ circonscrit aux rémunérations concernées par la mauvaise application du droit.

Dans l'esprit des préconisations du rapport parlementaire, l'objectif de la mesure est de proportionner les redressements opérés en matière de protection sociale complémentaire à la gravité du manquement, sous certaines conditions. Cette mesure s'inscrit dans une logique de sécurisation juridique plus large, qui inclut également l'ouverture par ordonnance d'ici fin 2015 aux partenaires sociaux de la possibilité de solliciter auprès des URSSAF des décisions de rescrit sur les accords collectifs, qui vise à sécuriser en amont sur la licéité des accords et leurs modalités d'application.

Cette démarche s'inscrit dans la politique du Gouvernement d'incitation à la couverture des salariés en matière de protection sociale complémentaire, qui implique à la fois de faire en sorte que les avantages sociaux soient réservés à des dispositifs de prévoyance conformes aux textes législatifs et réglementaires, tout en évitant de dissuader les employeurs par un risque de sanction disproportionné dans certains cas.

Article 12

I. - L'article L. 133-6-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au I, les mots : « et, pour les travailleurs indépendants relevant du c du 1° de l'article L. 613-1, aux organismes mentionnés à l'article L. 611-20 » sont supprimés ;

2° Le II est remplacé par les dispositions suivantes :

« II. - Le régime social des indépendants ou, par délégation, les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 transmettent les données relevant des articles L. 642-1 et L. 723-5 aux organismes mentionnés à l'article L. 641-1 et L. 723-1. »

II. - Le premier alinéa de l'article L. 611-20 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« La Caisse nationale confie le soin d'assurer le calcul, l'encaissement ainsi que le recouvrement amiable et contentieux des cotisations d'assurance maladie des membres des professions libérales aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, qui l'effectuent selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement par ces organismes des cotisations et contributions de sécurité sociale dues par les travailleurs indépendants non agricoles. »

III. - Au premier alinéa de l'article L. 652-3 du même code, les mots : « les organismes conventionnés » sont remplacés par les mots : « , par délégation, les organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 ».

IV. - Le préjudice susceptible de résulter, pour les organismes et groupements mentionnés à l'article L. 611-20 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, du transfert de la gestion de l'encaissement et du contentieux des cotisations d'assurance maladie des membres des professions libérales aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du même code, à la date fixée au V du présent article, fait l'objet d'une indemnité s'il a pour origine les modifications apportées aux règles régissant la délégation de gestion et présente un caractère anormal et spécial. Cette indemnité est fixée dans le cadre d'un constat établi à la suite d'une procédure contradictoire. Les conditions et le montant de l'indemnité sont fixés par décret.

V. - Les dispositions du présent article s'appliquent aux cotisations dues au titre des périodes courant à compter d'une date fixée par décret comprise entre le 1^{er} janvier 2017 et le 1^{er} janvier 2018.

Exposé des motifs

Les membres des professions libérales autres que les praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés font face à trois interlocuteurs différents pour le recouvrement de leurs cotisations et contributions de sécurité sociale :

- en premier lieu, les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et des allocations familiales (URSSAF) pour les cotisations d'allocations familiales, la CSG et la CRDS et la contribution à la formation professionnelle (CFP) ;

- en deuxième lieu, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL) ou la Caisse nationale des barreaux français (CNBF) pour la cotisation d'assurance vieillesse de base et d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire, ainsi que pour la cotisation d'assurance invalidité et décès ;

- en troisième et dernier lieu, le Régime social des indépendants (RSI) pour la cotisation d'assurance maladie-maternité. En outre, conformément aux dispositions de l'article L. 611-20 du code de la sécurité sociale, le RSI confie à des mutuelles et des sociétés d'assurance le soin d'assurer pour son compte cette opération de recouvrement

Cette organisation très peu lisible oblige les intéressés à multiplier leurs démarches dès lors qu'ils sont confrontés à des questions ou des besoins relatifs à leurs cotisations (demande de renseignements, de modulation de leurs cotisations, remboursement en cas de baisse de revenus, mesures d'étalement, etc.). Elle représente aussi un coût significatif pour le RSI du fait des remises de gestion versées aux organismes délégataires.

La présente mesure consiste à supprimer le mécanisme de délégation de gestion du recouvrement des cotisations d'assurance maladie maternité et à transférer la totalité du processus aux URSSAF et aux CGSS dans les DOM. Les missions relatives au calcul et à l'appel des cotisations d'assurance maladie-maternité, à la gestion de la phase amiable et de la phase forcée et contentieuse du recouvrement seront assurées par les URSSAF en même temps que le recouvrement des autres cotisations et contributions des professionnels libéraux.

Cette disposition simplifiera les démarches des professionnels libéraux, qui n'auront plus que deux interlocuteurs en matière de paiement des cotisations au lieu de trois, tout en permettant aux régimes de sécurité sociale de réaliser des économies de gestion substantielles puisque cette activité est similaires à celle déjà réalisée par les URSSAF pour une partie des prélèvements des professionnels libéraux.

Afin de permettre aux cotisants et organismes de recouvrement de se préparer à ce transfert, l'entrée en vigueur est différée jusqu'à une date qui sera fixée par décret entre le 1^{er} janvier 2017 et le 1^{er} janvier 2018, en fonction du degré d'avancement des travaux préparatoires. Le transfert s'effectuera sans remise en cause des emplois affectés aux activités de recouvrement au sein des organismes délégataires. Il est prévu que ces derniers, s'ils n'ont pu trouver un autre emploi au sein de l'organisme délégataire, puissent poursuivre l'exercice d'une activité de gestion des cotisations des travailleurs indépendants au sein de l'URSSAF la plus rapprochée de leur actuel lieu de travail s'ils en émettent le souhait.

Article 13

I. - Le troisième alinéa de l'article L. 731-15 du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° Après les mots : « option du contribuable, » sont insérés les mots : « à l'exception de celle mentionnée au 1 de l'article 75-0 A du code général des impôts s'agissant des revenus exceptionnels définis au a du 2 de cet article, » ;

2° La dernière phrase est supprimée.

II. - Avant la dernière phrase du troisième alinéa de l'article L. 731-16 du même code, il est inséré une phrase ainsi rédigé : « Toutefois, en cas de décès du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, le conjoint poursuivant la mise en valeur de l'exploitation ou de l'entreprise agricole peut, dans des conditions fixées par décret, opter pour le calcul des cotisations et contributions sociales sur une assiette forfaitaire selon les modalités mentionnées au premier alinéa. »

III. - A l'article L. 731-22-1 du même code, le taux : « 50 % » est remplacé par le taux : « 75 % ».

IV. - Les dispositions du présent article s'appliquent aux cotisations et contributions de sécurité sociale dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2016.

Exposé des motifs

La mesure vise à adapter les options permettant aux non-salariés agricoles de lisser leurs revenus professionnels soumis à cotisations et contributions sociales :

- en tenant compte pour les cotisations sociales de l'exercice de l'option fiscale d'étalement des revenus exceptionnels des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole ;

- en augmentant le plafond d'à-valoir des cotisations et contributions sociales ;

- et en permettant, dans le cas d'un transfert entre époux suite au décès du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, au conjoint repreneur, d'opter pour l'application de l'assiette forfaitaire applicable à un nouvel installé pour le calcul des cotisations et contributions sociales.

Les deux premières composantes de la mesure répondent à une demande de l'ensemble des professionnels agricoles, dans un contexte accru de variabilité des revenus, et ont fait l'objet de propositions dans le rapport d'information n°2251 du 15 avril 2015 sur la fiscalité agricole déposé par la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire de l'Assemblée nationale déposé par le député François André.

Article 14

Le II de l'article L. 133-6-8 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation aux dispositions du I et du premier alinéa du II du présent article, les travailleurs indépendants bénéficiant des régimes définis aux articles 50-0 et 102 *ter* du code général des impôts qui relevaient au 31 décembre 2015 du régime défini à l'article L. 131-6-2 du présent code continuent de relever de ce régime jusqu'au 31 décembre 2019, sauf demande contraire. »

Exposé des motifs

L'article 24 de la loi du 18 juin 2014 relative à l'artisanat, au commerce et aux très petites entreprises prévoit qu'à compter du 1^{er} janvier 2016 tout travailleur indépendant non agricole imposé selon le régime micro-fiscal devra relever automatiquement du régime micro-social.

Or certains travailleurs indépendants relevant du régime micro-fiscal ont fait le choix de rester au régime social de droit commun, fondé sur une déclaration des revenus réellement dégagés par l'activité, selon les modalités de recouvrement habituellement applicables aux travailleurs indépendants et incluant l'application de cotisations minimales en-deçà d'un certain revenu d'activité.

Afin de laisser un délai suffisant aux intéressés pour entrer dans le nouveau régime et aux organismes de sécurité sociale pour garantir leur bonne information, la présente mesure a pour objet de permettre aux personnes qui relevaient du régime micro-fiscal au 31 décembre 2015 de rester dans le régime social de droit commun des travailleurs indépendants jusqu'à l'échéance du 1^{er} janvier 2020. Ces travailleurs indépendants pourront bien entendu, d'ici cette échéance, demander à opter pour le nouveau régime micro-social à tout moment s'ils le souhaitent.

CHAPITRE III
DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET A LA TRESORERIE
DES ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE

Article 15

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

A. - Le dernier alinéa de l'article L. 131-7 est ainsi rédigé :

« Le premier alinéa du présent article n'est pas applicable à l'exonération prévue au deuxième alinéa de l'article L. 242-1, aux réductions et aux exonérations prévues aux articles L. 241-6-1, L. 241-6-4 et L. 241-13 et au second alinéa de l'article L. 242-11, ainsi qu'à la réduction de la contribution mentionnée à l'article L. 651-1 résultant de l'abattement d'assiette prévu à l'article L. 651-3, dans leur rédaction en vigueur au 1^{er} janvier 2016. »

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

1° Le 1° est ainsi modifié :

a) Au deuxième alinéa, le taux : « 53,5 % » est remplacé par le taux : « 61,1 % » ;

b) Au troisième alinéa, le taux : « 18 % » est remplacé par le taux : « 19,2 % » ;

c) Le dernier alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« - à la branche mentionnée au 1° du même article, pour une fraction correspondant à 17,2 % ;

« - au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour une fraction correspondant à 2,5 % ; »

2° Le 7° est ainsi modifié :

a) Au *b*, le taux : « 8,97 % » est remplacé par le taux : « 9,19 % » ;

b) Au *f*, les mots : « , aux régimes de sécurité sociale d'entreprise de la SNCF, SNCF Mobilités et SNCF Réseau et de la Régie autonome des transports parisiens » sont supprimés et le taux : « 0,60 % » est remplacé par le taux : « 0,38 % ».

C. - Le troisième alinéa de l'article L. 135-1 est supprimé.

D. - L'article L. 135-2 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 135-2.* - Les dépenses prises en charge par le fonds de solidarité vieillesse sont retracées dans trois sections distinctes.

« I. - La première section retrace :

« 1° Le financement des allocations mentionnées au dernier alinéa de l'article L. 643-1, au chapitre V du titre I^{er} du livre VIII et à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse ;

« 2° Les sommes représentatives de la prise en compte, par le régime général, le régime des salariés agricoles et les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales, dans la durée d'assurance :

« a) Des périodes mentionnées aux 1°, 3° et 8° de l'article L. 351-3 ;

« b) Des périodes pendant lesquelles les assurés ont bénéficié des allocations mentionnées aux articles L. 1233-68, L. 5422-1, L. 5423-1, L. 5423-7 et L. 5423-8 du code du travail, des allocations spéciales mentionnées au 2° de l'article L. 5123-2 du même code et de la rémunération mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 1233-72 de ce code ;

« c) Des périodes pendant lesquelles l'assuré a bénéficié, en cas d'absence complète d'activité, d'un revenu de remplacement de la part de son entreprise en application d'un accord professionnel national mentionné à l'article L. 5123-6 du code du travail ;

« 3° Les sommes correspondant à la prise en compte, par le régime général, le régime des salariés agricoles et les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales, des réductions de la durée d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes, définies à l'article L. 351-7-1 ;

« 4° Les dépenses mentionnées à l'article 49 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale ;

« 5° Les sommes représentatives de la prise en compte par les régimes d'assurance vieillesse de base des périodes de volontariat du service national de leurs assurés ;

« 6° Les dépenses attachées au service de l'allocation spéciale pour les personnes âgées prévue à l'article 28 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte et, selon des modalités de calcul fixées par décret, les sommes représentatives de la prise en compte au titre de la durée d'assurance, par le régime de retraite de base obligatoire de sécurité sociale mentionné à l'article 5 de cette ordonnance, des périodes définies à son article 8 ;

« 7° Les sommes représentatives de la prise en compte, par les régimes d'assurance vieillesse de base, dans le salaire de base mentionné à l'article L. 351-1, des indemnités journalières mentionnées au même article ;

« 8° Les sommes correspondant à la prise en charge mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 6243-3 du code du travail ;

« 9° Le remboursement, à la Caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon, des dépenses correspondant à l'application au régime d'assurance vieillesse de cette collectivité, dans les conditions prévues par la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon, des avantages non contributifs mentionnés aux 1° à 5°, 7° et 8° ;

« 10° Le financement d'avantages non contributifs instaurés au bénéfice des retraités de l'ensemble des régimes, lorsque les dispositions les instituant le prévoient.

« Les sommes mentionnées aux 2°, 5° et 7° sont calculées sur une base forfaitaire dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

« II. - La deuxième section retrace :

« 1° La prise en charge d'une fraction fixée par décret, qui ne peut être inférieure à 50 %, des sommes correspondant au service, par le régime général, le régime des salariés agricoles et les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales, de la majoration mentionnée à l'article L. 351-10 ;

« 2° La prise en charge des sommes correspondant au service, par le régime général, le régime des salariés agricoles et les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales, des majorations de pensions pour conjoint à charge.

« III. - La troisième section retrace les versements, fixés par décret, au régime général, au régime des salariés agricoles et aux régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales, au titre des dépenses que ces régimes engagent pour les dispositifs mentionnés aux III et IV de l'article 20 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites.

« IV. - Les frais de gestion administrative du fonds sont répartis entre chacune des sections dans des conditions fixées par décret. »

E. - L'article L. 135-3 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 135-3.* - I. - Les recettes du fonds affectées au financement des dépenses mentionnées au I de l'article L. 135-2 sont constituées par :

« 1° Une fraction, fixée par le IV *bis* de l'article L. 136-8, du produit des contributions mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7 ;

« 2° Une fraction, fixée à l'article L. 245-16, du produit des prélèvements sociaux mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 ;

« 3° Le produit du prélèvement mentionné à l'article 1600-0 S du code général des impôts.

« II. - Les recettes du fonds affectées au financement des dépenses mentionnées au II de l'article L. 135-2 sont constituées par :

« 1° Une fraction, fixée au 1° de l'article L. 131-8, du produit de la taxe sur les salaires ;

« 2° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-11 et L. 137-11-1 ;

« 3° Les sommes issues de l'application du livre III de la troisième partie du code du travail et reçues en consignation par la Caisse des dépôts et consignations ou résultant de la liquidation des parts de fonds communs de placement par les organismes gestionnaires, des titres émis par des sociétés d'investissement à capital variable, des actions émises par les sociétés créées par les salariés en vue de la reprise de leur entreprise ou des actions ou coupures d'actions de l'entreprise, n'ayant fait l'objet de la part des ayants droit d'aucune opération ou réclamation depuis trente années ;

« 4° Les sommes versées par les employeurs au titre de l'article L. 2242-5-1 du code du travail ;

« 5° Les sommes acquises à l'État conformément au 5° de l'article L. 1126-1 du code général de la propriété des personnes publiques ;

« 6° Le produit des parts fixes des redevances dues au titre de l'utilisation des fréquences 1900-1980 mégahertz et 2110-2170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile en métropole en application du code des postes et des communications électroniques ;

« 7° Une fraction égale à 35 % du produit de l'ensemble des parts variables des redevances payées chaque année au titre de l'utilisation des fréquences 880-915 mégahertz, 925-960 mégahertz, 1710-1785 mégahertz, 1805-1880 mégahertz, 1900-1980 mégahertz et 2110-2170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile en métropole en application du code des postes et des communications électroniques.

« III. - Les recettes qui ont été mises en réserve par le fonds pour le financement des dépenses mentionnées au III de l'article L. 135-2, ainsi que les produits financiers résultant du placement des disponibilités excédant les besoins de trésorerie de cette section, sont retracés au sein de la troisième section du fonds.

« Les excédents constatés chaque année au titre de cette section donnent lieu à report automatique sur les exercices suivants. »

F. - Les articles L. 135-3-1 et L. 135-4 sont abrogés.

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

1° Le IV est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « au I » sont remplacés par les mots : « aux 1° et 3° du I, II et III » ;

b) Au 1°, le taux : « 0,87 % » est remplacé par le taux : « 0,85 % » ;

c) Les 2° et 3° sont abrogés ;

d) Au 4° :

- au premier alinéa, les mots : « les conditions fixées à l'article L. 139-1 du présent code » sont remplacés par les mots : « des conditions fixées par décret et en proportion des contributions sur les revenus d'activité acquittées par les personnes affiliées dans chaque régime » ;

- au *a*, le taux : « 5,20 % » est remplacé par le taux : « 6,05 % » ;

- au *b*, le taux : « 4,80 % » est remplacé par le taux : « 5,75 % » ;

- le *c* est abrogé ;

- au *d*, le taux : « 3,9 % » est remplacé par le taux : « 4,75 % » ;

- au *e*, le taux : « 4,30 % » est remplacé par le taux : « 5,15 % » ;

e) Au 5°, le taux : « 0,48 % » est remplacé par le taux : « 0,6 % » et le taux : « 0,28 % » est remplacé par le taux : « 0,3 % » ;

2° Après le IV, il est inséré un IV *bis* ainsi rédigé :

« IV *bis*. - Le produit des contributions mentionnées au 2° du I est versé :

« 1° Au fonds mentionné à l'article L. 135-1 pour la part correspondant à un taux de 7,6 % ;

« 2° A la Caisse d'amortissement de la dette sociale pour la part correspondant à un taux de 0,6 %. » ;

3° Le V est ainsi modifié :

a) Les 2° et 3° sont abrogés ;

b) Le 4° est ainsi rédigé :

« 4° A la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, pour 82 %. »

H. - L'article L. 137-17 est ainsi rédigé :

« Art. L. 137-17.- Le produit de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 est versé à la Caisse nationale d'assurance vieillesse. »

I. - Le 5° de l'article L. 223-1 est ainsi rédigé :

« 5° De rembourser les sommes correspondant au service, par le régime général, le régime des salariés agricoles et les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales, des majorations de pensions accordées en fonction du nombre d'enfants ; ».

J. - Le II de l'article L. 245-16 est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa est supprimé ;

2° Au troisième alinéa, les mots : « d'assurance vieillesse des travailleurs salariés » sont remplacés par les mots : « de solidarité pour l'autonomie » ;

3° Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« - une part correspondant à un taux de 3,35 % au fonds mentionné à l'article L. 135-1. »

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

1° Au 1°, le taux : « 13,3 % » est remplacé par le taux : « 27,3 % » ;

2° Le 3° est abrogé.

II. - Au IV de l'article 1600-0 S du code général des impôts, les mots : « à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés » sont remplacés par les mots : « au fonds mentionné à l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale ».

III. - Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

A. - L'article L. 14-10-4 est ainsi modifié :

1° Le 3° est ainsi rédigé :

« 3° Une fraction, fixée à l'article L. 245-16, des prélèvements sociaux mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 ; »

2° Le 4° est abrogé.

B. - L'article L. 14-10-5 est ainsi modifié :

1° Les *a bis* des 1 et 2 du I sont abrogés ;

2° Au *a* du II, les mots : « , le produit mentionné au 4° du même article » et les mots : « de la contribution sociale généralisée » sont supprimés ;

3° Le dernier alinéa du III est supprimé ;

4° Les *a bis* et *b bis* du V sont abrogés.

IV. - L'article 6 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est ainsi modifié :

1° Au 2°, les mots : « au IV » sont remplacés par les mots : « aux IV et IV *bis* » ;

2° Le 3° est abrogé.

V. - Le VI de l'article 22 de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011 est abrogé.

VI. - L'article 2 de l'ordonnance n° 2015-896 du 23 juillet 2015 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon est abrogé.

VII. - L'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale n'est pas applicable aux dispositions des articles 135, 149 et 171 de la loi n° 2015-990 du 6 août 2015 pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques.

VIII. - A. - Les B, G, J et K du I ainsi que les II, III et IV s'appliquent aux produits des impositions assises sur les opérations dont le fait générateur intervient à compter du 1^{er} janvier 2016, à l'exception des dispositions relatives aux impositions sur les revenus du patrimoine qui s'appliquent aux produits recouverts par la voie des rôles émis à compter du 1^{er} janvier 2016.

B. - Les autres dispositions du présent article s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2016.

Exposé des motifs

Les mesures portées par les pouvoirs publics en faveur de l'emploi et de la compétitivité de notre économie dans le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale dans le cadre de la deuxième étape du Pacte de responsabilité et de solidarité (réduction du taux de cotisations d'allocations familiales jusqu'aux rémunérations égales à 3,5 SMIC, augmentation de l'abattement de contribution sociale de solidarité des sociétés) auront un impact de l'ordre de 4,1 milliards d'euros en 2016 sur les organismes de sécurité sociale (3,1 milliards d'euros pour la réduction du taux de cotisations d'allocations familiales et 1 milliard d'euros pour la C3S), auquel il convient d'ajouter 200 millions d'euros liés aux mesures adoptées dans le cadre de la loi du 6 août 2015 pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques (assouplissement du régime social applicable aux attributions gratuites d'actions, création d'un taux réduit de forfait social à 16% pour les PERCO comportant plus de 7% d'actifs investis dans des PME et ETI).

Conformément aux engagements pris par le Gouvernement, l'ensemble des pertes de recettes liées à ces mesures fait l'objet d'une compensation à la sécurité sociale dans le cadre du projet de loi de finances. Le présent article prévoit les réaffectations de recettes entre branches et régimes nécessaires afin d'assurer la neutralité de la compensation au niveau de chaque branche et organisme. En effet, la baisse des dépenses résultant du transfert à l'Etat excède dans certains cas les pertes de recettes occasionnées par le Pacte de responsabilité et de solidarité (la CNAF) tandis que, pour d'autres branches et organismes, ces transferts sont insuffisants (la CNAM, la CNAV et le FSV), ce qui génère des déséquilibres.

Par ailleurs, le présent article tire les conséquences d'un arrêt de la Cour de justice de l'Union européenne du 26 février, qui a remis en cause la faculté d'assujettir aux prélèvements sociaux les revenus du capital perçus par des personnes rattachées à un régime de sécurité sociale d'un autre Etat-membre de l'Union européenne en raison de l'affectation de ces prélèvements au financement de prestations d'assurances sociales.

En effet, à l'heure actuelle, ces prélèvements sont répartis entre les différentes branches du régime général (et à titre majoritaire, à l'assurance maladie), la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), le fonds de solidarité vieillesse (FSV), et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Afin de tenir compte de cette décision, le droit national doit être modifié pour garantir que ces prélèvements ne soient plus dirigés vers le financement des prestations de sécurité sociale.

Le présent article affecte donc, pour l'avenir, le produit des impositions sociales acquittées sur critère de résidence (en l'occurrence, les contributions sociales sur les revenus du capital) au financement exclusif de prestations sociales non contributives, principalement à une partie des dépenses du FSV, pour un montant de 15,5 milliards d'euros. Une fraction de ces prélèvements sera également fléchée vers la CNSA, dont en contrepartie la fraction de CSG dont elle est affectataire aujourd'hui sera réaffectée aux branches du régime général à la CADES et au FSV.

A l'occasion de ces transferts, il est enfin proposé de simplifier et de clarifier la nature des recettes affectées à la CADES, afin de limiter strictement ses financements à la CSG et la CRDS, et de revenir sur le choix qui a été fait d'affecter depuis 2011 une quote-part additionnelle de prélèvement social sur le capital au profit d'une majoration de la CSG affectée à la CADES. Cette opération ne modifie pas le niveau global des recettes affectées à la CADES.

Article 16

En 2016, il est prélevé, au profit du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés créé par l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001, une somme de 40 millions d'euros sur les réserves, constatées au 31 décembre 2014, du fonds pour l'emploi hospitalier créé par l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique.

Le recouvrement, le contentieux et les garanties relatifs à ce prélèvement sont régis par les règles mentionnées à l'article L. 137-3 du code de la sécurité sociale.

Exposé des motifs

Créé par l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique, le fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) a pour objet la prise en charge des surcoûts financiers supportés par les établissements hospitaliers au titre du temps partiel, de la cessation anticipée d'activité, de certaines formations et aides à la mobilité et du compte épargne temps qu'ils accordent à leurs personnels titulaires et contractuels.

Ce fonds, géré par la Caisse des dépôts et consignations, est financé par une contribution de 1 % à la charge des employeurs hospitaliers. Il est structurellement excédentaire et son niveau de réserves s'élève, fin 2014, à plus de 112 millions d'euros.

Dans un contexte budgétaire contraint, marqué par une décélération du taux d'évolution de l'ONDAM hospitalier, le maintien de réserves d'un tel niveau n'est pas pertinent.

Cet article vise ainsi à transférer, à titre exceptionnel, 40 millions d'euros des réserves du FEH au profit du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), dont l'objet est le financement d'opérations d'investissement des établissements de santé.

Article 17

Le II *quinquies* de l'article 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est ainsi modifié :

1° A la première phrase du premier alinéa, l'année : « 2017 » est remplacée par l'année : « 2015 » et les mots : « et dans la limite de 10 milliards par an » sont supprimés ;

2° Au second alinéa, les mots : « les plafonds qui y sont cités » sont remplacés par les mots : « le plafond qui y est cité ».

Exposé des motifs

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a permis d'intégrer les déficits des branches famille et maladie dans le périmètre de la reprise de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), initialement cantonnée aux déficits de la branche vieillesse et du fonds de solidarité vieillesse. Cette modification de l'origine des déficits repris n'a modifié ni le plafond global de reprise de dette (62 milliards d'euros) ni les plafonds annuels de 10 milliards d'euros, et n'a donc pas allongé la durée de vie de la CADES qui devrait avoir remboursé l'intégralité de la dette transférée en 2024.

Cette disposition avait permis de profiter des marges dégagées par la réforme des retraites, qui doit permettre un retour à l'équilibre de la branche vieillesse à moyen terme, et évite de faire durablement supporter les déficits cumulés des branches famille et maladie par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), dont la mission doit demeurer la couverture des besoins de financement non permanents du régime général.

Au regard des conditions particulièrement favorables de financement actuellement constatées sur les marchés, afin de réduire le risque qu'une remontée des taux de moyen et long terme dégrade les conditions de financement des déficits ultérieurement transférés, et au vu de la trajectoire de réduction des déficits du régime général, il est proposé de permettre à la CADES de financer dès 2016 l'intégralité du reliquat des déficits à reprendre en application de l'article 9 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. 23,6 milliards d'euros seraient ainsi transférés à la CADES dès 2016, lui permettant de réaliser dans des conditions de financement favorables l'apurement de la dette.

Cette mesure ne modifie pas le niveau des engagements transférés à la CADES et s'inscrit dans un cadre de désendettement de la sphère sociale. Ainsi en 2016, pour la première fois depuis 2002, le total cumulé de la dette de la CADES et des besoins de financement de l'ACOSS diminuera.

CHAPITRE IV
DISPOSITIONS RELATIVES A L'ARCHITECTURE FINANCIERE DE LA SECURITE SOCIALE

Article 18

I. - A compter d'une date fixée par décret comprise entre le 1^{er} janvier 2017 et le 1^{er} janvier 2018 inclus :

1° Les salariés et anciens salariés ainsi que leurs ayants droits qui relevaient antérieurement du régime spécial d'assurance maladie, maternité et décès du grand port maritime de Bordeaux sont, pour les risques qu'il couvre, affiliés ou pris en charge, à l'exception des prestations en espèces prévues au 5° de l'article L. 321-1 et à l'article L. 331-3 du code de la sécurité sociale, par le régime général de sécurité sociale dans la limite des règles qui lui sont propres. Le premier alinéa de l'article L. 131-9 du même code leur demeure applicable ;

2° Il est mis fin à ce régime spécial. Le montant de ses réserves qui est transféré à la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget compte tenu, après examen contradictoire, de la part de ces réserves affectée au régime obligatoire constatée au 31 décembre de l'année précédant la date mentionnée au premier alinéa.

II. - Un décret en Conseil d'État détermine les modalités de mise en œuvre du transfert prévu au *b* du I, notamment les adaptations des règles relatives aux droits à prestations des assurances sociales fixées aux titres I^{er} à III et VI du livre III du code de la sécurité sociale rendues nécessaires par ce transfert.

Un décret fixe, pour une période transitoire ne pouvant excéder sept ans à compter de cette date du transfert le taux des cotisations dues chaque année par le grand port maritime de Bordeaux, à raison de l'affiliation au régime général de sécurité sociale des assurés qui relevaient antérieurement de ce régime spécial, permettant d'atteindre de manière progressive le taux de cotisation mentionné à l'article L. 712-9 du code de la sécurité sociale.

Exposé des motifs

Le présent article prévoit la suppression, entre le 1^{er} janvier 2017 et le 1^{er} janvier 2018, du régime spécial d'assurance maladie, maternité et décès du personnel du grand port maritime de Bordeaux par intégration au régime général de sécurité sociale pour l'ensemble de ces risques. Le régime général servira aux assurés les prestations en nature et le capital décès en cas d'arrêt de travail pour maladie d'origine non professionnelle ou congé maternité.

La mesure proposée poursuit un double objectif : d'une part, achever l'intégration de ce régime spécial, qui avait été initiée par le décret du 27 février 1952 concernant les risques vieillesse et invalidité (pour le volet « pensions »), d'autre part, rationaliser le paysage des opérateurs au sens large pour améliorer l'efficacité du service public en poursuivant la démarche d'intégration progressive au régime général des régimes spéciaux d'assurance maladie.

Le grand port maritime de Bordeaux et ses salariés seront assujettis aux taux de cotisations applicables au régime général. Toutefois, compte tenu du taux de la cotisation d'assurance maladie actuellement applicable au grand port maritime de Bordeaux (4,65 %), l'alignement de ce taux sur celui du régime général ne sera effectif qu'au terme d'une période de montée en charge afin de limiter, pour le port, l'impact financier de l'intégration du régime spécial au régime général.

Le maintien de salaire en cas de maladie demeurera assuré par l'employeur. Les garanties spécifiques du régime spécial seront maintenues et financées avec les prestations complémentaires par la caisse de prévoyance du port de Bordeaux.

Article 19

A l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale, après le 32°, il est inséré deux alinéas ainsi rédigés :

« 33° Dans le respect de la convention du travail maritime, 2006, de l'Organisation internationale du travail, les gens de mer salariés employés à bord d'un navire battant pavillon d'un État étranger autre qu'un navire dans le cas mentionné au 34° et qui résident en France de manière stable et régulière, sous réserve qu'ils ne soient pas soumis à la législation de sécurité sociale d'un État étranger, en application des règlements de l'Union européenne ou d'accords internationaux de sécurité sociale ;

« 34° Les gens de mer salariés employés à bord d'un navire mentionné à l'article L. 5561-1 du code des transports, sous réserve qu'ils ne soient pas soumis au régime de protection sociale d'un État membre de l'Union européenne ou d'un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen autre que la France en application de l'article L. 5563-1 du même code. »

Exposé des motifs

La présente mesure a pour objectif de pallier l'absence de couverture sociale pour les marins résidant en France et travaillant à bord de navires immatriculés dans un État étranger avec lequel la France n'a pas de dispositif de coordination de la sécurité sociale.

En effet, il est apparu que des marins résidant en France et travaillant à bord de navires relevant d'un pavillon étranger hors espace économique européen relevaient de la législation du pavillon du navire et que cette dernière pouvait ne pas prévoir de couverture sociale pour ces derniers. Or, alors que la Convention du Travail Maritime met à la charge des États l'obligation d'assurer une couverture sociale des gens de mer résidant sur leur territoire, complémentaire à celle de l'État du pavillon, afin que la protection des gens de mer ne soit pas moins favorable que celle des résidents travaillant à terre, il n'existe aujourd'hui aucune possibilité d'affiliation dans l'État de résidence.

La mesure prévoit ainsi une affiliation obligatoire à la législation française de sécurité sociale afin de suppléer cette carence. Cette mesure permet également de désigner le régime d'affiliation des marins embarqués à bord de navires pratiquant du cabotage dans les eaux territoriales. Cette affiliation est déjà prévue par l'article L. 5563-1 du code des transports. La mesure prévoit que cette affiliation se fait au régime général.

Article 20

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

A. - Le chapitre IV du titre III est ainsi modifié :

1° La section 1 est ainsi modifiée :

a) Dans l'intitulé, les mots : « Compensation généralisée » sont remplacés par les mots : « Relations financières entre les régimes d'assurance vieillesse » ;

b) L'article L. 134-3 est transféré dans cette section et est ainsi rédigé :

« Sont retracées dans les comptes de la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, qui en assure l'équilibre financier, l'ensemble des charges et des produits :

1° Des branches mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 611-2 ;

2° Du régime spécial mentionné à l'article L. 715-1 ;

« 3° Du risque vieillesse et veuvage de la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-27 du code rural et de la pêche maritime.

« Les organismes du régime général assurent la gestion du régime spécial mentionné au 2° du présent article.

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

2° La section 2 est ainsi modifiée :

a) Elle est intitulée : « Relations financières entre la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et les autres régimes » ;

b) Sa subdivision en sous-sections est supprimée ;

c) L'article L. 134-4 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 134-4.* - Sont retracées dans les comptes de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, qui en assure l'équilibre financier, l'ensemble des charges et produits :

« 1° De la branche mentionnée au 1° de l'article L. 611-2 ;

« 2° De la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime, à l'exception des charges relatives aux indemnités journalières mentionnées aux articles L. 732-4 et L. 762-18-1 du même code et des frais de gestion et de contrôle médical associés à ces indemnités ainsi que des produits relatifs aux cotisations qui couvrent ses indemnités et frais ;

« 3° Des risques maladie, maternité, invalidité et décès de la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-27 du code rural et de la pêche maritime ;

« 4° Des risques maladie, maternité, invalidité et décès des régimes mentionnés à l'article L. 711-1 ; pour ces régimes, il est fait un suivi des dépenses n'entrant pas dans le champ de l'article L. 160-1.

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

d) L'article L. 134-5 est abrogé ;

3° La section 3 est ainsi modifiée :

a) Elle est intitulée : « Relations financières entre régimes au titre de la couverture des accidents du travail et maladies professionnelles » ;

b) L'article L. 134-5-1 est abrogé ;

c) Les articles L. 134-7, L. 134-8, L. 134-10, L. 134-11 et L. 134-15 sont transférés dans cette section ;

4° L'article L. 134-6 devient l'article L. 721-2 du code rural et de la pêche maritime et est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après les mots : « sont retracés », sont insérés les mots : « , dans les conditions fixées aux articles L. 134-3 et L. 134-4 du code de la sécurité sociale, » ;

b) Le deuxième alinéa est supprimé ;

5° La section 4, la section 4 *bis*, la section 5 et la section 7 sont abrogées ;

6° Les articles L. 134-11-1, L. 134-12 et L. 134-13 sont abrogés.

B. - Le chapitre IX et l'article L. 139-1 sont abrogés.

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

A. - Les deux premiers alinéas de l'article L. 221-1 sont ainsi rédigés :

« La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés gère les branches mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 200-2 et, à cet effet, a pour rôle :

« 1° De veiller à l'équilibre financier de ces deux branches. A ce titre elle établit les comptes consolidés de celles-ci, assure en lien avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le financement des organismes locaux, effectue le règlement de toute opération relevant de ces branches dont la responsabilité n'est pas attribuée aux organismes locaux et est chargée de la gestion du risque ; »

B. - Le chapitre I^{er} du titre IV du livre II est ainsi modifié :

1° La section 1 est intitulée : « Maladie, maternité, invalidité, décès », sa subdivision en sous-sections est supprimée et son article L. 241-1 est abrogé ;

2° Au sein de cette section, l'article L. 241-2 est ainsi modifié :

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

« I. - La couverture des dépenses afférentes à la prise en charge des frais de santé mentionnés à l'article L. 160-1, des prestations mentionnées aux titres II, III, IV et VI du livre III, des frais de gestion et des autres charges de la branche maladie est assurée par les cotisations, contributions et autres ressources mentionnées au II à IV, centralisées par la Caisse nationale de l'assurance maladie, qui assure l'enregistrement de l'ensemble de ces opérations.

« II. - Les ressources mentionnées au I sont constituées de cotisations acquittées, dans chacun des régimes :

« 1° Par les salariés des professions agricoles et non agricoles ainsi que leurs employeurs et assises sur les rémunérations perçues par ces salariés ;

« 2° Par les travailleurs indépendants des professions non agricoles et des personnes non-salariées des professions agricoles ;

« 3° Par les personnes mentionnées aux articles L. 380-1 et L. 380-3-1 ;

« III. - Les ressources mentionnées au I sont constituées, en outre, de cotisations assises sur : » ;

b) Les quatrième et cinquième alinéas sont supprimés et le sixième alinéa est précédé de la mention : « IV » ;

c) Le dernier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« 8° Le produit de la taxe mentionnée au IV de l'article L. 862-4. » ;

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

« 9° La fraction du produit de la contribution sociale généralisée mentionnée au 4° du IV de l'article L. 136-8. » ;

3° Après la section 1, il est inséré une section 1 *bis* intitulée : « Vieillesse - Veuvage » et comprenant les articles L. 241-3 à L. 241-3-2.

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

A. - L'article L. 380-1 est abrogé.

B. - L'article L. 380-2 est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Les personnes mentionnées à l'article L. 160-1, sont redevables d'une cotisation annuelle lorsqu'elles remplissent les conditions suivantes :

« 1° Leurs revenus tirés, au cours de l'année considérée, d'activités professionnelles exercées en France sont inférieurs à un seuil fixé par décret. En outre, lorsqu'elles sont mariées ou liées à un partenaire par un pacte civil de solidarité, les revenus tirés d'activités professionnelles exercées en France de l'autre membre du couple sont également inférieurs à ce seuil.

« 2° Elles n'ont perçu ni pension de retraite ni rente ni aucun montant d'allocation de chômage au cours de l'année considérée. Il en est de même, lorsqu'elles sont mariées ou liées à un partenaire par un pacte civil de solidarité, pour l'autre membre du couple. » ;

2° Au deuxième alinéa, après les mots : « du montant des revenus », sont insérés les mots : « fonciers, de capitaux mobiliers, des plus-values de cession à titre onéreux de biens ou de droits de toute nature, des bénéfiques industriels et commerciaux non professionnels et bénéfiques des professions non commerciales non professionnels » ;

3° Il est inséré, après le deuxième alinéa, un alinéa ainsi rédigé : « Lorsque les revenus d'activité mentionnés au premier alinéa sont inférieurs au seuil défini au même alinéa mais supérieurs à la moitié de ce seuil, l'assiette de la cotisation fait l'objet d'un abattement dans des conditions fixées par décret. Cet abattement croît à proportion des revenus d'activité pour atteindre 100 % à hauteur du seuil défini au premier alinéa. » ;

4° Au troisième alinéa, après les mots : « recouvrée », sont insérés les mots : « l'année qui suit celle sur les revenus desquels elle porte » ;

5° Le quatrième et le cinquième alinéa sont abrogés ;

6° Le sixième alinéa est ainsi rédigé :

« Les agents des administrations fiscales communiquent aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-2 les informations nominatives déclarées pour l'établissement de l'impôt sur le revenu par les personnes remplissant les conditions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 380-1, conformément aux dispositions de l'article L. 152 du livre des procédures fiscales ».

C. - Au premier alinéa de l'article L. 380-3-1, les mots : « l'article L. 380-1 » sont remplacés par les mots : « l'article L. 160-1 ».

D. - L'article L. 381-4 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 381-4.* - Les dispositions de la présente section sont applicables aux élèves et aux étudiants des établissements d'enseignement supérieur, des écoles techniques supérieures, des grandes écoles et classes du second degré préparatoires à ces écoles, qui ne dépassent pas un âge limite fixé par décret. »

E. - L'article L. 381-8 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 381-8.* - Les étudiants mentionnés à l'article L. 381-4 sont redevables au titre de chaque période annuelle dont les dates sont fixées par décret, d'une cotisation forfaitaire dont le montant est fixé par arrêté interministériel et est revalorisé annuellement par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25.

« Ils ne sont pas redevables de la cotisation mentionnée au premier alinéa de l'article L. 380-2.

« Sont exonérés de la cotisation prévue au premier alinéa du présent article les étudiants ou élèves mentionnés à l'article L. 381-4 qui satisfont l'un des critères suivants :

« 1° Être boursier ;

« 2° Être âgé de moins de 20 ans sur la totalité de la période mentionnée au premier alinéa ;

« 3° Exercer une activité professionnelle. »

IV. - L'article L. 133-6-8 dans sa rédaction en vigueur au 1^{er} janvier 2016 est ainsi modifié :

1° Au troisième alinéa, la référence : « L. 612-4, » est supprimée ;

2° Au quatrième alinéa, les mots : « du deuxième alinéa de l'article L. 612-4, » sont supprimés.

V. - Le deuxième alinéa de l'article L. 612-4 est supprimé.

VI. - Au premier alinéa de l'article L. 613-8, après les mots : « l'assuré doit », sont insérés les mots : « justifier d'une période minimale d'affiliation ainsi que du paiement d'un montant minimal de cotisations et ».

VII. - La dernière phrase du deuxième alinéa de l'article L. 713-21 et la dernière phrase de l'article L. 715-2 du même code sont supprimées.

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

1° Au 3° du I de l'article L. 722-5 et au deuxième alinéa de l'article L. 722-6, les mots : « aux cotisations d'assurance maladie, invalidité et maternité » sont remplacés par les mots : « à la cotisation d'assurance vieillesse prévue au 1° de l'article L. 731-42 » ;

2° A l'article L. 731-11, les mots : « maladie, » et « , maternité » sont supprimés ;

3° La seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 731-35 est ainsi rédigée :

« Leurs taux sont fixés par décret. »

IX. - La Caisse nationale de l'assurance maladie reprend les déficits constatés au 31 décembre 2015 du régime d'assurance maladie de la Caisse autonome de sécurité sociale dans les mines selon des modalités fixées par décret.

X. - Les dispositions du présent article entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2016, sous réserve de l'alinéa suivant.

Les dispositions du IV, du V et du VIII s'appliquent aux cotisations de sécurité sociale dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2016.

Exposé des motifs

La création d'une protection universelle maladie qui fait l'objet des dispositions de l'article 39 du présent projet de loi conduit à revoir l'architecture du financement du risque maladie pour en garantir pleinement la dimension universelle en adaptant certains dispositifs d'assujettissement au nouveau schéma universel d'affiliation et en parachevant l'intégration financière de la branche maladie.

La refonte des conditions d'ouverture de droit aux prestations en nature et la disparition de la notion d'ayant droit majeur au profit d'une logique de droits individuels qui résulte de la création de cette protection universelle, conduisent à adapter les conditions actuelles d'assujettissement à cotisations pour les personnes qui étaient affiliées sur critère de résidence.

Cette réforme conduit ainsi à supprimer les cotisations « minimales » applicables dans les régimes des non-salariés agricoles et non agricoles au titre des risques maladie et maternité pour que l'ensemble des personnes actives cotisent de manière proportionnelle à leurs revenus professionnels. S'agissant des artisans et des commerçants, cette baisse de prélèvements permettra de financer, à niveau de prélèvement inchangé, une revalorisation des cotisations minimales d'assurance vieillesse afin de permettre de valider au moins trois trimestres chaque année, même lorsque les revenus réels sont très faibles.

La protection universelle maladie conduit également à ce que l'ensemble des dépenses et des recettes des régimes, qui correspondent aux mêmes niveaux de ressources et prestations que ceux du régime général, soient désormais retracées dans les comptes de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Cette réforme est ainsi l'occasion de parachever, comme le propose le Haut Conseil du financement de la protection sociale dans son dernier rapport, l'intégration financière des régimes d'assurance maladie, déjà unifiés pour près de 98 % des dépenses, et de simplifier les flux financiers d'équilibre et de compensation devenus aujourd'hui peu lisibles. Cette intégration a également pour corollaire la reprise des déficits cumulés sur les exercices antérieurs par certains régimes (régime des mines et des militaires) connaissant une situation démographique défavorable. Les mesures proposées visent ainsi à supprimer la compensation bilatérale maladie, à réviser le mécanisme actuel de répartition de la contribution sociale généralisée (CSG) affectée aux régimes obligatoires d'assurance et à prévoir l'équilibrage de ces régimes par des dotations de la CNAMTS.

L'article tire enfin les conséquences de l'absorption du dispositif de la couverture maladie universelle de base (CMU-b), qui avait un caractère subsidiaire, sur la définition de la cotisation des personnes qui sont affiliées au titre de leur résidence régulière en France, sans modifier toutefois les paramètres de l'actuelle cotisation versée par certaines bénéficiaires de la CMU-b.

CHAPITRE V
DISPOSITIONS CONTRIBUANT A L'ORGANISATION
ET AU FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE

Article 21

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

1° Après le chapitre III *bis* sont insérées les dispositions suivantes :

« CHAPITRE IV
« DISPOSITIONS RELATIVES A LA COUVERTURE COMPLEMENTAIRE
« SANTE DES PERSONNES AGEES DE PLUS DE 65 ANS

« Art. L. 864-1. - Ouvrent droit à un crédit d'impôt au titre de la taxe collectée en application de l'article L. 862-4 les contrats individuels ou, lorsque l'assuré acquitte l'intégralité du coût de la couverture, collectifs facultatifs d'assurance complémentaire en matière de santé, sélectionnés dans le cadre de la procédure de mise en concurrence prévue à l'article L. 864-2, respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1 et souscrits auprès d'un des organismes mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 862-4 par des personnes âgées de plus de 65 ans.

« Le montant annuel du crédit d'impôt est égal à 2 % des primes acquittées par les personnes mentionnées au premier alinéa. Ce crédit d'impôt n'est pas restituable. Les modalités de son imputation sont définies par décret en Conseil d'État.

« Les dispositions prévues au présent article ne sont pas cumulables avec les dispositions des articles L. 861-1 et L. 863-1.

« Art. L. 864-2. - La procédure de mise en concurrence mentionnée à l'article L. 864-1 vise à sélectionner, selon un critère de montant des primes prépondérant ainsi que des critères relatifs à la qualité de service, des offres proposant aux personnes mentionnées à ce même article des contrats respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1. Elle est régie par des dispositions définies par décret en Conseil d'État, dans le respect des principes de transparence, d'objectivité et de non-discrimination.

« Ce décret fixe notamment les règles destinées à garantir une publicité préalable suffisante, les conditions de recevabilité et d'éligibilité des candidatures, les critères de sélection des offres, le ou les niveaux de prise en charge des dépenses entrant dans le champ des garanties mentionnées au premier alinéa.

« La liste des offres ainsi sélectionnées est rendue publique. » ;

2° Le chapitre IV devient le chapitre V, et l'article L. 864-1 devient l'article L. 865-1.

II. - Les articles L. 864-1 et L. 864-2 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction résultant du présent article, s'appliquent aux contrats prenant effet à compter du 1^{er} avril 2017.

Exposé des motifs

Le coût de la couverture complémentaire santé est plus élevé pour les personnes âgées de plus de 65 ans que pour la population globale. Ces personnes doivent donc réaliser un effort plus important pour acquérir leur complémentaire, tout en supportant des dépenses de santé après remboursement par l'assurance maladie obligatoire et la complémentaire santé également plus importantes.

A l'instar de la réforme de l'aide à la complémentaire santé, il est proposé de permettre aux personnes de plus de 65 ans d'accéder à des offres d'assurance complémentaire de santé qui seront sélectionnées, à l'issue d'une procédure de mise en concurrence, sur des critères reposant de manière prépondérante sur le montant des primes, ainsi que sur des critères de qualité. La mise en concurrence doit permettre de relever le rapport entre prestations et cotisations offert par ces contrats. Ces couvertures santé bénéficieront d'une fiscalité adaptée, par le biais de l'instauration d'un crédit de taxe de solidarité additionnelle.

Ce dispositif devrait permettre, outre un accès à une complémentaire santé à un meilleur prix, une meilleure adéquation entre les besoins des assurés et les prestations complémentaires dont ils bénéficient, et une lisibilité accrue des offres présentées sur le marché pour les assurés.

Article 22

I. - Au huitième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, après les mots : « que ces garanties », la fin de l'alinéa est ainsi rédigée : « soient conformes aux dispositions de l'article L. 871-1. Les dispositions des sixième et présent alinéas sont applicables aux versements de l'employeur mentionnés à l'article L. 911-7-1. »

II. - L'article L. 911-7 du même code est ainsi modifié :

1° La deuxième phrase du sixième alinéa est supprimée ;

2° Le septième alinéa est précédé par un : « III » et les mots : « cette couverture minimale » sont remplacés par les mots : « la couverture des salariés en matière de remboursement complémentaire des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident » ;

3° La seconde phrase du deuxième alinéa du III est supprimée ;

4° Après le III issu du 3° ci-dessus, il est inséré deux alinéas ainsi rédigés :

« Les salariés peuvent se dispenser, à leur initiative, de cette couverture s'ils remplissent les conditions mentionnées au II de l'article L. 911-7-1.

« Un décret fixe, en outre, les catégories de salariés pouvant être dispensés, à leur initiative, de l'obligation de couverture, eu égard au fait qu'ils disposent par ailleurs d'une couverture complémentaire. » ;

5° La dernière phrase du sixième alinéa est précédée d'un IV et devient le dernier alinéa, et le mot : « II » est remplacé par les mots : « Un décret ».

III. - Après l'article L. 911-7 du même code, il est inséré un article L. 911-7-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 911-7-1.* - I. - La couverture en matière de remboursement complémentaire des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident des salariés dont la durée du contrat ou la durée du travail prévue par celui-ci est inférieure aux seuils mentionnés aux II et III est organisée dans les conditions fixées par le présent article.

« II. - Les salariés dont la durée du contrat ou la durée du travail prévue par celui-ci est inférieure à des seuils fixés par décret, ont droit, à leur demande, au versement par leur employeur d'une somme représentative du financement résultant de l'application des dispositions des articles L. 911-7 et L. 911-8, et qui s'y substitue alors.

« Ce versement est conditionné à la couverture de l'intéressé par un contrat d'assurance maladie complémentaire portant sur la période concernée et respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1. La demande de l'intéressé est accompagnée d'une copie de ce contrat. Ce versement ne peut être cumulé avec le bénéfice d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3, d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1, d'une couverture collective et obligatoire, y compris en tant qu'ayant droit, ou d'une couverture complémentaire donnant lieu à la participation financière d'une collectivité publique.

« Un décret détermine les modalités selon lesquelles est fixé le montant de ce versement en fonction du financement mis en œuvre en application des articles L. 911-7 et L. 911-8, de la durée du contrat et de la durée de travail prévue par celui-ci.

« III. - Un accord de branche peut prévoir que l'obligation de couverture des risques mentionnés au I et, le cas échéant, l'obligation mentionnée à l'article L. 911-8, est assurée selon les seules modalités mentionnées au II pour les salariés dont la durée du contrat ou la durée du travail prévue par celui-ci est inférieure à des seuils fixés par cet accord, dans la limite de plafonds prévus par décret.

« En l'absence d'accord de branche relatif à la couverture mentionnée au I de l'article L. 911-7 ou, lorsque celui-ci le permet, un accord d'entreprise peut également comporter les dispositions mentionnées au premier alinéa du III. »

IV. - Le 4^o du A du I de l'article 1^{er} de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi est abrogé.

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

Exposé des motifs

L'article 1^{er} de la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi a généralisé la couverture complémentaire en matière de frais de santé pour tous les salariés à compter du 1^{er} janvier 2016, ce qui contribuera pleinement à la mise en œuvre de l'objectif de généralisation de l'accès à une couverture complémentaire de qualité.

Toutefois, la modalité consistant à attacher la couverture complémentaire du salarié à un employeur est inadaptée à la situation des salariés relevant de contrats très courts ou ayant une très faible quotité de travail, qui peuvent relever successivement ou dans le même temps de plusieurs employeurs. Dès lors, une couverture attachée à l'employeur pourrait les contraindre à des changements d'organisme assureur – sans garantie de pouvoir trouver une offre de contrats d'assurance de courte durée –, ou à des cotisations redondantes, ou encore à se faire dispenser d'adhésion au régime mis en place dans l'entreprise sans pouvoir bénéficier, de ce fait, d'une aide de leur employeur.

C'est pourquoi le présent article vise à permettre à ces catégories de salariés d'obtenir directement le versement, par chacun de leurs employeurs, d'une somme dédiée au financement de leur complémentaire santé, qui sera en rapport avec la contribution dont bénéficient les autres salariés d'un même employeur, en tenant compte de la durée travaillée. Cette somme ne pourra pas être cumulée avec d'autres dispositifs d'aide à l'accès à la complémentaire santé.

Le recours à ce mode de couverture sera ouvert à certains salariés ayant un contrat court ou une faible quotité de travail, qui pourront en ce cas demander, de droit, d'être dispensés d'adhérer au régime collectif mis en œuvre dans l'entreprise.

Les partenaires sociaux de branche ou d'entreprise pourront en outre prévoir, par accord collectif, que la généralisation de la couverture complémentaire santé sera mise en œuvre par le biais du versement de cette contribution pour certains salariés dont la durée du contrat ou la quotité horaire ne dépasse des seuils fixés par décret.

La contribution versée par l'employeur bénéficiera du même régime social que sa participation au financement des contrats collectifs et obligatoires.

Article 23

Au III de l'article 4 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, l'année : « 2015 » est remplacée par l'année : « 2016 ».

Exposé des motifs

Les organismes complémentaires se sont engagés, par l'avenant 8 à la convention médicale, à contribuer au développement des nouveaux modes de rémunération des médecins via un financement de 150 millions d'euros par an. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a traduit cet engagement par la création d'une contribution à la charge des organismes complémentaires, dont le rendement est plafonné à 150 millions d'euros. Toutefois, la loi n'a prévu l'application de cette contribution qu'au titre des années 2013 à 2015, ce qui est insuffisant pour couvrir la durée de la convention médicale qui arrive à son terme au second semestre 2016.

Le présent article vise en conséquence à prolonger d'une année la durée de cette contribution permettant d'assurer la poursuite de la participation financière des organismes complémentaires jusqu'à la renégociation de la convention par les partenaires conventionnels.

Article 24

Pour l'année 2016, le montant W mentionné aux articles L. 138-19-1 à L. 138-19-3 du code de la sécurité sociale est fixé à 700 millions d'euros et le taux L mentionné aux articles L. 138-10 et L. 138-12 du même code est fixé à - 1 %.

Exposé des motifs

L'émergence rapide, en 2014, de nouveaux traitements innovants de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C a conduit à la création d'un mécanisme provisoire (pour la période allant de 2014 à 2016) de contribution spécifique pour les médicaments de l'hépatite C, afin de rendre les dépenses de médicaments compatibles avec l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Le présent article fixe le montant W, au-delà duquel se déclenche ce dispositif, à 700 millions d'euros pour l'année 2016, soit au même niveau que l'année 2015, compte tenu de la fin de la montée en charge de ces nouveaux traitements.

Par ailleurs, cet article fixe à -1% le taux L, c'est-à-dire le seuil de progression du chiffre d'affaires, net des remises, entre 2015 et 2016, de l'ensemble des laboratoires pharmaceutiques au-delà duquel ces derniers sont redevables d'une contribution, dite « clause de sauvegarde », destinée au financement de l'objectif national d'assurance maladie. Ce taux est fixé au même niveau que pour l'exercice 2015 et traduit l'objectif gouvernemental de stabilisation des dépenses de remboursement de l'ensemble des médicaments par l'assurance maladie. En effet, du fait de la hausse tendancielle de la part des remboursements de médicaments à la charge de l'assurance maladie (liée à l'augmentation de la part des patients admis en ALD et donc exonérés du ticket modérateur), la stabilité des dépenses de médicaments remboursés suppose un seuil de progression négatif.

Compte tenu des objectifs d'économies qui sous-tendent la construction de l'ONDAM pour 2016, ce dispositif n'aura vocation à se déclencher l'année prochaine que dans le cas où les économies prévues ne seraient pas réalisées dans leur intégralité et ne suffiraient pas à assurer la stabilité de la dépense remboursée.

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

Article 25

Est approuvé le montant de 3,5 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 2016.

Exposé des motifs

Le montant prévu en projet de loi de finances pour 2016 afin de couvrir les dispositifs d'exonération compensés s'établit à 3,5 milliards d'euros.

Ce montant diminue de 0,2 milliards d'euros par rapport au montant de la compensation définie en loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, notamment du fait des réformes prévues en 2016 visant à rationaliser les exonérations zonées (bassins d'emploi à redynamiser, zones de revitalisations rurales, zones franches urbaines, zones de redynamisation urbaines, zone de restructuration de la défense). ainsi que l'exonération relative aux entreprises en outre-mer.

Article 26

Pour l'année 2016, 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	194,9	201,1	-6,2
Vieillesse	228,7	227,8	0,9
Famille	48,8	49,6	-0,8
Accidents du travail et maladies professionnelles	14,0	13,4	0,6
Toutes branches (hors transferts entre branches)	472,8	478,3	-5,6

Exposé des motifs

Le solde prévisionnel des régimes obligatoires de base s'élève pour 2016 à -5,6 milliards d'euros, ce qui représente une amélioration de 3 milliards d'euros par rapport à la prévision actualisée pour 2015 sur le même périmètre. Ce redressement résulte de l'effort de maîtrise de la dépense, engagés depuis plusieurs années et poursuivi en 2016.

En effet, les réformes des prestations familiales mises en œuvre en lois de financement de la sécurité sociale pour 2014 et 2015 permettent de réduire le déficit de la branche famille à - 0,8 milliard d'euros en 2016.

La progression des pensions de vieillesse demeurerait contenue à 1,8 % en 2015, du fait notamment d'une inflation modérée et de l'impact de la loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites. Ainsi un excédent de la branche vieillesse est attendu en 2016, à hauteur de 0,9 milliard d'euros.

L'effort de maîtrise des dépenses d'assurance-maladie est également poursuivi, à travers la fixation d'un objectif national de dépenses d'assurance-maladie ambitieux à 1,75% pour 2016. Cette cible se traduit par 3,1 milliards d'économies par rapport à l'évolution tendancielle de la branche, de 3,6% en 2016.

Article 27

Pour l'année 2016, 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	171,7	177,9	-6,2
Vieillesse	123,6	123,1	0,5
Famille	48,8	49,6	-0,8
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,5	12,0	0,5
Toutes branches (hors transferts entre branches)	344,0	350,0	-6,0

Exposé des motifs

Le solde du régime général s'élève en prévision 2016 à - 6,0 milliards d'euros, soit une amélioration de 3 milliards par rapport au déficit prévu pour 2015. Comme pour les régimes obligatoires de base, ce redressement est le fruit d'une amélioration des soldes des branches famille et vieillesse, ainsi que d'un effort de maîtrise accru sur l'ONDAM.

Article 28

I. - Pour l'année 2016, 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	16,4	20,1	-3,7

II. - Pour l'année 2016, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 14,2 milliards d'euros.

III. - Pour l'année 2016, 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 2016, 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	0
Total	0

Exposé des motifs

Le solde prévisionnel du Fonds de solidarité vieillesse s'établit pour 2016 à -3,7 milliards d'euros, soit une stabilisation par rapport au déficit de 3,8 milliards d'euros attendu en 2015. En effet, ses recettes sont stables, la C3S ayant été substitué par de la CGS plus dynamique, alors que les dépenses décroissent légèrement.

La Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) devrait amortir 14,2 milliards d'euros de dette supplémentaire sur l'année 2016. Les financements dont dispose la CADES lui permettront en effet de reprendre 23,6 milliards de déficit cumulé en 2016, du fait de la mesure supprimant le plafond annuel de 10 milliards d'euros. Ces transferts permettront de limiter les financements par l'ACOSS des déficits cumulés des branches et de se centrer sur sa mission première de couverture des besoins de trésorerie des branches.

Article 29

I. - Sont habilités en 2016 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 - période du 1 ^{er} janvier au 31 juillet	40 000
Agence centrale des organismes de sécurité sociale - période du 1 ^{er} août au 31 décembre	30 000
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	3 950
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines – période du 1 ^{er} au 31 janvier	1 050
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines – période du 1 ^{er} février au 31 décembre	350
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français	350
Caisse nationale des industries électriques et gazières	250

II. - Le 1^o de l'article L. 225-1-4 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « et au régime d'assurance vieillesse du régime spécial de sécurité sociale dans les mines ».

Exposé des motifs

Le plafond d'emprunt de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) est fixé à 40 milliards d'euros pour les premiers mois de l'exercice 2016, soit le même niveau que celui fixé par la LFSS 2015 une fois tenu compte des dispositions autorisant la couverture des besoins de financement du régime vieillesse des exploitants agricoles. Le plafond sera ajusté en cours d'année (30 milliards d'euros à compter du mois d'août), en cohérence avec le calendrier de l'opération de reprise de dette par la CADES effectuée en application du présent projet de loi.

Le plafond d'emprunt de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) est fixé à 3,95 milliards d'euros, soit un niveau proche de celui retenu l'année dernière (3,7 milliards d'euros).

Le plafond de la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines est quant à lui fixé, pour le début de l'exercice, à 1 050 millions d'euros au même niveau qu'en 2015. Les besoins de financement du régime des mines seront très fortement réduits après les versements effectués par le régime général en application des dispositions de l'article 17 du présent projet de loi qui prévoient l'intégration financière de l'ensemble des branches maladie avec, pour le régime des mines, une reprise de ses déficits cumulés. Sur le reste de l'année, les besoins de trésorerie de la Caisse des mines, qui devraient être inférieurs à 350 millions d'euros pourront être financés, en lien avec l'ACOSS, dans le cadre d'un dispositif proche de celui adopté par l'article 38 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

Le plafond de la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français est fixé à 350 millions d'euros, celui de la Caisse nationale des industries électriques et gazières, à 250 millions d'euros.

La Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales est excédentaire en 2016 et n'aura pas besoin de recourir à l'emprunt pour financer ces décalages de trésorerie. C'est également le cas du régime d'entreprise de la Régie autonome des transports parisiens grâce à des aménagements des échéanciers de versement des flux croisés avec le régime général.

Le nombre de régimes ayant recours à l'emprunt sera ramené ainsi à cinq contre sept dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015. Ces éléments sont détaillés en annexe 9 au présent projet de loi.

Article 30

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2016 à 2019), 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.

QUATRIÈME PARTIE : Dispositions relatives aux dépenses pour l'exercice 2016**TITRE I^{ER}****DISPOSITIONS RELATIVES A LA BRANCHE FAMILLE****Article 31**

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

1° L'article L. 523-1 est ainsi modifié :

a) Au 3°, après les mots : « se trouvent, », sont insérés les mots : « s'ils sont considérés, au regard de conditions fixées par décret, comme étant » ;

b) Après le 3°, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 4° Tout enfant dont le père ou la mère, ou les père et mère, s'acquittent intégralement de leur obligation d'entretien ou du versement d'une pension alimentaire mise à leur charge par décision de justice, lorsque le montant correspondant est inférieur à celui de l'allocation de soutien familial. Dans ce cas, une allocation de soutien familial différentielle est versée. Les modalités d'application du présent alinéa, notamment les conditions dans lesquelles, en l'absence de décision de justice préalable, le montant de l'obligation d'entretien pris en compte pour le calcul de l'allocation de soutien familial différentielle est retenu, sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;

2° L'article L. 581-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque l'un au moins des deux parents s'acquitte intégralement du versement d'une créance alimentaire pour enfants fixée par décision de justice devenue exécutoire dont le montant est inférieur à celui de l'allocation de soutien familial, l'allocation différentielle mentionnée au 4° de l'article L. 523-1 qui lui est versée n'est pas recouvrée et demeure acquise au créancier. »

II. - L'article L. 213-4 du code des procédures civiles d'exécution est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsqu'un organisme débiteur de prestations familiales agit pour le compte d'un créancier d'aliments, la procédure de paiement direct est applicable aux termes échus de la pension alimentaire pour les vingt-quatre derniers mois avant la notification de la demande de paiement direct. Le règlement de ces sommes est fait par fractions égales sur une période de vingt-quatre mois. »

III. - Au premier alinéa de l'article L. 3252-5 du code du travail, après les mots : « pensions alimentaires », sont insérés les mots : « ou des vingt-quatre derniers mois lorsque l'organisme débiteur des prestations familiales agit pour le compte du créancier ».

IV. - Le présent article est applicable à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin.

V. - Le présent article est applicable à compter du 1^{er} avril 2016.

Exposé des motifs

En vue d'aider les parents isolés, des mères dans la vaste majorité des cas, à la suite d'une séparation ou d'un divorce, l'article 27 de la loi du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes a permis d'expérimenter pendant une période de 18 mois un mécanisme de garantie contre les impayés de pensions alimentaires (GIPA) dans 20 départements.

Ce dispositif se compose d'un ensemble de mesures cohérentes, qui allient un soutien renforcé aux familles monoparentales et une responsabilisation accrue des débiteurs de pensions alimentaires impayées.

Il participe ainsi à la lutte contre la pauvreté des enfants vivant dans une famille monoparentale, alors qu'en 2013, près d'un enfant sur cinq vivait en dessous du seuil de pauvreté (contre 14 % pour l'ensemble de la population), et près de 40 % pour les enfants des familles monoparentales. Ce constat a été souligné dans le cadre du rapport d'évaluation de la deuxième année de mise en œuvre du Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, qui recommande la généralisation de l'expérimentation GIPA.

S'agissant du soutien financier renforcé, le dispositif GIPA permet le versement d'une allocation de soutien familial (ASF) différentielle aux personnes créancières de petites pensions alimentaires, c'est à dire d'un montant inférieur à celui de l'allocation de soutien familial, même lorsque celles-ci sont intégralement versées par le débiteur. Cette mesure garantit donc au bénéfice des parents isolés une pension alimentaire minimale sans condition de ressources (100,08 € par enfant au 1^{er} avril 2015). De plus, l'ASF est versée dès le premier mois d'impayés de pension alimentaire (au lieu de deux mois d'impayés consécutifs exigés dans le droit commun de l'ASF).

Le dispositif GIPA renforce par ailleurs les moyens à la disposition des caisses d'allocations familiales (CAF) pour le recouvrement des pensions alimentaires impayées : d'une part, il étend de 6 à 24 mois les échéances de pension alimentaire pouvant être récupérées au titre de la procédure de paiement direct et allonge en conséquence de 12 à 24 mois la période de règlement des sommes en cause ; d'autre part, il procède au prélèvement direct sur la rémunération du débiteur du terme mensuel courant et des 24 derniers mois impayés de pension contre 6 mois actuellement.

La mesure vise donc à généraliser l'ensemble du dispositif à tout le territoire, au regard des résultats très positifs de son expérimentation.

Article 32

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

1° L'article L. 212-1 est ainsi modifié :

a) La dernière phrase du premier alinéa est supprimée ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « et aux personnels de l'État » sont supprimés ;

2° L'article L. 755-10 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est supprimé ;

b) Au deuxième alinéa, le mot : « fonctionnaires » est remplacé par les mots : « fonctionnaires de l'État et des fonctions publiques hospitalière et territoriale » ;

3° L'article L. 755-10-1 est abrogé.

II. - Le I du présent article entre en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 1^{er} janvier 2017.

III. - Le présent article est applicable à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin.

IV. - L'article 7 de l'ordonnance n° 96-51 du 24 janvier 1996 relative aux mesures urgentes prises pour le rétablissement de l'équilibre financier de la sécurité sociale est abrogé.

Exposé des motifs

La gestion par les caisses d'allocations familiales (CAF) des prestations familiales dues aux fonctionnaires en poste en métropole est effective depuis le 1^{er} janvier 2005. D'autres opérations de transfert aux CAF concernant des régimes spéciaux ont été réalisées au cours des années écoulées.

Or les agents des trois fonctions publiques (d'Etat, hospitalière et territoriale) en poste dans les départements de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique et de la Réunion continuent à percevoir les prestations familiales directement de leur employeur et non de la CAF de leur lieu de résidence, à l'exception de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) et de l'allocation de logement familiale (ALF), servie dans des conditions identiques aux autres assurés. En outre, ces prestations sont gérées selon des modalités dérogatoires de financement.

Dans un objectif de simplification administrative, il est proposé de confier aux CAF la gestion des prestations familiales dues aux fonctionnaires en poste dans les quatre départements concernés.

Toutefois, afin de laisser le temps nécessaire aux travaux permettant la réalisation de ce transfert dans de bonnes conditions, la mise en œuvre effective sera fixée à une date fixée par décret, qui ne pourra être postérieure au 1^{er} janvier 2017.

Article 33

I. - L'article 11 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales est ainsi modifié :

1° Au 1°, les mots : « du 6°, » sont supprimés ;

2° Après le 5°, il est inséré un 5° *bis* ainsi rédigé :

« 5° *bis* Articles L. 523-1 à L. 523-3 ; »

3° Le 6° est ainsi modifié :

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

« 6° Articles L. 531-1 à L. 531-10 sous réserve des adaptations suivantes : » ;

b) Les deuxième à quatrième alinéas sont supprimés ;

c) Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« e) A l'article L. 531-8, les mots : "les caisses versent" sont remplacés par les mots : "la Caisse de prévoyance sociale verse" » ;

4° Au 9°, les mots : « , à l'exception du dernier alinéa » sont supprimés ;

5° Au 11°, les mots : « sous réserve de l'adaptation suivante : au premier alinéa de l'article L. 551-1, les mots : "à l'exception de la prime forfaitaire mentionnée au 8° de l'article L. 511-1" sont supprimés » sont supprimés ;

6° Au *d* du 13°, les mots : « les deux derniers alinéas sont supprimés » sont remplacés par les mots : « l'avant dernier alinéa est supprimé » ;

7° Après le 14°, il est inséré un 14° *bis* ainsi rédigé :

« 14° *bis* Articles L. 581-1 à L. 581-10 sous réserve des adaptations suivantes :

« a) A l'article L. 581-1, les mots : "les organismes et services auxquels incombe le service des prestations familiales sont habilités à apporter leur aide" sont remplacés par les mots : "La Caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon est habilitée à apporter son aide" ;

« b) Aux articles L. 581-2 à L.581-10, les mots : " L'organisme débiteur des prestations familiales" ou "L'organisme débiteur de prestations familiales" ou "L'organisme débiteur" sont remplacés par les mots : "La Caisse de prévoyance sociale" et les mots : "les organismes débiteurs des prestations familiales" ou "les organismes débiteurs de prestations familiales" ou "l'organisme débiteur des prestations familiales" ou "l'organisme débiteur de prestations familiales" ou "l'organisme débiteur" sont remplacés par les mots : "la Caisse de prévoyance sociale" ;

« c) A l'article L. 581-6, les mots : "des organismes débiteurs de prestations familiales" sont remplacés par les mots : "de la Caisse de prévoyance sociale" ;

« d) Aux articles L. 581-7 et L. 581-10, les mots : "représentant de l'État dans le département" sont remplacés par les mots : "représentant de l'État dans la collectivité" ;

« e) A l'article L. 581-8, les mots : "Les organismes débiteurs de prestations familiales peuvent" sont remplacés par les mots : "La Caisse de prévoyance sociale peut" et le mot : "leur" est remplacé par le mot : "lui" ;

« f) L'article L. 581-9 est ainsi modifié :

« - à la première phrase, les mots : "Les caisses d'allocations familiales sont habilitées à consentir sur leur" sont remplacés par les mots : "La Caisse de prévoyance sociale est habilitée à consentir sur son" ;

« - à la seconde phrase, les mots : "Elles sont alors subrogées" sont remplacés par les mots : "Elle est alors subrogée" ;

« g) L'article L. 581-10 est ainsi modifié :

« - au troisième alinéa, les mots : "Dès qu'ils ont saisi le représentant de l'État dans le département, les organismes débiteurs de prestations familiales ne peuvent plus, jusqu'à ce qu'ils soient informés" sont remplacés par les mots : "Dès qu'elle a saisi le représentant de l'État dans la collectivité, la Caisse de prévoyance sociale ne peut plus, jusqu'à ce qu'elle soit informée" et le mot : "leur" est remplacé par : "sa" ;

« - au dernier alinéa, les mots : "Lorsqu'un organisme débiteur de prestations familiales" sont remplacés par les mots : "Lorsque la Caisse de prévoyance sociale". »

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

Exposé des motifs

Le Président de la République a, lors de sa visite fin décembre 2014 à Saint-Pierre-et-Miquelon, confirmé le principe de la création de l'allocation de soutien familial (ASF) et du complément de libre choix du mode de garde (CMG) au 1^{er} janvier 2016. Cette mesure s'inscrit dans un objectif d'harmonisation des prestations familiales entre l'archipel et la métropole, initiée en 2008 (extension de l'allocation de rentrée scolaire – ARS – et de la prestation d'accueil du jeune enfant – PAJE) et poursuivie en 2014 avec la création d'un fonds d'action sociale.

L'extension de l'allocation de soutien familial et du complément de libre choix du mode de garde permettra, en renforçant les aides à destination des familles monoparentales comme les aides destinées à faciliter le recours à la garde d'enfant, de faciliter la vie des familles tout en augmentant le pouvoir d'achat des plus fragiles d'entre elles.

Article 34

Pour l'année 2016, les objectifs de dépenses de la branche famille de la sécurité sociale sont fixés à 49,6 milliards d'euros.

Exposé des motifs

L'objectif de dépenses de la branche famille est fixé, pour 2016, à 49,6 milliards d'euros. Ce montant représente une baisse de près de 5 milliards d'euros par rapport à la prévision de dépenses établie pour 2015.

Cette forte diminution s'explique notamment par la rebudgétisation des allocations de logement familial (ALF) dans le cadre de la compensation par l'Etat des pertes de recettes liées à la mise en œuvre du Pacte de compétitivité et de croissance.

De plus, les prestations familiales connaissent en 2016 une hausse modérée, compte tenu de l'effet progressif des mesures votées en loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 et 2015 et de la réforme des modalités de revalorisation des prestations présentée dans le présent projet de loi et en coordination avec le projet de loi de finances pour 2016.

TITRE II
DISPOSITIONS RELATIVES A LA BRANCHE VIEILLESSE

Article 35

I. - Le *a* du 8° de l'article L. 5552-16 du code des transports est remplacé par les dispositions suivantes :

« *a*) Un revenu de remplacement ou une allocation ou une rémunération parmi ceux mentionnés au 2° de l'article L. 351-3 du code de la sécurité sociale ; ».

II. - Le présent article entre en vigueur au titre des pensions liquidées à compter du 1^{er} janvier 2016.

Exposé des motifs

La mesure vise à clarifier les modalités de prise en compte, par le régime d'assurance vieillesse des marins, des périodes de chômage donnant lieu à l'attribution d'un revenu de remplacement ou d'une allocation, afin d'y inclure les périodes effectuées sous un contrat de sécurisation professionnelle (CSP) ou dans le cadre d'un autre dispositif tel que le contrat de transition professionnelle (CTP). Ces périodes ouvriront droit à une validation de trimestres d'assurance vieillesse, financée par le régime d'assurance vieillesse des marins

Article 36

Pour l'année 2016, les objectifs de dépenses de la branche vieillesse sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 227,8 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 123,1 milliards d'euros.

Exposé des motifs

En 2016, les dépenses d'assurance vieillesse connaissent une évolution modérée, les prestations augmentant de 2,5 %.

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 des différentes mesures de redressement, immédiates mais également de long terme, qui visent à faire face, de manière responsable et justement répartie, au défi que constitue à long terme l'allongement de l'espérance de vie. Ces dernières se sont accompagnées de mesures de justice et solidarité pour corriger les inégalités les plus importantes face à la retraite, comme la reconnaissance de la pénibilité au travail, pour permettre entre autres une meilleure prise en compte des carrières heurtées et des aléas de carrière, notamment celles des femmes, ou encore des conditions d'entrée réelles des jeunes dans la vie active.

TITRE III
DISPOSITIONS RELATIVES A LA BRANCHE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL
ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES

Article 37

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 430 millions d'euros au titre de l'année 2016.

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 600 millions d'euros au titre de l'année 2016.

III. - Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé à un milliard d'euros au titre de l'année 2016.

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 2016, le total des dépenses du FIVA est évalué à 525 millions d'euros. Compte tenu d'une dotation de l'Etat de 10 millions d'euros et des autres produits du fonds (prévus à hauteur de 100 millions d'euros, dont 70 millions de reprises sur provisions), une dotation de la branche AT-MP de 430 millions est proposée pour 2016.

Les charges du FCAATA devraient s'élever, pour 2016, à 678 millions d'euros, soit une diminution de 5,4 % par rapport à 2015. Son résultat pour 2015 devrait s'établir à 12 millions d'euros 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 600 millions d'euros, c'est-à-dire un montant inférieur à celui de l'année passée (693 millions d'euros). Le résultat de 2016 serait alors déficitaire de 42 millions d'euros mais ce déficit serait compensé par le résultat net cumulé (42 millions d'euros pour 2015).

Au terme de ses travaux réalisés en 2014, la commission de la sous-déclaration des AT-MP a évalué le montant de cette sous-déclaration dans une fourchette comprise entre 695 et 1 300 millions d'euros. Au regard de cette estimation, il est proposé de maintenir le montant du versement pour 2016 au même niveau qu'en 2015, soit un milliard d'euros.

Article 38

Pour l'année 2016, 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 13,4 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 12,0 milliards d'euros.

Exposé des motifs

L'objectif de dépenses d'accidents du travail et de maladies professionnelles des régimes obligatoires de base s'élève pour 2016 à 13,4 milliards d'euros. L'objectif défini pour le régime général s'établit à 12,0 milliards d'euros. Les prestations accidents du travail et maladies professionnelles progresseront en effet de 1,7 % en 2016.

TITRE IV
DISPOSITIONS RELATIVES A LA BRANCHE MALADIE

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

Article 39

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

1° L'article L. 111-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 111-1.* - La sécurité sociale est fondée sur le principe de solidarité nationale.

« Elle assure, pour toute personne travaillant ou résidant en France de façon stable et régulière, la couverture des charges de maladie, de maternité et de paternité ainsi que des charges de famille.

« Elle garantit les travailleurs contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leurs revenus. Cette garantie s'exerce par l'affiliation des intéressés à un ou plusieurs régimes obligatoires.

« Elle assure la prise en charge des frais de santé, le service des prestations d'assurance sociale, notamment des allocations vieillesse, le service des prestations d'accidents du travail et maladies professionnelles ainsi que le service des prestations familiales dans le cadre des dispositions fixées par le présent code, sous réserve des stipulations des conventions internationales et des dispositions des règlements européens. » ;

2° L'article L. 111-2-1 est ainsi modifié :

a) Les deux premiers alinéas sont remplacés par les dispositions suivantes :

« La Nation affirme son attachement au caractère universel, obligatoire et solidaire de la prise en charge des frais de santé assurée par la sécurité sociale.

« Cette protection contre le risque et les conséquences de la maladie est assurée à chacun, indépendamment de son âge et de son état de santé. Chacun contribue, en fonction de ses ressources, au financement de cette protection. » ;

b) Au troisième alinéa, les mots : « l'accès effectif des assurés aux soins » sont remplacés par les mots : « l'accès effectif à la prévention et aux soins des bénéficiaires de la prise en charge des frais de santé par la sécurité sociale » ;

3° L'article L. 111-2-2 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 111-2-2.* - Sous réserve des traités et accords internationaux régulièrement ratifiés ou approuvés et des règlements européens, sont affiliées à un régime obligatoire de sécurité sociale dans le cadre du présent code, quel que soit leur âge, leur sexe, leur nationalité ou leur lieu de résidence toutes les personnes :

« 1° Qui exercent sur le territoire français, à titre temporaire ou permanent, à temps plein ou à temps partiel :

« - une activité pour le compte d'un ou de plusieurs employeurs, ayant ou non un établissement en France, et quels que soient le montant et la nature de leur rémunération, la forme ou la nature ou la validité de leur contrat ;

« - une activité professionnelle non salariée ;

« 2° Qui exercent une activité professionnelle à l'étranger et sont soumises à la législation française de sécurité sociale en application des règlements européens ou des conventions internationales. » ;

3° Après l'article L. 111-2-2, il est inséré un article L. 111-2-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 111-2-3.* - Un décret en conseil d'État précise, sans préjudice des règles particulières applicables au service des prestations ou allocations, les conditions d'appréciation de la stabilité de la résidence et de la régularité du séjour mentionnées à l'article L. 111-1. »

II. - Le chapitre IV *ter* du titre I^{er} du livre I^{er} du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa de l'article L. 114-10, après les mots : « concernant l'attribution des prestations », sont insérés les mots : « , le contrôle du respect des conditions de résidence, » ;

2° Après l'article L. 114-10, il est inséré un article L. 114-10-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 114-10-1.* - Les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale organisent le contrôle du respect des conditions de résidence en France. Ce contrôle est, chaque fois que possible, réalisé par rapprochement avec les vérifications opérées par un autre organisme de sécurité sociale. » ;

3° L'article L. 115-7 devient l'article L. 114-10-2 et à cet article, les mots : « le versement » sont remplacés par les mots : « l'attribution » ;

4° Avant l'article L. 114-1, il est inséré un article L. 114-10-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 114-10-3.* - I. - L'Union nationale des caisses d'assurance maladie établit un référentiel, homologué par l'État, précisant les modalités de contrôle appliquées par les organismes assurant la prise en charge des frais de santé, mentionnée à l'article L. 160-1, pour garantir le respect des conditions requises pour en bénéficier notamment celles prévues aux articles L. 114-10-1 et L. 114-10-2. Ce référentiel distingue les procédés de contrôle faisant appel à des échanges d'informations et ceux nécessitant un contrôle direct auprès des assurés sociaux.

« II. - Lorsqu'un organisme constate, après avoir procédé aux vérifications nécessaires, qu'une personne n'a pas droit à la prise en charge des frais de santé par la sécurité sociale, elle lui notifie son constat et l'invite à présenter ses observations. La personne fait connaître à l'organisme ses observations et fournit, le cas échéant, les pièces justificatives nécessaires au maintien de ses droits. Si les observations présentées et les pièces produites sont insuffisantes pour justifier le maintien des droits, ou en l'absence de réponse de l'intéressé, il est mis fin au service des prestations. La personne concernée en est préalablement informée.

« III. - Les modalités d'application du II du présent article sont définies par décret en Conseil d'État. » ;

5° L'article L. 114-12 est ainsi modifié :

a) Au 3°, les mots : « , notamment à pension de vieillesse » sont supprimés ;

b) Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 4° Permettent d'établir le respect des conditions de résidence prévues pour l'ouverture des droits et le service des prestations. » ;

6° Au neuvième alinéa de l'article L. 114-12-1, les mots : « ainsi que l'adresse déclarée aux organismes pour les percevoir » sont remplacés par les mots : « l'adresse déclarée aux organismes pour les percevoir, ainsi que les informations permettant d'attester du respect des conditions de résidence » ;

7° Après l'article L. 114-12-3, il est inséré un article L. 114-12-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 114-12-4.* - Dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les organismes et administrations mentionnés aux articles L. 114-12 et L. 114-14 mettent en œuvre les échanges d'informations, utilisant le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques mentionné à l'article L. 114-12-1, strictement nécessaires au contrôle du respect des conditions de résidence prévues pour l'ouverture des droits et le service des prestations. » ;

8° L'article L. 162-1-14 devient l'article L. 114-17-1 et au 2° du II de cet article, les mots : « le service des » sont remplacés par les mots : « l'ouverture de leurs droits et le service des ».

III. - Avant le chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} du même code, il est inséré un chapitre préliminaire intitulé : « Dispositions relatives à la prise en charge de frais de santé », comprenant quatre sections ainsi modifiées :

1° La section 1 est intitulée : « Dispositions relatives aux bénéficiaires » et comprend les articles L. 160-1 à L. 160-7.

a) Les articles L. 160-1 à L. 160-4 sont ainsi rédigés :

« *Art. L. 160-1.* - Toute personne travaillant ou, lorsqu'elle n'exerce pas d'activité professionnelle, résidant en France de manière stable et régulière bénéficie, en cas de maladie et maternité, de la prise en charge des frais de santé dans les conditions fixées au présent livre.

« L'exercice d'une activité professionnelle et les conditions de résidence en France sont appréciées selon les règles prévues respectivement aux articles L. 111-2-2 et L. 111-2-3.

« Art. L. 160-2. - Par dérogation aux dispositions de l'article L. 160-1, bénéficiant en tant qu'ayants droit de la prise en charge des frais de santé par rattachement à un assuré social les enfants mineurs n'exerçant pas d'activité professionnelle, qui sont à sa charge, que la filiation, y compris adoptive, soit légalement établie, qu'ils soient pupilles de la Nation dont l'assuré est tuteur, ou enfants recueillis.

« Le statut d'ayant droit prend fin l'année au cours de laquelle l'enfant atteint l'âge de sa majorité, à la date du premier jour de la période mentionnée à l'article L. 381-8, que celui-ci poursuive ou non des études dans les établissements, écoles ou classes mentionnés à l'article L. 381-4.

« L'enfant qui a atteint l'âge de seize ans, peut demander, selon des modalités fixées par décret, à bénéficier, à titre personnel, de la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité.

« L'enfant qui, ayant atteint l'âge de seize ans, poursuit des études dans les établissements, écoles ou classes mentionnés à l'article L. 381-4 bénéficie automatiquement de la prise en charge des frais de santé à titre personnel

« Les enfants mineurs pris en charge par les services de l'aide sociale à l'enfance peuvent, à la diligence et sur demande des personnes ou des établissements qui en assurent l'accueil ou la garde, être identifiés de façon autonome au sein du régime de l'assuré social. Ces personnes ou établissements bénéficient, pour le compte de l'assuré, de la prise en charge des frais de santé en cas de maladie et de maternité.

« Art. L. 160-3. - Lorsqu'ils résident à l'étranger et n'exercent pas d'activité professionnelle, bénéficient lors de leurs séjours temporaires en France de la prise en charge des frais de santé prévue à l'article L. 160-1, sous réserve que la prestation susceptible d'ouvrir droit à cette prise en charge ne soit pas celle mentionnée à l'article L. 161-22-2 :

« 1° Les titulaires d'une pension ou rente de vieillesse ou d'une pension de réversion servie par un régime de base de sécurité sociale français ;

« 2° Les titulaires d'une rente ou d'une allocation allouée en vertu de dispositions des législations sur les accidents du travail et maladies professionnelles applicables aux professions non agricoles ;

« 3° Les titulaires d'une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité ou d'une pension d'invalidité, servie par un ou plusieurs régimes de base français ;

« Toutefois, en cas d'hospitalisation, la prise en charge des frais est subordonnée à un contrôle effectué dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

« Lorsque la prise en charge mentionnée au premier alinéa est prévue par les règlements européens ou les conventions internationales, elle est étendue, dans les conditions prévues par ces règlements ou accords, aux soins de santé reçus à l'étranger par les titulaires d'une pension, rente ou allocation mentionnés à cet alinéa.

« Art. L. 160-4. - Bénéficient également de la prise en charge des frais de santé lorsqu'ils n'exercent pas d'activité professionnelle en France :

« 1° Les membres de la famille qui accompagnent les travailleurs détachés temporairement à l'étranger depuis la France pour y exercer une activité professionnelle et qui sont exemptés d'affiliation au régime de sécurité sociale du pays de détachement en application d'une convention internationale de sécurité sociale ou d'un règlement européen ;

« 2° Les membres de la famille à la charge d'un assuré du régime français, qui ne résident pas en France et bénéficient d'une telle prise en charge en application d'une convention internationale de sécurité sociale ou d'un règlement européen ;

« 3° Les membres du personnel diplomatique et consulaire ou les fonctionnaires de la France et personnes assimilées en poste à l'étranger, ainsi que les membres de leur famille qui les accompagnent. » ;

b) L'article L. 161-2-1 devient l'article L. 160-5 et est ainsi modifié :

- le premier alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Toute personne qui déclare auprès d'une caisse primaire d'assurance maladie, dans des conditions fixées par décret, ne pas bénéficier de la prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-1, bénéficie de cette prise en charge auprès de cette caisse, dès qu'il justifie de son identité et de sa résidence stable et régulière. » ;

- le dernier alinéa est supprimé ;

c) L'article L. 380-3 devient l'article L. 160-6 et est ainsi modifié :

- le premier alinéa est remplacé par un alinéa rédigé :

« Les dispositions de l'article L. 160-1 ne s'appliquent pas aux personnes suivantes si elles n'exercent pas une activité professionnelle complémentaire en France : » ;

- après le 2°, il est rétabli un 3° ainsi rédigé :

« 3° Les personnes titulaires d'une pension étrangère et qui ne bénéficient pas par ailleurs d'un avantage viager d'un régime obligatoire français, lorsqu'en application d'un règlement européen ou d'une convention internationale, la prise en charge de leurs frais de santé ainsi que ceux des membres de leur famille qui résident avec eux relève du régime étranger qui sert la pension ; »

- au 5°, les mots : « communautaire, ainsi que les personnes appartenant aux catégories mentionnées aux articles L. 161-14 et L. 313-3 » sont remplacés par les mots : « européen, les membres de leur famille qui les accompagnent ou toute autre personne relevant de la législation de sécurité sociale d'un autre État en raison de son activité professionnelle, ainsi que les membres de la famille de cette dernière qui résident avec elle de manière stable et régulière en France » ;

- au 6°, les mots : « la Communauté » sont remplacés par les mots : « l'Union » et après les mots : « l'Espace économique européen », sont insérés les mots : « ou de la Suisse » ;

d) L'article L. 332-3 devient l'article L. 160-7 et est ainsi modifié :

- au premier alinéa, les mots : « des règlements internationaux » sont remplacés par les mots : « internationales et règlements européens », les mots : « à leurs ayants droit » sont remplacés par les mots : « aux personnes mentionnées à l'article L. 160-2 » et les mots : « correspondantes des assurances » sont remplacés par les mots : « en cas de » ;

- au deuxième alinéa, les mots : « ses ayants droit » sont remplacés par les mots : « les personnes mentionnées à l'article L. 160-2 » et après les mots : « l'Espace économique européen », sont insérés les mots : « ou en Suisse » ;

- les deux dernières phrases du deuxième alinéa sont supprimées ;

2° La section 2 est intitulée : « Dispositions relatives aux prestations » et comprend les articles L. 160-8 à L. 160-12 ;

a) L'article L. 160-8 est ainsi modifié :

- le premier alinéa est ainsi rédigé :

« La protection sociale contre le risque et les conséquences de la maladie prévue à l'article L. 111-2-1 comporte : » ;

- l'article est complété par les 1°, 2°, 3°, 4°, 6° et 9° de l'article L. 321-1, qui deviennent respectivement, les 1°, 2°, 3°, 4°, 5° et 6° et sont ainsi modifiés :

i) au 1°, les mots : « nécessaires pour l'assuré et les membres de sa famille, au sens fixé par l'article L. 313-3 » sont supprimés ;

ii) au 2°, les mots : « de l'assuré ou des ayants droit » sont remplacés par les mots : « des personnes » ;

b) Les articles L. 331-2, L. 322-1, L. 332-1 et L. 322-7 deviennent respectivement les articles L. 160-9, L. 160-10, L. 160-11 et L. 160-12 et sont ainsi modifiés :

- au premier alinéa de l'article L. 160-10, les mots : « Elle est remboursée soit directement à l'assuré ou aux ayants droit mentionnés à la deuxième phrase de l'article L. 161-14-1, » sont remplacés par les mots : « Elle est versée au professionnel de santé dans le cadre du mécanisme du tiers payant ou elle est remboursée soit directement à l'assuré » ;

- au premier alinéa de l'article L. 160-11, les mots : « et des ayants droit mentionnés à l'article L. 161-14-1 » sont supprimés ;

- au premier alinéa de l'article L. 160-12, les mots : « en nature » sont supprimés et les mots : « 6° et 7° de l'article L. 321-1 » sont remplacés par les mots « 5° et 6° de l'article L. 160-8 » ;

3° La section 3 est intitulée : « Participation de l'assuré social » et comprend les articles L. 160-13 à L. 160-17 résultant des dispositions suivantes :

a) Les articles L. 322-2, L. 322-3, L. 322-4 et L. 322-8 deviennent respectivement les articles L. 160-13, L. 160-14, L. 160-15 et L. 160-16 et sont ainsi modifiés :

- à l'article L. 160-13, les références à l'article L. 321-1 sont remplacées par la référence à l'article L. 160-8 ;

- à l'article L. 160-14 :

i) les références aux articles L. 321-1 et L. 322-2 sont remplacés respectivement par les références aux articles L. 160-8 et L. 160-13;

ii) au 13°, les mots : « pour les bénéficiaires des dispositions des articles L. 311-10, L. 313-4, L. 341-16 et L. 371-1 » sont remplacés par les mots : « pour les titulaires d'une pension d'invalidité et les bénéficiaires des dispositions des articles L. 341-15, L. 341-16 et L. 371-1 » ;

iii) au 14°, les mots : « ayant droit des » sont remplacés par les mots : « personnes mentionnées à l'article L. 161-1 rattachées aux » ;

iv) au 17°, les mots « au 9° » sont remplacés par les mots « au 6° » ;

- à l'article L. 160-15, les mots : « ses ayants droit mineurs » sont remplacés par les mots : « les mineurs » et la référence à l'article L. 322-2 est remplacée par la référence à l'article L. 160-13 ;

- à l'article L. 160-16, les mots : « Les assurés et leurs ayants droit » sont remplacés par les mots : « Les bénéficiaires » et les mots : « de la gratuité des prestations en nature de l'assurance maladie mentionnées au présent chapitre » sont remplacés par les mots : « de la prise en charge intégrale des frais de santé dans les conditions prévues au présent chapitre. » ;

4° La section 4 est intitulée : « Dispositions relatives à l'organisation et au service des prestations » et comprend un article ainsi rédigé :

« Art. L. 160-17. - La prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-1 est effectuée pour les personnes exerçant une activité professionnelle par les organismes chargés de la gestion des régimes obligatoires auxquels elles sont affiliées pour le service des prestations d'assurances sociales dans des conditions définies par décret. Ce décret détermine également les conditions dans lesquelles ces organismes prennent en charge les personnes n'exerçant pas d'activité professionnelle.

« Il précise en outre les modalités selon lesquelles les personnes qui ne sont pas affiliées à titre professionnel peuvent demander à être gérées par l'organisme dont relève leur conjoint, partenaire d'un pacte civil de solidarité ou concubin.

« Pour la prise en charge des frais de santé des assurés mentionnés aux articles L. 381-4, L. 712-1 et L. 712-2, des opérations de gestion sont déléguées, en tout ou partie, à des mutuelles ou groupements de mutuelles régis par le code de la mutualité. Pour les assurés mentionnés à l'article L. 613-1, les mêmes organismes ainsi que les organismes chargés de la gestion des régimes obligatoires et les assureurs ou groupements d'assureurs régis par le code des assurances peuvent recevoir délégation pour l'exécution, en tout ou partie, d'opérations de gestion.

« Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'organisation et de mise en œuvre de ces délégations, notamment dans le cadre de conventions, les modalités d'évaluation de leurs résultats et les conditions dans lesquelles il peut, au vu des résultats constatés, être mis fin à ces délégations. »

IV. - Le chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} du même code est ainsi modifié :

1° Il est rétabli au sein de la sous-section 1 de la section 1, un article L. 161-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 161-1.* - Sauf dispositions contraires, par membre de la famille, on entend au sens du présent code :

« 1° Le conjoint de l'assuré social, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité ;

« 2° Les enfants mineurs à leur charge et, jusqu'à un âge limite et dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État :

« *a)* Les enfants qui poursuivent leurs études ;

« *b)* Les enfants qui, par suite d'infirmités ou de maladies chroniques, sont dans l'impossibilité permanente de se livrer à un travail salarié ;

« 3° L'ascendant, le descendant, le collatéral jusqu'au 3^e degré ou l'allié au même degré de l'assuré social, qui vit sous le toit de celui-ci et qui se consacre exclusivement aux travaux du ménage et à l'éducation d'enfants à la charge de l'assuré social ; le nombre et la limite d'âge des enfants sont fixés par décret en Conseil d'État. » ;

2° L'article L. 161-2 est abrogé ;

3° A l'article L. 161-3, les mots : « L'assurance maternité est attribuée » sont remplacés par les mots : « Les prestations en espèces de l'assurance maternité sont attribuées » et après les mots : « travail salarié que » sont insérés les mots : « les prestations en espèces de » ;

4° L'article L. 161-8 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « , soit en qualité d'assuré social, soit en qualité d'ayant droit, du régime général ou des régimes qui lui sont rattachés, » sont remplacés par les mots : « d'un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité » et les mots : « des assurances maladies, maternité, invalidité et décès pendant des périodes qui peuvent être différentes selon qu'il s'agit de prestations en nature ou de prestations en espèces » sont remplacés par les mots : « en espèces des assurances maladie et maternité pendant une période définie par décret en Conseil d'État. » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « Les périodes mentionnées à l'alinéa précédent s'appliquent également aux autres régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité. » sont remplacés par les mots : « Ce maintien de droit s'applique également aux prestations des assurances invalidité et décès du régime général et des régimes qui lui sont rattachés. » ;

5° L'article L. 161-15 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 161-15. - Le conjoint séparé de droit ou de fait, qui se trouve, du fait de défaut de présentation par l'autre conjoint des justifications requises, dans l'impossibilité d'obtenir pour ses enfants mineurs la prise en charge des frais de santé en cas de maladie et de maternité, dispose d'une action directe en paiement de ces prestations dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. » ;

6° A l'article L. 161-15-1, les mots : « des prestations en nature des assurances » sont remplacés par les mots : « de la prise en charge des frais de santé en cas de » et la référence : « L. 380-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-1 ».

VI. - L'article L. 182-2 du même code est complété par un 7° ainsi rédigé :

« 7° D'établir le référentiel mentionné à l'article L. 114-10-3 ».

VII. - Au 1° de l'article L. 200-1 du même code, après les mots : « au titre » sont insérés les mots : « de la prise en charge des frais de santé et ».

VIII. - Le livre III du même code est ainsi modifié :

1° A l'article L. 311-1, les mots : « couvrent les » sont remplacés par les mots : « assurent le versement des prestations en espèces liées aux » ;

2° L'article L. 311-5 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après les mots : « du maintien de ses droits aux prestations » sont insérés les mots : « en espèces » ;

b) Les deuxième, troisième, quatrième, cinquième et sixième alinéas sont supprimés ;

c) Au dernier alinéa, les mots : « pour elles-mêmes et leurs ayants droit, » sont supprimés et après les mots : « leurs droits aux prestations » sont insérés les mots : « en espèces » ;

3° L'article L. 313-1 est ainsi modifié :

a) Le I est ainsi modifié :

- au premier alinéa, les mots : « et ouvrir droit » sont supprimés ;

- le 1° est abrogé ;

- au 2°, les mots : « au 5° de l'article » sont remplacés par les mots : « à l'article » ;

- au 3°, après les mots : « Aux prestations », sont insérés les mots : « en espèces » ;

- le 2° et le 3° ainsi modifiés deviennent respectivement les 1° et 2° ;

b) Au 1° du II, les mots : « au 5° » sont remplacés par le mot : « à » et les mots : « 2° du premier alinéa » sont remplacés par les mots : « 1° du I » ;

4° L'article L. 321-1 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est supprimé ;

b) Les mots : « 5° L'octroi d'indemnités » sont remplacés par les mots : « L'assurance maladie assure le versement d'indemnités » ;

5° Le premier alinéa de l'article L. 321-2 est supprimé ;

6° Le premier alinéa de l'article L. 332-1 est ainsi modifié :

a) Les mots : « et des ayants droit mentionnés à l'article L. 161-14-1 » sont supprimés ;

b) Avant les mots : « de l'assurance maladie », sont insérés les mots : « en espèces » ;

c) Avant les mots : « de l'assurance maternité », sont insérés les mots : « en espèces » ;

7° L'article L. 371-1 est ainsi modifié :

- au premier alinéa, les mots : « qui ne peut justifier des conditions prévues par les articles L. 313-1 et L. 341-2 et le décret pris pour leur application a droit ou ouvre droit, à condition, toutefois, que la rente ou l'allocation corresponde » sont remplacés par les mots : « qui correspond » et cet alinéa est complété par les mots : « a droit à la prise en charge des frais de santé en cas de maladie et de maternité dans les conditions prévues à l'article L. 160-14. » ;

- les 1° et 2° sont abrogés ;

8° Le dernier alinéa de l'article L. 613-4 est supprimé.

IX. - A. - Au deuxième alinéa de l'article L. 131-9 du même code, les mots : « qui relèvent à titre obligatoire d'un régime français d'assurance maladie » sont remplacés par les mots : « qui bénéficient à titre obligatoire de la prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-1 » et les mots : « assurés d'un régime français d'assurance maladie » sont remplacés par les mots : « personnes bénéficiant de la prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-1 ».

B. - Le titre VI du livre I^{er} du même code est ainsi modifié :

1° L'article L. 161-9 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « Les personnes bénéficiaires » sont remplacés par les mots : « En cas de reprise du travail, les personnes bénéficiaires », les mots : « conservent leurs droits aux prestations en nature de l'assurance maladie et maternité de leur régime d'origine aussi longtemps qu'ils bénéficient de cette prestation ou de ce congé. En cas de reprise du travail, les personnes susmentionnées » sont supprimés et les mots : « en nature et » sont supprimés ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « en nature et » sont supprimés ;

2° Au premier et au deuxième alinéa de l'article L. 161-9-3, les mots : « en nature et » sont supprimés ;

C. - Au premier alinéa de l'article L. 172-1 A du même code, les mots : « Lorsque le versement des prestations en nature ou en espèces des assurances maladie et maternité » sont remplacés par les mots : « Lorsqu'en cas de maladie ou de maternité, le versement des prestations en espèces ».

D. - Au 1° de l'article L. 213-1 du même code, les mots : « d'assurances sociales, d'accidents du travail, d'allocations familiales » sont remplacés par les mots : « de sécurité sociale ».

E. - Le titre IV du livre deuxième du même code est ainsi modifié :

1° Aux I, II et III de l'article L. 241-10, au premier alinéa de l'article L. 241-11 et aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 241-12, les mots : « d'assurances sociales et d'allocations familiales » sont remplacés par les mots : « de sécurité sociale, à l'exception de celles dues au titre des accidents du travail et maladies professionnelles » ;

2° Au 1° du I *bis* de l'article L. 241-10, les mots : « des assurances » sont remplacés par les mots : « de la branche » ;

3° Au deuxième alinéa de l'article L. 241-11, les mots : « d'assurances sociales, d'allocations familiales et d'accidents du travail » sont remplacés par les mots : « de sécurité sociale » ;

4° Aux premier et troisième alinéas de l'article L. 242-1 et au troisième alinéa de l'article L. 242-3, les mots : « des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales » sont remplacés par les mots : « de sécurité sociale » ;

5° A l'article L. 242-4-3, les mots : « à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales » sont remplacés par les mots : « de sécurité sociale à la charge de l'employeur ».

F. - Au premier alinéa de l'article L. 252-1 du livre II du même code, les mots : « l'assurance » sont remplacés par les mots : « la branche ».

G. - Le titre VII du livre III du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa de l'article L. 371-3, les mots : « pour lui et les membres de sa famille, au sens de l'article L. 313-3 » sont supprimés ;

2° Le deuxième alinéa de l'article L. 371-6 est ainsi modifié :

a) Dans la première phrase, les mots : « jouissent, ainsi que les membres de leur famille, au sens de l'article L. 313-3 des prestations en nature de l'assurance maladie et bénéficient » sont remplacés par les mots : « bénéficient de la prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-1 et » et les mots : « au 4° de » sont remplacés par le mot : « à » ;

b) Dans la deuxième phrase, les mots : « Mais ils sont dispensés, pour eux personnellement, » sont remplacés par les mots : « Ils sont dispensés ».

H. - Le titre VIII du livre III du même code est ainsi modifié :

1° L'article L. 381-30 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « sont affiliées obligatoirement aux assurances maladie et maternité du » sont remplacés par les mots : « bénéficient de la prise en charge des frais de santé effectuée par le » ;

b) Au deuxième alinéa, le mot : « Lorsque » est remplacé par les mots : « Par dérogation à l'alinéa précédent, lorsque » et les mots : « elles sont affiliées au » sont remplacés par les mots : « la prise en charge des frais de santé est effectuée par le » ;

c) Le troisième alinéa est supprimé ;

2° L'article L. 381-30-1 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est supprimé ;

b) Au deuxième alinéa, le mot : « Ils » est remplacé par les mots : « Les détenus » et les mots : « par les assurances maladie et maternité du » sont remplacés par le mot « par le » ;

c) Au quatrième alinéa, les mots : « Par dérogation au premier alinéa, les » sont remplacés par le mot : « Les » et les mots : « des prestations en nature des assurances » sont remplacés par les mots : « de la prise en charge des frais de santé en cas de » ;

d) Au dernier alinéa, les mots : « les articles L. 161-25-1 et L. 161-25-2 » sont remplacés par les mots : « l'article L. 161-25-1 » ;

3° A l'article L. 381-30-2, les mots : « affilié en application » sont remplacés par les mots : « , à l'exception de ceux mentionnés au deuxième alinéa » ;

4° L'article L. 381-30-5 est ainsi modifié :

a) Au I, les mots : « affiliées en application du premier alinéa » sont remplacés par les mots : « , à l'exception de celles mentionnées au deuxième alinéa de » ;

b) Au premier alinéa du II, les mots : « affiliées en application du premier alinéa de l'article L. 380-30-1 » sont remplacés par les mots : « mentionnées au I » ;

5° Au premier alinéa de l'article L. 382-3, les mots : « d'assurances sociales et d'allocations familiales » sont remplacés par les mots : « de sécurité sociale, à l'exception de celles dues au titre des accidents du travail et maladies professionnelles » ;

6° A l'article L. 382-14-1, les mots : « dues au titre des assurances sociales et des allocations familiales » sont remplacées par les mots : « de sécurité sociale, à l'exception de celles dues au titre des accidents du travail et maladies professionnelles, » ;

7° Au premier alinéa de l'article L. 382-21, les mots : « ont droit et ouvrent droit aux prestations en nature de l'assurance maladie et maternité » sont remplacés par les mots : « bénéficient de la prise en charge des frais de santé dans les conditions prévues au livre I^{er} ».

I. - Le livre IV du même code est ainsi modifié :

1° A l'article L. 432-1, les mots « l'article L. 321-1 » et « l'article L. 322-2 » sont remplacés respectivement par les mots « l'article L. 160-8 » et « l'article L. 160-13 » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 453-1 du titre V du livre IV du même code, les mots : « aux prestations dans les conditions prévues au livre III » sont remplacés par les mots : « à la prise en charge des frais de santé prévue au titre VI du livre I^{er} ».

J. - Au premier alinéa de l'article L. 512-1 du livre V du même code, après les mots : « en France », sont insérés les mots : « au sens de l'article L. 111-2-3 ».

K. - Le livre VI du même code est ainsi modifié :

1° A l'article L. 611-12, les mots : « par les assurés bénéficiaires des prestations maladie et » sont supprimés et les mots : « les cotisants et » sont remplacés par les mots : « les cotisants au titre de leur activité professionnelle et les » ;

2° Le deuxième alinéa de l'article L. 611-20 est supprimé.

3° L'intitulé du chapitre III du titre I^{er} devient « Champ d'application et protection maladie » ;

4° Les 2° et 3° de l'article L. 613-1 sont abrogés ;

5° Au deuxième alinéa de l'article L. 613-7, les mots : « Le droit aux prestations en nature est ouvert dans » sont remplacés par les mots : « La prise en charge des frais de santé est assurée par » ;

6° Les premier et deuxième alinéas de l'article L. 613-14 sont remplacés par l'alinéa suivant :

« La prise en charge des frais de santé des ressortissants du régime institué par le présent livre est assurée, en cas de maladie, de maternité et d'accident, dans les conditions définies aux articles L. 160-7 à L. 160-15 et L. 332-2. »

L. - Le livre VII du même code est ainsi modifié :

1° A l'article L. 713-1-1, les mots : « des prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime général de sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « de la prise en charge des frais de santé dans les conditions mentionnées au livre I^{er} » ;

2° A l'article L. 713-9, les mots : « aux familles » sont remplacés par les mots : « aux enfants mentionnés à l'article L. 160-2 » ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 713-10, les mots : « aux familles » sont remplacés par les mots : « aux enfants mentionnés à l'article L. 160-2 » et les mots : « qu'elles » sont remplacés par les mots : « qu'ils » ;

4° A l'article L. 713-16, les mots : « en nature » sont supprimés.

M. - Le livre VIII du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa de l'article L. 861-1, les mots : « résidant en France dans les conditions prévues par l'article L. 380-1 » sont remplacés par les mots : « bénéficiant de la prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-1 » ;

2° Le dernier alinéa de l'article L. 861-2 est supprimé ;

3° Au 1° de l'article L. 861-3, les mots : « l'article L. 322-2 » sont remplacés par les mots : « l'article L. 160-13 » ;

4° A l'avant-dernier alinéa de l'article L. 861-5, les mots : « aux articles L. 380-1 et L. 861-1 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 861-1 » ;

5° A l'article L. 871-1, les mots : « l'article L. 322-2 » sont remplacés par les mots : « l'article L. 160-13 ».

N. - Les articles L. 161-5, L. 161-7, L. 161-10, L. 161-11, L. 161-13, L. 161-14, L. 161-14-1, L. 161-25-2, L. 161-25-3, L. 211-3, L. 211-4, L. 211-5, L. 211-6, L. 211-7, L. 311-5-1, L. 311-9, L. 311-10, L. 313-3, L. 313-4, L. 313-5, L. 371-2, L. 381-3, L. 381-7, L. 381-9, L. 381-10, L. 381-11, L. 381-19, L. 381-20, L. 381-21, L. 381-22, L. 381-26, L. 381-27, L. 381-28, L. 611-21, L. 611-22, L. 613-3, L. 613-10, L. 712-6, L. 712-7 et L. 712-8 du code de la sécurité sociale sont abrogés.

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

1° Le 4° de l'article L. 722-10 est ainsi modifié :

a) Au *a*, les mots : « conjoints des personnes visées aux 1°, 2°, 3°, 5°, 6° et 7° du présent article » sont remplacés par les mots : « personnes bénéficiant de la prise en charge des frais de santé par application des dispositions de l'article L. 160-17 » ;

b) Le *b* est remplacé par les dispositions suivantes :

« *b*) Aux enfants qui répondent aux conditions mentionnées à l'article L. 160-2 du code de la sécurité sociale » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 722-11, les mots : « mentionnés aux articles L. 381-19 et L. 381-20 du code de la sécurité sociale » sont supprimés ;

3° Au 1° de l'article L. 742-3, les mots : « L'article L. 173-7 » sont remplacés par les mots : « Les dispositions du chapitre préliminaire du livre I du code de la sécurité sociale à l'exception de l'article L. 160-5, l'article L. 173-7 » et les mots : « L. 311-9, L. 311-10, » sont supprimés ;

4° Au quatrième alinéa de l'article L. 761-3, les mots : « aux articles L. 161-14 et L. 313-3 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 161-1 ».

P. - Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° L'article L. 251-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « , pour lui-même et les personnes à sa charge au sens de l'article L. 161-14 et des 1° à 3° de l'article L. 313-3 de ce code, » sont supprimés et cet alinéa est complété par les mots : « pour lui-même et pour : » ;

b) Après le premier alinéa sont insérés 2 alinéas ainsi rédigés :

« 1° Les personnes mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 161-1 ;

« 2° Les personnes non visées aux 1° et 2° du présent article vivant depuis douze mois consécutifs avec la personne bénéficiaire de l'aide mentionnée au premier alinéa et se trouvant à sa charge effective, totale et permanente à condition d'en apporter la preuve dans les conditions fixées par décret en Conseil d'État. Dans ce cas, le bénéfice de l'aide susmentionnée ne peut être attribué qu'à une seule de ces personnes. » ;

2° A l'article L. 254-1, la référence : « L. 380-1 » est remplacée par la référence : « L. 111-2-3 ».

Q. - Au 4° de l'article L. 111-1 du livre I^{er} du code de la mutualité, les mots : « L. 211-3 à L. 211-7, L. 381-8, L. 381-9, L. 611-3, L. 712-6 à L. 712-8 » sont remplacés par les mots : « L. 160-17, L. 381-8 et L. 611-3 ».

R. - Dans toutes les dispositions législatives et réglementaires :

1° Les références aux articles L. 161-2-1, L. 380-3, L. 332-3, L. 331-2, L. 322-1, L. 332-1, L. 322-7, L. 322-2, L. 322-3, L. 322-4 et L. 322-8 sont remplacées respectivement par les références aux articles L. 160-5, L. 160-6, L. 160-7, L. 160-9, L. 160-10, L. 160-11, L. 160-12, L. 160-13, L. 160-14, L. 160-15 et L. 160-16 ;

2° Les références à l'article L. 321-1 sont remplacées par la référence à l'article L. 160-8 et aux alinéas de cet article dans leur nouvelle numérotation dans le même article, à l'exception des références au 5° de l'article L. 321-1 qui sont remplacées par la référence à l'article L. 321-1.

Il peut être procédé par voie de décret en Conseil d'État aux renumérotations des dispositions de nature législative ainsi requises.

X. - Le présent article en vigueur le 1^{er} janvier 2016 sous les réserves suivantes :

A. - Les habilitations accordées aux groupements mutualistes en application de l'article L. 211-4 du code de la sécurité sociale, dans sa version antérieure à la présente loi, demeurent en vigueur au plus tard jusqu'au 31 décembre 2019.

Les dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 160-17 du code de la sécurité sociale s'appliquent aux mutuelles ou groupements mutualistes habilités avant le 1^{er} janvier 2016, en application de l'article L. 211-4 du même code dans sa version antérieure à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

Un décret détermine, le cas échéant, les conditions d'évolution du contenu des délégations liées à ces habilitations pendant la période transitoire.

B. - Le préjudice susceptible de résulter, pour les organismes mentionnés à l'article L. 160-17, du transfert, en tout ou partie, d'opérations de gestion de la prise en charge des frais de santé qu'ils assurent à la date d'entrée en vigueur de la loi, fait l'objet d'une indemnité s'il a pour origine les modifications apportées aux règles régissant les délégations de gestion et présente un caractère anormal et spécial. Cette indemnité est fixée dans le cadre d'un constat établi à la suite d'une procédure contradictoire. Les conditions et le montant de l'indemnité sont fixés par décret.

C. - Sauf demande contraire, la prise en charge des frais de santé des personnes majeures ayant la qualité d'ayant droit au 31 décembre 2015 reste effectuée, tant que ces personnes ne deviennent pas affiliées à un régime de sécurité sociale au titre d'une activité professionnelle, y compris antérieure, par rattachement à l'assuré social dont elles dépendent et par les organismes dont elles relèvent à cette date, jusqu'au 31 décembre 2019 au plus tard.

L'article L. 161-15, dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la présente loi, demeure applicable aux personnes majeures conservant la qualité d'ayant droit, jusqu'au 31 décembre 2019.

Exposé des motifs

La présente mesure a pour objectif d'achever le processus d'universalisation de la prise en charge des frais de santé et à garantir l'effectivité du droit à cette prise en charge tout au long de la vie des assurés. Pour cela, elle refond les conditions d'ouverture des droits à la protection maladie : toute personne qui travaille ou, lorsqu'elle n'a pas d'activité professionnelle, réside en France de manière stable et régulière disposera de ce droit. Les conditions d'ouverture de droit seront donc fortement simplifiées et la notion d'ayant droit majeur progressivement supprimée. D'importantes mesures opérationnelles (automatisation programmée des mutations) viendront enfin accompagner ces évolutions dans un objectif de simplification des démarches des assurés. Les ressources mobilisées sur un contrôle administratif des conditions d'ouverture des droits pourront être redéployées vers un contrôle renforcé des conditions de résidence.

Cette mesure ne modifie pas le champ des personnes bénéficiant d'une couverture maladie. Elle ne remet pas non plus en cause l'architecture des différents régimes, leur périmètre ou le rôle des différents gestionnaires. Le décret prévu à l'article L. 160-17 du code de la sécurité sociale issu du présent article permettra de poursuivre la simplification des règles de rattachement des assurés polyactifs pour la gestion de leur assurance maladie en favorisant autant que possible, dans ces situations précises, la stabilité de la caisse de rattachement et le libre choix des assurés.

L'article précise par ailleurs les conditions de délégation de la gestion des prestations à certains opérateurs. Ce cadre rend possibles différents schémas d'organisation de ces délégations, qui peuvent être régies par des dispositions réglementaires. S'agissant des mutuelles étudiantes, ce cadre sécurise l'adossé mis en œuvre entre la CNAMTS et une mutuelle étudiante pour améliorer la qualité du service rendu aux étudiants, sachant que cette solution est ouverte à l'ensemble des autres mutuelles étudiantes souhaitant y adhérer. S'agissant de la gestion des prestations maladie des travailleurs indépendants, des solutions permettant de simplifier les démarches des intéressés, notamment en cas de création d'entreprise, pourront être mises en œuvre. S'agissant enfin de la fonction publique, l'intention du Gouvernement est de préserver le cadre actuel qui délègue la gestion du régime obligatoire aux mutuelles de la fonction publique, tout en rendant possibles les conventions conclues.

Les dispositions principales de cette réforme figurent aux I à VIII du présent article, le IX regroupant quant à lui les modifications de conséquence qui en découlent.

Article 40

I. - Le titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complété par les dispositions suivantes :

*« CHAPITRE IX**« PRISE EN CHARGE DES VICTIMES D'UN ACTE DE TERRORISME**« Section I**« Dispositions applicables aux personnes présentes sur les lieux de l'acte de terrorisme*

« Art. L. 169-1. - Les dispositions de la présente section sont applicables aux personnes victimes d'un acte de terrorisme, blessées ou impliquées lors de cet acte dans des conditions précisées par décret et dont l'identité a été communiquée par l'autorité judiciaire compétente au Fonds de garantie mentionné au premier alinéa de l'article L. 422-1 du code des assurances.

« Art. L. 169-2. - Ne sont pas applicables aux personnes mentionnées à l'article L. 169-1 :

« 1° Le forfait journalier mentionné à l'article L. 174-4, pour les hospitalisations résultant directement de l'acte de terrorisme ;

« 2° Les dispositions de l'article L. 313-1 en tant qu'elles concernent les indemnités journalières mentionnées à l'article L. 321-1, pour les prestations rendues nécessaires par l'acte de terrorisme ;

« 3° Le délai et les sanctions mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 321-2, pour les interruptions de travail résultant de l'acte de terrorisme ;

« 4° La participation de l'assuré mentionnée au premier alinéa du I de l'article L. 322-2, pour les prestations, actes et consultations résultant de l'acte de terrorisme ;

« 5° La participation forfaitaire mentionnée au premier alinéa du II du même article, pour les prestations, actes et consultations résultant de l'acte de terrorisme ;

« 6° La franchise mentionnée au premier alinéa du III du même article, pour les prestations, actes et consultations résultant de l'acte de terrorisme ;

« 7° Le délai mentionné au premier alinéa de l'article L. 323-1, pour les incapacités de travail rendues nécessaires par l'acte de terrorisme ;

« 8° Les délais mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 441-2, lorsque l'accident de travail résulte d'un acte de terrorisme ;

« 9° Le délai et la durée minimale d'affiliation mentionnés au cinquième alinéa de l'article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime, le délai et les sanctions mentionnés au sixième alinéa du même article, le délai mentionné au premier alinéa de l'article L. 751-26 du même code, le délai mentionné au cinquième alinéa de l'article L. 752-5 du même code et le délai et les sanctions mentionnés au premier alinéa de l'article L. 752-24 du même code, pour les interruptions de travail résultant de l'acte de terrorisme.

« *Art. L. 169-3.* - Dès lors que leur délivrance résulte directement de l'acte de terrorisme, les produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 et les prothèses dentaires inscrites sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 sont remboursés dans la limite des frais réellement exposés, sans pouvoir excéder des limites fixées par arrêté en référence aux tarifs fixés en application de l'article L. 432-3.

« *Art. L. 169-4.* - Hors le cas des consultations de suivi psychiatrique mentionnées à l'article L. 169-5, les dispositions des articles L. 169-2 et L. 169-3 sont applicables, pour chaque personne mentionnée à l'article L. 169-1, à compter du jour de survenance de l'acte de terrorisme et jusqu'au dernier jour du douzième mois civil suivant celui au cours duquel cet acte a eu lieu.

« *Art. L. 169-5.* - Pour les consultations de suivi psychiatrique résultant de l'acte de terrorisme, le droit à l'exonération prévue aux 4° et 5° de l'article L. 169-2 peut être ouvert pendant une période de dix ans à compter de la survenance de l'acte de terrorisme. Le bénéfice de ces dispositions ne peut excéder deux ans.

« *Section 2*

« ***Dispositions applicables aux proches parents des personnes
« décédées ou blessées lors d'un acte de terrorisme***

« *Sous-section 1*

« *Capital décès*

« *Art. L. 169-6.* - Les dispositions de l'article L. 313-1 en tant qu'elles concernent l'assurance décès ne sont pas applicables lorsque le décès résulte d'un acte de terrorisme.

« *Sous-section 2*

« *Consultations de suivi psychiatrique*

« *Art. L. 169-7.* - Les dispositions de la présente sous-section sont applicables aux proches parents des personnes décédées ou blessées dans un acte de terrorisme dont l'identité a été communiquée par l'autorité judiciaire compétente au Fonds de garantie mentionné au premier alinéa de l'article L. 422-1 du code des assurances.

« Par proches parents, on entend :

« 1° Le conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;

« 2° Les ascendants jusqu'au troisième degré ;

« 3° Les descendants jusqu'au troisième degré ;

« 4° Les frères et sœurs.

« *Art. L. 169-8.* - Pour les consultations de suivi psychiatrique résultant de l'acte de terrorisme, les personnes mentionnées à l'article L. 169-7 bénéficient des dispositions de l'article L. 169-5.

« Section 3
« Dispositions communes

« Art. L. 169-9. - Les caisses versent directement aux professionnels de santé et aux distributeurs de produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1, ainsi qu'aux établissements de santé le montant des prestations mentionnées aux articles L. 169-2 en ses 1° et 4° et L. 169-3.

« Art. L. 169-10. - Lorsqu'un assuré change d'organisme gestionnaire au cours de la période mentionnée aux articles L. 169-4 et L. 169-5, ce changement est sans incidence sur l'appréciation de la durée prévue auxdits articles.

« Art. L. 169-11. - Le financement des dépenses mentionnées aux articles L. 169-2 et L. 169-6 est assuré par l'État.

« Pour la mise en œuvre de l'article L. 169-3, l'État prend en charge la différence entre la part servant de base au remboursement par l'assurance maladie et les frais remboursés.

« Art. L. 169-12. - Pour la mise en œuvre des articles L. 169-2 à L. 169-9, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés assure un rôle de coordination des régimes obligatoires d'assurance maladie, dans des conditions fixées par décret.

« Art. L. 169-13. - Un décret détermine les modalités d'application du présent chapitre.

« Section 4

« Dispositions communes à plusieurs régimes de réparation

« Art. L. 169-14. - Pour la mise en œuvre des dispositions de l'article 9 de la loi n° 86-1020 du 9 septembre 1986 relative à la lutte contre le terrorisme, de l'article 26 de la loi n° 90-86 du 13 janvier 1990 portant diverses dispositions relatives à la sécurité sociale et à la santé et du présent code, une expertise médicale commune est diligentée à l'initiative du Fonds mentionné à l'article L. 422-1 du code des assurances, dans des délais et conditions fixés par décret. »

II. - Le 1° de l'article L. 1226-1 du code du travail est complété par les mots : « , sauf si le salarié figure au rang des personnes mentionnées à l'article L. 169-1 du code de la sécurité sociale ».

III. - Après le chapitre I^{er} du titre II 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, il est inséré un chapitre I *bis* ainsi rédigé :

« CHAPITRE I^{ER} BIS

« PROCEDURE EXCEPTIONNELLE EN CAS DE SURVENANCE D'UN ACTE DE TERRORISME

« Art. 21-3. - Les dispositions du présent chapitre sont applicables aux personnes mentionnées à l'article L. 169-1 du code de la sécurité sociale.

« *Art. 21-4.* - Ne sont pas applicables aux personnes mentionnées à l'article 21-3 :

« 1° La participation de l'assuré mentionnée à l'article 20-2 pour les prestations, actes et consultations résultant de l'acte de terrorisme ;

« 2° Le premier alinéa de l'article 20-6 et le délai mentionné au premier alinéa de l'article 20-7 pour les indemnités journalières résultant de l'acte de terrorisme ;

« 3° Le délai mentionné au dernier alinéa de l'article 20-10-2 pour les indemnités journalières résultant de l'acte de terrorisme.

« *Art. 21-5.* - Les dispositions du 7° de l'article L. 169-2 du code de la sécurité sociale sont applicables aux personnes mentionnées à l'article 21-3.

« *Art. 21-6.* - L'arrêté prévu à l'article L. 169-3 du code de la sécurité sociale est applicable aux personnes mentionnées à l'article 21-3.

« *Art. 21-7.* - Les articles L. 169-4 et 169-5 du code de la sécurité sociale sont applicables aux personnes mentionnées à l'article 21-3 sous réserve des adaptations suivantes :

« 1° A l'article L. 169-4, la référence à l'article L. 169-2 est remplacé par la référence aux articles 21-4 et 21-5 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 ;

« 2° A l'article L. 169-5, la référence au 4° de l'article L. 169-2 est remplacé par la référence au 1° de l'article 21-4 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.

« *Art. 21-8.* - Les articles L. 169-6 et L. 169-7 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte sous réserve, pour la référence à l'article L. 169-5, des adaptations prévues au 2° de l'article 21-7.

« *Art. 21-9.* - La caisse de sécurité sociale de Mayotte verse directement aux professionnels de santé et aux distributeurs de produits et prestations, ainsi qu'aux établissements de santé, le montant des prestations mentionnées au 1° de l'article 21-4 et à l'article 21-6.

« *Art. 21-10.* - Le financement des dépenses mentionnées au présent chapitre est assuré par l'État.

« Pour la mise en œuvre de l'article 21-6, l'État prend en charge la différence entre les tarifs servant de base au remboursement par l'assurance maladie et les frais remboursés.

« *Art. 21-11.* - Un décret détermine les modalités d'application du présent chapitre. »

Exposé des motifs

L'indemnisation des victimes d'actes de terrorisme repose sur deux dispositifs : d'une part, le FGTI (Fonds de garantie des victimes d'actes de terrorisme et d'autres infractions) ; d'autre part, les dispositions du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre (CPMIVG) applicables aux victimes civiles de guerre.

Cependant, la prise en charge des soins des victimes repose sur des mécanismes complexes et parfois difficilement lisibles pour les assurés. En effet, le CPMIVG ouvre notamment aux victimes d'actes de terrorisme la gratuité des soins et de l'appareillage ; toutefois, cette gratuité est conditionnée à l'obtention d'une pension d'invalidité, dont le bénéfice est lui-même subsidiaire par rapport aux prestations versées au titre des mêmes infirmités par les autres régimes d'indemnisation. En outre, la prise en charge intégrale des soins et de l'appareillage est assurée par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale, organisme qui, dans la majorité des cas, n'est pas connu des victimes au moment de la survenance de l'acte de terrorisme.

Il importe donc de simplifier et d'améliorer la prise en charge des victimes au sein des régimes obligatoires de sécurité sociale. Les victimes bénéficieront désormais pendant un an, en particulier, de l'exonération de toute participation (ticket modérateur, franchise, participation forfaitaire un euro, forfait journalier hospitalier et participation forfaitaire de 18 €) et de l'assouplissement des conditions et formalités mises pour l'attribution des indemnités journalières maladie et AT-MP. Ces dépenses supplémentaires seront remboursées à l'assurance maladie par l'Etat.

Article 41

I. - Le 21° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « et pour les frais relatifs aux actes et consultations entrant dans le champ des articles L. 162-4-5 et L. 162-8-1 ».

II. - Au deuxième alinéa du I de l'article L. 5134-1 du code de la santé publique, les mots : « La délivrance et la prise en charge de contraceptifs » sont remplacés par les mots : « La délivrance de contraceptifs, la réalisation d'examens de biologie médicale en vue d'une prescription contraceptive, la prescription de ces examens ou d'un contraceptif, ainsi que leur prise en charge, ».

Exposé des motifs

Chaque année, environ 11 000 jeunes filles mineures ont recours à une interruption volontaire de grossesse. De nombreuses études (rapports IGAS, études DREES) montrent que l'une des causes de ces grossesses non désirées est la prise irrégulière de leur moyen de contraception, et ce notamment en raison de difficultés financières ou de difficultés liées à un besoin de confidentialité.

Face à ce constat, le Gouvernement a pris différentes mesures visant à faciliter le parcours d'accès à la contraception des mineures : prise en charge à 100 % des contraceptifs remboursables et secret de leur délivrance pour les mineures d'au moins 15 ans en loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 puis tiers payant sur la part des dépenses prise en charge par les régimes de base sur les consultations réalisées par le médecin ou la sage-femme en vue de la prescription d'un contraceptif aux mineures d'au moins 15 ans, ainsi que sur les examens de biologie, en loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

Cependant, ces consultations et examens préalables à la prescription du contraceptif ne sont pas intégralement pris en charge par l'assurance maladie et ne peuvent ainsi faire l'objet d'aucune procédure de confidentialité de sorte que l'assurée mineure qui souhaite bénéficier d'une confidentialité totale lors de son parcours « contraception » doit aujourd'hui s'adresser au centre de planification qui prend en charge directement la consultation et le contraceptif.

Afin d'offrir aux adolescentes les meilleures conditions d'entrée dans la vie sexuelle et affective, il est donc proposé de compléter les avancées réalisées précédemment en garantissant le secret et la gratuité des consultations réalisées par le médecin ou la sage-femme en vue de la prescription d'un contraceptif, ainsi que des examens de biologie réalisés dans ce cadre.

CHAPITRE II
PROMOTION DE LA PREVENTION ET LES PARCOURS DE PRISE EN CHARGE COORDONNEE

Article 42

L'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 162-12-21. - I. - Un contrat de coopération pour les soins visuels peut être conclu avec les médecins conventionnés spécialisés en ophtalmologie, en vue d'inciter le praticien à recruter ou à former un auxiliaire médical.*

« Ce contrat, conclu pour une durée de trois ans non renouvelable, prévoit des engagements individualisés qui portent notamment sur l'augmentation du nombre de patients différents reçus en consultations, le respect des tarifs conventionnels, et les actions destinées à favoriser la continuité des soins. Il détermine des objectifs en matière d'organisation des soins, notamment sur la formation ou le recrutement d'un auxiliaire médical, ainsi que sur la participation à des actions de dépistage et de prévention. Il prévoit les contreparties financières qui sont liées à l'atteinte des objectifs par le professionnel, ainsi que les modalités d'évaluation de ces objectifs.

« Ce contrat est conforme à un contrat-type défini par la convention visée à l'article L. 162-5. A défaut d'accord avant le 1^{er} septembre 2016, un contrat-type est défini par décision conjointe des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis des organisations syndicales représentatives des professionnels concernés et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

« Un décret en Conseil d'État précise les conditions particulières requises pour conclure un contrat de coopération, notamment en ce qui a trait à la profession de l'auxiliaire médical et aux modalités de son recrutement.

« II. - Les agences régionales de santé et les organismes locaux d'assurance maladie peuvent conclure un contrat collectif pour les soins visuels avec les maisons de santé et les centres de santé adhérents à l'accord national mentionné à l'article L. 162-32-1, en vue d'inciter au développement de coopérations entre les professionnels de santé pour la réalisation de consultations ophtalmologiques au sein de ces structures.

« Le contrat collectif pour les soins visuels, d'une durée de trois ans, prévoit les engagements respectifs des parties, qui portent notamment sur le respect des tarifs conventionnels et l'organisation des soins.

« Ce contrat est conforme à un contrat-type défini par décision conjointe des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis des organisations syndicales représentatives des professionnels concernés et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

« Une évaluation annuelle du contrat collectif pour les soins visuels, portant notamment sur le nombre de professionnels de santé, de centres de santé et de maisons de santé qui y prennent part et sur les dépenses afférentes aux soins qu'ils ont effectués ainsi que sur la qualité de ces soins, est réalisée par les agences régionales de santé et les organismes locaux d'assurance maladie. Cette évaluation est transmise au Parlement et aux partenaires conventionnels en vue de l'intégration de ce contrat dans la négociation, à compter du 1^{er} janvier 2018, d'un accord conventionnel interprofessionnel mentionné au II de l'article L.162-14-1.

« III. - Les dépenses mises à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie qui résultent des contrats définis au présent article sont prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné au 3^o du D du I de l'article L.O. 111-3. »

Exposé des motifs

La réduction des délais d'accès aux soins visuels et le renforcement de leur accessibilité financière pour tous constitue une priorité.

Les expérimentations conduites à partir d'initiatives territoriales montrent que le renforcement du travail aidé entre ophtalmologistes et orthoptistes permet d'accroître le nombre de consultations, en permettant aux ophtalmologistes de se concentrer sur leurs missions de diagnostic et de prescription, et sur des activités chirurgicales.

Une première initiative territoriale de coordination entre ophtalmologistes et orthoptistes, concernant le bilan visuel, fait l'objet d'un financement à titre dérogatoire par l'assurance maladie depuis le début de l'année 2015, dans le cadre de la procédure dite du « collège des financeurs ».

Une garantie doit être apportée aux professionnels pour permettre de déployer plus rapidement ces coopérations structurées, que ce soit dans le cadre du salariat ou d'un exercice libéral.

Il est donc proposé de mobiliser tous les moyens nécessaires pour moderniser le secteur en couvrant les risques liés au changement de pratiques, conformément aux préconisations du rapport de l'IGAS sur l'accès aux soins :

- pour les ophtalmologistes de secteur 1 qui souhaitent rester en exercice isolé et salarié des auxiliaires médicaux, et qui sont freinés par les contraintes liées à la formation et au recrutement de ces professionnels ;

- pour les ophtalmologistes (libéraux ou hospitaliers) qui ne souhaitent pas salarier des auxiliaires médicaux, mais qui souhaitent diversifier leurs modalités d'exercice en s'associant à des structures d'exercice regroupé. Cette solution a, en outre, l'avantage de promouvoir un mode d'exercice coordonné bénéfique pour les patients ayant de lourdes pathologies nécessitant l'intervention d'équipes pluri-professionnelles.

Une première vague de déploiement a vocation à inclure 600 ophtalmologistes dans des coopérations d'ici à la fin de l'année 2017, ce qui permettrait d'accroître le nombre de consultations d'au moins 900 000 consultations. Cette mesure permettrait donc non seulement de réduire le délai moyen d'attente de tous les patients, mais surtout de créer une procédure accélérée pour accéder à des consultations simples, en garantissant l'absence de dépassements tarifaires.

Article 43

Afin de prévenir l'obésité, des expérimentations peuvent être menées à compter du 1^{er} juillet 2016 et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2019, pour améliorer la prise en charge et le suivi d'enfants de trois à huit ans, chez lesquels le médecin traitant a décelé un risque d'obésité tel que défini par les recommandations élaborées par la Haute Autorité de santé.

Dans le cadre de ces expérimentations, le médecin traitant de l'enfant peut prescrire des consultations diététiques, des bilans d'activité physique ou des consultations psychologiques, en fonction des besoins et de la situation de l'enfant et de sa famille. Ces consultations et ces bilans sont réalisés par des professionnels de santé ou des psychologues appartenant à des structures disposant de compétences particulières en ce domaine, telles que des centres mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique et des maisons de santé mentionnées à l'article L. 6323-3 du même code, sélectionnées par les caisses primaires d'assurance maladie et les agences régionales de santé.

Ces structures bénéficient d'une rémunération forfaitaire supportée par les caisses nationales d'assurance maladie pour chaque enfant pris en charge sur prescription du médecin traitant.

Un décret précise les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation.

Les ministres de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des territoires retenus pour l'expérimentation et le cahier des charges des expérimentations.

Un rapport d'évaluation sur l'efficacité du dispositif est réalisé par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et transmis au Parlement avant le 30 septembre 2019.

Exposé des motifs

L'obésité et le surpoids sont des problèmes graves de santé publique. Ils peuvent notamment être responsables de l'apparition de maladies chroniques, qui handicapent la vie des personnes en souffrant. Ces pathologies sont également responsables de fortes dépenses d'assurance maladie.

Il s'agit d'un domaine où les inégalités de santé sont très fortes : ainsi, l'obésité touche 7 fois plus les enfants d'ouvriers que les enfants de cadres.

La mesure proposée met donc en place une expérimentation visant à prévenir au plus tôt et à accompagner les jeunes enfants et sa famille dès lors que le jeune a été repéré par son médecin traitant à risque d'obésité.

A cette fin, des consultations psychologiques, diététiques ainsi qu'un bilan d'activité physique seront dispensés, sur prescription du médecin traitant de l'enfant, par des professionnels de santé exerçant dans des structures répondant à un cahier des charges proposé par la CNAMTS et sélectionnés au terme d'un appel à projets.

Ces consultations et bilans seront financés par le biais d'un forfait annuel par enfant versé par la caisse primaire d'assurance maladie, au titre de ses actions de prévention, sur les crédits du fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires.

Cette action viendra compléter la mesure de prévention prévue en population générale consistant à améliorer l'information nutritionnelle (article 5 du projet de loi de modernisation du système de santé) pour aider les consommateurs à faire un choix éclairé pour leur santé et celle de leurs enfants.

Article 44

I. - L'article L. 162-5-14 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour l'application des dispositions du II de l'article L. 1435-5 du code de la santé publique et par dérogation au premier alinéa, les frais relatifs aux actes effectués dans le cadre de la permanence des soins prévue à l'article L. 6314-1 du même code par les médecins mentionnés au premier alinéa du même article sont financés par le fonds défini à l'article L. 1435-8 dudit code, sur la base des tarifs fixés pour les médecins conventionnés régis par les articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du présent code. »

II. - L'article L. 1435-5 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est précédé par un : « I » ;

2° Au second alinéa, le mot : « spécifique » est remplacé par le mot : « forfaitaire » ;

3° L'article est complété par un II ainsi rédigé :

« II. - Des agences régionales de santé se portant volontaires peuvent être autorisées par arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale à financer, sur tout ou partie des secteurs de la permanence des soins ambulatoires, la rémunération forfaitaire mentionnée au I et la rémunération des actes mentionnés à l'article L. 162-5-14 du code de la sécurité sociale par des crédits du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-9 du présent code qui leur sont délégués à cet effet. Dans ce cas, la rémunération des actes prévus à l'article L. 162-5-14 du code de la sécurité sociale ne peut être mise à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie.

« L'autorisation ministérielle est accordée pour une durée qui ne peut dépasser trois ans. Elle peut être renouvelée à l'issue de ce délai, en fonction des réalisations de l'agence présentées dans le cadre du bilan mentionné à l'article L. 1435-10 du présent code. »

III. - Les dispositions expérimentales prévues au II de l'article 44 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 continuent de s'appliquer à l'agence régionale de santé des Pays de la Loire jusqu'au 1^{er} janvier 2017.

Exposé des motifs

Un dispositif expérimental a été mis en place dans la région des Pays de la Loire en matière de permanence des soins ambulatoires (PDSA). Etant donné son bilan positif, le présent article vise à le pérenniser dans la région et à permettre de l'étendre au territoire des agences régionales de santé qui en feraient la demande.

L'expérimentation consiste à confier à l'agence régionale de santé la gestion d'une enveloppe globale de financement de la PDSA, incluant non seulement les forfaits d'astreinte mais aussi l'activité réalisée par les médecins lors des permanences.

La mise en place de cette organisation dérogatoire suppose que l'ARS mette en place un projet spécifique, sur tout ou partie du territoire, en association avec les professionnels de santé. Ce projet est soumis à autorisation ministérielle pour une durée de trois ans renouvelables.

Au regard du bilan présenté par l'ARS Pays de la Loire, cette mesure répond au double objectif d'inciter les médecins à participer davantage à la PDSA, et, par une meilleure régulation, de limiter les actes inutiles.

Article 45

I. - L'article L. 4011-2-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Il est ajouté au second alinéa du I, une seconde phrase ainsi rédigée :

« Elle rend en même temps l'avis mentionné au troisième alinéa de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale pour chacun des actes prévus dans le protocole, » ;

2° La seconde phrase du II est supprimée ;

3° Le III est remplacé par les dispositions suivantes :

« *III.* - Lorsque le collège des financeurs rend un avis favorable au maintien à titre définitif d'un protocole de coopération :

« 1° L'Académie de médecine, saisie pour avis de projets de textes réglementaires portant sur des actes professionnels mentionnés aux 1° et au dernier alinéa de l'article L. 4161-1 aux fins d'étendre ou de pérenniser tout ou partie du protocole, se prononce dans un délai qui ne peut être supérieur à deux mois à compter de la date à laquelle elle a été saisie ;

« 2° Les dérogations prévues à l'article L. 4011-1 du présent code demeurent applicables jusqu'à l'entrée en vigueur des textes réglementaires mentionnés au 1° ;

« 3° Les actes prévus par les protocoles sont intégrés à la formation initiale ou au développement professionnel continu des professionnels de santé selon des modalités définies par voie réglementaire. » ;

4° L'article est complété par un IV ainsi rédigé :

« *IV.* - Lorsque le collège des financeurs rend un avis favorable à la prise en charge financière définitive d'un protocole de coopération, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent proroger la durée du financement prévu à l'article L. 4011-2-2 jusqu'à l'inscription des actes du protocole sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale. »

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

1° Le 9° de l'article L. 161-37 est ainsi rédigé :

« 9° Rendre l'avis mentionné au dernier alinéa de l'article L. 4011-2 du code de la santé publique » ;

2° A l'article L. 161-37, il est ajouté un 10° ainsi rédigé :

« 10° Rendre l'avis mentionné au second alinéa du I de l'article L. 4011-2-3 du code de la santé publique, ainsi qu'un avis portant évaluation de chacun des actes prévus par les protocoles de coopération conformément aux dispositions du 1° » ;

3° Au deuxième alinéa de l'article L. 162-1-7-1, après la référence : « L. 162-1-7 », sont insérés les mots : « ou au I de l'article L. 4011-2-3 du code de la santé publique » ;

4° Après le cinquième alinéa de l'article L. 162-1-7-1, il est ajouté un 4° ainsi rédigé :

« 4° Des actes inscrits dans un protocole de coopération ayant recueilli un avis favorable du collège des financeurs en application du III de l'article L. 4011-2-3 du code de la santé publique. » ;

5° Au premier alinéa de l'article L. 162-1-8, la référence : « 3° » est remplacée par la référence : « 4° ».

Exposé des motifs

Les protocoles de coopération permettent de réaliser dans un cadre sécurisé des délégations entre professionnels de santé, à l'initiative des professionnels, avec le soutien des agences régionales de santé et après validation par la Haute autorité de santé (HAS).

Depuis 2014, un collège des financeurs examine le modèle économique de ces protocoles et peut recommander, pour ceux qui font intervenir des professionnels libéraux, la prise en charge des actes dérogatoires par la branche maladie. Cette prise en charge est ensuite autorisée par arrêté ministériel, le cas échéant, pour une période limitée. La HAS évalue l'efficacité du protocole avant l'achèvement de cette période de financement dérogatoire.

Ainsi, en 2014, le collège des financeurs a examiné et donné un avis favorable à deux séries de protocoles, portant sur la réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste et sur la collaboration entre médecins et infirmiers réalisée par l'association ASALEE.

La mesure proposée a pour objet de permettre l'inscription pérenne, sur la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie, de ces pratiques innovantes lorsque leur efficacité aura été reconnue à l'issue de ces protocoles de coopération.

La pérennisation des actes réalisés jusqu'alors sous forme dérogatoire suppose, d'une part, de modifier les dispositions réglementaires définissant les actes respectifs des professionnels de santé et, d'autre part, d'inscrire ces actes, lorsqu'ils sont réalisés par des professionnels libéraux conventionnés, sur la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie.

Afin d'assurer la fluidité de ce processus, les procédures préalables à ces modifications seront accélérées, à l'instar des mesures adoptées par les lois de financement de la sécurité sociale pour 2014 et 2015 s'agissant de l'inscription des actes innovants.

Article 46

I. - Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Le 7° de l'article L. 121-7 est abrogé ;

2° Au *b* de l'article L. 313-3, les mots : « *b* du » et les mots : « , ainsi que pour les établissements et services mentionnés au *a* du 5° du I du même article » sont supprimés ;

3° Au 1° de l'article L. 314-3-1, les mots : « *b* du » sont supprimés ;

4° A l'article L. 314-4, les mots : « aux *a* du 5° , » et les mots : « et, à titre complémentaire, s'agissant des établissements et services mentionnés au *a* du 5° du I de l'article L. 312-1, des crédits inscrits à ce titre dans le budget du même exercice de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie » sont supprimés ;

5° A l'article L. 345-3, les mots : « ou dans un centre d'aide par le travail » sont supprimés ;

6° A l'article L. 344-4, les mots : « centres d'aide par le travail » sont remplacés par les mots : « établissements mentionnés au *a* du 5° du I de l'article L. 312-1 » et les mots : « pour les établissements de rééducation professionnelle par l'assurance maladie, et pour les centres d'aide par le travail par l'aide sociale à la charge de l'État » sont remplacés par les mots : « par l'assurance maladie ».

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

1° Le 3° de l'article L. 321-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

« 3° La couverture, sur décision de la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles :

« *a*) Des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements mentionnés au 2° et au 12° du I de l'article L. 312-1 du même code ainsi que celle des frais de traitement concourant à leur éducation dispensée en dehors de ces établissements, à l'exception de la partie de ces frais incombant à l'État en application des articles L. 112-1 à L. 112-4, L. 123-4-2, L. 351-1 à L. 351-3 et L. 352-1 du code de l'éducation ;

« *b*) Des frais de fonctionnement liés à l'activité sociale ou médico-sociale des établissements mentionnés au 5° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles » ;

2° L'article L. 412-8 est ainsi modifié :

a) Après le 17°, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 18° Les bénéficiaires de mises en situation dans les établissements et services définis au a du 5° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles prescrites par les maisons départementales des personnes handicapées ou les organismes assurant des services d'évaluation ou d'accompagnement des besoins des personnes handicapées mentionnés au sixième alinéa de l'article L. 146-3 du même code ou par des organismes accompagnant des mises en situation ayant passé convention avec la maison départementale des personnes handicapées leur ouvrant la possibilité de prescrire ces mises en situation, au titre des accidents survenus par le fait ou à l'occasion de leur participation à ces mises en situation. » ;

b) Au dernier alinéa, les mots : « et 17° » sont remplacés par les mots : « , 17° et 18° ».

III. - Les dispositions du I et du 1° du II s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2017.

Exposé des motifs

Les établissements et services d'aide par le travail (ESAT), établissements et services médico-sociaux, sont actuellement financés par le budget de l'Etat sur le programme 157. Ce financement présente l'inconvénient de conduire à la dissociation stricte de la tarification des ESAT de celle d'autres établissements ou services d'accueil et accompagnement des personnes handicapées financés par l'OGD, alors même qu'ils sont souvent gérés par une même association. Il interdit par ailleurs notamment la conclusion de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) à l'échelle de ces gestionnaires, qui feraient masse de l'ensemble des produits de la tarification en vue de rechercher une meilleure efficacité. Cela crée des obstacles aux passages des personnes handicapées d'un type de prise en charge à un autre, ou aux reconfigurations de l'offre de prise en charge pour mieux s'adapter aux besoins.

Dans ce contexte, alors que le développement des CPOM est fortement soutenu dans l'ensemble du secteur du handicap, la présente mesure transfère le financement de ces structures au sein de l'ONDAM. Elle permet ainsi de réunir les deux enveloppes et de financer les dépenses de fonctionnement des ESAT par des crédits d'assurance maladie via l'ONDAM médico-social.

La fongibilité ainsi réalisée favorisera, en application des orientations de la Conférence nationale du handicap de décembre 2014, l'insertion en milieu ordinaire de travail et permettra le développement de prises en charge adaptées au vieillissement des personnes handicapées et des personnes handicapées psychiques. En particulier, cette mesure permet de renforcer l'accompagnement demandé aux ARS pour l'adaptation au secteur protégé, et ce, en vue d'améliorer la continuité des parcours des personnes handicapées et de faciliter les passerelles entre milieu protégé et milieu ordinaire. Dans le cadre de la circulaire budgétaire n° DGCS/3B/5C/5A/2015/168 du 27 mai 2015 relative à la campagne budgétaire des ESAT, les ARS ont ainsi été invitées à développer la contractualisation pluriannuelle avec le déploiement de nouveaux CPOM conçus comme un levier important pour favoriser un accompagnement vers et dans l'emploi des travailleurs handicapés.

Ce transfert de financement, effectif en 2017, sera compensé par l'État à la sécurité sociale dans le cadre des lois financières pour 2017.

Enfin, la présente mesure vise à favoriser le développement des mises en situation au sein des ESAT en sécurisant leur cadre juridique. Elle a pour objet de permettre aux ESAT d'accueillir des bénéficiaires de mises en situation, sur proposition de l'équipe pluridisciplinaire mentionnée à l'article L. 146-8 du CASF ou d'organismes habilités à prescrire ces mises en situation, et d'assurer la couverture des personnes handicapées bénéficiant de ces mises en situation au titre des accidents du travail – maladies professionnelles (AT-MP).

Article 47

I. - Le titre I^{er} du livre III du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa de l'article L. 313-12-2 est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Les établissements et services mentionnés au 2°, au *b* du 5° et au 7° du I de l'article L. 312-1 relevant de la compétence tarifaire du directeur général de l'agence régionale de santé concluent avec ce dernier un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, mentionné à l'article L. 313-11. Ce contrat définit des objectifs en matière d'activité et de qualité de prise en charge. La conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entraîne l'application d'une tarification selon des modalités définies par décret en Conseil d'État. » ;

2° Le IV *bis* de l'article L. 314-7 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« La décision de tarification au titre de l'année prévoit, dans des conditions et selon des modalités prévues par décret, des tarifs de reconduction provisoires applicables au 1^{er} janvier de l'année qui suit.

« Dans le cas où les tarifs n'ont pas été arrêtés avant le 1^{er} janvier de l'exercice en cause et dans l'hypothèse où un tarif de reconduction provisoire n'a pas été fixé, les recettes relatives à la facturation desdits tarifs sont liquidées et perçues dans les conditions en vigueur au cours de l'exercice précédent jusqu'à l'intervention de la décision fixant le montant de ces tarifs. » ;

b) Au dernier alinéa, les mots : « du précédent alinéa » sont remplacés par les mots : « des deux précédents alinéas ».

II. - Après l'article L. 162-24-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-24-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-24-2.* - L'action des établissements médico-sociaux pour personnes handicapées mentionnés au 2°, au *b* du 5° et au 7° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles pour le paiement, par la caisse de rattachement mentionnée à l'article L. 174-8 du présent code, des prestations et soins médicaux à la charge de l'assurance maladie se prescrit par un an, à compter du premier jour du mois suivant celui auquel se rapporte la prestation facturée à la caisse.

« Cette prescription est également applicable à l'action intentée par l'organisme payeur en recouvrement des prestations indûment supportées, sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration, à compter de la date de paiement de la somme indue.

« Les modalités de reversement des sommes payées par la caisse de rattachement mentionnée à l'article L. 174-8 aux différents organismes d'assurance maladie ainsi que des sommes recouvrées par celle-ci en application du deuxième alinéa du présent article sont fixées par décret.

« La commission de recours amiable de la caisse mentionnée à l'article L. 174-8 est compétente pour traiter des réclamations relatives aux sommes en cause. »

III. - A. - Pour l'application du premier alinéa de l'article L. 313-12-2 du code de l'action sociale et des familles dans sa rédaction issue du 1° du I du présent article, le directeur général de l'agence régionale de santé établit par arrêté la liste des établissements et services mentionnés au 2°, au *b* du 5° et au 7° du I de l'article L. 312-1 du même code devant signer un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et la date prévisionnelle de cette signature, pour une période de six ans à compter du 1^{er} janvier 2016. Ce calendrier prévisionnel est mis à jour chaque année.

B. - L'article L. 162-24-2 du code de la sécurité sociale issu du II du présent article s'applique aux prestations et soins médicaux délivrés par les établissements médico-sociaux concernés à compter du 1^{er} janvier 2016.

Exposé des motifs

Permettre une amélioration de l'accompagnement des situations de handicap, notamment des plus complexes, constitue une des principales orientations de la feuille de route de la conférence nationale du handicap de décembre 2014.

Dans le cadre de la mission confiée à Marie-Sophie Desaulle pour construire « Une réponse accompagnée pour tous » afin de mettre en œuvre le rapport de Denis Piveteau « Zéro sans solution » : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches, la conclusion de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) avec les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) constitue un outil essentiel de transformation de l'offre et d'évolution des pratiques pour permettre un meilleur accompagnement des situations complexes de handicap. Ces contrats permettent de contractualiser avec ces ESMS sur des objectifs qualitatifs relatifs à l'accompagnement des personnes handicapées.

La conclusion de ces contrats permet également de réaliser un changement de modèle de financement des établissements en passant d'une tarification au prix de journée à un financement par dotation globale de financement. Cette évolution permet une meilleure allocation des ressources et un meilleur pilotage de l'objectif global des dépenses (OGD), en évitant les sous-estimations de l'activité d'un établissement qui peuvent conduire à tarifier plus que prévu.

Cette réforme s'inscrit dans le cadre des recommandations de la Cour des comptes et de la récente mission IGAS-IGF relative aux établissements et services pour personnes handicapées.

En outre, la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens qui accompagnera le passage en dotation globale permet de sécuriser financièrement le passage d'un tarif sous la forme d'un prix de journée au versement d'une dotation globale de financement. Il permettra également de contractualiser avec les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS) concernés sur des objectifs qualitatifs sur l'accompagnement des personnes handicapées.

La mesure prévoit par ailleurs un dispositif permettant d'améliorer la gestion du décalage entre l'exercice tarifaire et l'année civile. Il est donc proposé que les ARS fixent, dans l'attente de la conclusion des futurs CPOM, le prix de journée qui s'appliquera à titre conservatoire au début de l'exercice suivant. Ce dispositif permet de sécuriser les recettes de l'établissement sur les premiers mois de l'année. Un décret viendra préciser que ce prix de journée conservatoire correspond au niveau des crédits reconductibles de l'année en cours.

Enfin, par cohérence avec les mesures prises sur le champ sanitaire les années précédentes et afin d'améliorer le pilotage de l'ONDAM, il est proposé de ramener le délai de facturation des prestations à l'assurance maladie par les établissements pour personnes handicapées à un an.

Cette mesure concerne les catégories d'établissements qui relèvent de la compétence tarifaire des ARS et sont actuellement financées sous la forme d'un prix de journée sur l'OGD.

CHAPITRE III
POURSUITE DE LA REFORME DU FINANCEMENT DES ETABLISSEMENTS

Article 48

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° A la première phrase, l'année : « 2015 » est remplacée par l'année : « 2019 » ;

2° Après la deuxième phrase, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« La progression de la base de calcul de cette participation ne peut excéder un plafond fixé par décret. »

Exposé des motifs

Les dispositions de l'article 33 de la LFSS pour 2004 modifiées qui ont instauré la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) prévoient un maintien transitoire de l'assiette de calcul de la participation des assurés aux frais d'hospitalisation sur la base des tarifs journaliers de prestations (TJP) définis à partir du coût de revient prévisionnel des différentes catégories de soins de chaque établissement, en lieu et place des tarifs nationaux de prestations issus des groupes homogènes de séjours (GHS).

Une phase transitoire était rendue nécessaire pour deux motifs. Le premier résidait dans l'impossibilité technique pour ces établissements d'établir une facturation individuelle directe sur la base des tarifs nationaux au moment de la mise en œuvre de la réforme du financement. Le second était lié à l'effet financier de cette modification de l'assiette de calcul du ticket modérateur compte tenu du périmètre restreint des tarifs nouvellement définis par rapport au financement global du séjour qui intègre également des forfaits annuels et des dotations (MIGAC).

Or ces dispositions prévoient que cette période transitoire prend fin au 31 décembre 2015 alors même qu'une bascule sur les GHS n'est pas réalisable à cette date, notamment au vu des modifications encore en cours des processus de facturation qu'elle suppose et de l'impact financier massif pour les établissements de santé concernés lié à la réduction du périmètre des dépenses qui entreraient dans l'assiette de calcul du ticket modérateur. Il est donc proposé de maintenir les règles actuellement en vigueur jusqu'en 2020 afin, d'une part, de pouvoir s'appuyer sur des processus de facturation fiabilisés au sein des établissements et, d'autre part, de poursuivre les travaux en cours de définition d'une nouvelle assiette de participation qui permette, au contraire des seuls GHS, de faire porter le calcul de cette participation sur l'intégralité du champ couvert par l'assurance maladie et éviter des transferts financiers injustifiés entre établissements.

Dans l'intervalle, et afin de préparer l'échéance de 2020, une attention particulière sera portée au respect des règles de fixation du montant des TJP définies par décret. D'une part, dans la continuité des circulaires relatives à la campagne tarifaire des établissements de santé de ces trois dernières années, il sera demandé aux agences régionales de santé de veiller à ce que les établissements de santé poursuivent la baisse des TJP supérieurs au niveau auxquels ils devraient être s'ils étaient fixés conformément à la réglementation. D'autre part, il est également proposé de fixer une limite maximale d'évolution des TJP, qui sera déterminée par voie réglementaire. Ce nouveau plafonnement ne concernera que les établissements de santé dont le montant des TJP est conforme à la réglementation. Ainsi, seuls ces établissements auront la possibilité de les faire évoluer dans la limite du plafond, les autres établissements dont les TJP sont actuellement supérieurs au niveau auquel ils devraient être poursuivront leurs efforts de réduction. Ces deux dispositifs sont de nature à maîtriser le reste à charge des patients à l'hôpital, qui peut occasionner les restes à charge les plus élevés.

Article 49

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

1° Le 1° de l'article L. 133-4 est ainsi modifié :

a) Après la référence à l'article L. 162-22-7, est insérée la référence à l'article L. 162-23-6 ;

b) Les mots : « et L. 162-22-6 » sont remplacés par les mots : « , L. 162-22-6 et L. 162-23-1 » ;

2° Au deuxième alinéa de l'article L. 138-10, les mots : « à l'article L. 162-22-7 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 162-1-14-2, les mots : « de l'article L. 162-22-6 » sont remplacés par les mots « des articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 » ;

4° Au premier alinéa de l'article L. 162-5-17, les mots : « à l'article L. 162-22-7 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » ;

5° L'article L. 162-16-6 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa du I, les mots : « à l'article L. 162-22-7 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » et les mots : « au même article L. 162-22-7 » sont remplacés par les mots : « aux mêmes articles » ;

b) Au II, les mots : « à l'article L. 162-22-7 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » ;

6° Au premier alinéa de l'article L. 162-17-5, les mots : « à l'article L. 162-22-7 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » ;

7° L'article L. 162-22 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 162-22.* - Les établissements de santé autorisés en application de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique, sont financés :

« 1° Pour les activités de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique, d'odontologie, conformément aux dispositions de l'article L. 162-22-6 du présent code ;

« 2° Pour les activités de psychiatrie, conformément aux dispositions de l'article L. 162-22-1 dans les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 et aux dispositions de l'article L. 174-1 dans les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 ;

« 3° Pour les activités réalisées dans les unités ou centres de soins de longue durée mentionnées à l'article L. 174-5, conformément aux dispositions de l'article L. 174-1 ;

« 4° Pour les activités de soins de suite et de réadaptation, conformément aux dispositions de l'article L. 162-23-1. » ;

8° La sous-section 3 de la section V du chapitre II du titre VI du livre I^{er} est intitulée : « Dispositions relatives aux activités de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique et d'odontologie » ;

9° Après la sous-section 3 de la section V du chapitre II du titre VI du livre I^{er}, il est inséré une sous-section 4 ainsi rédigée :

*« Sous-section 4
« Dispositions relatives aux activités de soins de suite et de réadaptation*

« Art. L. 162-23. - I. - Chaque année est défini un objectif des dépenses d'assurance maladie afférent aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22, qui sont exercées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6. Cet objectif est constitué du montant annuel des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie, afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés au cours de l'année dans le cadre de ces activités. Le contenu de cet objectif est défini par décret.

« Le montant de cet objectif est arrêté par l'État en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

« Il prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant, notamment celles relatives aux conversions d'activité. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte ces évolutions réalisées en cours d'année.

« Il distingue les parts afférentes :

« 1° Aux dépenses relatives au financement de la liste des spécialités pharmaceutiques définie à l'article L. 162-23-6 ;

« 2° A la dotation nationale définie à l'article L. 162-23-8.

« II. - Un décret en Conseil d'État précise les éléments pris en compte pour la détermination de cet objectif ainsi que les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminés les éléments mentionnés au 1° à 6° de l'article L. 162-23-4 compatibles avec le respect de l'objectif, en prenant en compte à cet effet, notamment, les prévisions d'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours, mesurée notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique. Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 2° de l'article L. 162-23-4 susmentionné peuvent être déterminés en tout ou partie à partir des données afférentes au coût relatif des prestations issues notamment de l'étude nationale de coûts définie à l'article L. 6113-11 du code de la santé publique.

« Art. L. 162-23-1. - Pour les activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22, un décret en Conseil d'État pris après avis des organisations les plus représentatives des établissements de santé, détermine :

« 1° Les catégories de prestations d'hospitalisation sur la base desquelles les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la classification des prestations donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ;

« 2° Les catégories de prestations pour exigence particulière des patients, sans fondement médical, qui donnent lieu à facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ;

« 3° Les modalités de facturation des prestations d'hospitalisation faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie.

« Art. L. 162-23-2. - Les activités de soins de suite et de réadaptation mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 sont financées selon les modalités suivantes :

« 1° Par des recettes issues de l'activité de soins dans les conditions définies à l'article L. 162-23-3 ;

« 2° Par, le cas échéant, des financements complémentaires prenant en charge :

« a) Les spécialités pharmaceutiques dans les conditions définies à l'article L. 162-23-6 ;

« b) Les plateaux techniques spécialisés dans les conditions définies à l'article L. 162-23-7 ;

« c) Les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation dans les conditions définies à l'article L. 162-23-8 ;

« d) L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, dans les conditions définies à l'article L. 162-23-15.

« Art. L. 162-23-3. - Les activités de soins de suite et de réadaptation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-2, exercées par les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 sont financées par :

« 1° Une dotation calculée chaque année sur la base de l'activité antérieure, mesurée par les données prévues aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique, valorisée par une fraction des tarifs mentionnés au 2° de l'article L. 162-23-4 et par le taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie au titre de cette activité, affectés le cas échéant du coefficient géographique mentionné au 3° de l'article L. 162-23-4 ainsi que du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 ;

« 2° Pour chaque séjour, un montant forfaitaire correspondant à une fraction des tarifs mentionnés au 2° de l'article L. 162-23-4, affectés le cas échéant du coefficient géographique mentionné au 3° de l'article L. 162-23-4 ainsi que du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5.

« *Art. L. 162-23-4.* - Chaque année, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-23 :

« 1° Le niveau des fractions mentionnées au 1° et 2° de l'article L. 162-23-3 ;

« 2° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 servant de base au calcul de la participation de l'assuré, qui peuvent être différenciés par catégories d'établissements. Ces tarifs sont calculés en fonction de l'objectif défini à l'article L. 162-23 ;

« 3° Le cas échéant, les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux mentionnés ci-dessus et au forfait prévu à l'article L. 162-23-7, des établissements implantés dans certaines zones afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques, qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée ;

« 4° Le coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 ;

« 5° Le coefficient mentionné au II de l'article L. 162-23-6 ;

« 6° Le montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-23-7.

« Les éléments mentionnés aux 1 à 3 du présent article prennent effet au 1^{er} mars de l'année en cours et les éléments mentionnés aux 4° à 6° prennent effet au 1^{er} janvier de l'année en cours.

« *Art. L. 162-23-5.* - I. - Les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 2° de l'article L. 162-23-4 servant de base au calcul de la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 162-23-3 et du montant forfaitaire mentionné au 2° du même article, peuvent être minorés par l'application d'un coefficient, de manière à concourir au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. La valeur de ce coefficient peut être différenciée par catégorie d'établissements.

« II. - Au regard notamment de l'avis mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, l'État peut décider de verser aux établissements de santé tout ou partie du montant correspondant à la différence entre les montants issus de la valorisation de l'activité des établissements par les tarifs mentionnés au 2° de l'article L. 162-23-4 et ceux issus de la valorisation de cette même activité par les tarifs minorés du coefficient mentionné au I du présent article.

« *Art. L. 162-23-6.* - I. - L'État fixe, 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, la liste des spécialités pharmaceutiques dispensées aux patients pris en charge dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 et bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché, qui peuvent être prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1. Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge des spécialités pharmaceutiques en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-23-1.

« II. - Les établissements sont remboursés sur présentation des factures, dans le respect du montant affecté aux dépenses relatives au financement de la liste des spécialités pharmaceutiques prévu au 1° du I. de l'article L. 162-23. Ces remboursements peuvent être minorés par l'application d'un coefficient, de manière à concourir au respect de ce montant.

« Sous réserve du respect du montant défini au 1° du I de l'article L. 162-23, l'État peut verser aux établissements de santé le montant correspondant à la différence entre les montants issus des factures et ceux issus des factures minorés du coefficient mentionné au précédent alinéa. Avant le 1^{er} mai de l'année suivante, l'État arrête le montant à verser aux établissements de santé.

« *Art. L. 162-23-7.* - Les charges non prises en compte par les tarifs des prestations mentionnés au 2° de l'article L. 162-23-4 liées à l'utilisation de plateaux techniques spécialisés par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 qui, par leur nature, nécessitent la mobilisation de moyens importants, peuvent être compensées en tout ou partie par un forfait.

« Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des plateaux techniques spécialisés mentionnés au premier alinéa du présent article.

« *Art. L. 162-23-8.* - I. - Le montant prévu au 2° du I. de l'article L. 162-23, affecté aux dotations nationales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé mentionnés aux *a, b, c* et *d* de l'article L. 162-22-6, participe notamment au financement des engagements relatifs :

« 1° Aux missions mentionnées à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique à l'exception des formations prises en charge par la région en application des articles L. 4151-9, L. 4244-1 et L. 4383-5 du même code ;

« 2° A la mise en œuvre des orientations du schéma régional d'organisation des soins ;

« 3° A l'amélioration de la qualité des soins ;

« 4° A la réponse aux priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire, notamment la création de communautés hospitalières de territoire, par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-1-7 ;

« 5° A la mise en œuvre de la politique nationale en matière d'innovation médicale ou au rôle de recours dévolu à certains établissements.

« Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-22-6, cette dotation participe également au financement des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques.

« Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des missions financées par cette dotation.

« Ces engagements sont mentionnés au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique ou, à défaut, dans un engagement contractuel spécifique.

« Lorsque des établissements de santé ont constitué un groupement de coopération sanitaire pour mettre en œuvre tout ou partie de leurs missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, la dotation de financement relative aux missions transférées peut être versée directement au groupement de coopération sanitaire par la caisse d'assurance maladie désignée en application de l'article L. 174-2 ou de l'article L. 174-18, selon le cas.

« Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, en fonction du montant mentionné au 2° du I. de l'article L. 162-23 et après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés, le montant des dotations régionales.

« II. - Le montant annuel de la dotation de chaque établissement est fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé en fonction des missions d'intérêt général, des activités de soins dispensés à des populations spécifiques et des objectifs et des orientations prévus dans le cadre de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et de leur état d'avancement, ou, à défaut, dans le cadre de l'engagement contractuel spécifique prévu au 1° du présent article.

« Les modalités de versement et de prise en charge de cette dotation sont fixées à l'article L. 162-23-10.

« *Art. L. 162-23-9.* - Dans les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6, les tarifs nationaux prévus au 2° de l'article L. 162-23-4 affectés le cas échéant du coefficient géographique prévu au 3° de l'article L. 162-23-4 servent de base à l'exercice des recours contre les tiers et à la facturation des prestations prévues au 1° de l'article L. 162-23-1 des malades non couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20 du présent code.

« *Art. L. 162-23-10.* - Le forfait plateaux techniques spécialisés et les dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnés respectivement aux articles L. 162-23-7 et L. 162-23-8 sont versés aux établissements dans les conditions fixées par voie réglementaire, par les caisses mentionnées aux articles L. 174-2 ou L. 174-18.

« *Art. L. 162-23-11.* - Les modalités d'application de la présente sous-section font l'objet d'un décret en Conseil d'État. » ;

10° Après la sous-section 4 de la section V du chapitre II du titre VI du livre premier, il est créé une sous-section 5 intitulée : « Dispositions communes aux activités de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique et d'odontologie et aux activités de soins de suite et de réadaptation » et comprenant les articles L. 162-22-17, L. 162-22-18, L. 162-22-19 et L. 162-22-20, qui deviennent les articles L. 162-23-12 à L. 162-23-15 nouveaux, et sont ainsi modifiés :

a) Au premier alinéa de l'article L. 162-22-18, qui devient L. 162-23-13, les mots : « de l'article L. 162-22-6 » sont remplacés par les mots : « des articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 » ;

b) Au 2° de l'article L. 162-22-19, qui devient l'article L. 162-23-14, les mots : « à l'article L. 162-22-13 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-22-13 et L. 162-23-8 » ;

c) L'article L. 162-22-20, qui devient l'article L. 162-23-15, est ainsi modifié :

- au premier alinéa, après les mots : « au 1° », sont insérés les mots : « et au 4° » ;

- au dernier alinéa, le mot : « définis » est remplacé le mot « définies ».

11° A la section V du chapitre II du titre IV du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, la sous-section 3 intitulée : « Dispositions diverses » devient la sous-section 6 ;

12° L'article L. 162-26 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-1-7, L. 162-14-1 et L. 162-21-1 et » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « de soins de suite ou de réadaptation » sont supprimés.

13° L'article L. 162-27 est ainsi modifié :

a) Au deuxième alinéa, les mots : « au 1° de l'article L. 162-22-6, » sont remplacés par les mots : « aux 1° des articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 » ;

b) Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque ces spécialités sont inscrites sur la liste mentionnée à l'article L. 162-23-6, elles bénéficient d'un remboursement sur facture dans les conditions définies à ce même article et sur la base du tarif de responsabilité prévu à l'article L. 162-16-6. » ;

c) Au dernier alinéa, après les mots : « sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 », sont insérés les mots : « ou à l'article L. 162-23-6 ».

14° Le premier alinéa de l'article L. 174-2-1 est ainsi modifié :

a) Les mots : « au 1° de l'article L. 162-22-6 », sont remplacés par les mots : « aux 1° des articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 » ;

b) Les mots : « à l'article L. 162-22-7 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 ».

15° L'article L. 174-15 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « L. 162-22-18, » sont remplacés par les mots : « L. 162-23-13, L. 162-23-15 » ;

b) Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Sont applicables aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées les dispositions des articles L. 162-23-1 à L. 162-23-10. » ;

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

« Les dépenses afférentes aux activités visées au second alinéa sont prises en compte au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-23. » ;

16° L'article L. 753-4 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après la référence : « L. 162-22-7 » sont ajoutés les mots : « et L. 162-23-6 » ;

b) Au 3°, les mots : « la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 » sont remplacés par les mots : « les listes mentionnées aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 ».

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

1° L'article L. 6145-1 est ainsi modifié :

a) Après la référence : « L. 162-22-10 », sont insérés les mots : « et au 2° de l'article L. 162-23-4 » ;

b) Les mots : « à l'article L. 162-22-7 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » ;

c) Les mots : « à l'article L. 162-22-8 du même code, » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-22-8 et L. 162-23-7 du même code, du forfait prévu à l'article L. 162-23-15 du même code, » ;

d) Les mots : « à l'article L. 162-22-14 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-22-14 et L. 162-23-8 » ;

e) Après la référence : « L. 162-22-16 » est insérée la référence : « , L. 162-23-3 ».

2° L'article L. 6145-4 est ainsi modifié :

a) Après la référence : « L. 162-22-10 » sont insérés les mots : « ou au 2° de l'article L. 162-23-4 » ;

b) Au 2°, après la référence : « L. 162-22-14 » sont insérés les mots : « et au II de l'article L. 162-23-8 » ;

c) Il est inséré un 4° ainsi rédigé :

« 4° Une modification des éléments mentionnés aux 1°, 2°, 3° et 6° de l'article L. 162-23-4 du même code. »

III. - Les dispositions du présent article sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2017, sous réserve des dispositions suivantes :

A - Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et au plus tard jusqu'au 1^{er} mars 2022, le niveau des fractions mentionnées au 1^o de cet article peut être différencié entre les établissements des *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du même code d'une part, et les établissements des *d* et *e* de ce même article d'autre part.

B - Par dérogation aux dispositions des articles L. 162-23-3 et L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et au plus tard jusqu'au 1^{er} mars 2022, les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1^o de l'article L. 162-23-1 du même code sont prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base des tarifs mentionnés à l'article L. 162-23-4 du même code, dans les conditions définies à l'article L. 162-23-2 et L. 162-23-3 du même code affectés d'un coefficient de transition, déduction faite, le cas échéant, de la participation de l'assuré.

Le coefficient de transition mentionné à l'alinéa précédent est calculé pour chaque établissement pour prendre en compte l'impact sur ses recettes d'assurance maladie des modalités de financement définies aux articles L. 162-23-2, L. 162-23-3 et L.162-23-4 par rapport à celles préexistantes. Le coefficient ainsi calculé prend effet à compter du 1^{er} mars 2017 et s'applique jusqu'au 28 février 2022 au plus tard. Le coefficient doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1^{er} mars 2022.

Chaque année, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent le taux moyen régional de convergence des coefficients de transition des établissements de santé.

L'État fixe les règles générales de modulation du taux moyen régional de convergence entre les établissements de la région. Le taux moyen de convergence des coefficients de transition des établissements pour lesquels ce coefficient est inférieur à un peut excéder le taux moyen régional de convergence à la condition que la masse financière supplémentaire résultant de ce dépassement soit prélevée sur les établissements pour lesquels le coefficient de transition est supérieur à un. Ce prélèvement résulte de l'application d'un taux de convergence pour ces établissements supérieur au taux moyen régional.

La valeur du coefficient de transition de chaque établissement est fixée par le directeur général de l'agence régionale de santé et prend effet à la date d'entrée en vigueur des tarifs de prestation mentionnés à l'article L. 162-23-4 du même code. Le coefficient de transition de chaque établissement doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1^{er} mars 2022.

Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application des dispositions relatives au coefficient de transition.

C - Par dérogation aux dispositions de l'article L. 174-2-1 du même code dans sa rédaction issue de la présente loi, les prestations d'hospitalisation, les actes et consultations externes ainsi que les spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-23-6 du même code ne sont pas facturés à la caisse désignée à l'article L. 174-2 du même code. Les établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du même code transmettent à échéances régulières à l'agence régionale de santé, pour les activités mentionnées au 4^o l'article L. 162-22 du même code, leurs données d'activité y compris celles relatives aux consultations externes. Ils lui transmettent simultanément la consommation des spécialités pharmaceutiques mentionnés ci-dessus.

Les établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.

L'agence régionale de santé procède, pour chaque établissement, à la valorisation, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, de l'activité par application des tarifs des prestations fixés en application de l'article L. 162-23-4 du même code dans les conditions prévues au B du III du présent article et de la consommation des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés au premier alinéa du présent C. L'agence régionale arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.

L'agence régionale de santé procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-23-13 du même code, lorsqu'elle constate des anomalies, après que l'établissement a été mis en mesure de faire connaître ses observations, elle déduit les sommes indûment versées du montant des périodes suivantes.

La dérogation prévue au présent C prend fin au plus tard au 1^{er} mars 2020 selon des modalités calendaires, précisées par décret, qui peuvent être différentes en fonction de la catégorie des établissements et selon qu'il s'agit, d'une part, d'actes et de consultations externes ou, d'autre part, de prestations d'hospitalisation et de spécialités pharmaceutiques, mentionnées à l'article L. 162-23-6 du même code.

IV. - Du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2016, par dérogation aux dispositions des articles L. 162-22-2 et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, une part du montant des objectifs mentionnés aux mêmes articles est affectée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale à la constitution d'une dotation. Cette dotation participe au financement des missions d'intérêt général exercées par les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b*, *c* et *d* de l'article L. 162-22-6 du même code dans le cadre de leur activité de soins de suite et de réadaptation.

Les engagements des établissements de santé sont mentionnés au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique.

Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent :

- la liste des missions financées par cette dotation ;

- le montant des dotations régionales, en fonction du montant mentionné au premier alinéa du présent IV et après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé.

Le montant annuel de la dotation de chaque établissement est fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé en fonction des missions d'intérêt général, des activités de soins dispensés à des populations spécifiques et des objectifs et des orientations prévus dans le cadre de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et de leur état d'avancement. Ces dotations sont versées aux établissements, dans les conditions fixées par décret, par les caisses mentionnées aux articles L. 174-2 ou L. 174-18.

V. - Du 1^{er} janvier 2016 au 28 février 2017, un montant afférant aux dépenses relatives à la consommation de molécules onéreuses est identifié au sein de la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale allouée aux établissements de santé au titre de leurs activités de soins de suite et de réadaptation.

Exposé des motifs

Le domaine des soins de suite et réadaptation (SSR) se situe au cœur du parcours de soins, dont il constitue un pivot entre l'hospitalisation de court séjour, en amont, et la prise en charge en ville ou dans le secteur médico-social, en aval.

Pour autant, le paysage des SSR est caractérisé, à l'heure actuelle, par une profonde hétérogénéité des structures et des modes de financement qui ne permet pas de répondre de manière optimale aux besoins de la population et ne favorise pas la fluidité du parcours de soins.

Le présent article vise à réformer le financement des soins de suite et de réadaptation pour pallier les carences du système actuel et permettre une allocation des ressources plus efficiente et plus équitable entre les secteurs et entre les établissements, tout en favorisant le développement des prises en charge ambulatoires.

Il s'agit de mettre en œuvre un modèle de financement innovant, commun aux secteurs public et privé, qui articule de manière équilibrée des financements par dotations, permettant aux établissements de disposer d'un socle de ressources garanties et de mettre en œuvre des stratégies pluriannuelles, et des financements tenant compte de la dynamique d'activité des établissements et des spécificités du champ SSR (financement des molécules onéreuses, des missions d'intérêt général et des plateaux techniques spécialisés). Ce modèle de financement comporte par ailleurs les leviers de régulation nécessaires à la maîtrise de la dépense publique.

Article 50

I. - L'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

A. - Au premier alinéa, les mots : « En application du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins prévu à l'article L. 162-30-4 » sont remplacés par les mots : « Lorsqu'il constate que les pratiques ou les prescriptions d'un établissement de santé ne sont pas conformes à l'un des référentiels mentionnés à l'article L. 162-30-3 ou lorsque l'établissement est identifié en application du plan d'actions ».

B. - A l'avant-dernier alinéa, les mots : « l'avant-dernier alinéa du II de » sont supprimés.

II. - A l'article L. 162-22-7 du même code, les deuxième à cinquième alinéas du I sont supprimés et le II est abrogé.

III. - Les articles L. 162-30-2 à L. 162-30-4 du même code sont remplacés par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 162-30-2.* - Un contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins est conclu avec le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie et avec chaque établissement de santé relevant de leur ressort géographique. Il a pour objet d'améliorer la qualité, la sécurité et la pertinence des soins et des prescriptions, et de permettre une diminution des dépenses de l'assurance maladie.

« Ce contrat comporte :

« 1° Un volet obligatoire relatif au bon usage des médicaments, des produits et prestations ;

« 2° Le cas échéant, un ou plusieurs volets additionnels conclus avec les établissements identifiés en application du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins ou ne respectant pas, sur certains actes, prestations ou prescriptions des établissements de santé ou des professionnels y exerçant, un ou plusieurs référentiels de qualité, de sécurité des soins, de seuils exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie mentionnés à l'article L. 162-30-3.

« Le contrat est conclu pour une durée indéterminée. Par dérogation, les volets additionnels peuvent être conclus pour une durée limitée d'au maximum cinq années. Il prévoit, conformément à un contrat-type fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les obligations respectives des parties signataires, les objectifs à atteindre par l'établissement ainsi que leurs modalités d'évaluations. En l'absence de contrat-type national, l'agence régionale de santé peut arrêter un contrat-type régional.

« En cas de refus par un établissement de santé de conclure ce contrat ou l'un de ses volets, le directeur général de l'agence régionale de santé prononce, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, une sanction financière correspondant à 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos. La somme de cette sanction et de celles mentionnées à l'article L. 162-30-3 ne peut être supérieure à 5% des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos. Le produit de ces sanctions est versé à l'assurance maladie. En cas de refus de conclure les volets relatifs aux produits de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé peut décider de réduire à hauteur de 70 % la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7. Dans tous les cas, la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients.

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

« *Art. L. 162-30-3.* - L'État arrête, sur la base de l'analyse nationale ou régionale des dépenses d'assurance maladie et des recommandations élaborés par la Haute Autorité de santé, l'Institut national du cancer ou l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, des référentiels de pertinence, de qualité, de sécurité des soins, de seuils exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie sur certains actes, prestations ou prescriptions des établissements de santé ou des professionnels y exerçant. Ils peuvent porter sur l'ensemble des prestations d'assurance maladie, dès lors qu'elles sont prescrites ou dispensées au sein d'un établissement de santé. Ils peuvent être nationaux ou régionaux.

« 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, précisant notamment les critères retenus pour identifier les établissements de santé devant conclure un volet additionnel au contrat mentionné à l'article L. 162-30-2.

« Lorsque l'agence régionale de santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, constate que les pratiques d'un établissement ou les prescriptions des médecins y exerçant ne sont pas conformes à un ou plusieurs des référentiels arrêtés par l'État ou en application du plan d'actions régional susmentionné, elle peut proposer à cet établissement de conclure un avenant au contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins mentionné à l'article L. 162-30-2.

« Les modalités d'élaboration du plan d'actions, les catégories d'actes, prestations, ou prescriptions qui font l'objet de ces contrats ainsi que la nature des données prises en compte et les méthodes utilisées pour arrêter ces référentiels et vérifier la conformité des pratiques des établissements sont déterminées par décret.

« Art. L. 162-30-4. - La réalisation des objectifs fixés par le contrat mentionné à l'article L. 162-30-2 fait l'objet d'une évaluation annuelle. En cas de non réalisation ou de réalisation partielle de ces objectifs, le directeur général 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, prononcer une sanction financière proportionnelle à l'ampleur des manquements constatés et à leur impact sur les dépenses d'assurance maladie, dans la limite, pour chaque volet du contrat, de 1% des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos, et dans la limite totale pour l'ensemble des volets de 5% de ces produits par an.

« La non réalisation ou la réalisation partielle des objectifs peuvent également donner lieu à mise sous accord préalable de certaines prestations ou prescriptions, dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-17, ou, lorsqu'il s'agit de manquements relatifs à des produits de santé, à la réduction, dans la limite de 30 % et en tenant compte des manquements constatés, de la part prise en charge par l'assurance maladie des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 en lieu et place de la sanction mentionnée à l'alinéa précédent. Dans tous les cas, la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients. »

IV. - L'article L. 322-5-5 du même code est abrogé.

V. - Les dispositions des articles L. 162-30-2 et L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction issue de la présente loi s'appliquent au lendemain de la publication du décret mentionné à l'article L. 162-30-2 pour les nouveaux contrats et au plus tard au 1^{er} janvier 2018.

Les contrats conclus avant la publication du décret précité continuent à produire leurs effets jusqu'au 31 décembre 2017.

Les dispositions de l'article L. 162-30-4 du même code dans sa rédaction issue du présent article s'appliquent au lendemain de la publication du décret mentionné à cet article pour les nouveaux contrats. Les contrats conclus avant la publication du décret précité continuent à produire leurs effets jusqu'au 31 décembre 2017.

Exposé des motifs

Depuis plusieurs années, de nombreux dispositifs contractuels entre les établissements de santé et les agences régionales de santé ont vu le jour. Ces derniers ont pour objectif de garantir un juste recours à des soins de qualité, ce qui implique notamment une régulation des dépenses d'assurance maladie qui ne seraient pas justifiées au regard de la pertinence des actes, des prestations ou des prescriptions.

Toutefois, la multiplicité des supports contractuels, la diversité des régimes de sanctions qui s'y attachent, la disparité des signataires sont à la fois source de complexité et occasionnent une perte de visibilité et d'efficacité sur la nature et les objectifs de la démarche contractuelle. C'est pourquoi, il est proposé de fusionner l'ensemble des contrats ayant le même objectif dans un même support et d'harmoniser les procédures et sanctions applicables. Ce nouveau contrat permettra d'une part, de redonner son sens et une plus grande lisibilité au modèle contractuel et d'autre part, de permettre aux établissements de santé, aux ARS et l'assurance maladie de s'inscrire dans une démarche partagée.

Article 51

I. - La dernière phrase du II de l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « issues notamment des études nationales de coûts mentionnées à l'article L. 6113-11 du code de la santé publique ».

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

1° L'article L. 6113-11 devient l'article L. 6113-14 ;

2° Après l'article L. 6113-10-2, sont insérés les articles L. 6113-11 à L. 6113-13 ainsi rédigés :

« *Art. L. 6113-11.* - Afin de disposer de données sur les coûts de prise en charge au sein des établissements de santé, des études nationales de coûts sont réalisées chaque année auprès d'établissements de santé relevant des catégories mentionnées aux *a* à *d* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

« Ces études portent sur des champs d'activités définis par décret en Conseil d'État.

« La réalisation de ces études est confiée à une personne publique désignée par décret en Conseil d'État.

« *Art. L. 6113-12.* - Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent chaque année, sur proposition de la personne publique mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 6113-11 et après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, la liste des établissements de santé participant aux études nationales de coûts de l'année suivante.

« Cette liste est élaborée dans les conditions suivantes :

« 1° Un appel à candidature est réalisé par la personne publique mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 6113-11. Les établissements de santé ayant fait acte de candidature participent aux études nationales de coûts sous réserve qu'ils soient en capacité de fournir des données, notamment médicales et comptables, nécessaires à leur réalisation. Dans le cas contraire, ils peuvent bénéficier d'un accompagnement en vue de préparer leur participation aux études nationales de coûts de l'année suivante ;

« 2° A l'issue de l'appel à candidature mentionné au 1°, lorsque la liste d'établissements sélectionnés est insuffisante pour disposer de données fiables sur les coûts de prise en charge au sein des établissements de santé, la personne publique mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 6113-11 met en œuvre une procédure complémentaire de sélection d'établissements de santé dont la participation aux études nationales de coûts permettrait, en raison de leur statut ou de leurs activités, d'améliorer la fiabilité des coûts mesurés.

« Les établissements sélectionnés selon cette procédure complémentaire transmettent à la personne publique mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 6311-1 les informations permettant de s'assurer de leur capacité à fournir les données nécessaires à la réalisation des études nationales de coûts. Seuls les établissements étant en capacité de fournir de telles données participent aux études nationales de coûts. Les établissements qui ne remplissent pas cette condition peuvent bénéficier d'un accompagnement en vue de préparer leur participation aux études nationales de coûts de l'année suivante.

« En cas de refus par un établissement de santé sélectionné selon la procédure complémentaire de transmettre à la personne publique mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 6113-11 les informations mentionnées au précédent alinéa, le directeur général de l'agence régionale de santé prononce, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière dans la limite de 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos.

« *Art. L. 6113-13.* - Une convention est signée entre la personne publique mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 6113-11 et chaque établissement figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 6113-12.

« En cas de refus par un établissement de santé de signer cette convention, le directeur général de l'agence régionale de santé prononce, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière dans la limite de 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos.

« En contrepartie des moyens engagés par l'établissement pour produire les données nécessaires à la réalisation des études nationales de coûts, la personne publique mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 6113-11 assure à celui-ci un financement dans les conditions définies par la convention.

« En cas de non-respect de ses obligations contractuelles, l'établissement restitue les indemnités perçues dans les conditions définies par la convention. »

Exposé des motifs

La fiabilité et la pertinence du modèle de financement des établissements de santé, singulièrement pour la partie directement financée à l'activité, dépendent en grande partie de la qualité des données issues des études nationales de coûts.

Les coûts de prise en charge constituent en effet une référence incontournable pour fixer le bon niveau des tarifs ou le bon niveau des dotations allouées aux établissements.

La participation aux études nationales de coûts est aujourd'hui basée sur le volontariat. En conséquence, et bien que les établissements participants bénéficient d'un accompagnement financier, la mesure des coûts est parfois difficile pour certaines activités ou pour certaines catégories juridiques d'établissements, faute d'établissements volontaires en nombre suffisant pour atteindre un niveau de représentativité satisfaisant.

La mesure proposée prévoit donc de définir une procédure de constitution des échantillons à même de garantir la fiabilité des données issues des études de coûts.

CHAPITRE IV
AUTRES MESURES ET OBJECTIFS FINANCIERS

Article 52

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

1° Le 5° de l'article L. 162-14-1 est ainsi modifié :

a) Après les mots : « revenus tirés des activités non salariées réalisées », sont insérés les mots : « dans le cadre des activités de permanence des soins mentionnées à l'article L. 1435-5 du code de la santé publique, et » ;

b) Les mots : « l'assiette et » sont remplacés par les mots : « les catégories de revenus pour lesquelles ces cotisations peuvent être prises en charge, » ;

2° L'article L. 612-3 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 612-3.* - Il est institué au profit du régime d'assurance maladie-maternité défini par le présent titre une contribution à la charge des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés mentionnés à l'article L. 722-1, dont le taux est égal à 3,25 %.

« Cette contribution est calculée et recouvrée dans les conditions prévues aux articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2 sur la part des revenus d'activité professionnelle tirés :

« 1° Des dépassements mentionnés au 1° de l'article L. 162-14-1, au 18° de l'article L. 162-5 et à l'article L. 162-5-13 ;

« 2° Des activités ne relevant pas du champ des conventions mentionnées à l'article L. 162-14-1, à l'exception des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut leur rémunération, et de la participation à la permanence des soins définie à l'article L. 1435-5 du code de la santé publique. »

II. - Jusqu'au 1^{er} janvier 2018, la participation financière de l'assurance maladie prévue au 5° de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction résultant du présent article est plafonnée, sauf en cas d'accord conclu à compter de la publication de la présente loi, à un montant calculé, pour chaque catégorie de revenus prise en compte dans les conventions mentionnées au même article, sur la base du taux des cotisations applicables à cette catégorie de revenus diminué de 0,1 point.

III. - Le présent article est applicable aux cotisations dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2016, y compris en ce qui concerne les cotisations calculées à titre provisionnel pour l'exercice 2016.

Pour l'année 2016 et par dérogation au taux prévu à l'article L. 612-3 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction résultant du présent article, le taux de la contribution définie au même article est fixé à 1,65 %.

Exposé des motifs

Le taux des cotisations maladie, maternité et décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC), qui sont affiliés à un régime spécifique de sécurité sociale pour ce risque, est supérieur à celui des autres travailleurs non salariés, alors même que l'essentiel de ces cotisations est pris en charge par la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). En pratique, l'assurance maladie finance donc elle-même la plus grande part des cotisations maladie que les PAMC doivent lui verser et ce, sur la base de taux supérieurs à ceux qui s'appliquent aux autres travailleurs non salariés. Cette opération circulaire est retracée dans les comptes de l'assurance maladie et dans l'ONDAM sans se traduire par des flux financiers réels.

Le taux de la cotisation maladie applicable dans le régime des PAMC sera progressivement aligné par décret sur celui applicable au régime social des indépendants (RSI). La baisse du taux de la cotisation applicable dans le régime des PAMC se traduira par une réduction à due concurrence de la prise en charge de l'assurance maladie.

La mesure s'appuie pour ce faire sur une redéfinition de la cotisation sociale de solidarité due par les PAMC et affectée au RSI. Ce dernier prélèvement, qui revêt le caractère d'une imposition de toute nature, a en effet perdu l'essentiel de sa vocation initiale dans la mesure où, à la faveur du transfert entre cotisations et CSG, son taux a été abaissé à un niveau quasi nul (0,01 %). Afin de conserver identique le montant net des prélèvements acquittés par les professionnels, et pour maintenir, en accord avec les principes mis en œuvre depuis plusieurs années dans le cadre de la politique conventionnelle entre les praticiens et l'assurance maladie, l'objectif majeur d'incitation à la limitation des dépassements et actes non remboursés par les praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, l'assiette de la cotisation redéfinie par le présent article sera assise sur les seuls revenus tirés de ces activités alors que la cotisation actuelle mentionnée à l'article L. 612-3 du code de la sécurité sociale porte sur l'ensemble des revenus. Son taux sera ajusté de façon à maintenir inchangé le niveau des prélèvements pesant sur cette catégorie de revenus.

La mesure permettra ainsi d'aligner progressivement par décret le taux de la cotisation maladie applicable dans le régime des PAMC sur celui applicable au RSI, l'ajustement du taux de la cotisation redéfinie par le présent article, limitée comme indiqué à l'assiette liée aux dépassements et revenus non conventionnés, permettant de maintenir inchangé le niveau des prélèvements pesant sur cette catégorie de revenus. La baisse du taux de la cotisation applicable dans le régime des PAMC se traduira par une réduction à due concurrence de la prise en charge de l'assurance maladie.

Afin de ne pas modifier l'équilibre général des conventions pluriannuelles qui lient ces acteurs, la mesure proposée prévoit en outre que le niveau des cotisations restant à la charge des professionnels après prise en charge par la CNAMTS restera limité à ce que ces conventions prévoient aujourd'hui dans ce domaine.

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 mentionnée à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est fixé à 307 millions d'euros pour l'année 2016.

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 87,5 millions d'euros pour l'année 2016.

III. - Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires mentionné à l'article L. 3135-1 du code de la santé publique est fixé à 15,2 millions d'euros pour l'année 2016.

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 en direction des personnes âgées ou handicapées, mentionnée au 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, est fixé à 117,17 millions d'euros pour l'année 2016.

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 2016, il est proposé que cette dotation s'élève à 307 millions d'euros.

II. - Il est proposé de fixer à 87,5 millions d'euros la dotation pour 2016 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 2016 à la charge de l'assurance maladie sont estimées à 120,5 millions d'euros (dont 92,4 millions d'euros au titre des indemnisations). Compte tenu des autres produits de l'office estimés pour 2016 à 27 millions d'euros, une dotation de l'assurance maladie de 87,5 millions d'euros est proposée. Ainsi le fonds de roulement disponible fin 2016 s'établirait à 18,8 millions d'euros, ce qui assure à l'office une réserve prudentielle minimale.

III. - Les dépenses de l'établissement pharmaceutique de l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires sont financées à hauteur de 50% par une dotation annuelle des régimes d'assurance maladie, le niveau de participation de l'assurance maladie étant appréciée sur trois exercices. L'année 2016 correspond à la première année d'exécution de la programmation 2016-2018 et la dotation de l'assurance maladie est établie à hauteur de 15,2 millions d'euros. Cette mesure est présentée à titre conservatoire, dans l'attente de la publication du projet de loi de modernisation du système de santé et de l'ordonnance créant la nouvelle agence nationale de santé publique. Celle-ci a vocation à reprendre la dotation 2016 allouée à l'EPRUS pour le financement des mêmes missions à hauteur des crédits restant.

IV. - La Caisse nationale de solidarité (CNSA) participe via une contribution annuelle au budget des agences régionales de santé (ARS) au financement d'actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées. Ces actions sont financées sur la recette de la contribution de solidarité pour l'autonomie (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. Il est proposé de fixer le montant de cette contribution pour l'exercice 2016 à 117,17 M€.

Article 54

Pour l'année 2016, 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 201,1 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 177,9 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Les dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès sont évaluées, pour 2016, à 201,1 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et 177,9 milliards d'euros pour le régime général. Pour le régime général, cela se traduit par une progression des dépenses de 3,6 milliards d'euros par rapport à la prévision de dépenses 2015.

Cet effort de maîtrise des dépenses se concrétise par la fixation d'un objectif national d'évolution des dépenses d'assurance-maladie à 1,75%, qui vise à mobiliser toutes les marges d'efficience de notre système de santé sans remettre en cause l'accès à l'innovation ni accroître le reste à charge du patient.

Article 55

Pour l'année 2016, 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	84,3
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	58,1
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,8
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,9
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	9,3
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,1
Autres prises en charge	1,7
Total	185,2

Exposé des motifs

Le taux d'évolution de l'ONDAM, par rapport au montant prévisionnel des dépenses pour l'année 2015, est fixé à + 1,75%.

A périmètre inchangé, cela représente 3,2 milliards d'euros supplémentaires consacrés en 2016 au financement des dépenses de santé des Français. Cela implique cependant un effort important d'économie de plus de 3,4 milliards d'euros par rapport à l'évolution spontanée des dépenses d'assurance maladie qui auraient évolué sinon de 3,6 % en 2016.

Cet objectif traduit la montée en charge du plan d'économies qui structure le déploiement de la stratégie nationale de santé. Ce plan s'articule autour de 4 axes.

Le premier axe vise le renforcement de l'efficacité de la dépense hospitalière, qui passe notamment par des mutualisations ainsi que des économies sur les achats hospitaliers, où des marges très importantes demeurent.

Le deuxième axe est le virage ambulatoire qui se déploie dans les établissements hospitaliers, via en premier lieu l'accélération de la diffusion de la chirurgie ambulatoire, ainsi que le développement de l'hospitalisation à domicile, l'amélioration de la prise en charge en sortie d'établissement, l'optimisation du parcours pour certaines pathologies ou populations.

Le troisième axe concerne les produits de santé. Au-delà des mesures de maîtrise des prix, un accent particulier est 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.

Les sous-objectifs « établissements de santé » sont fixés en progression globale de 1,75 %, suivant le taux général de l'ONDAM pour 2016, représentant un effort de dépenses supplémentaires dans ce secteur de 1,3 milliards d'euros.

Le sous-objectif « soins de ville » apparaît en progression de 1,7% par rapport à 2015. Toutefois ce taux apparent doit être corrigé pour refléter pleinement en termes économiques les dépenses nouvelles financées en 2016 par l'assurance maladie : la construction de l'ONDAM 2016 s'appuie en effet, pour un montant de 270 millions d'euros sur une réduction de la cotisation d'assurance maladie des professionnels de santé qui sont pris en charge par l'assurance maladie conformément aux conventions conclues entre les partenaires conventionnels (en alignant progressivement son taux sur celui de la cotisation due par les autres travailleurs indépendants). Cette disposition qui vient réduire symétriquement les dépenses d'assurance maladie et ses recettes n'a aucun impact sur les assurés ou les professionnels de santé et ne vient donc pas en réduction de l'effort de la solidarité nationale pour financer les soins pris en charge en ville. Corrigé de cet effet, le taux de croissance sous-jacent de l'objectif « soins de ville » s'élève à +2,0%.

TITRE V
**DISPOSITIONS RELATIVES AUX ORGANISMES CONCOURANT
AU FINANCEMENT DES REGIMES OBLIGATOIRES**

Article 56

Pour l'année 2016, 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)

	Prévision de charges
Fonds de solidarité vieillesse	20,1

Exposé des motifs

Les dépenses du Fonds de solidarité vieillesse devraient diminuer de 1,0 %. Ceci s'explique par la baisse de la prise en charge par le FSV au titre du minimum contributif du fait du plafonnement à compter de 2016 de cette prise en charge à 50 % du total de la dépense des régimes sur ce champ.

TITRE VI
DISPOSITIONS COMMUNES AUX DIFFERENTES BRANCHES

Article 57

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

1° L'article L. 161-23-1 est ainsi modifié :

a) Les mots : « conformément à l'évolution prévisionnelle en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac prévue, pour l'année considérée, dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances » sont remplacés par les mots : « par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25 » ;

b) Le second alinéa est abrogé ;

2° A l'article L. 341-6, les mots : « par application d'un coefficient de revalorisation égal à l'évolution prévisionnelle en moyenne annuelle des prix à la consommation, hors tabac, prévue pour l'année en cours, le cas échéant corrigée de la différence entre le taux d'évolution retenu pour fixer le coefficient de l'année précédente et le taux d'évolution de cette même année » sont remplacés par les mots : « par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25 » ;

3° A l'article L. 351-11, les mots : « chaque année par application du coefficient annuel de revalorisation mentionné à l'article L. 161-23-1 » sont remplacés par les mots : « dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1 » ;

4° Au troisième alinéa de l'article L. 353-5, les mots : « suivant les modalités prévues par l'article L. 351-11 » sont remplacés par les mots : « dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1 » ;

5° Au premier alinéa de l'article L. 356-2, les mots : « révisé dans les mêmes conditions que les prestations servies en application des chapitres I^{er} à IV du titre V du présent livre » sont remplacés par les mots : « revalorisé dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1 » ;

6° Au deuxième alinéa de l'article L. 434-1, les mots : « dans les conditions fixées à l'article L. 351-11 » sont remplacés par les mots : « au 1^{er} avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25 » ;

7° A l'article L. 434-2, la dernière phrase du troisième alinéa est remplacée par une phrase ainsi rédigée : « Elle est revalorisée au 1^{er} avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25. » ;

8° Au premier alinéa de l'article L. 434-16, les mots : « d'après les coefficients de revalorisation fixés pour les pensions d'invalidité par les arrêtés pris en application de l'article L. 341-6 » sont remplacés par les mots : « au 1^{er} avril de chaque année d'après le coefficient mentionné à l'article L. 161-25 » ;

9° L'article L. 434-17 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 434-17.* - Les rentes mentionnées à l'article L. 434-15 sont revalorisées au 1^{er} avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25. » ;

10° L'article L. 551-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « conformément à l'évolution prévisionnelle en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac prévue, pour l'année considérée, par la commission visée à l'article L. 161-23-1 » sont remplacés par les mots : « par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25 » ;

b) Le second alinéa est supprimé ;

11° La sous-section 1 de la section 3 du chapitre III du titre II du livre VII est complétée par un article L. 723-11-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 723-11-2.* - Le montant de la pension de retraite servie par le régime d'assurance vieillesse de base des avocats est revalorisé dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1 » ;

12° A l'article L. 816-2, les mots : « des allocations définies au présent titre et des plafonds de ressources prévus pour leur attribution » sont remplacés par les mots : « de l'allocation définie à l'article L. 815-1 et des plafonds de ressources prévus pour son attribution » et les mots : « aux mêmes dates et selon les mêmes conditions que celles applicables aux pensions d'invalidité prévues à l'article L. 341-6 » sont remplacés par les mots : « au 1^{er} avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25. » ;

13° Le premier alinéa de l'article L. 861-1 est ainsi modifié :

a) La première phrase est remplacée par une phrase ainsi rédigée : « Les personnes résidant en France dans les conditions prévues par l'article L. 380-1, dont les ressources sont inférieures à un plafond déterminé par décret et revalorisé au 1^{er} avril de chaque année, par application du coefficient mentionné à l'article L.161-25, ont droit à une couverture complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3. » ;

b) Il est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Le montant du plafond est constaté par arrêté du ministre en charge de la sécurité sociale. »

II. - Au 2° de l'article L. 732-24 et au 2° de l'article L. 762-29 du code rural et de la pêche maritime, les mots : « chaque année suivant les coefficients fixés en application de » sont remplacés, à chacune de ces deux occurrences, par les mots : « dans les conditions prévues à ».

Exposé des motifs

Le présent article est le corollaire, s'agissant des dispositions relevant du champ de la loi de financement de la sécurité sociale, de la disposition prévue à l'article ... du projet de loi de finances pour 2016 qui harmonise les modalités de revalorisation de certaines prestations.

Il vise à assurer une meilleure lisibilité de ces modalités, en clarifiant les dates de revalorisations regroupées sur deux dates (1^{er} octobre pour les retraites, sans changement, et 1^{er} avril pour toutes les autres prestations) et à mettre en place une règle de « bouclier » garantissant le maintien des prestations à leur niveau antérieur en cas d'inflation négative, dans un cadre général où la revalorisation ne sera plus fonction que d'évolutions connues, et non prévisionnelles, et exclura en conséquence toute nécessité de correction a posteriori.

A cette fin, les revalorisations de l'ensemble des prestations sociales seront effectuées sur la base des dernières données d'inflation (hors tabac) publiées et appréciées en moyenne annuelle sur les douze derniers mois. Cette revalorisation correspondra ainsi à la progression de la valeur moyenne de l'indice des prix à la consommation hors tabac publié par l'INSEE sur la période de février l'année précédente (N-1) à janvier de l'année considérée (N) par rapport à la valeur moyenne de l'indice sur la période de février de l'année N-2 à janvier de l'année N-1 pour les revalorisations intervenant au 1^{er} avril de l'année N. Les revalorisations intervenant au 1^{er} octobre de l'année N seront fondées sur la progression de la valeur moyenne de l'indice sur la période d'août N-1 à juillet N par rapport à la valeur moyenne de l'indice sur la période d'août de l'année N-2 à juillet de l'année N-1.

Article 58

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le chapitre II du titre II du livre I^{er}, il est inséré un chapitre II *bis* ainsi rédigé :

« *CHAPITRE II BIS*
« **ORGANISATION ET GESTION DES MISSIONS ET ACTIVITES**

« *Art. L. 122-6. - I. -* Les conseils d'administration des organismes nationaux définissent les orientations relatives à l'organisation du réseau des organismes relevant de la branche ou du régime concerné.

« Pour l'application de ces orientations, le directeur de l'organisme national peut confier à un ou plusieurs organismes de la branche ou du régime la réalisation de missions ou d'activités relatives à la gestion des organismes, au service des prestations, au recouvrement et à la gestion des activités de trésorerie.

« Les modalités de mise en œuvre sont fixées par convention établie entre l'organisme national et les organismes locaux ou régionaux, sauf en ce qui concerne le traitement des litiges et des contentieux y afférents ainsi que de leurs suites qui sont précisés par décret. Les directeurs signent la convention, après avis des conseils d'administration des organismes locaux ou régionaux concernés.

« II. - Pour les missions liées au service des prestations, l'organisme désigné peut, pour le compte des autres organismes locaux ou régionaux, participer à l'accueil et à l'information des bénéficiaires, servir des prestations, procéder à des vérifications et enquêtes administratives concernant leur attribution et exercer les poursuites contentieuses afférentes à ces opérations, notamment agir en demande et en défense devant les juridictions. Il peut également, pour ces mêmes missions, se voir attribuer certaines compétences d'autres organismes locaux ou régionaux.

« III. - L'union de recouvrement désignée peut assurer pour le compte d'autres unions des missions liées au recouvrement, au contrôle et au contentieux du recouvrement. Elle peut également, pour ces mêmes missions, se voir attribuer certaines compétences d'autres unions.

« IV. - Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret.

« *Art. L. 122-7. -* Les directeurs des organismes locaux ou régionaux peuvent déléguer à un organisme local ou régional la réalisation des missions ou activités liées à leur gestion, par convention qui prend effet après approbation par le directeur de l'organisme national de la ou des branches concernées.

« Lorsque la mutualisation inclut des activités comptables, financières ou de contrôle relevant de l'agent comptable, la convention est signée par les agents comptables des organismes concernés.

« Art. L. 122-8. - Les directeurs d'organismes nationaux peuvent confier à un ou plusieurs organismes de sécurité sociale d'une autre branche ou d'un autre régime, des missions ou activités relatives à la gestion des organismes de leur réseau, au service des prestations, au recouvrement et à la gestion des activités de trésorerie.

« Les modalités de mise en œuvre sont fixées par une convention signée par les directeurs des organismes nationaux concernés, sauf en ce qui concerne le traitement des litiges et des contentieux y afférents ainsi que de leurs suites qui sont précisés par décret. » ;

2° Les articles L. 216-2-1 et L. 216-2-2 sont abrogés ;

3° Après l'article L. 611-9, il est inséré un article L. 611-9-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 611-9-1. - Les caisses de base appelées à fusionner en application des dispositions de l'article L. 611-9 peuvent décider d'établir un budget unique et une comptabilité des opérations budgétaires unique. Le choix de tenir une comptabilité unique peut être également étendu à tout ou partie des opérations techniques réalisées dans le cadre des dispositions de l'article L. 611-11.

« Le directeur de la caisse nationale désigne, parmi les directeurs des caisses appelées à fusionner, celui chargé d'élaborer et d'exécuter le budget unique et d'arrêter le compte unique. Il désigne également, parmi les agents comptables des caisses appelées à fusionner, celui chargé d'établir le compte unique.

« Le budget unique et le compte unique sont approuvés par chacun des conseils d'administration des caisses appelées à fusionner.

« Les modalités de mise en œuvre des décisions du premier alinéa sont fixées par convention établie selon un modèle type fixé par la caisse nationale, entre les caisses de base concernées, signée par leurs directeurs et agents comptables, après avis de leurs conseils d'administration, et validation conjointe par le directeur général et l'agent comptable de la caisse nationale. »

Exposé des motifs

Cette mesure a pour objet de rendre possible et de créer un cadre juridique sécurisé pour la mutualisation d'activités entre des branches et des régimes différents de la sécurité sociale, afin de renforcer l'efficacité de la gestion des organismes. Les économies de gestion réalisées contribueront aux objectifs globaux du gouvernement en matière d'économies. Il s'agit notamment de la mutualisation de certaines activités telles que la gestion de la paie, la gestion immobilière ou encore la comptabilité.

Article 59

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

1° Au premier alinéa de l'article L. 114-9 dans sa première occurrence, au premier alinéa des articles L. 114-10 et L. 114-11, ainsi qu'au 1° de l'article L. 114-19 du code de la sécurité sociale, après le mot : « organismes », sont insérés les mots : « chargés de la gestion d'un régime obligatoire » ;

2° L'article L. 114-10 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après les mots : « ministre chargé de la sécurité sociale », sont insérés les mots : « ou par arrêté du ministre chargé de l'agriculture » ;

b) Au troisième alinéa, les mots : « du régime général » sont remplacés par les mots : « et différents régimes de la sécurité sociale » ;

c) Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les procès-verbaux transmis à un autre organisme de protection sociale font foi à son égard jusqu'à preuve du contraire. Le directeur de cet organisme en tire, le cas échéant, les conséquences, selon les procédures applicables à cet organisme, concernant l'attribution des prestations dont il a la charge. » ;

d) Le dernier alinéa est supprimé.

II. - Le chapitre IV du titre II du livre VII du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa de l'article L. 724-7, les mots : « ainsi que de celles des articles L. 732-56 et suivants » sont remplacés par les mots : « , le contrôle de l'application des dispositions des articles L. 732-56 et suivants, ainsi que le contrôle des mesures d'action sanitaire et sociale visées aux articles L. 726-1 et L. 726-3 du présent code » ;

2° L'article L. 724-11 est ainsi modifié :

a) Les deux premiers alinéas sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Les agents de contrôle agréés et assermentés des caisses de mutualité sociale agricole peuvent interroger les cotisants, les bénéficiaires de prestations, les assurés sociaux et leurs ayants-droit pour connaître leurs nom, adresse, emploi, le montant de leur revenu ainsi que toute information utile à l'exercice de leur mission.

« Les cotisants, les bénéficiaires de prestations, les assurés sociaux et leurs ayants-droit sont tenus de recevoir les agents de contrôle agréés et assermentés des caisses de mutualité sociale agricole qui se présentent pour assurer l'exercice de leurs missions et de leur présenter tous documents nécessaires à l'exercice de leur contrôle ou enquête. » ;

b) Le quatrième alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« A l'issue du contrôle, les agents mentionnés au premier alinéa doivent communiquer leurs observations aux personnes contrôlées, au titre des cotisations et contributions dues, en les invitant à y répondre dans un délai déterminé. » ;

3° Les articles L. 725-14 et L. 725-15 sont abrogés.

Exposé des motifs

Lorsqu'ils constatent une fraude, les organismes de sécurité sociale communiquent le résultat de leur contrôle aux autres régimes dont relève également l'assuré, afin qu'ils puissent en tirer les conséquences le cas échéant. Cependant, ces organismes ne peuvent alors fonder leurs propres sanctions que sur la base d'un contrôle réalisé par un de leur agent pour que ce contrôle soit opposable, alors même qu'il est réalisé dans les mêmes conditions et selon les mêmes règles. A défaut de pouvoir exploiter directement le résultat des contrôles déjà opérés par un autre corps de contrôle, les organismes sont donc conduits à déployer de nouveaux moyens pour constater des manquements déjà connus à l'avance.

Le présent article vise donc à permettre aux organismes de sécurité sociale, d'une part, d'exploiter les procès-verbaux et rapports d'enquêtes réalisés par un organisme appartenant à un autre régime et, d'autre part, de permettre à des organismes relevant de régimes différents mais assurant la gestion d'un même risque de mutualiser la réalisation d'enquêtes.

Enfin, il étend les prérogatives en matière de droit de communication ainsi que le droit de disposer d'agents de contrôle agréés et assermentés à l'ensemble des organismes assurant la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, notamment les régimes spéciaux.

Article 60

Le titre IV du livre VI du code de commerce est ainsi modifié :

1° Le I de l'article L. 643-11 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 3° Lorsque la créance a pour origine des manœuvres frauduleuses commises au préjudice des organismes de protection sociale énumérés à l'article L. 114-12 du code de la sécurité sociale. L'origine frauduleuse de la créance est établie soit par une décision de justice, soit par une sanction prononcée par un organisme de sécurité sociale dans les conditions prévues aux articles L. 114-17 et L. 162-1-14 du même code. » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 645-11, les mots : « 1° et 2° » sont remplacés par les mots : « 1°, 2° et 3° ».

Exposé des motifs

En l'état actuel du droit, la fraude commise par des particuliers au préjudice d'un organisme de sécurité sociale est plus sévèrement réprimée que si elle est commise par un professionnel. En effet, la créance frauduleuse bénéficie d'une protection et ne peut pas être annulée lors d'une procédure de surendettement, ce qui n'est pas le cas lors d'une procédure de rétablissement professionnel ou lors d'une procédure collective.

Cette divergence de traitement n'est pas justifiée. La mesure permet d'assurer une égalité de traitement à toute personne qu'elle soit professionnelle ou non.

Article 61

I. - Après l'article L. 8271-6-2 du code du travail, il est inséré un article L. 8271-6-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 8271-6-3.* - Les agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-1-2 peuvent transmettre aux agents dûment habilités par le directeur du conseil national des activités privées de sécurité mentionnés à l'article L. 634-1 du code de la sécurité intérieure, tous renseignements et tous documents permettant à ces derniers d'assurer le contrôle des personnes exerçant les activités privées de sécurité pour tirer les conséquences d'une situation de travail illégal.

« Les agents dûment habilités par le directeur du conseil national des activités privées de sécurité mentionnés à l'article L. 634-1 du code de la sécurité intérieure peuvent transmettre aux agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-1-2 du présent code tous renseignements et documents nécessaires à leur mission de lutte contre le travail illégal. »

II. - Le titre III du livre VI du code de la sécurité intérieure est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 634-3, il est inséré un article L. 634-3-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 634-3-1.* - Les dispositions applicables aux échanges d'informations entre les agents dûment habilités par le directeur du conseil national des activités privées de sécurité et les agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-1-2 du code du travail sont définies à l'article L. 8271-6-3 de ce même code. » ;

2° Après le 7° de l'article L. 642-1, il est inséré un 7° *bis* ainsi rédigé :

« 7° *bis* A l'article L. 634-3-1, les mots : "à l'article L. 8271-1-2 du code du travail" sont remplacés par les mots : "aux articles L. 312-5, L. 610-1, L. 610-14 et L. 610-15 du code du travail applicable à Mayotte" » ;

3° Après le 11° de l'article L. 645-1, il est inséré un 11° *bis* ainsi rédigé :

« 11° *bis* A l'article L. 634-3-1, les mots : "agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-1-2 du code du travail" sont remplacés par les mots : "agents chargés du contrôle du travail illégal en application des dispositions applicables localement" » ;

4° Après le 12° de l'article L. 646-1, il est inséré un 12° *bis* ainsi rédigé :

« 12° *bis* A l'article L. 634-3-1, les mots : "agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-1-2 du code du travail" sont remplacés par les mots : "agents chargés du contrôle du travail illégal en application des dispositions applicables localement" » ;

5° Après le 11° de l'article L. 647-1, il est inséré un 11° *bis* ainsi rédigé :

« 11° *bis* A l'article L. 634-3-1, les mots : "agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-1-2 du code du travail" sont remplacés par les mots : "agents chargés du contrôle du travail illégal en application des dispositions applicables localement" ».

III. - Après l'article L. 313-6 du code du travail applicable à Mayotte, il est inséré un article L. 313-7 ainsi rédigé :

« *Art. L. 313-7.* - Les agents de contrôle mentionnés aux articles L. 312-5, L. 610-1, L. 610-14 et L. 610-15 du présent code peuvent transmettre aux agents dûment habilités par le directeur du conseil national des activités privées de sécurité mentionnés à l'article L. 634-1 du code de la sécurité intérieure, tous renseignements et tous documents permettant à ces derniers d'assurer le contrôle des personnes exerçant les activités privées de sécurité pour tirer les conséquences d'une situation de travail illégal.

« Les agents dûment habilités par le directeur du conseil national des activités privées de sécurité mentionnés à l'article L. 634-1 du code de la sécurité intérieure peuvent transmettre aux agents de contrôle mentionnés aux articles L. 312-5, L. 610-1, L. 610-14 et L. 610-15 du présent code tous renseignements et documents nécessaires à leur mission de lutte contre le travail illégal. »

IV. - L'article L. 114-16-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les agents des services mentionnés à l'article L. 811-2 du code de la sécurité intérieure ou des services désignés par le décret en Conseil d'État prévu à l'article L. 811-4 du même code sont habilités à transmettre aux agents mentionnés à l'article L. 114-16-3 du présent code les informations strictement utiles à l'accomplissement de leurs missions, lorsque la transmission de ces informations participe directement à la poursuite l'une des finalités prévues à l'article L. 811-3 du code de la sécurité intérieure. »

V. - Le 1^o du II du présent article est applicable en Polynésie française, en Nouvelle-Calédonie et dans les îles Wallis et Futuna.

Exposé des motifs

L'objectif de la mesure est de permettre aux organismes de sécurité sociale de bénéficier de deux nouveaux canaux de transmission de signalements des comportements frauduleux, afin d'améliorer le recouvrement des cotisations et de limiter le risque d'indus de prestations sur des champs où ils disposent encore d'informations insuffisantes.

En premier lieu, elle intègre, parmi les organismes habilités à échanger des informations destinées au contrôle du travail illégal, les agents du Conseil national des activités privées de sécurité (CNAPS), qui est l'organisme chargé du contrôle dans ce secteur qui connaît une proportion non négligeable de situations de travail illégal. Les organismes de sécurité sociale pourront ainsi être informés des cas de fraude et procéder à un nombre plus important de redressements.

En second lieu, elle autorise les échanges d'information des organismes de sécurité sociale avec les services de renseignement, afin notamment de permettre à ces derniers de signaler les cas dans lesquels des bénéficiaires de prestations sociales ne remplissent plus les conditions de résidence sur le sol français requises pour certaines d'entre elles. Des indus de prestations pourront ainsi être plus facilement évités.

ANNEXE A

**RAPPORT RETRAÇANT LA SITUATION PATRIMONIALE, AU 31 DECEMBRE 2014,
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 2014**

I. - Situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2014

ACTIF	2014 (net)	2013 (net)	PASSIF	2014	2013
Immobilisations	7,0	7,7	Capitaux propres	-110,7	-110,9
Immobilisations non financières	4,3	4,3	Dotations	29,2	30,9
Prêts, dépôts de garantie	1,7	2,5	Régime général	0,6	0,6
Avances/ prêts accordés à des organismes de la sphère sociale	1,0	0,9	Autres régimes	4,5	4,2
			Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)	0,2	0,2
			Fonds de réserve pour les retraites (FRR)	23,9	26,0
			Réserves	12,1	10,3
			Régime général	2,6	2,6
			Autres régimes	5,5	5,5
			FRR	4,1	2,2
			Report à nouveau	-156,9	-152,6
			Régime général	-10,0	-4,3
			Autres régimes	-3,8	-3,0
			CADES	-143,1	-145,4
			Résultat de l'exercice	1,4	-1,6
			Régime général	-9,6	-12,5
			Autres régimes	0,4	-0,6
			Fonds de solidarité vieillesse (FSV)	-3,5	-2,9
			CADES	12,7	12,4
			FRR	1,4	1,9
			Ecart d'estimation (réévaluation des actifs du FRR en valeur de marché)	3,4	2,1
			Provisions pour risques et charges	15,0	20,4
Actif financier	58,5	55,4	Passif financier	179,9	173,4
Valeurs mobilières et titres de placement	50,4	48,3	Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, euro paper commerciaux)	162,5	159,8
Régime général	0,1	0,5	Régime général	24,2	20,5
Autres régimes	7,5	6,9	CADES	138,2	139,3
CADES	7,0	7,1	Dettes à l'égard d'établissements de crédits	12,4	11,2
FRR	35,9	33,9	Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) (prêts caisse des dépôts et consignations)	6,0	3,0
Encours bancaire	7,9	6,7	Régime général (ordres de paiement en attente)	4,6	4,6
Régime général	2,2	1,5	Autres régimes	0,8	2,6
Autres régimes	1,5	1,8	CADES	1,0	1,0
FSV	1,2	1,0	Dépôts reçus	1,9	2,2
CADES	1,7	0,2	ACOSS	1,9	2,2
FRR	1,3	2,2	Dettes nettes au titre des instruments financiers	0,2	0,0
Créances nettes au titre des instruments financiers	0,2	0,4	ACOSS	0,2	0,0
CADES	0,2	0,2	Autres		0,2
FRR	0,0	0,2	Autres régimes		0,1
			CADES		0,1
Actif circulant	69,7	63,7	Passif circulant	51,0	43,8
Créances de prestations	7,8	7,6	Dettes et charges à payer à l'égard des bénéficiaires	27,1	20,0
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	11,1	9,3	Dettes à l'égard des cotisants	1,2	1,2
Produits à recevoir de cotisations, contributions sociales et autres impositions	35,7	35,5	Dettes à l'égard d'entités publiques	9,6	8,7
Créances sur entités publiques	9	9,0	Autres passifs	13,1	13,8
Produits à recevoir de l'Etat	0,5	0,5			
Autres actifs	5,2	1,8			
Total de l'actif	135,2	126,8	Total du passif	135,2	126,8

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 110,7 milliards d'euros au 31 décembre 2014, soit l'équivalent de 5,2 points de PIB. Après la forte dégradation consécutive à la crise économique des années 2008-2009, ce passif net connaît pour la première fois en 2014 une légère amélioration, qui reflète essentiellement la poursuite de la réduction des déficits des régimes de base et du FSV (12,8 milliards d'euros en 2014 contre 16,0 milliards d'euros en 2013 et 19,2 milliards d'euros en 2012) et de l'amortissement de la dette portée par la CADES (12,7 milliards d'euros en 2014 contre 12,4 en 2013).

Cette amélioration se traduit en particulier par le constat, pour la première fois en 2014, d'un résultat consolidé positif sur le périmètre d'ensemble de la sécurité sociale retracé ci-dessus, avec un excédent de 1,4 milliards d'euros contre un déficit de 1,6 milliards d'euros en 2013.

Le financement du passif net de la sécurité sociale est assuré à titre principal par un recours à l'emprunt, essentiellement porté par la CADES et l'ACOSS. L'endettement financier net de la sécurité sociale, qui correspond à la différence entre les dettes financières et les actifs financiers placés ou détenus en trésorerie, s'établit donc à un niveau proche de celui-ci et en suit les tendances, corrigées des effets de la variation du besoin en fonds de roulement lié au financement des actifs et passifs circulants (créances et dettes) et des acquisitions d'actifs immobilisés, qui pèsent également sur la trésorerie. Du fait de l'augmentation du besoin en fonds de roulement liée notamment aux créances sur les cotisants émises en 2014, dont le taux de recouvrement est par ailleurs demeuré stable, l'endettement financier net s'établit à 121,3 milliards d'euros au 31 décembre 2014, en légère hausse par rapport à fin 2013.

Évolution du passif net, de l'endettement financier net et des résultats comptables consolidés de la sécurité sociale depuis 2009

(en milliards d'euros)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Passif net au 31/12 (capitaux propres négatifs)	- 66,3	- 87,1	- 100,6	- 107,2	- 110,9	-110,7
Endettement financier net au 31/12	- 76,3	- 96,0	- 111,2	- 116,2	- 118,0	-121,3
Résultat comptable consolidé de l'exercice	-19,6	-23,9	-10,7	-5,9	-1,6	+1,4

II. - Couverture des déficits et affectation des excédents constatés sur l'exercice 2014

Les comptes du régime général ont été déficitaires de 9,7 milliards d'euros en 2014. La branche maladie a ainsi enregistré un déficit de 6,5 milliards d'euros, la branche famille un déficit de 2,7 milliards d'euros et la branche vieillesse un déficit de 1,2 milliard d'euros, la branche accidents du travail et maladies professionnelles ayant quant à elle dégagé un excédent de 0,7 milliard d'euros. Par ailleurs, le FSV a enregistré un déficit de 3,5 milliards d'euros.

Dans le cadre fixé par la loi organique n° 2010-1380 du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale, la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 a organisé le transfert à la 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 milliards d'euros chaque année et de 62 milliards d'euros au total. Conformément aux dispositions organiques, la CADES 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 par la réforme des retraites de 2014, la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 a prévu que les déficits des exercices 2012 à 2018 des branches maladie et famille pourraient être intégrés dans le champ de la reprise, sans modification des plafonds globaux de reprise ni de l'échéance prévisionnelle d'amortissement de la dette transférée à la CADES. Un montant de 10 milliards d'euros a ainsi été repris en 2014, correspondant au transfert des déficits définitifs de la branche vieillesse et du FSV au titre de 2013 et au financement d'une partie du déficit de la branche maladie au titre de 2012.

Le PLFSS pour l'année 2016 vient modifier le calendrier de reprise des dettes, toujours dans le respect du plafond global. Il est en effet proposé de permettre à la CADES de financer dès 2016 l'intégralité du reliquat de déficits à reprendre en application de la LFSS 2011 modifiée. 23,6 milliards d'euros seraient ainsi transférés à la CADES dès 2016, donnant les moyens à cette dernière de réaliser dans des conditions de financement favorables une stratégie globale de portage et d'apurement de la dette sociale qui lui a été transférée. Cette modification permettra de tirer parti des conditions particulièrement favorables de financement actuellement constatées sur les marchés et de prémunir ainsi la sécurité sociale contre le risque qu'une remontée des taux de long terme dégrade les conditions de financement des déficits s'ils étaient transférés plus tardivement.

Par ailleurs, les excédents de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au titre de l'exercice 2014 (0,6 milliard d'euros) ont été affectés à la réduction des déficits accumulés par cette branche, dont le montant s'est ainsi réduit de 1,7 à 1 milliard 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 étaient couverts jusqu'en 2014 par l'affectation, à due proportion, du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés. Un mécanisme d'intégration financière aux branches maladie et retraite du régime général s'y substitue à compter de 2015.

Cependant, plusieurs régimes ne bénéficiant pas de tels mécanismes d'équilibrage ont enregistré en 2014 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 réduit à 0,2 milliard d'euros (contre 0,6 milliard d'euros en 2013), portant le montant des déficits cumulés depuis 2011 à 2,8 milliards d'euros. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a prévu que ce déficit puisse être financé par des avances rémunérées de trésorerie de l'ACOSS en complément des financements bancaires auxquels avait recours jusqu'ici la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) pour couvrir ces déficits cumulés. Au 31 décembre 2014, ces déficits ont été financés en totalité par une avance de l'ACOSS (2,5 milliards d'euros).

Le déficit du régime des mines s'est élevé à 0,1 milliard d'euros en 2014, portant le montant cumulé de dette à 1 milliard d'euros. 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 pour 2014 a étendu jusqu'à 2017 les dispositions de la loi de financement pour 2013 prévoyant la faculté d'un recours à des avances de trésorerie de l'ACOSS à hauteur de 250 millions d'euros, en complément des financements externes procurés par la Caisse des dépôts et des établissements bancaires.

Enfin, la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) a dégagé, pour la première fois depuis 5 ans, un excédent de 0,4 milliard d'euros (après avoir connu un déficit de 0,1 milliard d'euros en 2013). Cet excédent, qui résulte principalement de l'effet des hausses de taux de cotisations intervenues en 2013 et 2014, a été affecté aux réserves du régime, portant celles-ci à 1,6 milliard d'euros.

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 2016-2019. Ces prévisions s'inscrivent dans l'objectif de retour progressif à l'équilibre des régimes de sécurité sociale. En 2019, le régime général devrait atteindre un excédent de 1,8 milliards d'euros, ce qui représenterait une amélioration du solde plus de 11 milliards d'euros par rapport au déficit constaté en 2014.

Malgré un environnement international encore incertain, les pays de la zone euro devraient connaître une accélération économique. Cette conjoncture favorable participera au redressement des comptes de la sécurité sociale, mais celui-ci tiendra tout autant aux efforts continus de maîtrise de la dépense, notamment d'assurance-maladie. Au-delà de la maîtrise de la dépense, la présente loi est marquée par des réformes d'envergure visant à généraliser l'universalité de la couverture maladie, développer l'accès à la complémentaire santé et poursuivre la politique en faveur de la compétitivité des entreprises et de l'emploi.

1° Le PLFSS 2016 s'inscrit dans la trajectoire de retour à l'équilibre des comptes sociaux

Une conjoncture caractérisée par une reprise progressive de l'activité économique

Les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses retenues dans le cadre de la présente loi reposent sur une hypothèse de croissance du produit intérieur brut de 1 % en 2015. La masse salariale du secteur privé, qui détermine une partie prépondérante de l'évolution des recettes des régimes de sécurité sociale, connaîtrait une progression de +1,7 % en 2015.

Pour 2016, l'activité continuerait à accélérer, avec une hypothèse de croissance de l'activité de +1,5 %, ce qui demeure cohérent avec, notamment, les prévisions rendues publiques par l'OCDE au moment du dépôt du projet associé à la présente loi, qui prévoyait une croissance de l'activité de 1,4 % en France en 2016. L'hypothèse de croissance de la masse salariale associée à cette prévision de croissance atteindrait ainsi 2,8 % en 2016.

Cette reprise progressive s'appuie sur une hausse du pouvoir d'achat des ménages, soutenue par une inflation réduite en 2015 (+0,1 %), notamment du fait de la faiblesse des cours du pétrole, et modérée en 2016 (+1 %). En outre, la poursuite des mesures fiscales en faveur des ménages modestes et des classes moyennes, à travers 2 milliards de nouvelles baisses d'impôts en 2016, contribuera également à soutenir le pouvoir d'achat des ménages.

Par ailleurs, les mesures décidées dans le cadre du Pacte de compétitivité et de croissance et du Pacte de responsabilité et solidarité (crédit d'impôt compétitivité, poursuite des allègements de cotisations, suppression de la contribution exceptionnelle à l'impôt sur les sociétés et suppression de la C3S) permettront d'encourager l'investissement, l'emploi et les exportations des entreprises. A moyen et long terme, la croissance de l'emploi et de la masse salariale favorisera le redressement des finances publiques. La trajectoire de retour à l'équilibre des comptes publics, telle qu'exposée par le Gouvernement dans le programme de stabilité et de croissance et mise en œuvre dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, pourra ainsi être confortée.

Conformément à la loi organique n° 2012-1403 du 17 décembre 2012, les prévisions économiques sous-jacentes au projet de loi de financement de la sécurité sociale (ainsi qu'au projet de loi de finances) ont fait l'objet d'un avis du Haut conseil des finances publiques, évaluant la sincérité des hypothèses retenues ainsi que leur cohérence avec la trajectoire pluriannuelle retenue par la loi de programmation des finances publiques 2014-2019, actualisée par le dernier programme de stabilité et de croissance transmis à la Commission européenne.

Des soldes tendanciels en amélioration à l'exception notable de la branche maladie et du FSV

Les soldes tendanciels des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse, avant prise en compte des mesures nouvelles figurant dans la présente loi, auraient atteint en 2016 -13,8 milliards, dont -10,1 milliards au titre de la branche maladie et -1,2 milliard au titre de la branche famille, la branche vieillesse dégagant un excédent de 0,4 milliard d'euros ainsi que la branche accidents du travail et maladies professionnelles (0,7 milliard d'euros). Le Fonds de solidarité vieillesse présenterait pour sa part un solde déficitaire de 3,7 milliards.

La progression des dépenses de sécurité sociale qui sous-tendent les résultats exposés ci-dessus, est contenue par l'effet des mesures d'économies prises les années précédentes (loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, mesures d'économies sur la branche famille des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014 et 2015), qui continuent à monter en charge. L'évolution tendancielle des dépenses sur ces branches est donc maîtrisée, au regard des dynamiques observées par le passé. Par ailleurs, ces branches, dont les prestations sont quasiment toutes indexées sur les prix, bénéficient des effets d'une très faible inflation.

L'évolution tendancielle des dépenses de l'assurance maladie est dynamique (+3,6 % d'évolution des dépenses dans le champ de l'ONDAM), même s'il est en légère décélération par rapport à la période récente du fait de la montée en charge des traitements contre le VHC. Les mesures qui sous-tendent la construction de l'ONDAM fixé dans la présente loi permettent de l'infléchir fortement.

Un endettement qui se réduit et dont les conditions de financement demeurent favorables

En 2015, pour la première fois depuis 2002, le montant de la dette cumulée portée par l'ACOSS et la CADES va commencer à se réduire, la dette amortie par la CADES étant équivalente au déficit annuel supporté par l'ACOSS. En 2016, le mouvement de réduction va s'accélérer puisque la dette devrait se réduire de 3,7 milliards d'euros.

Parallèlement à l'amélioration du solde des régimes de sécurité sociale en 2016, il est prévu une reprise anticipée de dette de 23,6 milliards d'euros par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), au lieu d'une triple reprise annuelle de 10, 10 puis 3,6 milliards prévue par les textes antérieurs. Cette mesure vise à profiter de conditions de financement actuelles particulièrement favorables. Les taux de refinancement de la CADES s'établissaient par exemple à 2,1 % à la mi-2015. Cette reprise anticipée permettra une couverture contre le risque de remontée des taux à moyen et long terme, qui, s'il advenait, conduirait la CADES à devoir accepter des conditions de financements à long terme nettement moins favorables.

Cette reprise de dette permettra en outre de limiter le financement par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) des déficits cumulés des branches, au détriment de sa mission première de couverture de leurs besoins de trésorerie, conformément aux préconisations de la Cour des comptes. En effet, outre les déficits de la CNAV et du FSV au titre de l'exercice 2015, seront transférés le reliquat du déficit de la CNAM et le déficit de la CNAF au titre de 2013, le déficit de la CNAM et de la CNAF au titre de 2014 ainsi qu'une partie du déficit de la CNAM au titre de 2015. L'horizon d'apurement de la dette portée par la CADES, prévu en 2024, ne sera quant à lui pas modifié.

2° Le PLFSS 2016 traduit les engagements pris dans le cadre du programme de stabilité

La poursuite de la maîtrise des dépenses d'assurance maladie avec un ONDAM fixé à 1,75 %

Sur le champ de l'assurance-maladie, l'évolution de la dépense est maîtrisée grâce au respect de l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance-maladie (ONDAM) depuis cinq années consécutives. Pour 2015, conformément aux engagements pris dans le cadre du programme de stabilité, des annulations de crédits à hauteur de 425 millions ont été prises par rapport au niveau de l'ONDAM 2015 voté dans la précédente loi de financement. Ces annulations devraient ramener la progression de l'ONDAM de +2,1 % (en loi de financement initiale pour 2015) à +2,0 %.

Pour 2016, la maîtrise de l'évolution des dépenses d'assurance-maladie se traduit par la fixation de l'ONDAM à 1,75 %. Ce taux implique un effort d'économie de 3,4 milliards par rapport à l'évolution tendancielle de la dépense, évaluée à +3,6 %. Cette trajectoire particulièrement ambitieuse implique d'accentuer l'effort d'économies déjà engagé, sans accroître le reste à charge du patient ni dégrader la qualité des soins.

Cet effort s'inscrit dans la montée en charge du plan d'économies triennal qui sous-tend depuis 2015 le déploiement de la stratégie nationale de santé qui se poursuivra en 2017 (avec le même objectif de progression de l'ONDAM). Il s'articule autour de 4 axes.

Le premier axe vise le renforcement de l'efficacité de la dépense hospitalière. Les mutualisations entre établissements sont encouragées et le renforcement du programme de performance hospitalière pour des achats responsables permettra de mobiliser les marges encore importantes qui demeurent en matière d'optimisation des achats hospitaliers. Des actions de maîtrise des dépenses en matière de médicaments inscrits sur la liste en sus seront également déployées dans ce cadre. Cet axe représentera 0,7 milliards d'euros d'économies en 2016.

Le deuxième axe concerne le virage ambulatoire des établissements hospitaliers. Il s'agit d'optimiser le parcours de soins hospitalier, en premier lieu en développant toutes les formes de prises en charge alternatives à une hospitalisation complète dès que l'état de santé du patient le permet : la poursuite de la diffusion de la chirurgie ambulatoire mais également l'hospitalisation de jour en médecine. L'optimisation du parcours passe aussi par le développement de l'hospitalisation à domicile dès lors qu'elle vient en substitution de séjours en établissement de santé et par un meilleur accompagnement des patients en sortie d'établissement en assurant une prise en charge adéquate en ville suite au retour à domicile. Ces actions permettront de dégager 0,5 milliards d'euros en 2016.

Le troisième axe est consacré aux produits de santé. Comme chaque année, des baisses de prix seront opérées par le comité économiques des produits de santé, baisses qui doivent notamment permettre de dégager les marges financières nécessaires à la rémunération de l'innovation et de garantir ainsi l'accès des tous aux dernières thérapies. L'effort sera également porté sur le développement du recours aux médicaments génériques pour lequel notre pays accuse encore du retard par rapport à nos voisins. A cet effet, le plan national de promotion des médicaments génériques, présenté en mars 2015, vise à accroître la part de médicaments génériques de 5 points dans le total des prescriptions. Des actions seront notamment conduites auprès des prescripteurs, qu'ils soient en ville ou à l'hôpital, ainsi qu'auprès du public, vers lequel une campagne de communication sera lancée début 2016. Au total, cet axe contribuera pour 1,0 milliards d'euros d'économies à l'atteinte de l'ONDAM 2016.

Le dernier axe, correspondant à un montant d'économies d'1,2 Mds€ vise à améliorer la pertinence et le bon usage des soins en ville et à l'hôpital. Il s'agit de mobiliser toutes les marges d'efficience via la réduction des actes et prescriptions inutiles ou redondants : maîtrise du volume de prescription des médicaments, lutte contre la iatrogénie, actions de maîtrise médicalisée auprès des professionnels de santé en ville menées par l'assurance maladie et auprès des établissements de santé dans un cadre contractuel rénové, optimisation des transports de patients (choix du véhicule le plus adapté, optimisation de la commande de transport...).

Par ailleurs, cet effort en dépenses sera accompagné de l'affectation de nouvelles recettes afin d'accélérer l'amélioration du solde de la branche maladie. Compte tenu de la conjonction d'un déficit persistant de la branche maladie et, à l'opposé, d'un excédent croissant de la branche AT-MP depuis l'année 2013, un transfert de cotisations de 0,05 point entre la branche AT-MP et la branche maladie du régime général sera mis en place en 2016 puis en 2017, afin d'améliorer le solde de la branche maladie de 250 millions pour chacune de ces deux années, soit 500 millions au total. Ce transfert de cotisations est justifié par l'approche solidaire entre branches du régime général, au cœur des principes de la sécurité sociale depuis son origine, ainsi que par les effets indirects dont bénéficie la branche AT-MP du fait de l'amélioration de l'efficience du système de soins, essentiellement financé par la branche maladie. En effet, le remboursement des soins et l'évolution des tarifs assure une intégration continue du progrès technique dans le secteur médical, qui entraîne *in fine* une diminution du coût moyen de traitement des pathologies, d'où un impact positif sur les comptes de la branche AT-MP.

Des dépenses de prestations contenues

Les prestations nettes du régime général devraient atteindre 316,6 milliards en 2015, puis 325,3 milliards en 2016, soit une progression de 2,8 %, avant prise en compte des mesures nouvelles.

La hausse est principalement portée par les prestations versées par la CNAMTS (+ 3,5 %) et de la CNAV (+ 2,5 %). A contrario, les dépenses de prestations servies par la CNAF connaîtraient une faible progression (+ 0,3%), sous l'effet de la réforme des prestations familiales. La modulation des allocations familiales contribuerait à réduire la dépense 2016 mais serait quasiment compensée par la hausse des dépenses d'entretien sous condition de ressources.

La réforme des modalités de calcul de la revalorisation des prestations participe à cette maîtrise de la dépense. D'une part, les dates de revalorisation seront alignés pour l'ensemble des prestations, avec une revalorisation au 1^{er} avril des prestations familiales et des pensions d'invalidité et des paramètres qui conditionnent l'accès à certaines prestations (plafonds de ressources CMU-c et ACS); les prestations actuellement revalorisées au 1^{er} octobre, principalement les pensions de retraite, le resteraient. D'autre part, une règle de « bouclier » sera créée, garantissant le maintien des prestations à leur niveau antérieur en cas d'inflation négative, dans un cadre général où la revalorisation ne sera plus fonction que d'évolutions connues, et non prévisionnelles, et exclura en conséquence toute nécessité de correction a posteriori. Ainsi, la revalorisation reposerait sur les dernières données d'inflation (hors tabac) publiées par l'INSEE et appréciées en moyenne sur les douze derniers mois, au lieu d'être calculées à partir d'une évolution prévisionnelle de l'inflation pour l'année N et l'application d'un correctif sur cette même année au titre de l'écart à la prévision de l'année N-1. Or les exercices de prévision de l'inflation sont par nature complexes et l'accroissement de la volatilité des prix ces dernières années a conduit à l'application de correctifs importants.

Les soldes vieillesse traduisent les effets de la réforme des retraites de 2014

En 2016, les dépenses d'assurance vieillesse connaissent une évolution modérée, de l'ordre de 2,5 % en moyenne sur la période 2016-2017. Cette progression s'explique notamment par la conjugaison d'une stabilité des flux de départs en retraite et d'un montant moyen de la pension en augmentation, l'accélération de l'inflation en 2016 ne jouant que faiblement sur l'année 2016 compte tenu de la date de revalorisation des pensions fixée au mois d'octobre.

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 des différentes mesures de redressement, immédiates mais également de long terme, qui visent à faire face, de manière responsable et justement répartie, au défi que constitue à long terme l'allongement de l'espérance de vie. Ces dernières se sont accompagnées de mesures de justice et solidarité pour corriger les inégalités les plus importantes face à la retraite, comme la reconnaissance de la pénibilité au travail, pour permettre entre autres une meilleure prise en compte des carrières heurtées et des aléas de carrière, notamment celles des femmes, ou encore des conditions d'entrée réelles des jeunes dans la vie active.

3° Dans le respect de ces objectifs d'équilibre financier, le PLFSS 2016 porte une réforme d'ampleur de l'assurance maladie ainsi que le 2e volet du pacte de responsabilité et de solidarité

Poursuite de la politique d'emploi et de compétitivité du Pacte

La mise en œuvre du Pacte de compétitivité et de responsabilité se poursuit en 2016, afin de restaurer la compétitivité et la capacité productive des entreprises et de les inciter à investir et embaucher. Les entreprises bénéficieront ainsi d'une baisse de 4,1 milliards de leurs prélèvements obligatoires dans le cadre du PLFSS 2016.

Cela se traduit par une nouvelle réduction du taux de cotisations d'allocations familiales jusqu'à 3,5 SMIC, pour un coût de 3,1 milliards en 2016 (environ 4,4 milliards en année pleine à partir de 2017). Ce montant est légèrement inférieur à celui de 4,5 milliards d'euros estimé en 2014 en raison d'une progression de la masse salariale plus faible que celle initialement prévue lors de cette première estimation. De plus, le montant de l'abattement d'assiette institué par l'article 3 de la LFRSS pour 2014 dans le cadre de la première étape de la suppression progressive de la C3S est augmenté, passant de 3,25 millions à 19 millions, ce qui représente un impact d'un milliard sur les recettes de la sécurité sociale. Cet abattement s'appliquera au chiffre d'affaires réalisé en 2015 pour le paiement de la C3S en 2016.

Ces mesures seront compensées intégralement par l'État dans le cadre des lois financières, conformément aux engagements pris par le Gouvernement dès 2014. Cette compensation se traduit par une budgétisation des dépenses d'allocation de logement familial (ALF), à hauteur de 4,7 milliards, ainsi que du financement de la protection juridique des majeurs, pour 0,4 milliard. Par ailleurs, l'extinction progressive de la recette issue des caisses de congés payés, qui était affectée au financement du Pacte, donnera lieu à l'affectation de ressources pérennes s'y substituant. En effet, la mesure, entrée en vigueur depuis le 1^{er} avril 2015, engendre une recette de 1,52 milliard d'euros en 2015 et de 500 millions en 2016, avant de s'éteindre à compter de 2017.

Mise en place de la protection universelle maladie

La mise en place de la protection universelle maladie vise à universaliser la prise en charge des frais de santé, afin de simplifier les démarches pour les assurés comme pour les organismes gestionnaires et de garantir ainsi la continuité des droits. Ce nouveau régime ne modifie en rien le niveau des droits à prise en charge des assurés sociaux. En effet, la loi prévoira désormais que toute personne qui travaille ou, lorsqu'elle n'a pas d'activité, réside en France de façon stable et régulière, dispose du droit à la prise en charge de ses frais de santé. Les personnes qui travaillent resteront affiliés à leur régime de sécurité sociale actuel, les autres étant maintenues dans le dernier régime auquel elles étaient affiliées.

Cette réforme permet de simplifier l'ouverture des droits, puisque les caisses de sécurité sociale n'auront plus à vérifier le respect des conditions d'ouverture des droits (nombre d'heures travaillées). Le contrôle sera désormais orienté vers un contrôle renforcé de la résidence des personnes bénéficiaires de l'assurance-maladie. Les procédures de mutation seront également facilitées, à travers un processus entièrement dématérialisé. La notion d'ayant droit majeur sera également progressivement supprimée, dans la mesure où elle s'avère obsolète dans un régime de couverture universelle.

Poursuite de la généralisation de l'accès à la protection complémentaire santé

L'assurance complémentaire en santé est aujourd'hui un élément substantiel de l'accès aux soins. C'est pourquoi le Président de la République a fixé l'objectif de généraliser l'accès à une complémentaire santé de qualité à l'horizon 2017. Après l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013, transposé dans la loi sur la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, la réforme des contrats dits responsables, la mise en concurrence des contrats ACS, des nouvelles mesures sont prévues afin de favoriser l'accès à la protection complémentaire pour les populations qui ont le plus de difficulté à y accéder, à savoir les personnes âgées de plus de 65 ans et les personnes travaillant dans le cadre de contrats courts et des temps très partiels.

En effet, le coût de la couverture complémentaire santé est plus élevé pour les personnes âgées de plus de 65 ans que pour la population globale car elles assument un reste à charge plus élevé sur le coût d'acquisition du contrat et supportent des dépenses de santé après remboursement par l'assurance maladie obligatoire et la complémentaire santé plus importantes. Il est donc prévu que les personnes de plus de 65 ans puissent accéder à des offres d'assurance complémentaire de santé qui seront sélectionnées, à l'issue d'une procédure de mise en concurrence, sur des critères reposant sur la qualité des garanties et le prix proposé. Ce dispositif devrait permettre, outre un accès à une complémentaire santé à un meilleur prix, une meilleure adéquation entre les besoins des assurés et les prestations complémentaires dont ils bénéficient, et une lisibilité accrue des offres présentées sur le marché pour les assurés.

Par ailleurs, afin de donner son plein effet aux dispositions de la loi de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013, une modalité adaptée de mise en œuvre de la couverture des salariés à faible quotité de travail ou embauchés en contrat de courte durée est prévue afin que ces salariés puissent, s'ils souscrivent par ailleurs une assurance individuelle du même type, obtenir de la part de leur employeur, à la place de l'adhésion à la couverture mise en place dans l'entreprise, un versement direct en rapport avec les sommes consacrées par l'employeur pour cette couverture.

Recettes, dépenses et soldes du régime général

(en milliards d'euros)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Maladie						
Recettes	161,9	166,6	171,7	178,0	183,3	189,4
Dépenses	168,4	174,1	177,9	182,7	186,2	189,7
Solde	-6,5	-7,5	-6,2	-4,7	-2,9	-0,3
AT/MP						
Recettes	12,3	12,4	12,5	12,7	13,6	14,2
Dépenses	11,7	11,8	12,0	12,1	12,2	12,3
Solde	0,7	0,6	0,5	0,6	1,5	1,9
Famille						
Recettes	56,3	52,8	48,8	50,1	51,6	53,1
Dépenses	59,0	54,4	49,6	50,4	51,6	52,8
Solde	-2,7	-1,6	-0,8	-0,3	0,0	0,3
Vieillesse						
Recettes	115,6	119,9	123,6	127,4	131,1	135,6
Dépenses	116,8	120,5	123,1	126,3	130,7	135,6
Solde	-1,2	-0,6	0,5	1,1	0,4	-0,1
Toutes branches consolidées						
Recettes	334,1	339,3	344,0	355,3	366,6	379,0
Dépenses	343,7	348,3	350,0	358,6	367,6	377,2
Solde	-9,7	-9,0	-6,0	-3,3	-1,0	1,8

Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Maladie						
Recettes	186,7	190,5	194,9	201,4	207,0	213,4
Dépenses	193,2	198,0	201,1	206,1	209,9	213,7
Solde	-6,5	-7,5	-6,2	-4,7	-2,9	-0,3
AT/MP						
Recettes	13,8	13,9	14,0	14,1	15,1	15,7
Dépenses	13,1	13,2	13,4	13,5	13,6	13,8
Solde	0,7	0,6	0,6	0,6	1,5	1,9
Famille						
Recettes	56,3	52,8	48,8	50,1	51,6	53,1
Dépenses	59,0	54,4	49,6	50,4	51,6	52,8
Solde	-2,7	-1,6	-0,8	-0,3	0,0	0,3
Vieillesse						
Recettes	219,1	223,5	228,7	234,1	240,1	247,2
Dépenses	219,9	223,8	227,8	232,9	240,1	248,3
Solde	-0,8	-0,2	0,9	1,2	0,0	-1,0
Toutes branches consolidées						
Recettes	462,8	467,3	472,8	485,9	499,7	515,2
Dépenses	472,1	475,9	478,3	489,2	501,2	514,4
Solde	-9,3	-8,6	-5,6	-3,3	-1,5	0,8

Recettes, dépenses et soldes du Fonds de solidarité vieillesse

(en milliards d'euros)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Recettes	17,2	16,5	16,4	16,6	17,0	17,4
Dépenses	20,6	20,3	20,1	20,2	20,0	20,2
Solde	-3,5	-3,8	-3,7	-3,6	-3,1	-2,8

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 2016 (en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP*	Régimes de base
Cotisations effectives	88,4	130,2	30,3	13,0	260,2
Cotisations prises en charge par l'État	1,7	1,4	0,5	0,1	3,6
Cotisations fictives d'employeur	0,6	38,8	0,0	0,3	39,7
Contribution sociale généralisée	69,1	0,0	9,9	0,0	78,7
Impôts, taxes et autres contributions sociales	29,6	19,6	7,0	0,0	56,2
Transferts	2,3	38,3	0,3	0,1	29,5
Produits financiers	0,0	0,1	0,0	0,0	0,2
Autres produits	3,2	0,5	0,7	0,3	4,7
Recettes	194,9	228,7	48,8	14,0	472,8

*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 2016 (en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP*	Régime général
Cotisations effectives	79,2	77,6	30,3	12,1	197,5
Cotisations prises en charge par l'État	1,4	1,1	0,5	0,1	3,0
Cotisations fictives d'employeur	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Contribution sociale généralisée	59,6	0,0	9,9	0,0	69,3
Impôts, taxes et autres contributions sociales	23,8	14,9	7,0	0,0	45,8
Transferts	4,7	29,9	0,3	0,0	24,2
Produits financiers	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres produits	3,0	0,2	0,7	0,3	4,2
Recettes	171,7	123,6	48,8	12,5	344,0

*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 2016 (en milliards d'euros)
	Fonds de solidarité vieillesse
Contribution sociale généralisée	9,4
Impôts, taxes et autres contributions sociales	7,0
Produits financiers	0,0
Autres produits	0,0
Total	16,4